



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

Escuela Internacional de Doctorado

Programa de Doctorado en Ciencias Sociales
y de la Salud

“Análisis de las relaciones de los agentes sociales
que operan en residencias de personas mayores de la
Región de Murcia”

Autor:

D. Carmelo Sergio Gómez Martínez

Directores:

Dra. Dña. Paloma Echevarría Pérez

Dr. D. Jesús Rivera Navarro

Murcia, Julio de 2016



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

Escuela Internacional de Doctorado

Programa de Doctorado en Ciencias Sociales
y de la Salud

“Análisis de las relaciones de los agentes sociales
que operan en residencias de personas mayores de la
Región de Murcia”

Autor:

D. Carmelo Sergio Gómez Martínez

Directores:

Dra. Dña. Paloma Echevarría Pérez

Dr. D. Jesús Rivera Navarro

Murcia, Julio de 2016



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

AUTORIZACION DE LOS DIRECTORES DE LA TESIS PARA SU PRESENTACION

Los doctores Dña. Paloma Echevarría Pérez y D. Jesús Rivera Navarro, como codirectores de la Tesis Doctoral titulada “Análisis de las relaciones de los agentes sociales que operan en residencias de personas mayores de la Región de Murcia” realizada por D. Carmelo Sergio Gómez Martínez en el Departamento de Enfermería, autorizan su presentación a trámite dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Por lo que firman, para dar cumplimiento a los Reales Decretos 99/2011, 1393/2007, 56/2005 y 778/98, en Murcia a 15 de Julio de 2016

Agradecimientos

En el plano académico agradezco a los Dres. Paloma Echevarría y Jesús Rivera, su dedicación, interés, esfuerzo y ánimos en los momentos más complicados de este trabajo. Sin ellos, esta tesis no hubiera visto la luz.

A mis compañeros de fatigas en la Universidad Católica de Murcia. Especialmente a mi querida doctora Isabel Morales, amiga entrañable y hombro en el que me he apoyado en más de una ocasión, junto al de la profesora Carmen García, y otros muchos que espero sepan perdonar mi involuntaria amnesia.

En el plano profesional, mi agradecimiento más grande y sentido es para Agustín García, amigo, compañero del alma, y a veces jefe. Sin él no hubiera podido entrar en el campo de estudio, ni dedicar todo el tiempo necesario, robado al trabajo, para poder llevar a cabo esta investigación; la mitad de esta tesis es suya. También para otros compañeros que siempre me acompañan en mis recuerdos, como Francisco Marín-Blázquez y José Hernández.

A mis maestros en el mundo de la geriatría y la gerontología, los gigantes amigos y profesionales Dr. Juan Dionisio Avilés y el Dr. Louis González.

En el plano personal, mi agradecimiento infinito va dirigido a mis padres, Mari Carmen y Carmelo. Ellos me han enseñado desde la humildad que en el esfuerzo se encuentra la verdadera recompensa. Gracias por todas las horas de trabajo realizadas por aquel conserje y por aquella “sus muchas labores”, para que sus hijos tuviéramos la posibilidad de tener algo más que ellos. Una dedicación especial a mi padre, cuyo recuerdo tras dejarnos hace años, me acompaña y estimula cada día. Se que te sentirás muy orgulloso allá donde estés.

Agradecimientos también a las luces que me han iluminado en los momentos más oscuros de mi vida, y en la elaboración de este trabajo. A la luz del atardecer, que representa mi pasado, reposada, tranquilizadora, y que son mi abuela María y mi abuelo Magín. A la luz de la sobremesa, que me ha aportado serenidad y raciocinio, mi madre, Mari Carmen. A la luz del mediodía, que representa mi presente, la más fuerte de todas, la que me ha acompañado en los buenos ratos y en los malos, la que ha soportado mis ausencias con resignación, la que me calma solo con mirarme, Elena, mi amiga, mi compañera y mi esposa. A la luz del amanecer, tenue pero prometedora, a la que dedico todos mis esfuerzos para el futuro, y que son Celia y Elena, mis hijas, mi vida, mis luceros del alba.

INDICE

CAPITULO I: INTRODUCCION

1. INTRODUCCION, 17

CAPITULO II: OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION, 23

- 2.1. Hipótesis generales, 24
- 2.2. Objetivos, 24
- 2.3. Estado de la cuestión, 25

CAPITULO III: ENVEJECIMIENTO E INSTITUCIONALIZACION

3. ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA, 29

- 3.1. **Ámbito nacional, 30**
 - 3.1.1. Distribución nacional de plazas según el tamaño de las residencias, 32
 - 3.1.2. Distribución nacional de plazas según la titularidad jurídica de las residencias, 32
- 3.2. **Ámbito de la Región de Murcia, 33**
 - 3.2.1. Distribución en la Región de Murcia de plazas según tamaño de las residencias, 34
 - 3.2.2. Distribución en la Región de Murcia de plazas según la titularidad jurídica de las residencias, 34
- 3.3. **El entorno social de la persona mayor, 40**
 - 3.3.1. Redes de apoyo formales e informales, 51
- 3.4. **Perfil del anciano residente, 57**
 - 3.4.1. Esfera biológica: discapacidad y dependencia, 59
 - 3.4.2. Esfera psicológica y social, 68
- 3.5. **Motivo de ingreso en una residencia, 72**

4. MARCO JURIDICO, 77

- 4.1. **Normativa legal en el ámbito nacional, 78**
 - 4.1.1. Perfiles profesionales, 79

- 4.1.2. Tipología de usuarios, 86
- 4.1.3. Procedimiento de ingreso en residencias: el reclutamiento, 88
- 4.2. Marco jurídico en la Región de Murcia, 88
 - 4.2.1. Conceptualización legal de residencia en la Región de Murcia, 88
 - 4.2.2. Perfiles profesionales en la Región de Murcia, 90
 - 4.2.3. Tipología legal de residencias, 91
 - 4.2.4. La adaptación a la institución según la normativa legal en Murcia, 93
 - 4.2.5. Tipología de usuarios según la normativa legal, 95
 - 4.2.6. Procedimiento de ingreso en residencias de la Región de Murcia: el reclutamiento, 96
 - 4.2.7. Delimitación legal del Estatus de residente en la Región de Murcia, 99
- 4.3. Ámbito institucional, 101
 - 4.3.1. Contrato de Convivencia Residencial en la Región de Murcia, 101
 - 4.3.2. Reglamento de Régimen Interno en la Región de Murcia, 101
- 5. LA INSTITUCION RESIDENCAL, 115
 - 5.1. Evolución histórica de la residencia, 121
 - 5.1.1. Evolución en el contexto europeo, 121
 - 5.1.2. Evolución histórica en España, 124
 - 5.1.3. Evolución histórica de la residencia en la Región de Murcia, 133
 - 5.2. Concepto de residencia, 138
 - 5.2.1. Tipos de residencia, 143
 - 5.3. La residencia dentro del contexto sociosanitario, 146
 - 5.3.1. El contexto sociosanitario en España, 147
 - 5.3.2. El concepto sociosanitario en la Región de Murcia, 151
- 6. LA VIDA EN LA RESIDENCIA, 157
 - 6.1. Concepto de adaptación, 157
 - 6.2. Modelo de institución total de Goffman, 162
 - 6.2.1. El mundo del interno (anciano-residente), 166
 - 6.2.2. El mundo del personal, 183
- 7. ORGANIZACIÓN SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN RESIDENCIAL, 197
 - 7.1. Grupos de personas, 199
 - 7.1.1. Reclutamiento, 205
 - 7.2. Relaciones entre los grupos, 208
 - 7.2.1. Grupo de los ancianos que viven en el centro, 209

- 7.2.2. Grupo de trabajadores del centro, 210
- 7.2.3. Grupo de familiares de los ancianos-residentes, 210
- 7.2.4. Grupo de la organización, 211

CAPITULO IV: METODOLOGIA DEL ESTUDIO

- 8. METODOLOGIA, 217
 - 8.1. Aproximación teórica, 217
 - 8.2. Fase etnográfica, 225
 - 8.2.1. Selección del escenario, 225
 - 8.2.1.1. Selección de la muestra, 225
 - 8.2.1.2. La entrada en el campo, 227
 - 8.2.1.3. Periodo de estudio, 228
 - 8.2.2. Técnicas de recogida y registro de la información, 228
 - 8.2.2.1. La observación participante, 228
 - 8.2.2.2. Las entrevistas, 232
 - 8.2.3. Análisis del discurso, 247
 - 8.2.3.1. Categorías de análisis, 248
 - 8.2.4. Los controles de la información, 250

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSION

- 9. LA RESIDENCIA COMO INSTITUCION, 253
 - 9.1. Concepto de residencia, 253
 - 9.2. Tipos de residencias, 266
 - 9.3. ¿Perfil social o sanitario?, 273
 - 9.4. El motivo de ingreso: la voluntariedad a debate, 281
 - 9.5. ¿Adaptarse , resignarse o acostumbrarse?, 303
 - 9.6. Rituales de ingreso, 323
- 10. LA VIDA EN LA RESIDENCIA, 331
 - 10.1. Normas en general, 331
 - 10.2. Horarios, 339
 - 10.3. Comida traída del exterior, 344
 - 10.4. Acceso a las dependencias, 348

- 10.5. Pedir permiso, 350
- 10.6. Una jaula de oro, 352
- 10.7. Participación en la toma de decisiones en la vida diaria, 360
- 10.8. Registros: ¿quién ha abierto mi armario esta vez?, 365
- 10.9. Actividades: la gestión del aburrimiento, 369
- 10.10. Relevó del rol: Pasen y vean, 376
- 11. RELACIONES, 379
 - 11.1. Tipología de ancianos, 379
 - 11.1.1. Reclutamiento, 383
 - 11.1.2. Roles, 390
 - 11.2. Tipología de trabajadores, 402
 - 11.2.1. Reclutamiento de las trabajadoras, 408
 - 11.3. Tipología de familiares, 412
 - 11.4. Relaciones entre ancianos, 419
 - 11.4.1. Relaciones entre los ancianos en general, 419
 - 11.4.2. Conflictos relacionales, 427
 - 11.4.3. Marcas de estatus, 433
 - 11.5. Relaciones entre ancianos y trabajadores, 438
 - 11.5.1. Las relaciones en general, 438
 - 11.5.2. Sistema de privilegios y castigos, 446
 - 11.5.3. Conflictos entre ancianos y trabajadores, 450
 - 11.6. Relaciones entre ancianos y familiares, 456
 - 11.7. Relaciones entre ancianos y organización, 461
 - 11.8. Relaciones entre trabajadores, 466
 - 11.9. Relaciones entre trabajadores y familiares, 469
 - 11.10. Relaciones entre trabajadores y organización, 473
 - 11.11. Relaciones entre familiares, 477
 - 11.12. Relaciones entre familiares y organización, 479
- 12. CONCLUSIONES, 483
- 13. BIBLIOGRAFIA, 491
- 14. ANEXOS, 515

TABLAS, GRAFICOS Y FIGURAS

Tabla 3.a.	Número de plazas y cobertura en centros residenciales. Datos a 31 de diciembre de 2013	31
Tabla 3.b.	Centros residenciales en España periodo 2000-2013 según la titularidad jurídica de las residencias	33
Tabla 3.c.	Plazas autorizadas en la Región de Murcia, por titularidad y localización. Abril 2015	35
Tabla 3.d.	Percepción del estado de salud de los mayores de 65 años por sexo y edad	62
Tabla 8.a.	Residencias que han participado en la investigación	226
Tabla 8.b.	Unidades de análisis	228
Tabla 8.c.	Número de entrevistas realizadas	234
Tabla 8.d.	Nivel de estudios y de ocupación de los residentes y los familiares	241
Tabla 8.e.	Niveles económicos de los familiares	245
Tabla 11.a.	Identificación de roles en los grupos de análisis	401
Tabla 11.b.	Tipología de subgrupos identificados en los diferentes grupos de análisis	418
Gráfico 3.1.	Índice de cobertura de plazas residenciales. Datos a 31 de diciembre de 2013	31
Grafico 3.2.	Centros residenciales. Número de centros. Datos a 31 de diciembre de 2013.	33
Figura 9.a.	Causas de ingreso según los agentes sociales	300

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
AVD	Actividades de la vida diaria
CSS	Centros de servicios sociales
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
SAAD	Servicio de Ayuda Dependencia
SED	Servicio de Estancias Diurnas
UTS	Unidad de trabajo social

1. INTRODUCCION

El envejecimiento poblacional es un fenómeno global, mundial. Podemos afirmar, según un reciente estudio del Instituto de Servicios Sociales del Ministerio de Sanidad y Política Social (Fernández, 2015:25-29), que el grupo de personas mayores ha sido el que más crecimiento ha experimentado en el mundo, destacando Europa y América del Norte como los continentes donde mayor ha sido este aumento; a pesar de ello, se espera que, en breve, a partir del año 2020, el resto de zonas mundiales en vías de desarrollo se igualen en cuanto al fenómeno de crecimiento demográfico de personas mayores. Entre el año 2013 y el año 2050 la población mayor de 65 años de los países desarrollados se multiplicará por 1,6, mientras que en el grupo de países en vías de desarrollo esta población lo hará por 3,1. En el año 2013 el grupo de personas mayores de 65 años representaban el 17,1% del total de la población. En la *vieja* Europa destacan Alemania (20,7%), seguida de Italia (21,1%), como los países más envejecidos, también del mundo, después de Japón (24,8%). España se posiciona, según las Naciones Unidas, como uno de los países más envejecidos del planeta, con un 17,9% de población mayor de 65 años. Dentro del continente europeo, refiere Fernández (op.cit) que España supera la media de población mayor, aunque no es la que más población envejecida tiene, situándose con cifras parecidas a las de Francia y el Reino Unido. En España, se estima que en el año 2050 el 12,8% de la población tendrá 80 o más años. Respecto a la esperanza de vida, España se sitúa en uno de los niveles más elevados, ya que en el caso de las mujeres esta es de 85,6, y para los hombres de 79,9 años. En relación al resto de los 28 países de la Unión Europea, España se sitúa unos 2 años por encima de sus vecinos europeos. Es importante resaltar que el crecimiento de la población mayor de 65 años es claramente femenino. Así, mientras que a principios del siglo XX el número de mujeres superaba al de hombres en un 10,3%, en el año 2013 esta cifra había ascendido hasta el 34%. En cualquier caso, se espera que estas disparidades entre hombres y mujeres se vayan reduciendo en el futuro. Esto se debe, principalmente, a la adopción de hábitos nocivos para la salud que hasta ahora no

habían adquirido, tales como el estrés y el consumo de tabaco y alcohol, seguidos de las características propias del envejecimiento, las discapacidades y las enfermedades degenerativas, fundamentalmente (Fernández, 2015).

Por todo lo referido, las investigaciones en el ámbito social de las personas mayores son relevantes y necesarias, tanto en los aspectos generales como en los más específicos. Conocer cómo se envejece en la comunidad es muy importante, pero no más que en otros ámbitos más concretos y minoritarios, como es el caso de las residencias para mayores, pues en estos se significan los enfoques, y tendencias sociales desde un punto antropológico. Madrigal (2014) destaca claramente que es difícil conocer el perfil del anciano que vive en instituciones residenciales, precisamente por lo minoritario de la población atendida, que estaría entre el 3% y el 6% del total de personas mayores de 65 años (De la Serna, 2003), y por lo poco desarrollada que se encuentra la investigación en este sector. A estas lagunas se suman aquellas derivadas de las vivencias cotidianas del autor de esta investigación que, tras años de contacto personal y profesional con este grupo, parecen aumentar con el tiempo. Si necesario resulta conocer cómo es el anciano que vive en una residencia, igual o más es conocer y analizar cómo se relacionan los grupos sociales que viven y comparten espacios y vida bajo el techo institucional. Recordemos que a pesar de denominarse residencias de personas mayores, o de ancianos, en estas también se encuentran las trabajadoras, y de alguna manera los familiares de los mayores; de manera clara también podemos intuir el grupo de los miembros que representan a la organización, la estructura mayor que parece ser la significación del Estado a nivel microsociedad. Es indudable que las interacciones de todos estos grupos, o agentes como les hemos denominado para la ocasión, conforman de una manera u otra la vida de las personas mayores.

No es el mundo residencial totalmente desconocido. Últimamente, intuimos que por la inminencia del fenómeno poblacional demográfico, ha habido algunos autores que han encaminado sus investigaciones hacia el contexto residencial (Barnenys, 1993; Bazo, 1996; Ochoa, 2010). Pero como punto común hemos podido observar que todos ellos parten de una premisa teórica, ya de manera primaria o secundaria, apoyándose en otros que a su vez se refieren a la fuente teórica inicial de gran peso. Esta fuente teórica, de la que muchos han bebido para explicar el fenómeno social del internamiento en residencias, es el trabajo de

Erving Goffman "*Internados*", publicado inicialmente en 1970 (2004). Basado en el trabajo observacional del autor para describir la vida en instituciones de tipo neuropsiquiátricas en los Estados Unidos, nos plantea, no podemos negar que de una forma muy seductora, una serie de argumentos de los que partir para saber cuanto de rígida, o *total* en palabras de Goffman (2004), tiene cualquier institución. La lectura de estas aportaciones teóricas, en comparación con la realidad vivida por el autor de esta investigación a los largo de sus años en contacto con la vida residencial de los ancianos, nos arroja como resultado un escenario que no cuadra con lo expuesto por Goffman. Las instituciones residenciales para mayores son una *estructura de acogida* (Duch, 2002), ya que en su interior el ser humano puede poner en práctica "*aquellas teodiceas prácticas que tienen la virtud de instaurar, en medio de la provisionalidad y novedad de la vida cotidiana, diversas praxis de dominación de la contingencia*" (Duch, 2002:13). Por esto, son más que estructuras rígidas, como describe Goffman (2004), que reciben al individuo y lo transforman sin más; son estructuras que forman y son deformadas por la presencia del individuo, y los grupos que conforma. He ahí el interés de nuestra investigación, el analizar cómo se relacionan estos grupos para conocer cual es la conceptualización teórica y práctica que emana de la institución que los acoge. No en pocas ocasiones, durante el transcurso de este trabajo, nos hemos encontrado que hay pocas evidencias bibliográficas en determinados aspectos, cómo es el papel de las congregaciones religiosas en el cuidado a personas mayores, o el tipo no formal de plazas que se ofrecen en las residencias. Compensando estas lagunas, hemos podido constatar una serie de documentos inéditos que obran, en parte, en poder de las entidades y organizaciones que históricamente asentaron el cuidado de las personas mayores o ancianos de una manera estructurada, sistematizada y plenamente institucionalizada.

Debemos tener en cuenta que las instituciones no operan de manera autónoma. Al tiempo que son alimentadas, por la dinámica social que se desarrolla en sus entrañas, alimentan a su vez la dinámica de la sociedad que conforma el Estado. Un Estado que a su vez está experimentando cambios importantes, como la definición del nuevo Estado del bienestar. Las políticas públicas han pasado de una hegemonía total a una subrogación hacia otros sectores como es el mercantil, o empresarial, y el tercer sector, o asociativo. Llevado a nuestra investigación, esta circunstancia también nutre a la institución

de tintes morales, que van a significarse en maneras distintas de concebir la vida institucional de los mayores. Si bien es cierto que el Estado está privatizando el sector social, no es lógico confundir esta privatización con otro concepto como es la mercantilización (Gómez, 2015). De hecho, leyes de ámbito nacional como la Ley de la Dependencia (Gobierno de España, 2006a), implantadas por gobiernos de la social democracia, son las que han ayudado a desarrollar este fenómeno de externalización de los servicios sociales.

El presente trabajo de investigación pretende arrojar luz a toda esta serie de lagunas planteadas más arriba. Comenzaremos conociendo cómo se plantea el fenómeno del envejecimiento en España, y más concretamente en la Región de Murcia, ámbito geográfico al que nos hemos referido; en este sentido haremos especial hincapié en el entorno social del anciano antes de ingresar, así como los motivos que parecen dar lugar a su institucionalización. Si bien es cierto que hay numerosos trabajos de corte teórico en esta línea, no podemos olvidar que la normativa legal vigente, y la que ya no se aplica, constituyen, en sí mismas, un aspecto cultural más que nos ayudará a conocer y delimitar el concepto residencial institucional; así, sabremos el tipo de residencias que actualmente hay y la tipología de plazas que ofrecen; dentro de este apartado podremos aproximarnos a un concepto hartamente interesante como es la adaptación del anciano a la vida institucional, y ya dentro de ésta los tipos de usuarios de los que hay evidencias que se dan en las instituciones residenciales. No podemos avanzar en dicha aproximación teórica sin hacer un repaso por la evolución histórica del concepto residencial, tanto en el ámbito europeo, como en la Región de Murcia, lugar este donde se sitúa nuestra investigación. Ya inmersos en este mundo de la institucionalización de la vida de los mayores, conoceremos los elementos más significativos de la vida en la residencia, para lo cual nos hemos ayudado de una descripción sintetizada del modelo de Goffman (2004), para tener un elemento reconocido al que afianzarnos para poder establecer relaciones comparativas entre lo observado y lo esperado, según varias aportaciones teóricas. Es muy relevante la emergencia de nuevos elementos que en el avance por nuestra investigación sobresalen, siendo el concepto sociosanitario uno de ellos; la utilidad social de la residencia está en entredicho por aparentes tendencias institucionales macrosociales, como son las políticas económicas y sanitarias de nuestro país. En definitiva, antes de llegar al apartado de resultados y discusión,

conoceremos un poco más, al menos a priori, a los agentes que operan en la institución residencial y que hemos enunciado más arriba. Los resultados han sido muy interesantes, y desde nuestro punto de vista investidos de un gran carácter pragmático, pues su aplicabilidad al mundo cotidiano de la atención a personas en instituciones residenciales es más que evidente. Es difícil discutir a estas alturas, que conocer más y mejor a los grupos que interrelacionan en la institución residencial, va a facilitar nuevos enfoques, nuevas estrategias y nuevas metas a la hora de ofrecer ayuda a un grupo de personas que cada vez son más numerosos y al que aspiramos poder pertenecer algún día. Esta investigación, por una parte, es un tributo a todos los ancianos que el autor ha conocido durante su vida personal y profesional, pero por otra parte es una inversión en el futuro, un futuro que sigue siendo incierto y oscuro. Ojalá este trabajo arroje luz sobre estas tinieblas.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

La presente investigación pretende profundizar en el conocimiento de aspectos, hasta ahora no muy claros, de la dinámica relacional de los diferentes agentes que intervienen en la vida de una residencia de personas mayores. Tenemos suficientes motivos, por la experiencia previa del investigador en el campo de estudio, para entender que no todo lo escrito sobre las residencias de mayores alude, de manera clara, a la utilidad de dicho recurso ni a los grupos de personas que en ella se encuentran relacionados. Por ello, resulta muy relevante para nuestra investigación conocer el concepto de residencia, visto desde una perspectiva estructuralista y simbólica, en el marco jurídico y a través de la historia. Esto resulta crucial para poder estudiar como este recurso influye en las personas que aloja, ya sea como internos, los ancianos y en cierta medida sus familias, o como instrumentos, tal que los trabajadores y la propia organización social entendida como institución. Al mismo tiempo, las relaciones entre estos grupos podría conformar un tipo de atención que estuviera transformando el concepto de residencia.

Otro aspecto muy relevante de nuestra investigación se va a centrar en conocer como es el anciano que vive en una residencia. No cabe duda que frente a la uniformidad colectiva propuesta por Goffman (2004), para referirse al comportamiento esperado de los ancianos, nuestra experiencia nos dice que, contrariamente a este planteamiento, se manifiestan una serie de comportamientos en y entre los ancianos que podrían suponer una tipología real lejana a dicha uniformidad. La problemática social previa al ingreso, relacionada con las dificultades en la cohabitación entre familiares y ancianos, podría influir en la manera en como es vista la residencia, en general, y la vida en la misma, en particular. Conocer por tanto, los motivos de ingreso, como los condicionantes al mismo es relevante para nuestra investigación.

Si bien es cierto que hay investigaciones previas que han podido acercarse a la vida residencial, aunque de manera tangencial (Barenys, 1992, 1993; Bazo, 1991, 1996; Ochoa, 2010; Rodríguez, 1999, 2007), no hay trabajos monográficos a este

respecto que ahonden de manera concreta en los aspectos relacionales. Nos llama la atención las reiteradas referencias, a modo comparativo, que se hace del modelo goffmaniano. Nuestra experiencia profesional y personal en el campo de estudio no nos permite a priori semejanzas tan claras como propone Goffman (2004), debido a problemas de base, tal como el tipo de institución objeto de su estudio, como por otros problemas menos evidentes, como los rasgos que propone como manifestaciones típicas de totalización. Es por ello, por lo que otro bloque de nuestra investigación va a tratar de establecer semejanzas, si las hay, entre las actuales instituciones residenciales y el modelo de institución total que definió Goffman (2004) a finales del siglo XX, de una manera estructurada y en un marco claramente antropológico.

2.1. HIPÓTESIS GENERALES

Las hipótesis de esta investigación parten, en buena parte, de la experiencia del propio investigador en el campo de estudio, es decir, la residencia de ancianos y su entorno más inmediato. Las hipótesis son las siguientes:

- Las relaciones que se dan entre los principales agentes sociales que operan en una residencia de ancianos conforman en gran medida el tipo de asistencia que se presta, así como el grado de satisfacción que muestran los ancianos ante este recurso.
- El concepto “residencia de ancianos” se utiliza actualmente de manera errónea para denominar diferentes tipos de recursos sociales que atienden a personas mayores.
- Las premisas propuestas por Erving Goffman (2004), para definir la “institución total”, no se ajustan de manera eficiente al actual modelo de atención gerontológico residencial institucional.

2.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Nuestra investigación pretende un objetivo **general**:

1. Analizar las relaciones que operan entre los agentes sociales que conforman una residencia de ancianos en el ámbito de la Región de Murcia.

Para poder profundizar en este hemos proponemos una serie de objetivos de carácter **específico**:

1. Analizar el concepto de residencia.
2. Comprender el proceso histórico de conceptualización de la residencia de ancianos como recurso asistencial.
3. Conocer cada uno de los agentes sociales que operan en una residencia tanto a nivel interno como externo.
4. Conocer el gerotipo de la persona mayor demandante de la residencia de ancianos como recurso social.
5. Comprender la relación entre el gerotipo de la persona mayor usuaria de una residencia y la transformación de la misma en cuanto a su dimensión de recurso social y sanitario.
6. Conocer el contexto sociocultural actual en el cual se conforma la residencia de ancianos como recurso.
7. Evaluar el grado de compatibilidad que la residencia de ancianos muestra en relación al modelo de institución total propuesto por Goffman (2004).

2.3. ESTADO DE LA CUESTIÓN

Tal y como hemos sugerido en líneas precedentes, existen otros trabajos que han abordado ciertos aspectos de la vida residencial. En el terreno internacional, cabe destacar la influencia de Goffman (2004) al proponer un modelo institucional que denomina "total". Si bien esta propuesta teórica podría haber pasado como una referencia más, es destacable la constante reiteración de referencias en relación al modelo goffmaniano por otros autores mucho más contemporáneos. Así, Barenys (1992) nos propone inicialmente un estudio sobre el significado sociológico de las residencias, que aclara y concreta de una manera clara en otro trabajo posterior (Barenys, 1993), estableciendo incluso un marco para estudiar las residencias de personas mayores, aludiendo en ambas publicaciones al modelo de Goffman (2004) como objeto válido de comparación entre los modelos residenciales actuales. Si bien Barenys (1992) nos expone de manera clara y contundente su propuesta de institución total hablando de las residencias españolas actuales, no podemos obviar la excelente aportación que Bazo (1991) realiza en este mismo periodo, desde nuestro punto de vista con una perspectiva

claramente más cualitativa que Barenys (1992). Igualmente, esta autora (Bazo, 1991), referencia el modelo goffmaniano de atención institucional, aunque de manera más tangencial que Barenys (1992). Desde el punto de vista de las autoras referenciadas (Barenys, 1992; Bazo, 1991), las residencias actuales operan de manera que la atención que prestan se impone a los ancianos que en ellas viven, entendiendo que esta forma de proceder se asemeja, de entrada, al modelo total descrito por Goffman (2004). Echamos de menos en los trabajos de estas teóricas un análisis más interpretativo de las aportaciones de lo entrevistados. Desde nuestro punto de vista, lo que falta en estas aportaciones es la mirada antropológica, el análisis profundo del detalle, la inferencia post-interpretativa, en definitiva cierta hermenéutica en el tratamiento de los datos recogidos. Estas lagunas sentimos que deben ser descubiertas en nuestra investigación, para ahondar más en los rasgos relacionales de las personas que cohabitan en el recurso residencial.

Más contemporáneamente, Lorenzo y Castejón (2009) describen en el Informe de las personas mayores 2008, del CSIC, un perfil de persona mayor, que vive en residencia, muy poco concreto en cuanto de aspectos que le definen. Se centra básicamente en variables sociodemográficas sin ahondar en aspectos antropológicos como ya hicieron anteriormente Barenys (1992) y Bazo (1991). A pesar de ello, tanto Lorenzo y Castejón (2009), como mucho más adelante Madrigal (2014), reconocen que la dificultad en obtener datos relacionados con el perfil sociodemográfico del anciano, que vive en una residencia, radica en la escasa transparencia y la negativa a aportar datos por las entidades que ofrecen los servicios residenciales. Esto, al no aclararlo los autores, entendemos que afecta tanto a las entidades públicas como privadas en la provisión de los citados servicios.

Resulta relevante para nuestra investigación el estudio comparativo que Ochoa (2010) hace de la situación de los ancianos que viven en residencias en el entorno europeo, y más concretamente en España y Alemania. Si bien este trabajo no es expuesto desde un prisma antropológico sus aportaciones tienen una lectura muy interesante desde ese prisma. Según la autora, los derechos de la ciudadanía entrarían en contradicción con los objetivos de los Estados nacionales. Esto es planteado en los ochenta por otros autores, aunque no refiriéndose específicamente a los ancianos (Beck, 1986). Qué duda cabe de la relación, aunque

desde un punto de vista tangencial, que existe entre las aportaciones de Ochoa (2010) y las de Barenys (1992) y Bazo (1991).

En la actualidad, Rodríguez hace alusiones al modelo goffmaniano (2004), así como a las aportaciones de Bazo (1991) y Barenys (1992), aunque con el objetivo de partir de un modelo totalizador de las actuales residencias. En nuestra opinión, esto lo realiza incurriendo en relativos defectos de forma, pues se basa en las aportaciones de otras teóricas anteriores cuyos trabajos, como hemos referido más arriba, adolecen de la perspectiva antropológica, tan necesaria para entender la vida en una residencia.

Destacable, y muy relevante, han sido las aportaciones muy recientes de la tesis doctoral de Álvarez (2014), sobre todo en lo concerniente a aspectos relacionados con el motivo de ingreso de una persona mayor en una residencia, así como en el perfil sociodemográfico del anciano que vive en este tipo de estructura. Al igual que ocurría con el trabajo de Rodríguez (2007) y Ochoa (2010), el de Álvarez persigue otros objetivos distintos a los nuestros. Las aportaciones que nos han resultado interesantes de su trabajo han sido abordadas de manera puntual y con cierto carácter tangencial, ya que no eran su objetivo fundamental.

Si bien todas las aportaciones teóricas referidas son de gran valor, son interpretadas como piezas separadas de un gran puzle que compondría nuestra investigación. Consideramos fundamental profundizar en aspectos que estos prestigiosos autores no han considerado en sus trabajos, por no formar parte de su objetivo principal. No solo con el ánimo de ampliar los conocimientos, aportados por otros antes que nosotros, vamos a realizar nuestra investigación. Entendemos que las relaciones establecidas entre los ancianos, sus familias, los trabajadores y los miembros de la organización, suponen un nuevo nicho de conocimientos, que abrirán incluso nuevas vías posteriores de investigación social.

3. ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA

Si bien es cierto que nuestra sociedad cada vez está más envejecida, desde el punto de vista demográfico, este fenómeno requiere una serie de puntualizaciones que vamos a tratar. Una población envejecida se corresponde con una sociedad con altos niveles de desarrollo, industrializada y eminentemente urbana, siendo el envejecimiento de la población un proceso demográfico que presenta unas características específicas en las sociedades más desarrolladas (Adroher, 2000). En este sentido Abellán, Esparza, Castejón y Pérez afirman que existe una relación evidente entre el envejecimiento de la población y la incidencia de situaciones de dependencia (Abellán, Esparza, Castejón & Pérez, 2011). En la sociedad española hasta un 80% de los ancianos dependientes permanecen en la comunidad (Garrido, 2003). A pesar de la idea tan extendida de que la mayoría de los mayores acaban sus días en una residencia, la realidad demuestra que la mayor parte de los individuos *“nacen, viven y mueren en un contexto familiar”* (Molero, Pérez, Gázquez & Sclavo, 2011: 33). Este fenómeno tiene implicaciones tanto a nivel nacional, como autonómico. En un primer momento abordaremos las cuestiones relacionadas con los recursos existentes en la actualidad para hacer frente a una parte del envejecimiento, que es la vida en una residencia. Si bien existen otros recursos, nuestro trabajo de investigación, nos condiciona a centrarnos en la institucionalización aunque también trataremos, de manera más superficial, otros. Posteriormente, empezaremos a abordar el perfil del anciano que vive en una residencia. Esto lo haremos tanto desde el punto de vista sociodemográfico, como desde una aproximación biológica, psicológica y social del mismo. Como más adelante podremos comprobar, la escasez de datos sociodemográficos procedentes desde las residencias nos obliga a aproximarnos a esta realidad desde un criterio de potencialidad, lo cual asumimos que tiene cierto rango de probabilidad frente a la certeza de los datos sociodemográficos.

3.1. ÁMBITO NACIONAL

España está experimentando un proceso de envejecimiento más acelerado que otros países europeos, existiendo previsiones que indican que en el año 2050, habrá más de 16 millones de mayores de 65 años, que representarán un porcentaje superior al 30% de la población total (Abades & Rayón, 2012).

Díaz (2012 p.388) afirmaba que, en España, en el año 2008, el número de plazas para personas mayores en situación de dependencia que se ofrecían en centros residenciales era de 199.304, y representaba el 72% del conjunto de las plazas residenciales (329.311). Hay que resaltar que desde este informe los posteriores editados por el IMSERSO no hacen alusión a este tipo de información. La promulgación del Plan Gerontológico Nacional, en 1971, supuso un impulso importante en la creación de Residencias. En 1975 existían 640 residencias de ancianos en España, en las que residían 58.164 mayores. Es destacable que, en el 95% de las mismas, había una participación activa de comunidades religiosas (Jiménez, 2001), no pudiendo evidenciar posteriormente este último dato en consultas posteriores.

Según Fernández (2015), los centros residenciales han experimentado un importante aumento desde el año 2000, de manera que en 2013, el número de centros residenciales ha ascendido hasta los 5.482 aumentando proporcionalmente el índice de cobertura hasta llegar al 4,40%, lo cual supone un número de plazas de residencias total a nivel nacional de 371.064. El índice de cobertura a nivel nacional es de 4,40%, lo que nos permite hacer una serie de comparativas inter-comunidades. Castilla y León (7,54%), junto con Castilla-La Mancha (6,88%), Extremadura (6,06%) y Aragón (6,04%) son las que mayores índices de cobertura ofrecen; en el extremo opuesto se encuentra Ceuta con un 1,73%, y la Región de Murcia con un 2,29% (véase tabla 3.a, y gráfico 3.1)

Tabla 3.a. Número de plazas y cobertura en centros residenciales. Datos a 31 de diciembre de 2013

Comunidades Autónomas	Población ≥ 65 1/1/14	Centros	Plazas	Índice de Cobertura ¹	Personas Usuarías
Andalucía	1.337.288	658	42.913	3,21	30.551
Aragón*	275.127	293	16.624	6,04	5.718
Asturias	249.988	296	14.775	5,91	4.327
Baleares (Illes)	163.589	58	5.328	3,26	2.174
Canarias	306.270	182	9.498	3,10	9.498
Cantabria	116.613	58	5.543	4,75	3.451
Castilla-La Mancha	375.193	329	25.821	6,88	14.249
Castilla y León	592.190	676	44.648	7,54	44.648
Cataluña	1.337.283	1.232	63.089	4,72	47.707
C. Valenciana	902.953	330	27.131	3,00	13.252
Extremadura*	215.593	264	13.072	6,06	8.051
Galicia	648.045	214	19.489	3,01	12.907
Madrid (Comunidad de) **	1.053.191	474	50.889	4,83	19.177
Murcia (Región de)	216.285	53	4.949	2,29	3.232
Navarra (C. F. de)	119.215	75	5.821	4,88	2.450
País Vasco	454.132	254	17.964	3,96	12.661
La Rioja	62.014	30	3.039	4,90	1.615
Ceuta	9.260	4	160	1,73	145
Melilla	8.198	2	311	3,79	292
España	8.442.427	5.482	371.064	4,40	236.105

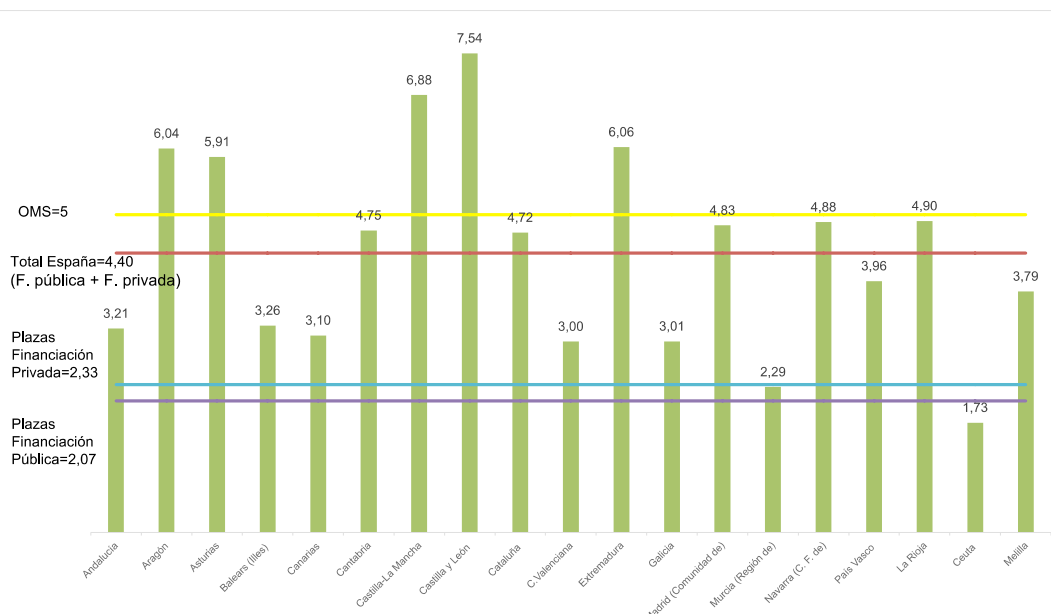
Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales (2014)
 INE (2014) *Datos de Población. Explotación Estadística Padrón Municipal 01/01/2014*
 Elaboración propia del Imserso.

(1) Índice de Cobertura: (nºplazas/población >65)x100

*Aragón y Extremadura. Datos de 2012.

**Madrid: No se dispone de información de las personas usuarias del Ayuntamiento de Madrid

Gráfico 3.1. Índice de cobertura de plazas residenciales. Datos a 31 de diciembre de 2013



Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales; (2000-2014). INE: BASE Datos de Población. Explotación Estadística del Padrón Municipal, (2001-2014). Elaboración propia del Imserso.

3.1.1. Distribución nacional de plazas según el tamaño de las residencias

En las residencias privadas, a nivel nacional, la atención se prestaba en centros de menos de 25 plazas en un 21,28%, entre 25 y 49 plazas en un 27,26%, en centros de entre 50 y 99 plazas en un 26,51% y en centros de más de 100 plazas en un 21,93% (Madrigal, 2014).

3.1.2. Distribución nacional de plazas según la titularidad jurídica de las residencias

Las plazas de financiación pública, a nivel nacional, también han experimentado un importante aumento desde el año 2000, llegando a las 174.708 en 2013, teniendo en cuenta que en el año 2000 eran 55.289 (Díaz, 2012), suponiendo un incremento porcentual del 1,28%. Este crecimiento se sitúa muy por encima del experimentado por el sector privado que ha pasado de tener 159.867 plazas en el año 2000 a 196.356 en el año 2013, traduciéndose este en un 0,05% (Fernández, 2015). Profundizando en estos datos, Fernández (2015) nos apunta que el 47% de las plazas son de financiación pública. Es este el tipo de plaza predominante en la generalidad del territorio español, a excepción de Galicia, La Rioja, Madrid, Comunidad Valenciana, Canarias, Aragón, El Principado de Asturias y Castilla y León, en donde predominan las plazas de financiación privada. Además, según recientes publicaciones (Arrero, 2010: p.23), la concertación de plazas con la Administración Pública es una vía demandada también por los sectores privados, tanto empresariales como del tercer sector.

Tabla 3.b. Centros residenciales en España en el periodo 2000-2013, según la titularidad jurídica de las residencias

	31/12/00	31/12/13	Var.2000-2013	Var. Media Anual
Población ≥65	7.037.553	8.442.427	1.404.874	108.067
Indicadores				
Nº Total Plazas	215.156	371.064	155.908	11.993
Plazas de financiación pública	55.289	174.708	119.419	9.186
Plazas de financiación privada	159.867	196.356	36.489	2.807
Nº total centros	4.158	5.482	1.324	102
Centros Titularidad Pública	573	1.340	767	59
Centros Titularidad Privada	3.585	4.142	557	43
Índice de cobertura				
Total Plazas	3,06	4,40	1,34	0,10
Plazas de financiación pública	0,79	2,07	1,28	0,10
Plazas de financiación privada	2,27	2,33	0,05	0,00

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales (2001, 2014)

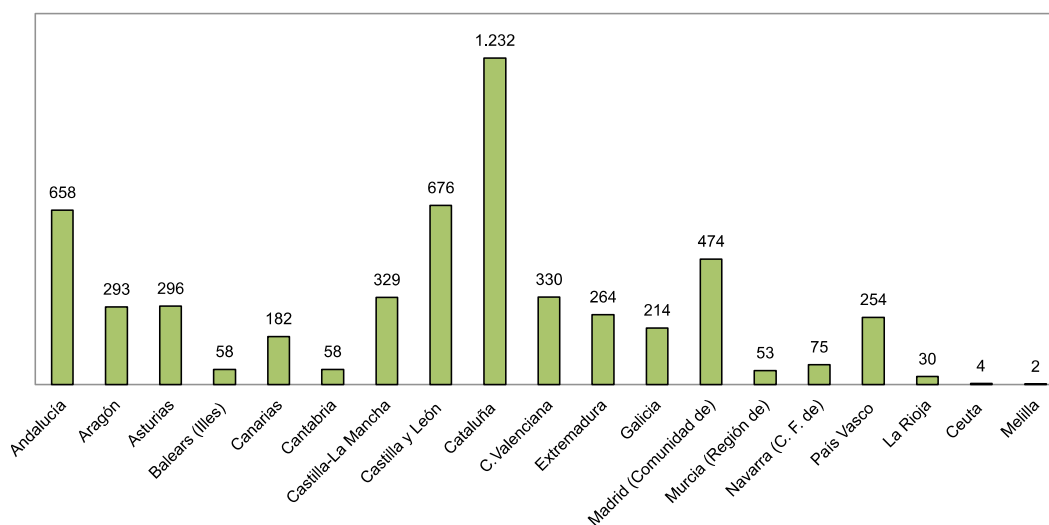
INE:BASE Datos de Población. Explotación estadística del Padrón Municipal, datos a 01/01/2001 y datos a 01/01/2014

Elaboración propia del Inmerso.

3.2 ÁMBITO DE LA REGIÓN DE MURCIA

En la Región de Murcia, las plazas residenciales ofrecidas a la población son 4.949 repartidas entre 53 centros (ver tabla 3.a y gráfico 3.2).

Gráfico 3.2. Centros residenciales. Número de centros. Datos a 31 de diciembre de 2013.



Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales (2014).
Elaboración propia del Inmerso.

Respecto a la titularidad de las plazas ofrecidas en la Región de Murcia, un informe del Centro Superior de Investigaciones Científicas nos arroja resultados muy reveladores (Madrigal, 2014). Al parecer en la Región de Murcia a finales de 2013, el 81,66% de las plazas residenciales estaban gestionadas por entidades privadas, frente al 18,34% que lo están por la Administración Pública.

3.2.1. Distribución en la Región de Murcia de plazas según el tamaño de las residencias

En la Región de Murcia, la atención a personas mayores en el entorno residencial se prestaba en más de la mitad de las plazas ofertadas (51,3%) en centros de más de 100 plazas, un 39,4% en centros de entre 50 y 99 plazas y solo un 8% en centros de entre 25 y 49 plazas, siendo las plazas acogidas en centros de menos de 25 plazas casi anecdóticas (1,3%) (Madrigal, 2014).

3.2.2. Distribución nacional de plazas según la titularidad jurídica de las residencias

En el caso de la Región de Murcia, Madrigal (2014) afirma que la financiación pública es de un 43% frente al 57% del sector privado. En concreto, en la Región de Murcia se ha podido observar un descenso en la oferta de plazas públicas, en relación al número de plazas de gestión privada, lo cual sigue un tanto la tendencia particular autonómica descrita por Díaz y otros (2012, p.381), cuando refieren que la estructura de la cobertura residencial varía en las distintas Comunidades Autónomas en función del peso del sector público y privado en la financiación de las plazas.

En la Región de Murcia existen datos objetivos¹ sobre la realidad del sector residencial no lucrativo; así, se sabe que del total de plazas residenciales ofertadas en Murcia durante el año 2015, 1.859 estaban gestionadas por el sector no lucrativo, y dentro de estas las que eran gestionadas por congregaciones religiosas eran 618. Si nos atenemos a las plazas organizadas alrededor de la Asociación Lares Murcia nos estaríamos refiriendo a alrededor de 1.585 plazas. De éstas, el

¹ Documento inédito correspondiente a un informe no editado propiedad de la Asociación de Residencias no lucrativas -Sector Solidario- Lares Murcia, el cual refleja la realidad del sector durante el año 2015.

63% estaban concertadas con la Administración Pública en materia de Servicios Sociales, y el resto (37%) eran de tipo privado. Las residencias estaban gestionadas por organizaciones de carácter no lucrativo cuya naturaleza era de tipo Asociación en un 46% de los casos, de tipo Fundación un 39% del total, y el 15% restante de otras iniciativas diferentes (organizaciones adheridas al régimen Diocesano de la zona eclesiástica de Murcia); respecto al carácter religioso de las residencias, cabe añadir, a modo anecdótico, que el 31% de las residencias del sector lucrativo está gestionado directa o indirectamente por congregaciones religiosas. En el año 2015, según los datos facilitados por el Servicio de Acreditación, Registro e Inspección de Centros de la Consejería de Sanidad y Política Social de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (ver tabla 3.c.), el total de plazas acreditadas, es decir, autorizadas por este organismo para acoger a personas mayores en régimen de internado, eran de 4.579, De estas 1.686 (36,8%) se ubicaban en residencias gestionadas por empresas mercantiles, es decir, con ánimo de lucro; 1.241 (27,1%) estaban gestionadas por organizaciones no lucrativas y no religiosas; 618 (13,5%) se situaban en centros gestionados directamente por congregaciones religiosas; 294 (6,4%) por entidades públicas de ámbito municipal, es decir ayuntamientos, aunque hay que señalar que algunos de estos habían subcontratado la gestión con entidades privadas, ya sean estas mercantiles o no lucrativas; 202 (4,4%) eran plazas situadas en centros públicos dependientes del Instituto Murciano de Acción Social, pero contratadas con entidades, ya sean mercantiles o no lucrativas, y 538 (11,7%) eran de titularidad exclusivamente pública y gestionadas directamente por la Administración pública.

Tabla 3.c Plazas autorizadas en la Región de Murcia, por titularidad y localización. Abril 2015

<i>Leyendas: L: Lucrativas; NL: No lucrativas; NL/R: No lucrativas gestionadas por congregaciones religiosas; P: Públicas de ámbito municipal; P-IMAS: Públicas de gestión pública y ámbito provincial; X-IMAS: Públicas de gestión Privada (Lucrativa o No Lucrativa)</i>			
RESIDENCIA	POBLACIÓN	GESTION	Nº PLAZAS
Residencia Cartagena Vitalis	Cartagena	L	220

Residencia Los Almendros	Cartagena	L	74
Residencia Los Marines	Cartagena	L	28
Residencia Nova Santa Ana	Cartagena	L	68
Residencia Casa de Campo Perín	Cartagena	L	64
Centro de Mayores Care Cartagena	Cartagena	L	120
Residencia para mayores Altavida	Abanilla	NL	85
Residencia para personas mayores Nicolás Gómez Tornero	Abarán	NL	35
Asociación para residencias de pensionistas Ferroviarios	Aguilas	NL	201
Residencia geriátrica San Francisco	Aguilas	NL	130
Centro residencial para personas mayores Virgen de la Salud	Alcantarilla	P	54
Residencia Virgen del Rosario	Alhama	P/IMAS	40
Residencia Nuevo Azahar	Archena	NL	80
Residencia Virgen del Los Dolores	Blanca	P	54
Residencia Médica Virgen de la Esperanza	Calasparra	P	62
Hermanitas de ancianos desamparados Hogar Stma Vera Cruz	Caravaca	NL/R	130
Residencia Fuente Cubas	Cartagena	L-IMAS	100
Residencia Virgen del Mar	Cartagena	NL	120
Asilo de ancianos de las	Cartagena	NL/R	66

hermanitas de los pobres			
Hospital Asilo de la Real Piedad	Cehegín	NL	40
Residencia geriátrica San Pablo	Ceutí	L	132
Residencia de Ceutí	Ceutí	P	34
Residencia de Ancianos Mariano Marín Blazquez	Cieza	NL	160
Residencial el Valle de Las Palas	Fuente Álamo	L	--
Residencia de personas mayores San Agustín	Fuente Álamo	NL	25
Hogar Santa Teresa Jornet (Hermanitas Desamparados de Jumilla)	Jumilla	NL/R	60
Caser residencial Alameda	Lorca	L	120
Residencia San Diego	Lorca	NL	77
Residencia Domingo Sastre	Lorca	P-IMAS	180
Residencia Ntra Sra de los Angeles	Los Alcázares	L	38
Residencia el Palmeral del Mar Menor	Los ALcázares	L	83
Residencia de ancianos La Purísima/Franciscanas de la Purísima	Mazarrón	NL/R	38
Residencia Ballesol Altorreal	Molina de Segura	L	134
Residencia Ntra Sra de Fátima	Molina de Segura	NL	100
Caser Residencial	Murcia	L	158
Clínica Ntra Sra de Belén	Murcia	L	89
Residencia de ancianos	Murcia	L	--

La Barraca			
Residencia Sumavida Montepinar	Murcia	L	99
Residencia Virgen de la Fuensanta	Murcia	L	66
Residencia de ancianos Hogar de Betania	Murcia	NL	77
Asilo de ancianos de la congregación Hermanitas de los Pobres	Murcia	NL/R	76
Residencia de Tercera Edad Hogar de Nazaret/Hermanas misioneras de la Sagrada familia	Murcia	NL/R	79
Residencia San Basilio	Murcia	P-IMAS	188
Residencia Obispo Javier Azagra	Murcia	P-IMAS	130
Residencia de personas mayores El Molino Site	San Javier	L	25
Residencia Lozar Tercera Edad	San Javier	L	52
Residencia Lozar Tercera Edad Santiago de la Ribera	San Javier	L	63
Residencia San José/Franciscanas de la Purísima Concepción	San Javier	NL/R	41
Villademar Residencia Internacional para mayores	San Pedro del Pinatar	L	53
Residencia San Pedro del Pinatar	San Pedro del Pinatar	NL-IMAS	102
Residencia de ancianos El Amparo	Santo Angel	NL/R	46
Residencia de Personas Mayores Santomera	Santomera	L	--
Residencia La Purísima	Totana	P-L	90

Residencia de personas mayores Fundación Santa Isabel	Villanueva del Río Segura	NL	111
Residencia Santa Teresa de Jornet/Congregación Hermnaitas ancianos Desamparados Yecla	Yecla	NL/R	82
		L	1.686
		NL	1.241
		NL/R	618
		P	294
		P-IMAS	538
		X-IMAS	202
		TOTAL	4.579

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por el Servicio de Acreditación, Registro e Inspección de la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia. 2015.

En este punto, podemos hacer algunas reflexiones combinando los datos de una manera lógica. En este sentido, las plazas que no eran ni públicas ni mercantiles, fueran o no de tipo religioso o laico, eran 1.859, lo que viene a suponer el 40,6% del total de las plazas ofertadas en la Región de Murcia, frente a las 1.686 del sector mercantil, es decir, el 36,7% del total, lo cual significa claramente la tendencia a la mercantilización de las plazas para personas mayores en esta Comunidad Autónoma. Un punto aparte merecen las plazas públicas, es decir, las no gestionadas, al menos en cuanto a la titularidad de dichas plazas, ni por entidades mercantiles ni por no lucrativas, sean estas de tipo provincial o municipal, que eran 1.034, lo que viene a suponer el 22,6% del total de las plazas. Estos datos nos dan información suficiente para comprobar el peso específico de las entidades gestionadas por organizaciones procedentes de la beneficencia particular, en su inmensa mayoría de ámbito municipal, respecto a las de tipo público. Esto no nos puede impedir reconocer la incursión reciente de las iniciativas mercantiles en la Región de Murcia, lo cual nos puede evidenciar el aumento y la presencia relativamente amplia de este sector procedente del mundo empresarial en los Servicios Sociales de la Región de Murcia.

Los pocos centros psicogerítricos que existen en la Comunidad autónoma de la Región de Murcia poseen plazas de titularidad, tanto pública como privada. Díaz y otros (2012, p.372) afirman que a nivel nacional el número de plazas psicogerítricas, a enero 2008, era de 30.388 plazas, llegando, según Madrigal, en fecha 31 de Diciembre de 2011, a aumentar hasta las 64.718 plazas a nivel nacional, es decir, un 24% del total de las plazas públicas ofertadas. En la Región de Murcia, el trabajo de Madrigal (2014) arroja un porcentaje del 6% lo que supone unas 186 plazas, siendo la segunda comunidad autónoma, tras Asturias, que menos oferta de este tipo de plazas pone a disposición de los ciudadanos. De este bajo número de plazas, ofertadas en la Región de Murcia, 100 corresponderían a las ofertadas en el ámbito público, mientras que el resto corresponderían a plazas ubicadas en residencias privadas, consideradas como psicogerítricas pero en centros no psicogerítricos.

A pesar de estas clasificaciones, un tanto rígidas, no existe constancia de que los ancianos, que viven en las residencias de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, estén residiendo en las mismas en función de su grado de concordancia con la naturaleza del centro. Así, es muy común ver distintas tipologías de ancianos residentes dentro de un mismo centro, lo cual, en un momento dado, puede dificultar la individualización y personalización de los cuidados gerontológicos, así como afectar sobremanera la calidad y tipo de relaciones que se expresan en la realidad social de este recurso.

3.3. EL ENTORNO SOCIAL DE LA PERSONA MAYOR

No es difícil intuir como los datos arrojados por diferentes autores nos permiten conocer hasta qué punto las dimensiones particulares del ser humano, la biológica, psicológica y la social, se ven afectadas de manera interdependiente y, por ende, la experiencia que la persona mayor vive en relación al fenómeno de envejecimiento y posible ingreso en un centro residencial.

Una manera indirecta de conocer el perfil social del potencial usuario de una residencia, al menos de las de tipo público y las que poseen plazas concertadas con la administración, es saber el camino que la persona mayor o sus familias deben recorrer desde que les surge la necesidad social de amparo hasta que reciben la resolución por parte de la Administración Pública del ingreso en un centro residencial. El punto de acceso a una plaza pública es la consulta en los

Centros de Servicios Sociales (CSS), ya sean centrales o municipales, acerca de una situación padecida directamente por una persona mayor o, indirectamente, por sus familias, que haga difícil, si no imposible, la continuidad de la vida de éste en su domicilio, al menos de la manera que hasta entonces lo hacía. La Ley 39/2006, conocida como Ley de Dependencia (Gobierno de España, 2006a), ha regulado estos puntos de acceso a las plazas residenciales públicas e incluso ha acotado sus requisitos de ingreso ciñéndolos a criterios exclusivos de dependencia. Es importante recordar que la citada ley es de marcado carácter social, delegando a la figura de la Trabajadora Social del CSS, central o municipal, el inicio de los trámites de los expedientes de reconocimientos de dependencia, cuyo fin es la satisfacción de determinadas necesidades a través de ciertos servicios, entre los que se encuentra la residencia de personas mayores. Ésta deberá recomendar el recurso social que mejor se ajuste a las necesidades planteadas por el anciano o su familia. Siguiendo entonces este razonamiento lógico, es interesante lo que sobre las intervenciones en materia de Servicios Sociales en la Región de Murcia dice Mira (2010:5-65), el cual hace referencia a las circunstancias que rodean al modo de acceder a los servicios sociales de la Administración Pública por parte de las personas mayores. Los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) han visto aumentada su cobertura en el periodo estudiado, lo cual podría interpretarse por algunos autores (Kauffman & Frías, 1996) como un aumento de los puntos de control y vigilancia del Estado sobre los ciudadanos, además de la mejora en la prestación de los servicios sociales centrales. Ciñéndonos a la realidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, los municipios de Murcia y Cartagena son los que mayor número de consultas han resuelto, a pesar de algunos sesgos difíciles de interpretar. En la misma situación se encontraría la Mancomunidad del Sureste y Molina de Segura. Contrariamente a esta situación, Murcia, Alcantarilla, Puerto Lumbreras y las Mancomunidades del Valle de Ricote y del Noroeste tienen mayor presencia en el número de personas atendidas. Respecto al perfil social de la población atendida, Mira (2010, p.32) nos explica que hay un claro predominio femenino (58,4%) en la solicitud de información en los SSAP. El grupo más numeroso es el de sesenta y cinco y más años (31%). Sobre el nivel educativo de las personas que acceden a los SSAP, el 54,4% tienen estudios primarios con certificado de escolaridad, mientras que casi el 40% no tiene estudios aunque sabe leer y escribir; el porcentaje de

personas que no saben leer ni escribir ronda, según Mira (op. cit. p.45), el 11,7%. Sobre el estado civil de los usuarios, destaca el elevado número de solteros/as, con un 38,2% sobre el total, y de casados/as, con un 41,2%. El perfil económico de los solicitantes también es aproximado, como el social, de esta forma, un 38,8% de los mayores de sesenta y cinco años es receptor de una pensión, ya sea contributiva (28,5%) o no contributiva (10,3%); teniendo en cuenta que casi un tercio de las personas atendidas en los SSAP son mayores de sesenta y cinco o más años, estos datos deberían ser similares. No podemos olvidar ilustrar nuestra búsqueda de patrones con la intensidad (entendida esta como el número de consultas que una misma persona hace en un periodo de tiempo determinado) en el uso de los CSS por parte de los usuarios. Mira (op.cit. p. 28-29) toma como punto de partida, para hablar de uso "intenso" de los CSS, un número igual o superior a seis, y que estas se hayan producido en un periodo de tiempo igual o superior a seis años; de esta manera, afirma que en las personas mayores de 65 años, el predominio de las mujeres (76,2%) es bastante mayor que el porcentaje de féminas (58,4%) que se da en la población general atendida en los CSS; es decir, que las personas que con más intensidad han realizado alguna consulta a un CSS por el motivo que sea (que más adelante veremos), son mujeres de sesenta y cinco o más años. Las personas mayores de 65 años que acceden a los CSS tienen niveles educativos muy bajos, siendo el 23,7% analfabetos y un 51,7% no tiene estudios. El perfil económico de este segmento de uso intensivo de los CSS viene definido por ser beneficiario de una pensión no contributiva, en un 40% de los casos, porcentaje que cuadruplica el de estos perceptores en el total de la población atendida. Algunos sesgos detectados por Mira (op.cit. p.34), en los datos analizados de su estudio, parecen ser explicados por la dinámica de trabajo de los centros, lo cual puede ser susceptible de ser interpretados como una manera subjetiva de trabajar en función de variables como edad de la población de la zona, así como la posibilidad de realizar más intervenciones de seguimiento. Respecto a las valoraciones realizadas por los profesionales de los CSS, la investigación de Mira (op. cit. p.46) arroja datos muy interesantes. Una de cada tres valoraciones (32,4%) se refiere al sector de personas mayores, siendo las problemáticas mayoritarias detectadas las siguientes: la dificultad para realizar tareas cotidianas por discapacidad física; la solicitud de información sobre prestaciones del ISSORM²;

²ISSORM son las siglas que corresponden al antiguo Instituto Murciano de Servicios

la solicitud de información sobre prestaciones de Apoyo en la Unidad de Convivencia y Ayuda a Domicilio; la solicitud de información sobre Pensiones No Contributivas; la dificultad de movilidad por discapacidad física; la solicitud de información sobre Prestaciones Información Orientación y Movilización de recursos; la solicitud de otras prestaciones de pensiones; el requerimiento de cuidados especiales para personas de edad avanzada; y, finalmente, la solicitud de otras prestaciones de Servicios Sociales. Estas demandas se pueden agrupar en tres grandes bloques, que reúnen por cierto más de la mitad de las valoraciones (51%): a) las que se refieren a las demandas de información sobre prestaciones económicas (24%), b) las referidas a las dificultades para realizar actividades cotidianas (18%), y c) las referidas a las prestaciones para apoyo en la unidad de convivencia y ayuda a domicilio (9%). Respecto al primer recurso, aplicado por los técnicos de los CSS, tras las valoraciones oportunas, Mira (op. cit. p.65) expone los resultados que agrupan previamente la mitad de las valoraciones de manera mayoritaria, destacando en este 50% un 1,7% que correspondería a la residencia de personas mayores en la Comunidad Autónoma. Evidentemente, no hay que olvidar que este porcentaje se refiere solo a aquellas demandas directas de ayuda en los CSS de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, dando como resultado la propuesta de la adjudicación de plaza en residencias de carácter público o bien en residencias privadas (ya sean de tipo empresarial o de tipo no lucrativo) con plazas concertadas con la Administración regional. Sobre estas cifras, caben algunas reflexiones, sobre todo si tenemos en cuenta las actuales tendencias derivadas de la aplicación obligatoria de la Ley de la Dependencia (Gobierno de España, 2006), en la Región de Murcia, cuyos resultados, tras ocho años de andadura, contrastan con los datos del informe de Mira (op. cit. p.44), sobre todo en cuanto al porcentaje de solicitudes de plaza en residencia para personas mayores. Así, el informe de la Consejería afirma claramente que la solicitud de ayuda económica en el entorno realizada por las trabajadoras sociales, tras valoración de las peticiones de los murcianos ante los CSS, se encontraba como opción preferente, con un 66,9%; la petición de ayuda para un recurso, como por ejemplo la Teleasistencia, se situaba en torno al 13,7%; las solicitudes de ayudas para el Centro de Día para personas mayores rondaba el

Sociales de la Región de Murcia; fue sustituido por el Instituto Murciano de Acción Social, comúnmente llamado IMAS.

5,1%; y, finalmente, la petición del recurso residencial se encontraba en un discreto tercer lugar con un 7,7%. Como podemos comprobar, la mayoría de las solicitudes piden algún tipo de ayuda económica aunque esta tendencia pareció ir disminuyendo en beneficio de la solicitud de prestaciones de servicios en el último año.

No podemos olvidar la imagen que la sociedad atribuye a las personas mayores, siendo ésta clave para el trato que se le dará. “*Dependiente y enfermo*” fueron los calificativos con los que las personas, a las que se entrevistó en una encuesta del Barómetro de Marzo 2008, caracterizan a las personas mayores españolas. Se puede apreciar, en palabras de Lorenzo y Castejón (2009, p265), que, de nuevo, el deterioro físico y la pérdida de autonomía aparecen como protagonistas en el ámbito de las percepciones sobre la vejez. En el período final de la vida, además de la familia, la variabilidad interpersonal también influye en los aspectos emocionales, de satisfacción y del apego, en tanto que unas personas pasan por enfermedades crónicas graves, de larga duración y sufrimiento, mientras otras disfrutan de salud hasta los últimos días de su vida (López, 1998). Siguiendo los resultados de la encuesta del Barómetro de Marzo de 2008, citados por Lorenzo y Castejón (op. cit. 249), resulta curiosa la comparación que los autores hacen de las respuestas emitidas por personas de 65 o más años y por personas menores de 65 años; se observa que las primeras asocian más *enfermedad y vejez* que *dependencia y vejez*, mientras que entre las menores de 65 *dependiente* es más citado que *enfermo* a la hora de describir a las personas mayores. El siguiente adjetivo con más alto porcentaje sobre el total de respuestas es *inteligente* (12,7%). Lo mismo ocurre con *independiente*, que obtiene un mayor porcentaje entre las respuestas dadas por los menores de 65 que en la de las personas mayores. *Ocioso* es un adjetivo que acaba logrando cierto peso entre las respuestas dadas (10,4%), puesto que fue muy mencionado en la tercera opción (33,3%). Más del 80% de las personas entrevistadas contestó afirmativamente ante la pregunta de si en su opinión las personas mayores se sienten *temerosas ante la enfermedad y la dependencia*, por lo que, de nuevo, estos dos conceptos aparecen como constantes en las percepciones sobre la vejez. Más de dos tercios consideran que las personas mayores se sienten *queridas y apoyadas*. Asimismo, se encuentra muy generalizada también la opinión de que se sienten solas, el 58,7% de la población así lo considera. En general, al comparar las respuestas de las personas mayores con las

del grupo de población menor de 65 años se observa que los sentimientos positivos obtienen mayor porcentaje de respuestas afirmativas entre los primeros, mientras que los segundos tienden a ser más pesimistas en cuanto a cómo se sienten las personas mayores. En cuanto a las principales cualidades que las personas mayores aportan a la sociedad, la lista viene encabezada por la experiencia y la sabiduría, con casi un 50% del total de las respuestas dadas. La siguiente cualidad más citada fue *tolerancia y respeto*, seguida de *equilibrio y serenidad*. *Ayuda y solidaridad* sólo obtiene sin embargo un 7,3%. En ese sentido, resulta muy elocuente que la mejor valoración del trato que la sociedad provee a las personas mayores provenga de ellas mismas, especialmente si consideramos las apreciaciones de los varones. Casi el 50% de la población considera que la sociedad se comporta *regular* con las personas mayores, un 25% opina que se comporta mal y sólo un 16,2% señala que bien. Como se ha mencionado con anterioridad, las personas mayores tienen una mejor percepción de cómo les trata la sociedad: algo más del 30% de personas mayores señala que la sociedad se comporta bien con los mayores, cuando sólo un 22,7% de los menores de 65 años opinan de esta forma; el porcentaje de personas que piensan que la sociedad trata mal a los mayores representa un 17,1% entre los menores de 65, pero desciende a 12,6% cuando son los propios mayores los que contestan. La opinión acerca de cómo la sociedad se comporta con las personas mayores no es, en términos generales, muy buena. Casi la mitad de la población considera que el trato que reciben las personas mayores es *regular* y un cuarto opina que se comporta mal. Sin embargo la población mayor se muestra algo más optimista en este sentido: un 30% considera que la sociedad se comporta *bien* con las personas mayores, ocho puntos porcentuales más que entre los menores de 65 años. Entre el colectivo de mayores, el porcentaje de personas que consideran que la sociedad se comporta *mal* con este grupo de población es también significativamente menor que entre los menores de 65 años. Los aspectos, según Lorenzo y Castejón (op. cit. 259), que la población española consideraban más importantes para mejorar la calidad de vida de las personas mayores fueron (y por este orden): mantenerse activo/a, tener unos buenos servicios sociales y sanitarios y tener buenos ingresos. En cuanto a las diferencias que se observaban entre las personas mayores y las menores de 65 años, destacaban que las primeras inciden algo más en la

importancia de tener buenos ingresos como factor para la mejora de su calidad de vida.

Destacamos la relevancia de los resultados de la Encuesta 2010, del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), en la que de manera clara se pueden extraer algunas afirmaciones de interés (Rodríguez, 2010: pp.29-30). En esta encuesta, los mayores de 65 años realizaban unas cuantas afirmaciones sobre lo que opinaban de ellos mismos; así el 36,2% pensaba que no pueden valerse por ellos mismos y que necesitaban cuidados, un 14,5% pensaban que eran una carga, un 13,9% creían que eran diferentes porque cada persona tenía una situación distinta y, finalmente, el 13,2% pensaba que estaban muy solos sin apoyo social o familiar. En este mismo artículo, los autores destacaban los datos extraídos del IMSERSO acerca de los motivos por los que una persona tenía miedo de envejecer, destacando entre estos el posible empeoramiento de su salud (49%), el menoscabo en la independencia (27%), la soledad (27%), y el sentimiento de sentirse más inútil (25%).

A pesar de lo expuesto, no podemos obviar los datos que Fernández (2015) nos aporta en relación a la percepción que las personas tienen de ellas mismas, según datos del Barómetro del CIS de Febrero de 2015. Según este autor, los mayores otorgaron una puntuación de 7 a la satisfacción con sus vidas, teniendo en cuenta que 0 sería completamente insatisfechas y 10 plenamente satisfechas; esta puntuación sería similar a la de otros grupos de edad no mayores, a excepción de los más jóvenes. Igualmente, siguiendo esta misma escala, estos autores destacan que los mayores se encontraban muy satisfechas con sus relaciones familiares, con una puntuación de 8,64 puntos, con su relación de pareja, los que todavía la tenían, con 8,59 puntos, y con el tiempo libre del que disponían, con 8,38 puntos. En el otro extremo, nos encontramos con la valoración de su salud, con una puntuación de 6,76 (Fernández, 2015).

Es el uso de las instituciones la clave diferencial de la sociedad de la “individualización”, y así lo refiere Beck (1986):

“El estatus y la cultura de las clases sociales o familiares quedan marginados o sustituidos por el modelo de forma de vida institucional: entrada y salida del sistema educativo, entrada y salida del trabajo productivo, regulaciones sociopolíticas de la edad de jubilación y no solo de todo lo que se refiere a los periodos de la vida (infancia, juventud, madurez y vejez) sino también a la organización del tiempo

(distribución entre la existencia familiar, la actividad cultural y la profesional).”(Beck, p.216)

Es, en el momento de la claudicación familiar, por un motivo u otro, cuando el Estado en su rol de “padre” de todos los individuos hace su aparición de manera que asume la función cuidadora que la familia del anciano no puede o no quiere realizar. Este es un argumento a favor del estructuralismo social, el cual permite la transferencia de lealtades en las dos direcciones verticales de la relación entre el individuo y el Estado. Siguiendo a Beck (1986), la persona deja de ser persona para convertirse en individuo dentro de la Sociedad, sin existir nombres ni apellidos, ni afiliaciones a determinados grupos de más o menos interés, como la familia u otros del mismo tipo tradicional. La utilización del término “individualización” para explicar el fenómeno de segregación de un grupo determinado de ancianos del resto y de la sociedad es un tanto arriesgado. Su fundación tuvo lugar a raíz de los estudios de Beck (1986) de las relaciones de poder y clases sociales en la Alemania postindustrial, aunque el término no es nuevo y su utilización, aunque no tan precisa, ya es utilizada antes por el protestantismo, en el XIX. Beck (1986) define el fenómeno de “individualización” *“como el inicio de un nuevo modo de sociabilización, como un tipo de “cambio de forma” o de “cambio categorial” en la relación entre individuo y sociedad”* (Beck, p.209). En el sentido de la institucionalización de la vida del individuo por parte del Estado, refiere este autor:

“Estas configuraciones institucionales de la vida significan que las regulaciones del sistema cultural (por ejemplo, periodo formativo), del sistema profesional (por ejemplo, periodos de trabajo en el intercambio diario y en el conjunto de la vida), así como las provisiones sociales del sistema se engarzan directamente con las fases de la vida de los hombres: las disposiciones e intervenciones institucionales son a su vez, (implícitamente) disposiciones e intervenciones en la vida humana.” (Beck, p.216)

La vida del individuo, según Beck (1986), es producto de la institucionalización de la dinámica social, tanto de la vida del anciano, como la de su familia. Así, la individualización, lejos de entenderse como el máximo del dogma capitalista del “liberalismo económico”, convierte al individuo en un esclavo de su propia sociedad, del Estado del cual forma parte, y al que nutre a través de su esfuerzo y su consumo. De modo clarificador, Beck (1986) lo expone

así: *“Concretamente, individualización significa, pues, institucionalización, configuración institucional y, con ello, conformación política de la vida y de las condiciones de vida”* (op.cit. p.:216)

El hombre deja de ser ciudadano para convertirse en pieza clave en la producción y pervivencia del modelo Estatal occidental. A cambio, el ser humano recibe un espejismo como escenario de una vida en la que las relaciones personales y la riqueza vital que estas aportan se desdibujan, se simplifican, se estandarizan en modos de actuar repetitivos, así *“La individualización - más exactamente, la supresión de las relaciones vitales tradicionales - coincide con una simplificación y una estandarización de las formas de existencia”*. (op.cit. p.217)

El anciano deja de ser cuidado en la casa, pues ésta ha dejado de constituir el ambiente privado de las relaciones; todo influye y condiciona la organización del domicilio, así Beck (1986) refiere que *“La esfera privada no es lo que parece ser, una esfera separada del ambiente. El lado externo penetra en el interior e influye en lo privado de las relaciones y decisiones; en todos los ámbitos (...)”*(op.cit. p.218). De esta manera, la familia, ya no como institución sino como depositaria de los problemas de *“individualización”* de cada uno de sus miembros, siente como, en situaciones extremas, a veces no puede hacerse cargo del familiar dependiente; un ejemplo claro de ello es, precisamente, la utilización de la residencia de ancianos para cuidar de una persona mayor, cuando su familia, por diferentes motivos, no puede cuidar a su pariente. En estos casos, la familia siente como el Estado no la apoya en el cuidado a una persona mayor. Lo que ocurre, entonces, según Beck (1986), es una especie de efecto paradójico pues si bien es el Estado quien condiciona la búsqueda de otros recursos, que ya están curiosamente institucionalizados, es la familia la que tiene que tomar la decisión de no seguir cuidando del anciano, pareciendo a todas luces que es ésta la que no quiere cuidarlo. En palabras de Beck (1986):

“Esta dependencia de las instituciones incrementa las situaciones de crisis de las condiciones individuales generadas. La dependencia de las instituciones no se da para prioridades en general sino en concreto. La clave de la seguridad en la vida reside en el mercado de trabajo (...), por causa de oscilaciones coyunturales o demográficas, generaciones enteras pueden ser arrastradas a la marginación en la existencia. Es decir, las condiciones individuales, ligadas a las instituciones, permiten convertir precisamente, según sean las coyunturas del mercado de trabajo y económicas, las

ventajas e inconvenientes concretos generacionales en condiciones grupales. En cambio, esas condiciones siempre aparecen como si fueran deficiencias en las prestaciones de garantía y previsión de las instituciones estatales, las cuales así consiguen, presionando, limitar o compensar la falta de oportunidades institucionalmente preprogramadas para generaciones enteras, fases de la vida y periodos de edad, mediante regulaciones jurídicas y redistribuciones socioestatales.” (op.cit. p.218)

Y sigue su argumentación, no alumbrando un futuro demasiado deseable para nuestros mayores, cuando dice:

“Pero lo decisivo es cómo, en la sociedad individualizada, se concibe y percibe el destino colectivo prefigurado institucionalmente y que se presenta vinculado a la vida de los hombres. Dicho metafóricamente, el espejo de la conciencia de clase se rompe sin destruirse, y cada fragmento refleja una perspectiva como totalidad, sin que sea posible producir una imagen de conjunto a partir de los fragmentos. En la medida en que los hombres quedan cada vez más separados de los lazos sociales por la progresiva individualización y privatización, se da un doble proceso. Por una parte, las formas de percepción son privadas y – considerando la época - a su vez ahistóricas. Los hijos ignoran la situación de los padres, por no hablar ya de las de los abuelos. Es decir, el horizonte temporal de la percepción de la vida se reduce cada vez más, hasta encogerse finalmente en el caso límite de la historia del (eterno) presente, y todo gira en torno al propio yo de la propia vida. Por otra parte, disminuyen los ámbitos que afectan la propia vida en la cooperación y aumentan las restricciones que obligan a configurar la propia vida precisamente en los aspectos en que esta no es nada más que mero producto de las circunstancias.” (op.cit. pp.219-220)

Al final, el único camino posible para el cuidado de nuestros mayores, sean o no enfermos o dependientes, al menos por parte de su familia, quedará señalado por la institucionalización de las tareas de cuidado. Recordemos que cuando hablamos de institucionalización de los cuidados no lo hacemos refiriéndonos solamente a las residencias, sino que también se encuentran otros recursos que, si bien, tienen menos mala fama que las primeras, no por ello son menos “instituciones”, a saber, servicios de estancias diurnas, centros de día, ayuda a domicilio, etc. Beck (1986) aborda este tema refiriéndose de la siguiente manera:

“Aspectos favorables o perjudiciales para las circunstancias de la vida quedan relativizados por acumulaciones de problemas específicos de cada fase de la vida (por ejemplo, para los jóvenes, el enfrentarse a la decisión sobre el matrimonio, los hijos y la profesión del cónyuge) que requieren especial planificación y previsión institucionales y privadas.” (op.cit. p.220)

En vista a las opiniones vertidas por agentes sociales de contrastada reputación en medios del sector residencial no lucrativos *“el papel del mayor en nuestra sociedad es escaso y deteriorado”* (Santaolalla, 2009:21-24; López, 2009:11). Estas opiniones parecen acompañar de manera muy sintética, aunque clara, los argumentos expuestos por Beck (1986) años antes.

Ochoa (2010, p.182) afirma, en un excelente artículo, no exento de controversia, que los ancianos que viven en residencias españolas están caracterizados por una serie de circunstancias; la autora defiende que, tomando como parámetros de comparación el grado de reglamentación e internamiento³, así como la definición de ciudadanía tomados de Marshall (y sus rasgos civiles, políticos y sociales), hay un alto grado de institucionalización total en las residencias españolas, sobre todo en las dimensiones civiles; lo mismo ocurre tomando como referencia el rasgo político de ciudadanía, aunque Ochoa (op. cit. 170) cree que, por la puesta en marcha de la Ley de Dependencia (Gobierno de España, 2006), la dimensión social de la ciudadanía mejora, aunque sigue existiendo una *“desciudadanización”* evidente del residente en España. Termina la autora defendiendo otros sistemas alternativos a la residencia como la forma más adecuada de evitar las instituciones totales. Se puede interpretar, tras la atenta lectura de Ochoa (2010), que no hace alusión, por ejemplo, al gerotipo que caracteriza al anciano que vive en las residencias objeto de su estudio; tampoco nos argumenta suficientemente los motivos que hacen que antropológicamente sea relevante el estudio comparado de dos realidades social y culturalmente diferentes (compara la realidad española y alemana). Quizás, la mayor aportación que hace, según nuestra opinión, sea la de reforzar nuestro argumento de que el concepto de Institución Total de Goffman (op. cit. p.17) es el único que se ha

³ Estos conceptos, a pesar de estar tomados de la literatura especializada de Barenys (1996), están a su vez tomados de Erving Goffman y su citado trabajo *“Internados”*, referenciado en la bibliografía de esta investigación.

tomado como referencia, probablemente como último eslabón de una cadena que comenzó mucho antes con Barenys (1992).

Siguiendo esta línea argumental, solo Goffman (2004) hace referencias específicas al modo de ser del “interno”, lo que en nuestro trabajo de investigación viene siendo denominado anciano-residente. Si bien es cierto que esto lo hace con las reservas, ya hartamente expuestas en anteriores apartados del presente trabajo, no podemos obviar lo interesante, al tiempo que seductor, de su argumentario por lo concreto y específico del mismo. Partiendo de las premisas de Goffman (2004), intentaremos delimitar el perfil del usuario de una institución de tipo residencial que, sin tener todavía argumentos suficientes para contrastar esta información, nos va a permitir inferir un modelo de ser de la institución de tipo total, y con el que podremos trabajar tanto en el trabajo de campo como en la discusión de los resultados. En un ánimo de no ser reduccionista en el estudio del modelo del sociólogo canadiense, desglosaremos el mismo para ir argumentando diferentes epígrafes de esta investigación. En cuanto a lo concerniente al perfil social del anciano, éste, desde nuestro punto de vista, trasciende al resto de los perfiles, los engloba y los alimenta, de manera que todas sus argumentaciones serían de tipo social, aunque por la especificidad de las mismas hemos podido dividirlas por temas de interés en nuestra investigación.

3.3.1. Redes de apoyo formal e informal

El apoyo social se entiende como *“la interacción entre personas mediante la cual se recibe y se brinda apoyo emocional, informativo, funcional, material y espiritual, y se suele dividir en tres grandes grupos: primario, secundario y terciario”* (García, Mateo & Gutiérrez, 1999:23). En los años 90, según García Calvente, el cuidado adopta el paradigma universalista, que supone un intento de resolver las tensiones entre la ética del cuidado y la ética de la justicia, y sitúa el cuidado como un elemento importante para la ciudadanía y para la práctica democrática (García, Mateo & Maroto, 2004). Según Crespo y López, en función de la naturaleza del problema, cuidar puede requerir una pequeña cantidad de trabajo o una gran tarea, puede ser algo breve o que no se sabe cuándo va a finalizar (Crespo & López, 2007). Lorenzo y Castejón (2009, p.254) ponen en tela de juicio las afirmaciones de otros autores respecto al modo de vida previo al ingreso en una residencia; si bien los datos numéricos son tentadores, e incluso seductores, no podemos caer en la misma trampa que al

parecer cayeron otros (Mishara & Riedel, 1986:74). Visto desde el punto de vista de dichos autores (op.cit., p.74), la actitud de los hijos, respecto al cuidado de los padres, parece ser el motivo principal de ingreso en una residencia. Estas afirmaciones no nos permiten conocer claramente los verdaderos motivos del ingreso de un anciano en una institución residencial (Requena, 1989). Por parte de otros autores (Bott, 1990; Pascual de Sans, 2007) sabemos que la estructura económica y ecológica de la sociedad actual genera tipos de redes sociales, que favorecen la vulnerabilidad psicológica del grupo familiar. Por ello, pensamos que la mejor forma de saberlo es ir a la fuente de los datos misma, es decir, la residencia. A este respecto no hay datos claros ni concluyentes al respecto por lo que sería un handicap a tener en cuenta en nuestra investigación, aunque intentaremos aproximarnos en otro epígrafe de este capítulo.

Lo que se puede concluir, del análisis de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida a Mayores 2006, es que las formas y lugares de convivencia alternativos al hogar son composiciones familiares más complejas o mayores que cohabitan con personas que no son miembros de su familia. En referencia a esto último, es de interés destacar la importancia que, en estos hogares, tiene el personal empleado de hogar interno, es decir, que reside en la vivienda con la persona mayor: el porcentaje que representa este servicio para el total de personas mayores es muy escaso (1,7%), sin embargo el 17% de las personas mayores categorizadas dentro de esta forma de convivencia reside al menos con una empleada de hogar. Existen patrones diferentes tanto de cuidado informal como de uso de servicios formales de atención a la salud entre personas de diferentes grupos étnicos (Burton, 1995). El sistema informal de cuidados constituye una de las principales redes de apoyo informal del anciano como alternativa al ingreso en una residencia, que puede darse de manera complementaria al modelo formal de servicio (Bover, 2004; AAVV, 1995); existen diferentes modelos teóricos sobre la relación entre el sistema formal e informal de cuidados, planteando que cuidadores informales y proveedores formales de servicios proporcionan diferentes tipos de cuidados, en función, lógicamente, de sus características (Chappel & Blandford, 1991; Alonso, Garrido, Díaz, Casquero, & Riera, 2004). Para algunos autores, los cuidados que se prestan en entorno informal podrían ser: cuidados personales, instrumentales, de vigilancia, atención a la enfermedad,

administración de medicación, realización de curas y ciertos cuidados de rehabilitación funcional (García, Mateo & Gutiérrez, 1999).

Según Iglesias y López (Iglesias & López, 2014: 165-171), el 48,69% de las personas mayores de 65 o más años de nuestro entorno viven en hogares formados por dos miembros aunque en distinta proporción según la franja etaria a partir de los 65 años. Así, en el grupo de 65-69 años tres de cada cuatro personas se encuentran casadas, mientras que en la de 85-89 años apenas un tercio de las personas siguen casadas. Es importante destacar, en este punto, las aportaciones de algunos autores que afirmaban que tanto maridos como esposas de familiares dependientes creían que las mujeres eran las personas más apropiadas para ejercer cuidados informales (Collins, 1997). Más recientemente, otros autores afirmaban incluso que cuando el receptor de cuidados era un varón, en la mayoría de las ocasiones eran sus cónyuges (77,6%) las que se hacían cargo. En cambio cuando las receptoras de cuidados eran mujeres, se encargaban principalmente sus hijas (65,9%) (Badía, Lara & Roset, 2004).

Casi una de cada 4 personas mayores vive sola (22%), aunque cabe señalar que, de éstas, casi una tercera parte corresponde al sexo femenino (28%) si lo comparamos con la proporción de hombres que viven solos (13%). Estas cifras aumentan a medida que aumenta la edad de las personas mayores; así a los 70 años las mujeres que viven solas comprenden un 20%, mientras que a los 85 años es del 46%. A partir de esta edad parece disminuir la frecuencia, probablemente debido a los problemas de salud de las personas. En el caso de los hombres, estas proporciones son distintas, ya que la frecuencia más alta de hombres mayores que viven solos alcanza su máximo a los 90 años con un 20% (Fernández, 2015).

El porqué de vivir solos es algo que en nuestra investigación adquiere especial peso ya que, en algunos casos, la pérdida de dicha condición podría condicionar el ingreso en una residencia; en este sentido, casi las dos terceras partes de los que viven solos afirman que lo hacen porque las circunstancias le han obligado a ello, pero que se han adaptado; cerca del 30% declara que prefieren esta forma de vida a cualquier otra alternativa. Hay que destacar que los hombres y los menores de 75 años prefieren esta forma de vida respecto al resto, aunque no superan de media los 12 años de estancia. Cuando los ancianos viven con los hijos, la edad de estos suele ser mayor de 39, del sexo femenino, y soltero/a (53,1% de los casos) o casado/a (35,9% de los casos) (Madrigal, 2014).

Según estos mismos autores (Iglesias & López, 2014), la casa de una persona mayor constituye algo más que un inmueble adquirido, es “su casa” y esto, acompañado de todas las connotaciones personales y sociales correspondientes, hace que la salida del hogar de cada uno sea de una manera determinada. Según los autores referenciados, parece que los ochenta años es la edad límite en la cual la viudedad y la dependencia empiezan a condicionar el cambio de modelo de vivencia. Para Menéndez, la familia-grupo doméstico constituye el grupo social, institución y unidad de análisis que establece, en forma estructural, el mayor número y tipo de relaciones con aspectos significativos del proceso salud/enfermedad/atención, teniendo en cuenta que es la unidad donde se da la mayor frecuencia y recurrencia de padecimientos y enfermedades (Menéndez, 1993). Si bien es cierto que, en nuestro país, solo el 3,75% de la población mayor de 65 o más años vive fuera de sus hogares, este porcentaje está prácticamente ocupado por personas mayores de 80 años, en más o menos casi las tres cuartas partes del total. El 90% de estas personas mayores, que vive fuera de sus casas, lo hacen en residencias. De las mujeres que dejan su casa para irse a la de un hijo o hijos el detrimento de su salud parece ser la causa que obligue a tal fenómeno social. La edad en que esto ocurre parece estar en torno a los 85 años. Nueve de cada diez personas mayores prefieren vivir en sus casas aunque sea solas, sobre todo aquellas que tienen menos de 80 años en comparación con aquellas que superan esta edad, probablemente por los motivos ya atisbados en las líneas precedentes; muy pocas se decantan por vivir voluntariamente con los hijos u otros familiares (5,5%) y menos todavía por vivir en una residencia o urbanización para mayores (3,8%). Esta preferencia por vivir en la propia casa, evitando mudarse a otro sitio parece prevalecer en tanto que conserven la salud suficiente como para valerse por sí mismas. La relevancia otorgada a la tenencia en propiedad de la vivienda, como indicador de bienestar, se evidencia en el alcance que supone esta forma de residencia, alcanzando en los mayores el 82,1% del total (Cordero, 2006). Este es un punto clave para entender el motivo de ingreso, ya que si bien todas las personas mayores no tienen problemas de salud, entre los que los tengan y que requieran cuidados, junto con edades superiores a los 80 años y que vivan solas, el lugar donde querrían vivir sería la casa de algún hijo en un 46,1% de los casos, mientras que los que preferirían vivir solos cae hasta un 15,4%. De hecho, a la hora de prestar cuidados, la mayoría de los

cuidadores principales conviven en el mismo domicilio del mayor al que atienden, como ocurre en Canadá, Estados Unidos y Reino Unido (Clyburn et al., 2000; O'Connor et al. 1991; Toseland et al. 1992). Destaca el aumento de personas que ven el ingreso en una residencia como la satisfacción a esta necesidad de cuidados, el 18,3% en el estudio de Adams (1996). Esta nueva variable, la relacionada con el estado de salud, enlaza directamente con el concepto de dependencia funcional, pues la normativa de índole social que regula el funcionamiento de las residencias, en la Región de Murcia, no la refiere en ningún caso a diferencia de lo que ocurre en la norma de índole nacional (Gobierno de España, 2006a). Si bien es cierto que esta definición parece muy concreta, desde nuestro punto de vista hay un aspecto controvertido. Se trataría la inclusión de la enfermedad como razón de la dependencia, al contrario de lo que hacen otros autores que, como mucho, abordan el hacer frente a las actividades de la vida diaria, sin entrar en aspectos mórbidos (Berjano, 2005:150). El padecer una enfermedad que conlleve una dependencia, tal y como la define en el artículo 2.2. de la referida Ley de Dependencia (Gobierno de España, 2006a), es un motivo de ingreso. Esto no parece ser tan sencillo como aparentemente se muestra. La libre elección va aparejada al concepto de "autonomía", que si hacemos alusión al referido artículo 2.1 de la ley 39/2006 (Gobierno de España, 2006a) vendría a ser:

"(...) la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria".

Probablemente un tercer elemento, además de la dependencia y la autonomía, podría ser lo que se entiende por Actividades Básicas de la Vida Diaria (también conocidas como ABVD). Ya que para ser autónomo o dependiente va a jugar un papel más que relevante la capacidad de desempeñar dichas actividades. La Ley 39/2006, al igual que ocurría con los conceptos de dependencia y autonomía, define las actividades básicas de la vida diaria en su artículo 2.3 de la siguiente manera:

"(...) las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas diarias, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes sencillas".

En base a estas acepciones reflejadas en la citada norma 39/2006 (Gobierno de España, 2006a), podemos entender que ancianos con distintos cuadros patológicos y/o funcionales y sociales podrían coincidir temporal y espacialmente en lo que estamos llamando residencia de personas mayores. Esta situación, en principio hipotética, podría afectar sustancialmente al tipo y cantidad de relaciones entre los distintos grupos sociales que operan internamente en la residencia. A modo de ejemplo introductorio, solo cabe imaginar qué tipo de relación social puede establecerse dentro de una residencia donde vivan personas demenciadas en diferentes estadios, y personas con discapacidad física pero sin problemas mentales o intelectuales como es una demencia, y personas con depresión mayor crónica sin problemas cognitivos ni físicos. Qué duda cabe que los recientes cambios en la aplicación de la normativa citada (39/2006) se ha visto afectada por la crisis económica, en la que nuestro país como los del entorno, se ha visto conducido. Fruto de estos cambios es la Ley 2/2012, de 29 de Junio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2012, y finalmente el Real Decreto Ley 20/2012 de 13 de Julio, que regulan cambios económicos, que de manera general han llevado a muchas personas mayores dependientes a solicitar una plaza en residencia por no tener suficiente apoyo del Estado para mantenerse en su domicilio (Federación Lares, 2014:5). Si tenemos en cuenta que estas ayudas, si bien eran escasas, estaban dirigidas a cubrir los gastos derivados de los cuidadores mal llamados informales, los efectos son notables a simple vista. Recordemos que según algunos autores la dedicación en horas de un cuidador a un enfermo de Alzheimer en su casa es de 70 horas, un total de 286 horas mensuales, y al que se puede atribuir el 87% del total del coste económico de esta enfermedad (Moreno, 2013c:39); en esta misma línea, también se pronuncian otros autores que caracterizan el perfil del cuidador en el domicilio como mujer de entre 50 y 60 años que cuida de sus padres, suegros u otro familiar mayor que tiene algún problema de salud (suele ser demencia) o derivados de la vejez, siendo amas de casa que experimentan una alienación de su propio tiempo para atender a personas de su entorno familiar que así lo requieran (Eugenio, 2013:54). La figura del hijo, y más específicamente de la hija, caracteriza el perfil del cuidador informal de mayores en España (Gálvez, Ríos & García, 2013). La vida del cuidador en la mayoría de las ocasiones se organiza en función de la persona a quien cuidan, y los cuidados tienen que hacerse compatibles con las actividades

de la vida cotidiana. Incluso en ocasiones, especialmente en enfermedades crónicas y degenerativas, no son las atenciones las que se adaptan al horario de los cuidadores sino que todo el horario se adapta en función del enfermo al que se atiende (Alonso, 2002). La carga que sufre el cuidador debe ser diferenciada de la denominada "*carga objetiva*", referida a las necesidades de cuidado del anciano de acuerdo con su nivel de capacidad funcional (Adamas, 1996). Otros autores afirman que también hay nueras o cuñadas ejerciendo el rol de cuidadoras, aunque es más raro encontrar a yernos o cuñados haciendo ese mismo papel (Valderrama et al., 1997). Un trabajo posterior del IMSERSO evidenció incluso que a la hora de que los ancianos eligieran quién quieren que les cuide en su vejez, la mayoría se decanta porque sea una hija (IMSERSO, 2005); a pesar de estos resultados dicho trabajo evidenció igualmente que el 59% de españoles creen que tanto mujeres como hombres pueden cuidar por igual de personas mayores, aunque un nada despreciable 21% manifestó su preferencia porque fueran mujeres (IMSERSO, 2005). Sin embargo, por otro lado, en diferentes estudios sobre los cuidadores, el apoyo familiar ha sido valorado de una manera limitada. De forma más precisa, pocos estudios han tenido en cuenta la opinión de los cuidadores secundarios, limitando así la comprensión del proceso de intercambio de apoyo en la familia (Globerman, 1994). Es por este motivo, entre otros, por el que en nuestra investigación haremos especial ahínco en profundizar en las causas reales por las que los ancianos llegan a la residencia, y que presumimos podrían influir en el número y tipo de relaciones interpersonales dentro de la institución residencial.

3.4. PERFIL DEL ANCIANO-RESIDENTE

La dificultad que entraña el no disponer de datos cuantitativos exactos, acerca del perfil del anciano que vive en una residencia, nos ha llevado a recurrir a datos oficiales del IMSERSO que, por su escasez de detalles, nos resulta perentorio completar con otras referencias bibliográficas (Madrigal, 2014). En este sentido, los datos obtenidos de nuestra búsqueda podemos englobarlos en dos grandes grupos, a saber, por un lado, estarían los datos arrojados por los informes del IMSERSO, y por el otro, los datos ofrecidos por otros autores acerca de la manera de ser y de relacionarse en una institución. El objetivo es tener una idea, no solo de características mensurables estadísticamente (edad, sexo, edad de

ingreso, tipo de plaza, etc...), sino de variables más amplias como el motivo de ingreso, la capacidad cognitiva, la presencia de enfermedad mental o no, etc... que si bien se pueden manejar desde lo cuantitativo también pueden ser objeto de la interpretación por parte del antropólogo social, estudiándolas en el contexto en el cual aparecen, es decir, la residencia.

En cuanto a los datos oficiales, disponibles en el informe 2014 de Personas Mayores en España, del IMSERSO, Fernández y otros (2015, p.193), haciendo alusión a los datos correspondientes al año 2013, refieren que el usuario que vivía en una residencia es en el 69% de los casos mujer y el 67% son usuarios de 80 y más años, como promedio; la media de edad la sitúan estos autores en torno a los 83 años, 84 en el caso de las mujeres, y 80 en el caso de los hombres. Cabe señalar que ya anteriormente otros autores referían la dificultad de obtener datos sobre el perfil de anciano que vive en una residencia por diferentes motivos (Madrigal, 2014), y que animan nuestra investigación para intentar obtener dicho perfil en la Región de Murcia. Otra de las características a destacar por Madrigal (2014) es que, como promedio, el 70% de los ancianos que ingresan en una residencia son personas en situación de dependencia, si bien en algunas Comunidades, como Aragón, Asturias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Madrid y País Vasco, la proporción de mayores dependientes en residencias alcanza o sobrepasa el 80% de los residentes. El ingreso se adelanta en el caso de los hombres a los 77 años y en el caso de las mujeres se retrasa, respecto a la de los hombres, alrededor de cuatro años (81 años).

En la Región de Murcia solo existen datos directos acerca del gerotipo en relación al trabajo de una asociación de residencias de carácter no lucrativo, Lares-Murcia⁴. El perfil de anciano, o gerotipo, que vive en una residencia de Lares Murcia, es una mujer (71,9% del total), con una edad comprendida entre los 80 y los 90 años (en un 46,8% de los casos), aunque con más probabilidad de 80 a 84 años; sufren demencia un 72,1% de ancianos residentes, un 35,1% tiene un perfil de gran dependiente total (Barthel < 20 puntos), un 36,4% se les considera gran dependiente (Barthel entre 21 y 60 puntos), un 44,3% puede necesitar ayuda para comer (44,3% del total), un 82,8% tiene incontinencia de diferentes tipos, un

⁴ Documento inédito correspondiente a un informe no editado propiedad de la Asociación de Residencias no lucrativas -Sector Solidario- Lares Murcia, el cual refleja la realidad del sector durante el año 2015.

76,9% necesita ayuda para aseo y vestido (76,9% del total), y un 65,3% necesita ayuda para deambular. Si bien no es cierto que estos datos, per se, nos dan razón sobre la exactitud del perfil nos ayuda a delimitarlo. En un intento de seguir profundizando en este perfil, vamos a analizar los grandes problemas relacionados con la dependencia que definen al anciano que vive en residencias de la Región de Murcia. En relación a ello, vamos a estudiar la dependencia funcional.

A la hora de hablar de un perfil claro de persona que vive en una residencia no es fácil diseccionar las esferas que de manera interrelacionada coexisten: biológica, psicológica y social. Para poder aproximarnos a la faceta biológica del anciano son recurrentes, en los discursos de los autores consultados, los términos dependencia y discapacidad. Por ello, cuando hablemos de la esfera biológica, será necesario recurrir a estos conceptos. Muchas veces esta situación no nos permite una separación precisa de cuando se da una o la otra. También hablaremos de la esfera psicológica de manera más concreta. La esfera social entendemos que aglutina al resto. A pesar de ello, y aunque ya nos hemos aproximado en un epígrafe precedente (el entorno social), volveremos hacerlo para profundizar, analizando estas dimensiones desde lo más general a lo más concreto.

3.4.1. Esfera biológica: discapacidad y dependencia

Podemos comprobar que Fernández (2015, p.138) afirma que las personas mayores han aumentado su esperanza de vida. Los datos sitúan a las mujeres españolas en 85,2 años de esperanza de vida y a los varones en 82,3. Esto, que puede parecer una gran ventaja para las mujeres, se convierte en un gran inconveniente, teniendo en cuenta el indicador de esperanza de vida libre de incapacidad, que muestra que las mujeres viven más, pero en peores condiciones de salud. A partir de los sesenta y cinco años se espera que un individuo viva 20,7 años adicionales, que serían 18,6 si es varón y 22,6 si es mujer. La mayor duración de la vida tendrá consecuencias sobre los tipos de enfermedad y los gastos a ella asociados, entre los que se encuentran instituciones sociales del tipo residencial. Castejón y Abellán (op. cit. p.77) recurren al más que interesante término *Esperanza de vida libre de incapacidad* (EVLI) para hablar de los años que nos quedan por vivir después de la edad de jubilación sin patologías que nos

produzcan algún tipo de incapacidad, lo cual tiene lógicamente, una traducción en la calidad de vida. En este sentido, Fernández (2015) habla de años de vida saludable, destacando que en ambos sexos la prevalencia sería de 12,1 años a los 65 años, siendo 12,4 años en el caso de los hombres y 11,8 en el caso de las mujeres. En la mayoría de los países desarrollados la esperanza de vida presenta una evolución temporal ascendente; sin embargo, ello no implica necesariamente que todos los años de vida en los que se incrementa este indicador sean años en buen estado de salud. Pueden estar afectados por enfermedades y problemas de salud que ocasionen una pérdida de calidad de vida, aunque no produzcan la muerte de manera inmediata. En general, esto ocurre con las enfermedades denominadas crónicas, cuya presencia contribuye a que la tasa de mortalidad pierda progresivamente valor como indicador de la situación de salud de las poblaciones. Se especula sobre si, en el futuro, el aumento de la esperanza de vida se acompañará de un incremento de la morbilidad, con un auge progresivo de enfermedades crónicas y trastornos mentales, o si la mayor duración de la vida transcurrirá en buena salud, gracias a los progresos médicos y a la prevención de las enfermedades. Por ese motivo, las medidas tradicionales de mortalidad son actualmente insuficientes para evaluar el estado de salud, caracterizado por enfermedades y problemas de salud de carácter crónico que no se traducen en mortalidad de forma inmediata. Se hace necesario, por tanto, medir la enfermedad a través de sus consecuencias, como la restricción de actividad o incapacidad. En este sentido, la elaboración de índices del estado de salud de la población, como la EVLI, basada en la mortalidad y la incapacidad, permite sintetizar en una sola medida no sólo la duración sino también la calidad de la vida.

Según Díaz (Díaz, et al. 2012:445-470), en 2010, en la Región de Murcia, la población mayor de 80 años se elevó un 1,4% respecto al año 1991, de 2,3% a 3,7%, siendo el incremento de un 2,1%, de 11,7% a 13,8%, en la franja de mayores de 65 años. Según estos autores, en la Región de Murcia, en el informe del año 2010, último año del que tenemos constancia de datos oficiales del IMSERSO sobre la discapacidad en Murcia, haciendo referencia al año 2008, la discapacidad si bien aumenta con la edad como en las otras comunidades autónomas, es especialmente destacable como vemos por los datos aportados: mientras que en la franja de 65 a 74 años la discapacidad era de 221,1 por mil, en la de 80 y más años

se duplicaba hasta llegar a 556,9 por mil. Si bien es cierto que hay otros informes posteriores al 2008, no se han destacado datos específicos por comunidades desde entonces por parte del IMSERSO.

Quizás sea interesante tratar el problema de la autonomía funcional de las personas mayores, ya que la pérdida de esta puede llevar a recurrir a dispositivos distintos de los domésticos, tal que una residencia para personas mayores, aunque esto no es siempre necesario. Así Castejón y Abellán (2009, p.73) afirman que *“el estudio de la capacidad de la población para el desempeño de las actividades de la vida diaria es la mejor aproximación que desde el análisis cuantitativo se puede hacer a la hora de abordar el fenómeno de la dependencia”*. Este tipo de estudio también es el que prima en las valoraciones que se realizan en la Oficina de la Dependencia de la Consejería de Sanidad y Política Social de la Comunidad Autónoma de la Región Murcia, para poder asignar definitivamente el recurso propuesto por los centros de servicios sociales (CSS) de los Ayuntamientos, tal y como puede comprobarse en los últimos informes emitidos por dicho organismo público. Castejón y Abellán (op. cit, p.76) recurren entonces al concepto de dependencia, así en una recomendación del Consejo de Europa se define la dependencia como *«la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana»*. Ya, a priori, esta definición podría adolecer de reduccionista por su ambigüedad. Esto es lo que podría deducirse si no entendemos que la dependencia es una situación, y no solo una enfermedad o suma de enfermedades, ya que esta definición podría englobar tanto a personas con problemas físicos (accidente cerebrovasculares) como mentales (cuadro depresivo mayor). Lo que sí parece estar claro es que existe una estrecha relación entre dependencia y edad, pues el porcentaje de individuos con limitaciones en su capacidad funcional aumenta, conforme consideramos grupos de población de mayor edad, agudizándose este aumento en los mayores de 80 años. Es muy relevante ante tal circunstancia ilustrar nuestro discurso con la definición que de dependencia procura la Ley de Dependencia (Gobierno de España, 2006a), en su artículo 2.2:

“(…) el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisen de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la

vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

Esto apoyaría nuestra versión de una dependencia ligada a la enfermedad, y no solo a problemas sociales. Recordemos que, en España, la tasa de dependencia en el año 2013 era del 51%, correspondiendo a la franja de personas mayores de 65 años el 26,7%; por comunidades autónomas destacan Castilla y León, Galicia y Aragón, como aquellas donde mayor tasa de dependencia se observa, señalando a Canarias y Baleares como aquellas donde es menor (Fernández, 2015:147). Madrigal (2014) apunta que, a finales del año 2011, el 71% de las personas atendidas en centros residenciales en toda España son dependientes, y en la Región de Murcia este porcentaje aumenta al 85%. La percepción del propio estado de salud también es conocida como salud subjetiva para diferenciarla de la salud objetiva, enfermedades diagnosticadas y dolencias padecidas y declaradas. Refleja el estado físico y las enfermedades padecidas, pero también los factores sociales, económicos y del entorno de la persona. Este indicador es una medida utilizada por la Administración para conocer el estado general de la población, y es por naturaleza un indicador subjetivo. El hecho de que uno se sienta bien determina el propio desarrollo de su vida diaria: hay una relación estrecha entre cómo se siente una persona y lo que esa persona hace.

Según Fernández (2015:164), el 44,5% de los mayores de 65 a 74 años, y el 34,3% de mayores de 75 años declaran tener un estado de salud bueno o muy bueno. En el otro extremo, el 15,9% de los mayores de entre 65 y 74 años, y un 21,9% de aquellos mayores de 75 años declaran tener un estado de salud malo o muy malo (véase tabla 3.d).

Tabla 3.d. Percepción del estado de salud de los mayores de 65 años por sexo y edad

Tabla 1.- Percepción del estado de salud por sexo y edad								
	Total	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	Bueno + MB	Malo + MM
Ambos sexos								
65 - 74 años	3.848	7,0%	37,5%	39,6%	11,6%	4,3%	44,5%	15,9%
>75 años	3.412	5,6%	28,7%	43,7%	16,6%	5,4%	34,3%	21,9%
Hombres								
65 - 74 años	1.676	8,9%	45,5%	35,2%	8,2%	2,2%	54,4%	10,4%
>75 años	1.422	6,5%	35,1%	42,0%	11,6%	4,7%	41,6%	16,4%
Mujeres								
65 - 74 años	2.172	5,5%	31,3%	43,0%	14,2%	5,9%	36,8%	20,2%
>75 años	1.990	5,0%	24,2%	44,9%	20,1%	5,9%	29,1%	25,9%
<i>Nota: Estado de salud general percibido en los últimos 12 meses</i>								
<i>Fuente encuesta nacional de salud</i>								

Fuente: extraída de Fernández, 2015:164

Estos datos contrastan, hasta cierto punto, con los aportados por el Anuario Estadístico de España 2014, acerca del estado de salud autopercibida en la franja de los 85 y más años, que fue regular en un 41,65% de los encuestados, y en un 25,04% malo (Instituto Nacional de Estadística, 2014:169).

Con la vejez, aumentan las enfermedades de tipo crónico y degenerativo y muchas de ellas conducen a problemas funcionales. Según el IMSERSO (IMSERSO, 2006), el 31,9% de las personas de 65 y más años no pueden o necesitan ayuda para realizar una o varias de las actividades de la vida diaria. En el tramo de edad de 65 a 74, este porcentaje apenas representa tan solo un 17%; en el de 75 a 84 dos quintos de la población mayor (40,6%) padece limitaciones en su capacidad funcional, pero entre las personas de 85 y más años, la proporción asciende a tres de cada cuatro. La *Encuesta* estima un mayor número de mujeres con este tipo de limitaciones que de hombres. Así, en un informe posterior del IMSERSO (Fernández, 2015), las actividades cotidianas más afectadas por la discapacidad asociada a la edad se encuentran las relacionadas con el autocuidado e higiene, y la movilidad. La presencia de enfermedades no letales, cronificadas, como la mayoría de las osteomusculares, está detrás de esas proporciones tan elevadas de dificultad y discapacidad, destacando la artrosis, reumas, dolores de espalda, etc. Existen una serie de variables de tipo social y ambiental (además de los factores genéticos) que condicionan la aparición y el desarrollo de los desencadenantes de la dependencia, en las que los individuos

difieren entre sí, por lo que podemos entender, según afirman Castejón y Abellán (op. cit. p.76) que es posible prevenir la dependencia promoviendo hábitos de vida saludables, mejorando la eficacia de los sistemas de atención de la salud y asegurando el tratamiento precoz de las enfermedades crónicas (IMSERSO, 2004). Castejón y Abellán (op. cit. p.101) afirman que Murcia es la comunidad con la tasa de discapacidad de personas mayores más elevada de España (37,4%), seguida de Extremadura, Castilla-La Mancha y Andalucía. Parece perfilarse una España meridional con tasas más elevadas, que puede estar descubriendo factores socioeconómicos subyacentes y quizá unas mayores expectativas de recibir ayuda por parte de la población ante los problemas de dependencia. En el Anuario Estadístico de España 2014, del INE, la autopercepción de las limitaciones para las actividades diarias de los últimos 6 meses previos a la encuesta, las personas pertenecientes a la franja de 85 o más años destacaron encontrarse limitadas para las actividades de la vida diaria, aunque no gravemente, en un 49,9% de los casos, mientras que las que se percibían como gravemente limitadas eran un 31,70% (Instituto Nacional de Estadística, 2014:169).

En la Región de Murcia, en el año 2008, según el informe de Personas Mayores en España 2012 (Díaz, et al. 2012: 445-470), un 35,8% de los mayores de 65 años con discapacidad necesitaban ayuda personal y ayudas técnicas; respecto a las personas con 65 y más años que presentaban discapacidad para las ABVD, según el máximo grado de severidad (con ayudas), en la Región de Murcia, el 72% de mujeres tenían este problema, frente al 28% de los hombres y la discapacidad total para las AVBD era de un 73,4% en las mujeres respecto al 26,6% de los hombres; sobre el tipo de discapacidad los datos son claros para la Región de Murcia: medidos en tasa por 1000 habitantes, la movilidad (278,8 por mil), las deficiencias en la vida doméstica (252,5 por mil) y los déficits de autocuidado (216,5 por mil) parecían ser los problemas más acuciantes. Cabe señalar que el INE (Instituto Nacional de Estadística, 2014: 169) destaca que las personas que padecían discapacidad en la franja de 65-74 años era de un 26,26%, mientras que en la de 85 y más años era de un 72,97%, siendo la Región de Murcia la Comunidad Autónoma, al menos en el año 2012, año en que se realizó la encuesta, en la que más personas con discapacidad (no solo mayores) presentaba una de las mayores tasas de falta de ayudas personales y/o técnicas, con un

34,6%, ocupando el tercer lugar de la lista solo superada por Castilla-La Mancha y Asturias.

Cuando hablamos de dependencia, tanto en el entorno previo a la institucionalización en residencia, como en la vida dentro de la institución, no podemos obviar que ésta resulta de las discapacidades. García (2009: 279-289) señala que la mayoría de las causas médicas de discapacidad en los ancianos son neurológicas, y dentro de estas destaca la demencia, acompañada de las alteraciones de los movimientos y la enfermedad cerebrovascular. Recordemos que, en el Informe de Lares, el 72,1% de las personas ingresadas en sus residencias padecían demencia en diferentes tipos y grados. Según este autor *“las demencias que, en cualquiera de sus manifestaciones, figuran en la cabeza de las estadísticas en la mayor parte de los estudios sobre el origen de las diversas modalidades de discapacidad”* (opus cit. P279). Esto más que aclararnos de manera final las posibles dudas acerca del gerotipo del anciano-residente alojado en una residencia, en la Región de Murcia, nos podría aportar incluso alguna duda más. A este respecto, debemos recordar que la demencia no es considerada una enfermedad neurológica de manera unánime, o al menos es lo que se desprende al conocer que la demencia está incluida dentro del catálogo de enfermedades mentales a nivel internacional (AAVV, 2014). Nuestra experiencia dentro del campo de estudio apoya nuestra preocupación por este cuadro patológico, ya que al menos de manera preliminar parece estar relacionado con la percepción subjetiva de bienestar de los ancianos-residentes no demenciados. En cualquiera de los casos, ya sea de naturaleza neurológica o mental, la demencia tiene un curso conocido cuya descripción nos podría arrojar luz acerca de las características de las personas que la padecen y que podrían estar viviendo en las residencias de la Región de Murcia. Esto nos puede ayudar a caracterizar el perfil biológico de la persona mayor que en éstas están alojadas. García (2009: 279-289), citando a la Sociedad Española de Psiquiatría nos habla de la demencia como:

“(…) un síndrome adquirido, de naturaleza orgánica, caracterizado por un deterioro permanente de la memoria y de otras funciones intelectuales, y frecuentemente acompañado de otros trastornos psiquiátricos, que ocurre sin alteración del nivel de la conciencia, afectando al funcionamiento social, familiar y laboral” (opus cit., p 286)

García (2009) nos aclara que las demencias son síndromes neuropsicológicos (o conjuntos de síntomas) que tienen como característica común para su diagnóstico la incapacidad de aprender nueva información (amnesia anterógrada). Así mismo señala que se estima que la población padece demencia hasta en un 40% cuando sobrepasan los 85 años de vida. Está claro, según el autor, que *“Las personas que tienen demencia tienen un significativo impedimento en el funcionamiento intelectual, que interfiere en sus actividades normales y sus relaciones personales”* (opus cit., p 288). De hecho, algunos autores (AAVV, 2005:148-149) nos señalan la importancia de la individualización personal a la hora de abordar este síndrome, ya que según estos autores *“Cada demente nos plantea su propio enigma personal. El comportamiento nunca es estereotipado sino que se singulariza mediante trazos personales”*.

Qué duda cabe de la importancia de las afirmaciones de estos autores, ya que sin lugar a dudas, fundamentan una manera de estar en relación con los que le rodean, lo cual va a determinar estas relaciones en mayor o menor medida. Forma parte de nuestra investigación aproximarnos más a este tipo de residente, con la finalidad de conocer más de este y de sus pautas relacionales, tanto para sí mismo como para con el resto de agentes con los que comparte contexto social. Esta inquietud es alimentada, no podemos dudarle, por las afirmaciones de estos mismos autores al respecto:

“La ansiedad y la depresión también son elementos frecuentemente encontrados; su presencia revela el sufrimiento del sujeto. Pero también hay que considerar las falsas percepciones, las alucinaciones y los delirios para comprender las reacciones de un individuo enfrentado a la pérdida de un instrumento indispensable para la comunicación, y por tanto, a la relación con los demás y con el mundo circundante”
(opus cit., p149)

Román & López (2006), citando a Reisberg y cols. nos señala que se empieza a hablar de Enfermedad de Alzheimer en el estadio 4 de la Global Deterioration Scale (GDS) manifestando algunos síntomas muy relevantes, socialmente, entre otros el embotamiento o labilidad afectivos, en dicho estadio denominado de Déficit cognoscitivo moderado, desorientación temporal y espacial en el estadio 5, o de Déficit cognoscitivo moderadamente grave, presencia de cambios en la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva) en el estadio 6 de la GDS, o de Déficit

cognoscitivo grave, y pérdida de todas las capacidades verbales, en el estadio 7 de dicha escala, o de Déficit cognoscitivo muy grave.

González (2000: 56-59), años más tarde, nos señala que los síntomas conductuales significativos comenzarían a partir del GDS 6, inclusive, en el cual, según este autor, puede aparecer cambios en la personalidad y alteraciones emocionales tales como:

“a) comportamiento delirante: acusar a su cónyuge de ser un impostor, hablar a personajes imaginarios o a su propio reflejo en el espejo, etc.

b) síntomas obsesivos, como repetir constantemente actos de limpieza simples.

c) síntomas de ansiedad e incluso un comportamiento violento que previamente no existía.

d) Abulia cognitiva, es decir, pérdida de la voluntad debido a que el individuo no puede elaborar durante suficiente tiempo un sentimiento como para determinar un curso de acción con un propósito determinado.” (opus cit., p58)

Destaca este autor, como interesantísima aportación a nuestra investigación, el uso necesario de las residencias, aunque no las nombra tal cual sino como recursos institucionales, para atender a los pacientes dementes graves, recordemos en los estadios 6 y 7 de la Global Deterioration Scale de Reisberg, y que entiende como el prototipo de paciente que más se debe considerar (opus cit., p95). Mucho más recientemente, Román y López (2006: 230) pone de manifiesto que las alteraciones no cognitivas, es decir, las conductuales, tienen una importancia clínica notable, debido a sus consecuencias, ya que tienen una repercusión considerable en la capacidad funcional y son más frecuentes conforme avanza la enfermedad. Se dan cambios de personalidad (aumento de la rigidez, pérdida de la iniciativa y apatía creciente con pérdida de la motivación), ideas delirantes, alucinaciones que suelen ser visuales, y que se presentan como falsas percepciones e identificaciones conforme el proceso avanza. También comienzan otros trastornos tales como la agresividad, la agitación, inquietud, que pueden persistir hasta momentos muy avanzados del proceso.

Tras evidenciar la relación entre discapacidad y dependencia, no podemos obviar que independientemente de la discapacidad que de lugar a la dependencia, esta última se ha de visibilizar en la capacidad del anciano, es decir, en la autonomía relativa para realizar actividades de la vida diaria, las cuales son

descritas por diversos autores tanto de la geriatría como de la gerontología (Ruíz, 2012:255).

3.4.2. Esfera psicológica y social

Si bien es cierto que este punto puede tener una traducción social, la realidad inmediata tras su lectura nos lleva al terreno de lo psicológico, así la bibliografía lo recoge dentro de un capítulo destinado a explicar el envejecimiento en el ámbito social de la persona. Se va configurando para nosotros lo que ha venido en llamarse la dimensión psicosocial del ser humano, defendiendo que no se puede estudiar lo psicológico y lo social de una persona por separado sin caer en un reduccionismo evidente.

Mishara y Riedel (1986:63-87) nos hablan de un compendio de teorías más o menos actualizadas para explicar la influencia de los factores culturales y sociales sobre el envejecimiento. Las teorías que explicarían el envejecimiento en la esfera social serían las siguientes:

- Teoría del retraimiento. El envejecimiento estaría acompañado del retraimiento recíproco de la sociedad y del individuo. El individuo deja poco a poco de mezclarse en la vida de la sociedad y esta le ofrece cada vez menos posibilidades de todo género.
- Teoría de la actividad. Si nuevos papeles no vienen a reemplazar a los anteriores, la anomia (situación social en la que no existen normas bien definidas, ni el individuo posee relaciones significativas con los demás) tiende a interiorizarse y el individuo se torna inadaptado y alienado no solo de la situación sino también de si mismo.
- Teoría del medio social. El comportamiento durante la vejez depende de ciertas condiciones biológicas y sociales, la salud, el dinero y los apoyos sociales.
- Teoría de la continuidad. La última etapa de la vida prolonga los estadios anteriores. La adaptación y el estilo de vida se hallan principalmente determinados por los estilos, hábitos y gustos adquiridos a lo largo de toda su vida.

- Teoría de los ancianos como subcultura. Las características comunes de las personas ancianas y su aislamiento explican que formen un grupo social aparte.
- Teoría de los ancianos como grupo minoritario. En nuestra sociedad las personas de edad se sienten, por así decirlo, forzadas a formar una minoría. El grupo minoritario ve además como se le atribuyen algunos defectos que es preciso evitar a cualquier precio.

No podemos obviar que no son los únicos que se han aproximado desde la teoría a la relación entre el envejecimiento y la esfera psicológica. Cumming y Henry (1961) nos hablan de la teoría de la desvinculación de la vida social a raíz de la inactividad laboral. Fericgla (2002), nos habla de una cultura de la ancianidad, conceptualizada actualmente como todo un conglomerado de modelos de conducta y sistemas de valores con rasgos acentuados de consumo, marginalidad social y desarraigo colectivo hacia la vejez. La teoría de los roles, de Burgess (1960), se limita a explicar el envejecimiento como una pérdida de roles más o menos paulatina, con consecuencias en la esfera psicológica y social del individuo. La teoría de la inactividad, de Havinsghurst (1963: 299-320), nos habla de que el envejecimiento implica el mantenimiento de las actividades normales de la persona para no provocar trastornos adaptativos.

De entre todas las que se citan, la de la actividad explicaría de manera clara la pérdida del rol social que podrían experimentar algunos ancianos al ingresar en una residencia e incluso ser el detonante mismo del ingreso, definido por el estado de "anomia". Díaz Palarea (Díaz, 2002. pp.19-25) afirma, en este sentido, que *"en la vejez se produce un reajuste afectivo – emocional, un cambio del rol social – familiar y una disminución de la participación general"*. Díaz Palarea (op. cit. p.22) afirma que, en las últimas décadas, se han desarrollado numerosos estudios epidemiológicos que revelan ciertas asociaciones entre trastornos psicopatológicos y la edad, ocupando esta un papel primordial; así, la autora refiere que estos trastornos se dan con una elevada prevalencia, entre el 15% y 25%, constituyendo en sí mismos entidades de relevancia primordial por su relación directa con el desarrollo y evolución de otros procesos mórbidos y en el incremento de la mortalidad. En este sentido es apoyada por Arnau cuando afirma que los procesos depresivos son considerados también como factores asociados a la pérdida funcional (Arnau et al., 2012). Igualmente, dentro de los

factores de riesgo de padecer algún tipo de proceso psicopatológico, cabe destacar el nivel socioeconómico, la residencia, el sexo, aspectos biológicos, o la edad entre otros. Si entendemos la residencia como lugar donde se vive, estos procesos se pueden desencadenar tanto en una residencia para personas mayores como dentro del domicilio, propio o ajeno, del anciano. Parece ser que la edad en sí misma no es un factor de riesgo primario para padecer depresión, aunque sí los factores secundarios del envejecimiento. En este sentido, Campos (2004:232-239) afirma incluso que la depresión en el anciano está relacionada con el tipo de residencia que éste disfruta, junto con el nivel de estudios y la existencia de dependencia física; así, parece ser, según el autor, que el anciano que vive en el ámbito domiciliario presenta mayor prevalencia en cuanto al padecimiento de un cuadro depresivo, en comparación con aquellos que viven en el ámbito institucional-residencial. Estas afirmaciones son puestas en entredicho por otros autores en trabajos más recientes que afirman que padecen algún proceso depresivo entre el 7% y el 11% de los mayores, oscilando entre un 10% en los mayores que viven en comunidad y un 15-35% de los que viven en Residencias (García, 2009). A pesar de ello, el mismo autor reconoce que la alta prevalencia encontrada de procesos depresivos en las instituciones, podría estar motivada, según algunos autores, por la derivación a estos centros de enfermos psiquiátricos que han envejecido (García, 2009). Esta situación podría unirse a las causas que motivaron el ingreso, como la viudedad o dependencia, y al propio proceso de institucionalización, que contribuiría a las altas tasas de depresión por la pérdida de control de la vida personal y el debilitamiento de las relaciones sociales (Rodríguez, 2011).

Lorenzo y Castejón (2009, p.230) afirman que se observa un mayor predominio de los sentimientos negativos entre las personas mayores que viven solas, en especial del sentimiento de soledad. Gran parte de las personas que residen de esta forma han vivido acontecimientos tales como el abandono del hogar por parte de los hijos o el fallecimiento del cónyuge. Adaptarse a la nueva situación emocional y residencial, que suponen estos cambios, no es fácil y puede tener graves consecuencias emocionales para quien pasa por ellas; la forma de afrontarlas dependerá de los recursos personales, familiares y sociales de los que disponga la persona. En cualquier caso, debemos señalar que no es lo mismo residir en soledad que sentirse solo o sola, pues lo primero es una situación de

tipo objetivo que hace referencia a la ausencia de compañía en la vivienda y lo segundo es un sentimiento, sin embargo, entre ambas situaciones, y a la luz de los datos, existe una clara relación. Estas afirmaciones entrarían en conflicto con las realizadas por otros autores (Fericgla, 1992), que defienden que la soledad es uno de los principales parámetros de reconocimiento de la vida anciana. Declara, en este sentido, Díaz Palarea (2002, pp19-25) que se encuentra relación entre la presencia de enfermedad mental, la soledad y el aislamiento, lo cual puede desencadenar un ingreso en instituciones; por otro lado, este mismo fenómeno de aislamiento social y soledad puede darse en la versión perversa de la institucionalización caracterizada por Goffman (2004). Las aportaciones teóricas de los dos anteriores autores citados parecen apuntar hacia una mayor presencia del cuadro depresivo en ancianos que viven solos en comunidad, que como hemos podido comprobar no son pocos. El abordaje profesional, en este colectivo, se complica por la mayor dificultad en la detección y diagnóstico de trastornos mentales y más específicamente en el área afectiva, tal como el padecimiento de ansiedad, depresión o trastornos adaptativos. Estas entidades suelen cursar enmascaradas en los ancianos y muchas veces solapadas con los frecuentes problemas físicos o funcionales. Dentro de los trastornos psicopatológicos, los más frecuentes en el anciano son los trastornos emocionales (ansiedad y depresión) (Díaz Palarea, 2002:20). A primera vista, en opinión de la autora, parece que vivir en una residencia, entre otros factores, predispone a los ancianos a padecer ansiedad ante la muerte; esta ansiedad no estaría causada solamente por la residencia sino que estaría acompañada por bajos niveles de integridad del yo y el padecimiento de mayor número de problemas psico-físicos. La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en los ancianos, que puede ser un nuevo episodio en una persona que la tuvo previamente, o bien observarse por primera vez a esta edad. Campos (op. cit, p.237) señala que la presencia de sintomatología de depresión, sumando la moderada y la grave, alcanzó el 60,3% entre los pacientes institucionalizados y el 77,5% en los atendidos a domicilio, lo cual nos hace pensar si la depresión podría ser también motivo de ingreso en la residencia desde el domicilio. Ante esta duda razonable, el autor añade que el ingreso en residencias se asocia a factores que favorecen la aparición de cuadros o síntomas depresivos y que pueden dar lugar a un aumento de la prevalencia de este proceso e, igualmente, señala que estaría ligada directamente a sentimientos de

abandono en la residencia, aislamiento o alejamiento de la red sociofamiliar habitual, cambios significativos en el estilo de vida con adaptación a un reglamento y normas que pueden condicionar la intimidad y la autonomía y originar sentimientos de minusvalía, pérdida de libertad y bajo nivel de satisfacción. Refiere Díaz Palarea (op. cit. p.19), apoyando en parte las afirmaciones de Campos (2004, p.237), que corresponde aproximadamente la mitad a uno y a otro tipo aunque, para algunos autores, las formas tardías llegan al 80%. La prevalencia de la depresión de la población anciana puede duplicarse en la población que vive en residencias. Las mayores tasas de depresión en pacientes institucionalizados pueden estar en relación, además de con el hecho de que las personas que viven en residencias suelen tener deterioro físico y social importante, con la sensación de aislamiento, pérdida de autonomía, intimidad, autoestima o proyectos de futuro, así como con vivir la institucionalización como un abandono. Incluso, Delgado (2001: 324) sugiere la presencia “normal” de ansiedad y depresión en aquellos ancianos que terminan por ingresar en una residencia tras una larga lucha por la autonomía y la independencia en su contexto social habitual; en este sentido cita el trabajo de Riquelme y Buendía (1997:441-447), para señalar las principales fuentes de estrés que acompañan al ingreso de una persona mayor en una residencia destacando: la nostalgia, la soledad, la monotonía, las comidas, la falta de afecto, la masificación, la falta de intimidad, la relación con los compañeros, la pérdida de libertad, la falta de control, el trato con el personal y los horarios.

3.5. MOTIVO DE INGRESO EN RESIDENCIA

En nuestra investigación, esta cuestión adquiere una relevancia difícil de omitir. Una de las formas de aproximarnos a la utilidad de la residencia como recurso social final, así como al contexto social en el cual se van a producir todas las relaciones entre los agentes sociales anteriormente explicados, es conocer por qué un anciano va a ir a vivir a una residencia y los mecanismos que hacen posible el mismo, tanto en el plano formal como informal del proceso. A este respecto es muy relevante la aportación de Ward-Griffin, que considera que entre el sistema formal e informal de cuidados se establece un proceso progresivo de negociación cultural entre el cuidado “público” y “privado” (Ward-Griffin, 2003). Si bien recientemente, se han publicado trabajos en torno al perfil del anciano en una

residencia (Álvarez, 2014), no existen hasta la fecha trabajos de investigación que hayan conseguido visibilizar, desde el punto de vista social, las características del anciano que vive en una residencia. Sobre los motivos que hacen que un anciano ingrese en una residencia, no hemos podido encontrar publicaciones específicas y monográficas al respecto. Bazo (1996, p.150) citando tal y como hemos visto anteriormente los estudios de Tobin y Lieberman, de 1976, parece que se acerca de una manera más concreta a los posibles motivos de ingreso refiriendo que la decisión de internamiento es causada por la interrelación de tres variables: "*a) el creciente deterioro físico; b) la incapacidad o falta de voluntad de las personas con quienes convive de prestar los cuidados que el anciano/a necesita, y c) la falta de unos servicios comunitarios que ayuden a mantener una vida independiente*". La autora referida no nos alumbró la forma en que ha llegado a tales afirmaciones, aun tomándolas de otros, por lo que no se conocen datos exactos y debidamente contextualizados al respecto. Delgado (2001:323-339) afirma que las situaciones que hacen que una persona mayor termine ingresando en una residencia son las siguientes: a) cuando la familia se siente desbordada y no puede prestarle atención y el cuidado que su situación de dependencia requiere, o, b) cuando el propio mayor se ve atrapado por sentimientos de soledad, desamparo y pérdida de control, al ser consciente de la disminución de sus capacidades para desenvolverse de forma independiente en la comunidad. La cuestión es determinar qué fenómenos sociales ocurren antes del ingreso que condicionen el ingreso de un anciano en la residencia, ya que tanto Bazo como Delgado (2001) se aventuran a enumerar una serie de factores predisponentes. Si, por ejemplo, uno de los factores predisponentes citados por Bazo es *c) la falta de unos servicios comunitarios que ayuden a mantener una vida independiente*", no hace un análisis sobre la adecuación tanto en cantidad como en eficiencia de estos servicios comunitarios a la escala de valores o preferencias personales del anciano, e incluso de su familia. Esta situación, entendemos, deja un tanto huérfana la justificación de estos factores predisponentes. Delgado (2001) analiza la respuesta de una persona mayor frente a la institucionalización en una residencia, y analiza ésta en términos de ansiedad y depresión, lo cual supone de entrada un handicap sobreañadido a la situación vulnerable de una persona que debe enfrentarse a un cambio en su vida, como es el ingreso en una residencia. Estas aportaciones son refrendadas por otros autores como Barenys (1993), Bazo (1991), e incluso el mismo Goffman (2004).

Es muy importante, para nuestra investigación, conocer los motivos reales de ingreso, pues presuponemos que este puede condicionar el recurso al cual va a ir a vivir. En este sentido, Goffman nos explica como el reclutamiento de los internos va a catalogar el tipo de institución total a priori, la cual se sumará a la intencionalidad del personal *“a provocar un cambio autorregulador en el interno.”* (Goffman, p.124).

El anciano que vive en una residencia parece que comparte una característica transversal común que lo diferencia del resto ancianos que utilizan o consumen recursos sociales de otra índole. Esta característica clave es la dependencia funcional, ya sea en la dimensión física, es decir biológica, psicológica, o sea en la psique, y/o social, a este nivel, este tipo de desglose es harto burdo pues la social es claramente la dimensión que engloba al resto y que determina claramente el grado de aprovechamiento de la residencia como recurso. Las residencias son un recurso de índole social, y el aparente motivo de ingreso general es una incompatibilidad de competencias y capacidades por parte de la familia para proveer los cuidados que necesitan los ancianos. Esta incompatibilidad puede aparecer de manera primaria, por delegación directa de la relación de cuidado propia de las generaciones precedentes a la nuestra (De la Serna, 2003:23-36), lo cual es respaldado por estudios precedentes (Mishara & Riedel, 1986:81), o bien de manera secundaria a la incapacidad e incompetencia de la familia para hacer frente a situaciones que requieren una destreza en técnicas de cuidado que no son capaces de desarrollar. A este respecto (1986) refiere que estas familias están abocadas irremediabilmente a la claudicación familiar como secuela de un fenómeno de *“individualización”* propio de las sociedades consumistas capitalistas y occidentales. La mujer debe incorporarse al mercado de trabajo como resultado de una nueva fase de la política capitalista, así lo refleja este autor cuando dice:

“El aspecto de superposición resulta especialmente claro en la biografía normal de las mujeres (...) Para ellas rige aun el ritmo familiar y, en la mayoría de casos, también el ritmo profesional y formativo, lo cual comporta conflictos y reivindicaciones irresolubles. (...) de este modo, las individualizaciones entregan a los hombres a una estandarización y administración ajena que los nichos de las subculturas familiar y estamental nunca conocieron.” (Beck, p.216)

Hay que añadir a lo anterior que las estructuras familiares y sus formas de organización no tienen por qué desaparecer con la incorporación de la mujer al mercado laboral, bien es al contrario, como dice Beck (1986): *“en el curso de los procesos de individualización no desaparecen las diferencias de clase ni las relaciones familiares, la individualización, debido a la existencia autónoma e independiente, casi resulta imposible.”*(Beck, p.216). Esto se acompaña a su vez por otros fenómenos, como el mercado de trabajo competitivo, secundario a un modo de producción capitalista salvaje, que obliga a todos/as a dar todo su tiempo disponible y sus esfuerzos a producir bienes y servicios en un círculo vicioso de producción y consumo. No podemos olvidar que para otros autores la crisis del matrimonio, por ejemplo, constituye probablemente uno de los aspectos primordiales del cambio social familiar, contribuyendo directa e indirectamente a reducir el tamaño de las familias, explicando de forma prioritaria el aumento de la sociedad; haciendo estallar las estructuras del parentesco; relajando los lazos entre generaciones, comprometiendo la transmisión de los valores, amenazando la cohesión social y dejando a los individuos sin protección ante la economía y el Estado (Dupâquier, 1997). En este sentido, Harris (1986) afirma que existe una tendencia a alejarse de la *“vida de familia”*, con independencia del crecimiento del número de ancianos. Otros autores refieren que, en el transcurso de los últimos treinta años, se ha producido un cambio bastante profundo de las estructuras familiares y del hogar, que se manifiesta, fundamentalmente, en la multiplicación del número de hogares y en la reducción del tamaño medio familiar, junto con un lento pero constante incremento de nuevas formas de convivencia, consecuencia del cambio social en nuestro entorno (Del Campo, 1991). Esta es quizás la cuestión determinante para entender que, en este tipo de sociedad descrita por Beck (1986), el individuo tiene la obligación de producir para el Estado, de manera que su capacidad de producir lo define y califica ante la sociedad como pieza útil para el Estado y para el resto de individuos. Todos estos fenómenos dan lugar, entre otros factores, a una debilitación de la estructura familiar básica, de manera que, en situaciones de riesgo, como la enfermedad o la pobreza, se abre un amplio espacio de exclusión, creando paradójicamente instituciones que las gestionen y circunscriba dicho espacio. Así, según nos indica Beck (1986), es fácil entender como las políticas económicas, financieras, laborales, sanitarias, etc., se desarrollan fundamentalmente para la población activa, productora, de la

sociedad, mientras que esta misma sociedad elabora políticas de carácter pasivo para la población beneficiaria unidireccional de los esfuerzos de los primeros. Cabe señalar, a modo de ejemplo, el actual debate sobre la edad de jubilación de los trabajadores, no tanto en función de la redefinición del inicio de su tiempo de descanso merecido tras una vida dedicada a proveer al Estado de bienes y servicios, sino en torno a la liberación al Estado de unos años de retribución en concepto de pensión. Según Rivera, el paso de la familia tradicional o preindustrial a la familia postmoderna supuso cierta diferenciación a nivel funcional, de manera que se han sustituido ciertos roles sociales propios de este modelo familiar, enfocándose hacia la especialidad para el cumplimiento de dos funciones consideradas esenciales: la socialización de los hijos y la estabilidad psíquica y afectiva de los adultos, además de convertirse en una nueva unidad de consumo (Rivera, 2001). Esa invisibilidad del entorno doméstico ha hecho que todo el apoyo informal de cuidados se diluya bajo la rúbrica del "*cuidado comunitario*", aspecto que, según Schiller, responde a un largo proceso de hegemonía-subalternidad en el que continúa sin reconocerse el soporte del cuidado informal, manteniéndose, así, las estructuras dominantes (Schiller, 1993).

Si bien, en los primeros momentos se puede pensar que los motivos por los que los hijos llevan a sus padres y abuelos a una residencia son meramente económicos, este factor es descartable, en principio, debido a la gran oferta de servicios residenciales con muy diversos precios.

Tampoco podemos reducir el motivo de ingreso de un anciano en una residencia a meros condicionamientos sociales, al menos de tipo primario. Vilalta (2006: 253-260) hace unas afirmaciones muy interesantes para nuestra investigación, en la línea de González (2000:95), al señalar el padecimiento de los síntomas psicóticos del enfermo demente de Alzheimer como factor que incrementa la carga emocional en los cuidadores y los pacientes, así como la hostilidad y agresividad, y por ello el riesgo de internamiento en centros geriátricos, tal que una residencia. En este sentido, una patología como el Alzheimer, podría desencadenar en la casa del anciano una cascada de problemas que podrían desembocar en el ingreso del anciano en la institución.

Lo visto hasta ahora si bien aclara muchas dudas respecto a los motivos de ingreso deja otros puntos no tan claros que son los esperamos aclarar tras nuestro trabajo de investigación.

4. MARCO JURIDICO

Los servicios sociales en nuestro país han experimentado una evolución paralela a la de la población y sus necesidades. Así, la Constitución Española en su artículo 50 se refiere explícitamente a la responsabilidad de los poderes públicos de promover el bienestar de la tercera edad mediante *“un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”* (AAVV, 2014). Esta es una responsabilidad que, con la creación de las autonomías y sus estatutos particulares, se descentraliza, de manera que es cada gobierno regional quien debe preocuparse de poner en marcha un sistema que permita dar respuesta a las necesidades sociales de sus ciudadanos. En base a estos preceptos, y también a los que más tarde se fija la Asamblea Mundial del Envejecimiento, se decide poner en marcha planes gerontológicos cuya finalidad, de manera general, es visibilizar a la población de personas mayores en nuestra sociedad. Ejemplo de ello es el plan gerontológico que el Ministerio de Asuntos Sociales del Gobierno de España decide poner en marcha en el año 1992 (Requejo, A; 2000:86-87).

Recordemos que la transferencia de competencias estatales a las autonomías promovió indirectamente la creación y puesta en marcha de planes gerontológicos regionales. Esto, que duda cabe, empieza a dar lugar a ramas legales y políticas que empiezan a separarse de un mismo tronco, el Estado.

Entendemos que como respuesta a un panorama desigual de servicios sociales, en el año 2006 se pone en marcha la Ley 39, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las Personas en Situación de Dependencia, más conocida como Ley de Dependencia. Al principio, el espíritu que promovió la creación de esta norma fue la detección unánime de unas necesidades prioritarias condicionadas por el envejecimiento poblacional, el cambio de la estructura familiar y la incorporación de la mujer al trabajo entre otras (Gobierno de España, 2009).

No podemos obviar que la implantación de la citada norma ha sido controvertida, en cuanto al escenario político y social en que se dio, así cómo en su desarrollo autonómico. Una Ley que nació con espíritu de conciliar estrategias particulares para cumplir objetivos troncales, se manifestó como una norma controvertida y desigual (Guzmán, Moscoso & Toboso, 2010). Ejemplos de ello nos los muestra un informe del IMSERSO editado en el mes de Abril de 2016. Estos son el desigual número de solicitudes presentadas respecto a la población total de la Autonomía; en este caso, la región de Murcia ha presentado, en la fecha del informe, 45.115 solicitudes, lo que supone un 3,07%, respecto a la media de solicitudes (3,46%) a nivel nacional. El porcentaje de resoluciones de Grado III respecto al total de dictámenes de cada autonomía también resulta de interés. En este caso, nuevamente la región de Murcia (32,56%), junto con Galicia y Canarias, destacan por superar la media nacional (24,11%) (IMSERSO, 2016).

No podemos obviar lo interesante de investigar acerca de los condicionantes que determinan un escenario como el que se da en la región de Murcia.

En el presente capítulo, vamos a desglosar la normativa legal existente en torno al concepto de residencia, así como a la tipología de residencias, reglamentación formal de funcionamiento de los centros residenciales, y la regulación laboral de sus trabajadores. Este es un ejercicio difícil, ya que no es posible romper limpiamente los lazos que relacionan unas normas con otras, a veces incluso de diferente ámbito, tal que el nacional, autonómico y de la propia institución. A pesar de ello, intentaremos explicar esta normativa partiendo de los ámbitos de aplicación, aun cayendo, si es necesario, en la repetición de las etiquetas que hemos referido al comienzo de esta introducción.

4.1. NORMATIVA LEGAL EN EL ÁMBITO NACIONAL

La normativa legal a nivel nacional es fundamental para entender como se estructuran los servicios sociales en nuestro país. La transferencia de competencias a las comunidades autónomas conllevó, en no pocas ocasiones, la necesidad de conocer la intención del gobierno cuando decide conceptualizar los recursos sociales en el ámbito particular de las comunidades autónomas. En este sentido, cabe destacar la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las Personas en Situación de Dependencia, más conocida como ley de

dependencia (Gobierno de España, 2006a). Esta viene, al menos en principio, a asentar las bases comunes de la atención a personas con dependencia en general, y de las personas mayores en especial, entre otros sectores. Esta norma establece, por definición, diferentes niveles de implantación y desarrollo, a saber, nacional, autonómico y local. Contempla claramente todos los sectores asistenciales, ya sean estos públicos o privados, y dentro de estos últimos los mercantiles y los pertenecientes al tercer sector; sector este remarcado como prioritario a la hora de establecer la colaboración entre la Administración y los proveedores de servicios. Esta ley, si bien no define de entrada lo que es una residencia, delimita su concepto al expresar claramente sus funciones. Así se deriva de la lectura del artículo 25 de la citada norma: *“El servicio de atención residencial ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados de carácter personal y sanitario”*. En este sentido, poco concreto e indirecto, expresa la tipología residencial, tal que: *“este servicio se prestará en los centros residenciales habilitados al efecto según el tipo de dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona”*. De manera que tras la lectura, puede entenderse que habrá tantos tipos de centros, que no servicios, como personas con determinado grado de dependencia. Desde el punto de vista del interés concreto de nuestra investigación, de esta lectura puede derivarse que la Administración Estatal, el Estado en su amplia concepción, asume la responsabilidad de proveer a todas las personas en situación de dependencia de los servicios que necesiten para paliar esta dependencia o para abordarla de manera integral, incluyendo en esta norma de manera transversal a todo tipo de entidades, ya sean del sector privado, lucrativo y no lucrativo, o del sector público. De esto se desprende que si bien la norma tiene una intención nacional, la determinación del nivel de dependencia correrá a cargo de las comunidades autónomas, como venía siendo desde antes de que publicara esta ley, lo cual nos hace dudar de su utilidad en este sentido.

4.1.1. Perfiles profesionales

Debemos de considerar la posibilidad de acotar las competencias de las residencias de ancianos, de manera indirecta, estudiando qué hacen las personas que en ella trabajan. No es baladí esta cuestión, pues las competencias profesionales refieren los límites formales de la función de la residencia como institución social.

Hasta la publicación de los correspondientes Convenios Colectivos sectoriales, la norma que regulaba estos establecimientos era el convenio de hostelería en algunas ocasiones. Así visto, el perfil de contratación de este tipo de trabajadoras no obedecía tanto a formación de base y complementaria, apoyada por experiencia profesional suficiente, como a la predisposición a trabajar con mayores. Solo a raíz de la Ley de Dependencia (Gobierno de España, 2006a), se empieza a exigir a los centros que pretendan acreditarse en la atención a personas dependientes, que sus trabajadores se encuentren en posesión del correspondiente certificado de profesionalidad. Teniendo en cuenta que el único punto de apoyo de la relación profesional y laboral de las trabajadoras con los ancianos es la mera predisposición personal de los unos y los otros a entenderse, sin una relación profesional deontológica y académicamente marcada, está más que justificado el estudiar cómo se interrelacionan estos grupos, así como conocer cómo influyen el uno en el otro. La categoría profesional de gerocultora tiene a sus espaldas una historia no escrita de la evolución o involución del concepto de cuidadora profesional de ancianos. Como ya hemos dicho anteriormente, esta categoría profesional ha sufrido cambios casi tan frecuentes como el número de Convenios Colectivos donde se define. Es importante hacer una breve descripción conceptual a través del análisis del rol que se le asigna a la gerocultora, y a otros perfiles profesionales dentro de la residencia, ya que esto nos va a permitir conocer la evolución del mismo, al tiempo que nos va a facilitar conocer cual es la utilidad de dichos perfiles, y como consecuencia qué se entiende por las necesidades del grupo de ancianos. Así, al principio en la historia de la regulación laboral dentro del sector residencial de personas mayores, en el primer Convenio Colectivo Nacional de Residencias Privadas de la Tercera Edad (Gobierno de España, 1997) la persona que ofrece cuidados básicos, entendidos estos como higiene, alimentación y vestido, es denominada someramente como *“Gerocultor/a-auxiliar de Clínica en Geriatría”* y contempla como encabezamiento de sus funciones lo siguiente:

“Es el personal que, bajo la dependencia del director del centro o persona que determine, tiene como función la de asistir al usuario de la residencia en la realización de las actividades de la vida diaria que no pueda realizar por él mismo, debido a su incapacidad y efectuar aquellos trabajos encaminados a su atención personal y de su entorno.”

Dichas funciones serían las siguientes:

“a) Higiene personal del usuario.

b) Según el plan funcional de las residencias, habrá de efectuar la limpieza y mantenimiento de los utensilios del residente, hacer las camas, recoger la ropa, llevarla a la lavandería y colaborar en el mantenimiento de las habitaciones.

c) Dar de comer a aquellos usuarios que no lo puedan hacer por si mismos. En este sentido, se ocupará igualmente de la recepción y distribución de las comidas a los usuarios.

d) Realizar los cambios de postura y aquellos servicios auxiliares de acuerdo con su preparación técnica y que le sean encomendados.

e) Comunicar las incidencias que se produzcan sobre la salud de los usuarios.

f) Limpiar y preparar el mobiliario, materiales y aparatos de botiquín.

g) Acompañar al usuario en las salidas, paseos, gestiones, excursiones, juegos y tiempo libre en general.

h) Colaborar con el equipo de profesionales mediante la realización de tareas elementales que complementen los servicios especializados de aquellos, en orden a proporcionar la autonomía personal del residente y su inserción en la vida social.

i) En todas las relaciones o actividades con el residente, procura complementar el trabajo asistencial, educativo y formativo que reciban de los profesionales respectivos.

j) Actúa en coordinación y bajo la responsabilidad de los profesionales de los cuales dependen directamente.

k) Guardará absoluto silencio sobre los procesos patológicos que sufran los residentes, así como sobre los asuntos referentes a su intimidad.

En general, todas aquellas actividades que no habiéndose especificado antes le sean encomendadas, que estén incluidas en el ejercicio de su profesión y preparación técnica, y que tengan relación con lo señalado anteriormente.”

En este Convenio Colectivo, no puede localizarse la categoría profesional de la “Gerocultor/a-auxiliar de clínica en geriatría”. Solo tras la atenta lectura de las asimilaciones profesionales en el grupo D, se encuentra enmarcado la categoría profesional de “Gerocultor/a-auxiliar de clínica en geriatría”, y unido a otra

categoría: *“animador/a, auxiliar de clínica, auxiliar de sanitario, auxiliar de administrativo, mancebo/a de farmacia, conserje, costurero/a, camarero/a de Planta (Los que actualmente realicen funciones de atención directa al residente tendrán la categoría de gerocultor/a)”*. Tanto el tipo de funciones asignadas, como la inespecificidad de la categoría profesional de la gerocultora, nos alumbran un entorno asistencial protagonizado por la satisfacción de necesidades principalmente funcionales de los ancianos, alejándose, al menos aparentemente, del perfil social que tiene la organización que los acoge.

En el segundo Convenio Colectivo Laboral de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio (Gobierno de España, 2001), se hace igualmente alusión al personal de atención directa al anciano (por cierto, llamado en toda la extensión del texto “residente” o “paciente”). Aunque no cambia ni su denominación ni sus funciones, sí se aumenta el número de categorías profesionales asimiladas dentro del Grupo D donde se enmarca su regulación laboral, de este modo las nuevas categorías son las siguientes: *“Grabador/a de datos. Oficial/a de oficios diversos (Electricistas, Fontanero, Albañil y Pintor). Contable. Conductor/a de ambulancia. Conductor/a.”*. Respecto a sus funciones, siguen siendo las mismas que en el primer Convenio Colectivo referido anteriormente. Estudiada esta norma, podemos inferir la continuidad conceptual del perfil profesional de las gerocultoras.

En el III Convenio Colectivo Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio (Gobierno de España, 2003a) también se habla del/de la *“Gerocultor/a-Auxiliar de Clínica en Geriatría”*, sin cambios en sus funciones. Se puede entender como un logro la mejora dentro de los grupos profesionales subiendo del grupo D al grupo C, esto lo hace junto con *“Grabador/a de datos. Oficial/a de oficios diversos (Electricistas, Fontanero, Albañil y Pintor). Contable. Conductor/a de ambulancia. Conductor/a. Animador/a. Auxiliar de Enfermería. Auxiliar Sanitario”*. Si bien se puede entender como una mejora salarial el cambio de grupo, esta circunstancia da lugar a reflexionar sobre las responsabilidades profesionales, laborales, civiles, administrativas y penales a las que está sujeta toda figura profesional. Esta circunstancia se da más si cabe cuando la figura de *“Gerocultor/a-Auxiliar de Clínica en Geriatría”* no corresponde a ninguna titulación sanitaria reglada ni reconocida por la Administración Pública en materia Educativa, al menos en los años en cuales sale publicada dicha norma.

El siguiente Convenio Colectivo se elabora a la sombra de la incipiente Ley de Dependencia (Gobierno de España, 2006a), denominándose IV Convenio Colectivo Marco Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal (Gobierno de España, 2006a). En dicho convenio, la figura del/de la *“Gerocultor/a-Auxiliar de Clínica en Geriatría”* pasa a denominarse solamente *“Gerocultora”*, situándose en el mismo grupo profesional C, aunque se incorporan a este otras nuevas figuras tales como *“Auxiliar de Coordinación de Teleasistencia. Operador Unidad Móvil Teleasistencia. Técnico Mantenimiento de Teleasistencia. Oficial Teleasistencia y/o Unidad Móvil. Ayudante Coordinación. Auxiliar Instalador”*. Respecto a sus funciones, siguen siendo las mismas que en los anteriores convenios colectivos, evidenciándose el carácter eminentemente subalterno y polivalente de las mismas, con los pros y contras que ello supone. Esto supone un posible punto de discusión ya que no sabemos hasta qué punto las referidas necesidades asistenciales, a cubrir con estos perfiles profesionales, son realmente las que demandan los ancianos, que, por otro lado, se desconoce su perfil.

Encaminando la recta final a este repaso de la normativa laboral vigente, llegamos al V Convenio Colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (Gobierno de España, 2008), y que de manera novedosa incluye dentro de las funciones de la gerocultora, además de las ya sabidas, la siguiente: *“en ausencia de la ATS/DUE podrá hacer la prueba de glucosa, utilizar la vía subcutánea para administrar insulina y heparina a los usuarios, siempre que la dosis y el seguimiento del tratamiento se realice por personal médico o de enfermería”*. Queda patente el alcance y la importancia de las funciones de la figura de la gerocultora dentro de la residencia, que no es otro que el de ámbito preferentemente sanitario. Estas nuevas competencias profesionales ejemplifican la transformación de la utilidad de las residencias, evidenciando la carga sanitaria frente a la social en la satisfacción de las necesidades de los ancianos.

Finalmente, el VI Convenio Colectivo Marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (Gobierno de España, 2012) incorpora como única novedad a las funciones del personal gerocultor el cambio de denominación de la persona mayor que en las residencias viven, pasándose a llamar *“personas usuarias”* en

lugar de “residentes” o “pacientes”. Esta situación parece estar influenciada más por la intención de incluir el sector laboral de la teleasistencia, en el que se llama al anciano simplemente “usuario”, que a una transformación antropológica del concepto. Respecto al objeto de estudio de nuestra investigación, podemos evidenciar cierto interés por la participación de este perfil profesional en la inclusión del anciano-residente en la vida institucional residencial, tal y como muestra el punto 9 de las funciones del gerocultor (opus cit, p 36287). Igualmente, cabe señalar como en el punto 7 de las referidas funciones, a diferencia de los convenios anteriores, se hace especial hincapié en la competencia de la gerocultora en el acompañamiento de los ancianos “usuarios” a las citas médicas, lo cual nos hace pensar hasta qué punto es esta labor de una periodicidad tal que haga necesario reglamentarla. Esto, de ser habitual, nos arrojaría relevante información sobre las necesidades sanitarias de los ancianos, respecto a lo social, que deja de ser tan escrupulosamente detallado en contraste con los convenios colectivos anteriores. Todo ello se realiza, recordemos, por profesionales sanitarios y no sanitarios. Este tipo de situación se hace impensable en otros entornos asistenciales aunque el anciano sea del mismo perfil, tal como un centro de día, o en el servicio de Teleasistencia. Se entiende, por tanto, lo importante que resulta en nuestra investigación analizar la figura del profesional que principalmente se relaciona con los ancianos residentes y sus familiares, ya que la falta de algunos conocimientos técnicos, así como la asignación de funciones de marcado carácter sanitario, podría configurar una manera de interactuar con los agentes sociales citados.

Hay otros perfiles profesionales muy interesantes a la hora de evidenciar la posible transformación de las residencias en cuanto a su utilidad social. En este sentido, cabe señalar la figura de la enfermera. La disciplina profesional de enfermería, entendida como diplomada universitaria en enfermería, actualmente grado en enfermería, también ha visto como tanto su denominación como sus funciones se han visto afectadas por el concepto de residencia y su modo de organización interna. Así, en el citado primer Convenio Colectivo Nacional de Residencias Privadas de la Tercera Edad (Gobierno de España, 1997), la enfermera es denominada como “ATS/DUE”, omitiendo la regulación de su denominación bastante anterior a la publicación del referido texto legal y normativo. En cuanto a sus funciones, tiene un marcado carácter de subalternidad y supeditación a la

figura del médico, lo cual nos puede orientar en cuanto a la estructura jerárquica que en las residencias se practica durante los años de publicación del primer Convenio Colectivo, y a modo orientativo son las siguientes:

“Vigilar y atender a los residentes, sus necesidades generales humanas y sanitarias, especialmente en el momento en que éstos necesiten se sus servicios.

Preparar y administrar los medicamentos según prescripciones facultativas, específicamente los tratamientos.

Tomar la presión sanguínea, el pulso y la temperatura.

Colaborar con los médicos preparando el material y medicamentos que hayan de ser utilizados.

Ordenar las historias clínicas, anotar los datos relacionados con la propia función que deba figurar.

Atender al residente encamado por enfermedad, efectuando los cambios posturales prescritos, controlando el servicio de comidas a los enfermos y suministrando directamente a aquellos pacientes que dicha alimentación requiera instrumentalización (sonda nasogástrica, sonda gástrica, etc.).

Controlar la higiene personal de los residentes y también los medicamentos y alimentos que estos tengan en las habitaciones.

Atender las necesidades sanitarias que tenga el personal que trabaja en el centro y sean de su competencia.

Colaborar con los/as fisioterapeutas en las actividades, el nivel de cualificación de las cuales sean compatibles con su titulación de ATS/DUE, cuando sus funciones específicas lo permitan

Realizar los pedidos de farmacia, analítica y radiología en aquellos centros donde no exista especialista.

Vigilar y tener cuidado de la ejecución de las actividades de tipo físico recibida por el médico, observando las incidencias que puedan presentarse durante su realización.

En general todas aquellas actividades no especificadas anteriormente que le sean pedidas y tengan relación con lo anterior.

Si se le requiere, por criterios médicos o de la dirección, acompañará al residente cuando deba ser trasladado a centros sanitarios.”

En el segundo Convenio Colectivo Laboral de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio (Gobierno de España, 2001), así como en el tercero (Gobierno de España, 2003), se hace mención al personal diplomado de Enfermería, sin modificar nada de lo ya dispuesto en la anterior normativa.

Tal y como hemos referido más arriba, en el IV Convenio Colectivo Marco Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal (Gobierno de España, 2006b) la enfermera no sufre modificación alguna respecto a su denominación ni a sus funciones, lo cual se podría interpretar como un estancamiento de la disciplina dentro de este recurso.

En el V Convenio Colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (Gobierno de España, 2008) se pueden apreciar algunos cambios sutiles. Por un lado, y tal como hemos tratado anteriormente, al personal gerocultor se le atribuyen funciones sanitarias por delegación de la diplomada universitaria de enfermería y, por otro, sus funciones propias dentro de la residencia, al igual que su denominación profesional, quedan exactamente iguales en cuanto a ámbito y cobertura. Esta delegación de funciones puede ser interpretada, no sin los riesgos evidentes, como un aumento de las necesidades de prestación de servicios sanitarios en las residencias, lo cual evidenciaría, a su vez, el cambio de perfil asistencial del anciano que vive en estas.

El Convenio Colectivo más reciente (Gobierno de España, 2012) no aporta cambios significativos sobre las funciones de las enfermeras en las residencias.

4.1.2. Tipología de usuarios

En este momento, las referencias respecto a los tipos de residencias actuales solo hay que buscarlas en las normativas que de éstas hablen explícitamente. De manera complementaria, también la normativa se pronuncia sobre el objeto de las residencias. Así, hablar de personas dependientes caracteriza y significa la residencia que las acoge como residencia para

dependientes. Precisamente esta caracterización es la que no hemos podido encontrar de manera concreta en la legislación. Por ello, hemos decidido buscar los tipos de personas que pueden acoger. Esto, definitivamente, no es mezclar en nuestra exposición tipos de plazas con tipos de residencias sino que, de manera complementaria, los unos ayudan a significar a los otros. Curiosamente, sobre esta cuestión sí se pronuncian prolijamente las normas legales.

No podemos negar la transformación que la publicación de la muy referenciada Ley de Dependencia (Gobierno de España, 2006a) ha supuesto en el sector asistencial destinado a personas mayores en la Región de Murcia, sea este público o privado, ya sea en su vertiente mercantil o no lucrativa. La causa se debe a la priorización que desde el Estado se dio a la concesión de servicios por grado de dependencia, siendo prioritario el grado III. Éste estaba caracterizado por fenómenos de gran dependencia según la definición recogida en el artículo 26 de la citada ley. Así, en la regulación autonómica, de manera prácticamente unánime en la geografía nacional, el grado III se relacionó directamente y de manera prioritaria con los servicios residenciales. Esta situación, si bien ordenaba y priorizaba la gran dependencia ante otros tipos de dependencia, llevó desde el principio a dos situaciones que han transformado el escenario de la oferta de plazas residenciales, a saber: a) la transformación de la denominación semántica exclusivamente de las antiguas plazas referidas como “asistidos” a lo que actualmente se llama “plazas de dependientes”; y en consecuencia b) la proliferación de residencias de personas dependientes, debido a que la mayoría de residencias tenían un gran número de plazas concertadas con la Administración pública y esa solo envía plazas de Grado III o muy dependientes. Esto ha supuesto una transformación del objeto de las residencias, y por ello de su tipología, como consecuencia del cambio del tipo de plaza. Al menos a priori, sin más datos que la experiencia profesional del investigador del presente trabajo en este ámbito, más allá de la diferencia entre dependiente y no dependiente, y la denominación de la plaza psicogeriatrica, estaríamos frente a tres tipos de plazas, o lo que es lo mismo tres perfiles de ancianos que viven en una residencia: el de anciano dependiente, el no dependiente y el psicogeriatrico. En principio, esta cohabitación de perfiles diferentes, a veces en extremo, podría influir en la manera en que viven y se relacionan los ancianos en una residencia, lo cual pretendemos alumbrar con la presente investigación.

4.1.3. Procedimiento de ingreso en residencias: el reclutamiento

Actualmente, y debido a la troncalidad de la Ley de Dependencia, los requisitos legales de ámbito nacional para poder ingresar en una residencia se establecen a través del baremo utilizado para valorar a los solicitantes del reconocimiento de la situación de dependencia, sea cual sea el grado. Así, el Real Decreto 174/2011, de 11 de Febrero (Gobierno de España, 2011) establece una serie de parámetros que permiten saber el grado de dependencia que una persona tiene. En base a este reconocimiento de grado, la persona tendrá acceso a una serie de prestaciones que serán de un tipo u otro en función de la comunidad autónoma donde viva.

4.2. MARCO JURÍDICO EN LA REGIÓN DE MURCIA

4.2.1. Conceptualización legal de residencia en la Región de Murcia

La normativa murciana, en cuanto a la definición de residencia (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2005), define primeramente los centros residenciales como *“los dedicados a la convivencia, alojamiento y, en su caso, atención adecuada a las características de las personas mayores y de sus cónyuges o personas con las que habitualmente convivan”*. Esta norma contempla una serie de dispositivos dentro de lo que entiende como centro residencial, a saber, los apartamentos de mayores, la vivienda colectiva, el conjunto residencial y la residencia. Define entonces, de manera más exhaustiva, la residencia como *“unidad convivencial con capacidad superior a catorce plazas destinadas a personas mayores, en régimen de prestación continua e integral de servicios”*. De esta definición, aparentemente, emanan algunas lagunas conceptuales como qué es lo que entiende la Administración por atención adecuada y/o cuidado integral, o cual es el significado de prestación continua. Esto se puede complicar, y de hecho así ocurre, cuando se deja vía libre para que cada entidad organizativa que gestiona residencias interprete esta definición. No aclara, de hecho complica, la reciente normativa de la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia del año 2015, el decreto 3/2015 (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2015) el escenario asistencial de las personas mayores en las residencias, en el cual se re-define el acogimiento a personas mayores en la institución residencial como:

“Residencia para personas mayores dependientes: unidad convivencial con capacidad superior a 14 plazas que presta atención integral y estancia permanente a personas mayores que por sus circunstancias no pueden permanecer en su domicilio.

Se incluirían las residencias psicogeríatricas y las destinadas a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias”.

La diferencia entre ambas definiciones del mismo recurso social no solo estriba en parámetros semánticos sino que los trasciende para llegar al ámbito antropológico, cuando entendemos que los beneficiarios de este tipo de recurso son personas dependientes, en mayor o menor grado. Esta circunstancia, como poco, va a influir en el grado y tipología de las relaciones que se van a dar entre los agentes sociales que operan en una residencia de personas mayores. Como más tarde veremos, esta diversidad tipológica de posibles beneficiarios va a condicionar inevitablemente la subdivisión de tipos de residencias. La inclusión de esta norma, a diferencia de las anteriores, al menos en la Región de Murcia, nos lleva a plantearnos, con criterios de posibilidad, la inclusión de perfiles asistenciales de índole claramente sanitaria en un recurso por naturaleza social. Así, podríamos considerar que lo sanitario ha sido superpuesto a lo social, aunque sin tener claro todavía hasta qué punto viene a sustituirlo o a buscar un terreno de convivencia de recursos asistenciales.

Hay que señalar que la definición de residencia de ancianos, al menos desde el punto de vista legislativo, afecta tanto a entidades de tipo público, como a las de tipo privado, y dentro de estas últimas tanto a aquellas de tipo mercantil como las no lucrativas. Interesante es destacar la reciente publicación en el territorio autonómico de la Región de Murcia del decreto 2/2014 (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2014), en el que se equipara en su artículo 2 los centros de asistencia social a centros sanitarios, tal que:

“La atención farmacéutica en los centros sociosanitarios o de asistencia social, que atiendan a sectores de la población, tales como, personas mayores, discapacitadas y cualesquiera otras, cuyas condiciones personales y de salud requieran, además, de las atenciones sociales que el centro les ofrezca, la prestación de asistencia sanitaria específica e integral, en consideración a sus necesidades personales, se llevará a cabo a través de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos”.

Esta aproximación conceptual, si bien de tipo tangencial, contrasta con lo expuesto en la Ley de Dependencia (Gobierno de España, 2006a). En esta solo se menciona el término “*sociosanitario*” para hablar de la debida coordinación entre los estamentos sociales y los sanitarios pero sin unir en ningún momento ambos ámbitos. Esto parece contradecir lo que pretende el citado decreto 2/2014 (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2014) de regulación de la atención farmacéutica, a pesar de que el referido artículo 25 de la Ley de Dependencia (Gobierno de España, 2006a) hable de la prestación de servicios sociales y sanitarios por separado.

4.2.2. Perfiles profesionales en la Región de Murcia

En Murcia, no es hasta el año 2005 cuando se implanta el Decreto nº 69 de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración de la Comunidad Autónoma de Murcia (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2005), el cual se acerca muy tangencialmente a la normalización de este sector laboral en el punto 9.4 del mismo Decreto “*será personal de atención directa el conformado por los siguientes profesionales:....c) Auxiliares de clínica, Auxiliares de geriatría y asimilados*”.

En esta norma, en el anexo 4º, punto 9.2 lo que se dice sobre el puesto y requisitos para ser director técnico de la residencia es lo siguiente:

“9.2.- Han de disponer de un director del Centro; su ausencia física puntual tendrá que estar cubierta por una persona que lo sustituya.

El director de Residencias superiores a 40 usuarios deberá estar en posesión de titulación de grado medio o superior o contar con una formación y experiencia específica y acreditada, de más de cuatro años.

En centros residenciales de menos de 40 usuarios, el director deberá acreditar como mínimo 100 horas de formación en gerontología o una experiencia acreditada de más de cuatro años de dirección.”

Leído este punto, se podría interpretar, si así se pretendiera, que dependiendo del número de plazas que tenga la residencia, la formación y titulación que se debe poseer para ser director puede ser diferente. Si tenemos en cuenta que el número de plazas de una residencia es una variable que no afecta al gerotipo o estado funcional en que se encuentra el anciano en ella, ni cambia el

perfil de los profesionales que ella trabaja, no se entiende en qué se basa la normativa legal para hacer esta distinción. Otra variable a tener en cuenta es la titulación universitaria de base, pues el Decreto deja en el aire qué tipo de titulación de grado medio es la que mejor se ajusta al perfil de director técnico de una residencia. Por ello, se puede dar el caso, y de hecho se da, de directores con titulación de licenciado/a en psicología, o diplomadas universitarias en enfermería (due), o licenciados en historia o diplomados en trabajo social, etc. Es este un punto más a añadir sobre la ambigüedad y arbitrariedad con la que se contemplan las titulaciones que deben tener los trabajadores de una residencia. Esta arbitrariedad no hace más que arrojar más sombras que luces al concepto de residencia.

No podemos dejar de tener en cuenta que hay un perfil profesional que, por su propia naturaleza social, tiene un papel necesario en la vida residencial. Este es el caso de las trabajadoras sociales, las cuales están presentes de manera obligada, según la normativa vigente (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2005), en todas las residencias con mayor o menor tiempo de dedicación, según la ratio establecida por plazas de ancianos ocupadas. Es muy relevante, desde nuestro punto de vista, acercarnos a este perfil profesional que por su relevancia transversal en todas las instituciones residenciales asegura, al menos de manera preliminar, la perspectiva social de la atención. Esto es indiscutiblemente importante en caso de existir directores sin la preparación académica apropiada ni la experiencia suficiente, tal y como hemos podido comprobar que se puede dar, según la normativa que actualmente es aplicada en las residencias (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2005). Es por este motivo por el que para nuestra investigación hemos incluido al perfil profesional de trabajadores sociales dentro del grupo de la organización.

4.2.3. Tipología legal de residencias según la normativa murciana

El Decreto nº 31/1994 (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 1994), de 25 de Febrero, sobre ingreso y traslado en centros residenciales de la Administración regional, para personas mayores, establecía una clasificación formal:

- a. *Residencias de válidos: destinadas a personas mayores autónomas para la realización de las actividades normales de la vida diaria.*
- b. *Residencias asistidas: destinadas a personas mayores que no puedan realizar las actividades normales de la vida diaria, precisando para ello la ayuda de terceras personas.*
- c. *Residencias mixtas: destinadas a personas mayores autónomas para la realización de las actividades normales de la vida diaria y personas que precisan para ello la ayuda de terceras personas.*

Respecto a la denominación de “válido”, aparte de las connotaciones peyorativas evidentes, por situarse frente al concepto “no válido”, hay que destacar que se referiría a personas que no están en situación de gran dependencia funcional. En cambio la denominación de “asistido” servía para caracterizar aquellas plazas destinadas a ser cubiertas por personas con grado moderado o alto de dependencia funcional.

En la reciente normativa regional en Murcia, el decreto 3/2015 (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2015) incluye, por primera vez, el centro psicogeriatrico como un tipo de residencia para personas mayores dependientes, en su artículo 49.a.1). Además, incluye en este mismo apartado a las personas con enfermedad de Alzheimer como beneficiarias directas de la residencia para personas mayores dependientes. Esta situación, nuevamente, ejemplifica, como pocas, la confusión creada por la propia Administración Pública en materia de Servicios Sociales, en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, acerca de los tipos de residencias. Así mismo, facilita la “normatización” de la inclusión de diferentes perfiles de personas mayores, enfermas y no enfermas, ambas dependientes, bajo un mismo techo residencial. Esta circunstancia hace que resulte inevitable poner en tela de juicio el tipo de relaciones sociales que se van a dar entre los diferentes agentes sociales que en ella operan. Este tema nos lleva a la discusión que intentaremos abordar más tarde acerca del cariz patológico o mórbido de la persona dependiente a priori, lo cual, como ha ocurrido en la normativa murciana referida, puede facilitar la confusión en la oferta y la demanda de plazas residenciales. Este hecho va a dificultar, definir o delimitar la tipología de centros residenciales más allá del aspecto administrativo ya referido en párrafos anteriores. Ante la pregunta: ¿una persona mayor con discapacidad

intelectual es dependiente?, suponemos que la respuesta en casi todos los casos será afirmativa, pero ¿en qué centro residencial lo ingresarían? ¿en una residencia para personas mayores o en un centro para discapacitados?. Si buscamos la respuesta en el decreto citado, dicha persona podría ingresar tanto en una residencia para personas mayores dependientes como en un centro residencial para personas con discapacidad, ya que, en este caso, no se hace una acotación cronológica en función de la edad de la persona candidata a ingresar, tal y como podemos observar en la citada norma en su artículo 48.2.a.1):

“Centros residenciales para personas con discapacidad: Unidades convivenciales que presten atención integral y estancia permanente a personas afectadas por diferentes grados de dependencia y que por sus características no puedan permanecer en su domicilio, pudiendo prestarse asimismo servicios de estancias temporales.

Pueden ser centros destinados a discapacitados físicos, intelectuales, sensoriales y con enfermedad mental crónica y, en cuanto al número de residentes, se distinguirá entre centros de más o menos quince plazas”

Esta distinción se puede complicar cuando nos atenemos a la clasificación internacional de enfermedades psiquiátricas DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014). En este manual de amplio uso por parte de los profesionales sanitarios en salud mental, se enumeran la demencia, así como los cuadros depresivos mayores o las adicciones, entre otras, como enfermedades de etiología psiquiátrica. Si volvemos al artículo 49 del citado decreto 3/2015 (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2015), la separación que este hace de los centros no es real, pues en un mismo centro podrían vivir ancianos dependientes con enfermedades psiquiátricas y no psiquiátricas, o mentales como es el caso de la demencia.

4.2.4. La adaptación a la institución según la normativa legal en Murcia

No podemos obviar lo interesante que es encontrar referencias expresas en normativas legales acerca de conceptos tan complejos como adaptación. Este concepto, que ya abordaremos en un epígrafe concreto, está carente de definición legal. La normativa en la Región de Murcia hace alusión expresa a dicho concepto. En concreto, y siguiendo este último punto, dicha normativa regional (Decreto 69/2005, de la Región de Murcia) refiere en su punto 2.2.13.1 del anexo 1º

sobre condiciones mínimas comunes a todos los centros residenciales de personas mayores que:

“Los centros residenciales para personas mayores tendrán que disponer, como mínimo, de los protocolos siguientes:

a) De acogida y adaptación (...)”

En esta citada norma no hay más alusión a este concepto, por lo que debemos irnos once años atrás de la publicación del decreto 69/2005, al año 1994, en concreto al Decreto 31/1994 (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 1994) para poder hacer una mayor profundización sobre dicho concepto. En dicha norma, si bien ha sido objeto de reforma legal posterior en el Decreto 60/2002 (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2002), mantiene, en lo que respecta al apartado que nos ocupa, el mismo contenido. Este contenido hace alusión, de manera específica, a la adaptación del anciano, en su artículo 24, cuando se refiere a él como *periodo de adaptación y confirmación o pérdida de la condición de residente*; también se hace alusión al periodo de prueba para la adaptación:

“Durante los primeros seis meses posteriores al ingreso, se entenderá que los/las residentes se encuentran en el periodo de adaptación personal a las características y funcionamiento propio del centro residencial.”

Incluso se define, de manera precisa, la relación que la residencia como institución debe adquirir en este momento temporal, tal y como refiere a continuación: *“en tal periodo, recibirán la asistencia técnica precisa que contribuya a tal objetivo.”*. De hecho, se llega a contemplar la puesta en marcha de medidas administrativas en caso de que el anciano no llegue a adaptarse, de modo que:

“Transcurrido el periodo de adaptación, se emitirá desde el centro residencial un informe evaluatorio acerca de la adaptación al centro, sin perjuicio de su emisión con antelación de estimarse que una eventual inadaptación podría perjudicar al/a la residente.

(...) En el supuesto de inadaptación, se dispondrá la Resolución al cese de permanencia en el centro, que se producirá dentro del mes siguiente a su notificación”.

4.2.5. Tipología de usuarios según la normativa legal

En este sentido, y solo de manera introductoria, resulta interesante volver a la Ley 39/2006, Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que en su artículo 26 define los distintos grados de dependencia:

“a) Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

b) Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador, o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

c) Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal”.

Visto esto, podemos vislumbrar distintas necesidades asistenciales, independientemente de las patologías que hayan podido producir la dependencia. En un sentido absoluto, en la lectura de la citada Ley la obtención de los grados I o II de dependencia no debería ser, a priori, un motivo excluyente del recurso de la residencia para personas dependientes. Pero en un análisis más exhaustivo de la situación podemos entender que así resulta. En la Región de Murcia, en un Informe Estadístico del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en dicha comunidad autónoma, publicado por la Consejería de Sanidad y Política Social de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (2015c), se señala que a 31.485 personas mayores de 65 años se le reconoció un grado III de dependencia, lo que supone un 47,44% del total de grados reconocidos (I,II y III), en el periodo de 2007 a 2015, que fueron de 66.361 para mayores de 65 años, y de los cuales 16.648 siguen activos; estos datos indican que la franja de mayores de 65 años es la que mayores cuotas de grado de dependencia solicitan. En este sentido, en la actualidad, 11.993 personas de 65

años están activos en el sistema de dependencia con un grado III, lo que supone un 33,06% del total de personas de 65 años de todos los grados (I, II y III). Del total de prestaciones activas, el sector mayoritario sigue siendo las prestaciones económicas, aunque en una proporción menor que en estudio anteriormente realizado por dicha Consejería y que hemos citado anteriormente, con un 54,7% del total, seguido de la atención Residencial con un 11,5%, mayor que en el mismo informe de años anteriores, aunque teniendo en cuenta el histórico de prestaciones otorgadas desde el año 2007, tanto las resoluciones de prestación económica en el entorno, como la atención residencial han disminuido ligeramente, 1,8% en el caso de las prestaciones económicas y 1,2% en la atención residencial, a favor de las prestaciones en centro de día, que pasan de un 7,10% a un 9,5%, es decir, un 2,4% más. Estas cifras nos hacen ver, irremediabilmente, a las residencias de mayores como principal proveedora de recursos sociales para las personas mayores reconocidas con un grado III de dependencia. Resulta interesante, desde el punto de vista de nuestra investigación, que personas con un grado III de dependencia, que está muy relacionado con las consecuencias de cuadros mórbidos, sean los candidatos a ocupar plazas de tipo social.

4.2.6. Procedimiento de ingreso en residencias de la Región de Murcia: el reclutamiento

Es interesante conocer los criterios formales de reclutamiento de personas mayores, potenciales “clientes” de las operadoras de servicios sociales residenciales en la Región de Murcia. Para ello, observaremos qué es lo que señalaba el Decreto nº 31/1994, de 25 de Febrero sobre ingreso y traslado en centros residenciales de la Administración regional para personas mayores (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 1994). Sobre motivos de ingreso el referido decreto decía lo siguiente, en su artículo 5 (Capítulo II: De los usuarios/as de los centros residenciales para personas mayores), sobre requisitos generales:

“Son requisitos generales para reconocer el derecho de admisión en los centros residenciales los siguientes:

1. *Ser mayor de 60 años.*

2. *Haber residido en la Región de Murcia, durante al menos dos años, o tener parientes por consanguinidad hasta el segundo grado que hayan residido en la Región de Murcia durante los dos años anteriores a la fecha de solicitud.*

El requisito previsto en este párrafo se entenderá en todo caso cumplido para los que los nacidos en la Región de Murcia.

3. *Cuando se solicite plaza de válido/as poder valerse por si mismo/a para la realización de las actividades normales de la vida diaria.*

4. *Cuando se solicite plaza asistida, que el/la solicitante no pueda realizar las actividades normales de la vida diaria, precisando para ello la asistencia de terceras personas.*

5. *Obtener al menos el veinte por ciento de la puntuación máxima del baremo de evaluación, que como anexo único, se incorpora a este Decreto."*

En la misma línea en el artículo 6, sobre situaciones especiales, del mismo Capítulo II, de la norma citada, se contemplaban las siguientes circunstancias para el ingreso:

"Podrá asimismo reconocerse el derecho de admisión al tiempo que al solicitante a quienes, no reuniendo los requisitos establecidos en el artículo anterior se encuentre en alguna de las siguientes situaciones:

1. *Ser cónyuge o persona con la que se conviva habitualmente en forma análoga a la marital.*

2. *Ser pariente por consanguinidad hasta el primer grado, o por consanguinidad colateral hasta el segundo grado, cuando exista dependencia respecto del de la solicitante, y no se hayan obtenidos recursos adecuados a sus necesidades."*

Finalmente, el artículo 7, sobre requisitos específicos para el ingreso, del mismo Capítulo II del Decreto 31/1994 (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 1994), aunque en tono excluyente refería las condiciones concretas y específicas para poder ingresar en una residencia; realmente, lo que exponía este artículo 7 eran precisamente los motivos que hacen que un anciano de la Región de Murcia no sea beneficiario de una plaza residencial gestionada y subvencionada en parte por la Administración Pública en materia de Servicios Sociales. Estos son los siguientes:

“Son condiciones para el ingreso en centros residenciales los siguientes:

1. *No padecer enfermedad infectocontagiosa, enfermedad crónica en estado terminal o que requiera atención permanente en centro hospitalario.*
2. *No padecer trastornos de conducta que puedan perturbar gravemente la convivencia en el centro.”*

Esta norma jurídica (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 1994), de carácter regional, sigue estando en vigor en la actualidad aunque se ve afectada por la Ley de Dependencia (Gobierno de España, 2006a). Tal y como ya hemos adelantado en otros puntos de este marco teórico, la irrupción de esta norma jurídica supuso una normalización de determinados criterios de ingreso. En base a ello, en la Región de Murcia se constituyó la Oficina de la Dependencia, encargada mayoritariamente de baremar a las personas que solicitan el reconocimiento de la condición de dependiente. Este reconocimiento está establecido por la propia ley y su reglamento específico de baremos (Gobierno de España, 2011). Esto hace que en la actualidad los ancianos puedan acceder a una plaza residencial, tras valoración y baremación de un equipo profesional competente que estudia las necesidades reales del/de la solicitante. Sobre los criterios de exclusión del Decreto 31/1994, reflejado en su artículo 7, sobre requisitos específicos de ingreso (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 1994), cabe añadir la incongruencia de las situaciones que dan lugar a la exclusión de un número indeterminado de ancianos. Además, habría que añadir la dudosa validez legal de una norma que en algunos apartados raya la inconstitucionalidad, por la discriminación de determinados perfiles (infectocontagiosas y trastornos de conducta, o lo que es lo mismo, un anciano con hepatitis C, y un anciano con demencia moderada). Para ilustrar estas afirmaciones es interesante referirnos a los datos del perfil de residente-interno. Es importante tener en cuenta a la hora de realizar inferencias saber que los requisitos de ingreso y traslado afectan tanto a plazas públicas como plazas concertadas con la Administración Pública en materia de Servicios Sociales. En este último caso, la organización no puede elegir o seleccionar el tipo de anciano potencialmente cliente de sus servicios, lo cual en un momento de reflexión dado nos puede llevar a pensar en la proyección de normas formales desde el sistema

macrosocial sobre los sistemas de provisión de recursos de tipo microsociales, que nos lleva a avalar otra vez la teoría estructuralista foucaultiana (Foucault, p.94).

Es muy interesante lo expuesto en el Decreto 31/1994 (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 1994) que establece como anexo unos criterios de baremación que sirven para proveer al anciano solicitante de un puesto de carácter ordinal en una lista. Esta baremación es la caracterización de la condición de potencial residente, frente a otros ancianos; analizando el baremo podemos comprobar cómo se provee de mayor puntuación a las condiciones sociales de los ancianos y su familia. Esto nos hace pensar en la pre-existencia de una condición previa para acceder a una residencia, la cual vemos que decide el Estado, en su representación regional. Este grupo, al que previamente se pertenece a la vista de los criterios de puntuación preferentes, tiene que tener como atributos: no tener recursos económicos o, bien, no poseer apoyos sociales (es el caso de las personas solteras, viudas o divorciadas).

4.2.7. Delimitación legal del estatus de residente en la región de Murcia

Para nuestra investigación, el estatus va a estar definido por el poder que el anciano ostente en el desempeño de su rol de residente. En este caso, entendemos como punto de partida la carta de derechos y obligaciones de los ancianos dentro de la institución residencial. Estos vienen claramente marcados en la normativa vigente (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2005), el cual describe en su artículo 5º que los derechos de los ancianos que vivan en una unidad de convivencia residencial son los siguientes:

“1.- Los reconocidos en la Constitución, los tratados internacionales, las leyes y reglamentos. En particular, los centros residenciales para personas mayores arbitrarán las medidas necesarias que garanticen el desarrollo, en los términos constitucionalmente previstos, del derecho a la libertad y seguridad; a la libertad ideológica, religiosa y de culto; al honor, intimidad personal y familiar y a la propia imagen; al secreto de las comunicaciones; y a expresar y difundir libremente los pensamientos, ideas y opiniones.

2.- Los derechos específicos que se reconocen o reconozcan a las personas usuarias de servicios sociales de la Región de Murcia. En especial:

a) Al de trato y atención personalizada, de acuerdo con sus necesidades específicas.

- b) A la confidencialidad de los datos personales que obren en los correspondientes expedientes e historiales.*
- c) A la participación en las actividades de centros y servicios, en la forma en la que se determine reglamentariamente.*
- d) A la determinación expresa y concreta de los derechos y obligaciones, y de las circunstancias de desarrollo de los servicios, mediante la suscripción del contrato de convivencia residencial.*
- e) A conocer en todo momento el precio de los servicios que se reciben, y a que le sean comunicadas, con la debida antelación, sus modificaciones.*
- f) A la cobertura de sus necesidades personales específicas en relación con los servicios de manutención, estancia y alojamiento.*
- g) A que se le facilite el acceso al resto de sistemas públicos y privados de protección, especialmente en materia sanitaria, y a servicios educativos, culturales y ocupacionales.*
- h) Al planteamiento de quejas por defectos en el funcionamiento, mediante reclamaciones dirigidas, bien a la entidad titular del centro, bien a la Inspección de Servicios Sociales y, en su caso, a la Administración Pública competente. En todo caso, se dará traslado de la reclamación efectuada a la Inspección de Servicios Sociales.*
- i) A la consideración del domicilio del centro residencial como domicilio legal propio.”*

Lo descrito anteriormente es una particular forma de ordenar los derechos y obligaciones de los ancianos, ya que hay otras publicaciones al respecto de diferentes orígenes y naturaleza, así destacamos el Plan de Divulgación de la Ley 3/2009 (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2009). En dicho plan se detallan los derechos y deberes de los usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia, el cual hace referencia especial, en su artículo 17, a los derechos de las personas mayores frente al sistema sanitario, los cuales se solapan con los derechos y deberes reflejados en el Decreto 69/2005 (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2005).

4.3. ÁMBITO INSTITUCIONAL

4.3.1. Contrato de convivencia residencial en la Región de Murcia

El contrato de convivencia residencial nos sirve para hacernos una idea del tipo de ordenamiento interno del grupo de los ancianos residentes, aunque no nos da pistas claras de cómo se regulan las relaciones entre los diferentes grupos. Este documento sigue una serie de pautas prefijadas por la Administración Pública regional competente al respecto, ya que para su utilización efectiva debe ser revisado previamente, tanto en forma como en contenido, por los técnicos del Servicio de Acreditación e Inspección de la Consejería de Sanidad y Política Social de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Una vez revisado debe ser autorizado como muestra de conformidad con lo reflejado. Hay que añadir que el citado Servicio ofrece una planilla de Contrato de Convivencia Residencial⁵ donde vienen marcados todos los artículos, así como su contenido, dejando poco margen de maniobra ante una posible modificación por parte de la entidad que lo pretenda. En el contrato de convivencia residencial se hace referencia a los derechos y deberes de los ancianos residentes de manera tangencial, haciendo alusión a los mismos en los artículos quinto y sexto del documento.

4.3.2. Reglamento de Régimen Interno en la Región de Murcia

El Reglamento de Régimen Interno del Centro⁶ particulariza y concreta mucho más la forma de regular tanto los derechos (es decir, lo que el anciano puede hacer o decir) como las obligaciones (o sea, lo que no puede hacer, o no decir), estipulando un régimen sancionador al respecto. Este último documento también debe ser revisado por el Servicio de Acreditación e Inspección, previamente a su puesta en funcionamiento, así como visado como muestra de su

⁵ La planilla de este documento se puede consultar telemáticamente en la siguiente dirección:

[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=7471&IDTIPO=100&RASTRO=c887\\$m6183,6184](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=7471&IDTIPO=100&RASTRO=c887$m6183,6184)

⁶ La planilla de este documento se puede consultar telemáticamente en la siguiente dirección:

[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=7471&IDTIPO=100&RESULTADO_INFERIOR=11&RESULTADO_SUPERIOR=20&RASTRO=c887\\$m6183,6184](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=7471&IDTIPO=100&RESULTADO_INFERIOR=11&RESULTADO_SUPERIOR=20&RASTRO=c887$m6183,6184)

conformidad con los contenidos. Dichos contenidos deben ser, por cierto, los mismos que los que aparecen en un documento maestro diseñado al efecto y puesto a disposición por parte del citado servicio (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2005). Muy interesante resulta la inclusión de nuevos derechos de los usuarios no reflejados en el Decreto 69/2005 (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2005) acerca de este aspecto, resultando novedosos los siguientes:

- *“Al planteamiento de quejas por defectos en el funcionamiento, mediante reclamaciones dirigidas, bien a la entidad titular del centro, bien a la Inspección de Servicios Sociales y, en su caso, a la Administración Pública competente. En todo caso, se dará traslado de la reclamación efectuada a la Inspección de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Murcia (Consejería de Trabajo, Política Social, Mujer e Inmigración. Servicio de Acreditación e Inspección. Avda. de La Fama nº 3, 3ª Planta. 30006 Murcia o al Teléfono Regional de Reclamaciones y Sugerencias de Servicios Sociales 900712736).*
- *A la consideración del domicilio del centro residencial como domicilio legal propio.*
- *Ser tratado con absoluta consideración por parte del personal del Centro y del resto de usuarios.*
- *Mantener con la mayor fluidez posible la relación con su entorno familiar y social, dentro y fuera del Centro, y disponer de un clima que favorezca su equilibrio afectivo.*
- *Derecho a la libertad y a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica, sin prescripción médica, supervisión constante y conforme a los protocolos debidamente establecidos.”*

En este Reglamento también se habla, por primera vez de deberes de los ancianos, es decir sus obligaciones, las cuales son las siguientes:

- b) *“Cumplir las normas sobre utilización del centro o servicio establecidas en el reglamento de régimen interior.*
- c) *Observar una conducta basada en el mutuo respeto, tolerancia y colaboración, encaminada a facilitar una mejor convivencia.*
- d) *Las que se deriven, en su caso, del contrato de convivencia residencial.*

- e) *El residente y la persona responsable se obligan a facilitar la realización de los servicios de la Residencia.*
- f) *Respetar y facilitar la convivencia en cuanto a horarios y actividades de la Residencia.*
- g) *Utilización correcta de las instalaciones en cuanto a higiene y conservación de las mismas.*
- h) *Abonar puntualmente las mensualidades según el precio pactado.*
- i) *Comunicar con suficiente antelación las salidas y ausencias.*
- j) *Respetar el derecho de los no fumadores, por ello, queda prohibido fumar fuera de los lugares reservados para ello."*

De manera enunciativa, debemos recordar que esta relación de derechos y deberes de los ancianos dentro de las residencias parte de una norma jurídica, cuya fundamentación anterior no es citada en ningún caso.

En nuestra búsqueda de elementos teóricos que aporten argumentos de investigación posterior así como crítica discursiva productiva, hemos encontrado algunos elementos del Reglamento de Régimen Interior de las residencias estudiadas, que nos recuerdan a estos aspectos introducidos por Goffman (2004). Por ejemplo, en los puntos E) y F), del apartado de normas en el comedor, es muy claro el fenómeno de jerarquización, tal que:

"E) Recuerde que su plaza en el comedor es fija. No obstante la Dirección, por necesidades del servicio podrá efectuar los cambios que se consideren oportunos. Si por cualquier causa desea una modificación deberá canalizar su solicitud a través de la Trabajadora Social.

F) No se permite la alteración del orden en el comedor. Si le surge algún problema diríjase a la Trabajadora Social o Director."

De manera incluso más clara en el apartado de normas generales, la organización recuerda a los internos que deben actuar pensando como grupo de manera que en el punto B) refiere que *"de las normas de convivencia, higiene y respeto mutuo más elementales, recordándoles a tales efectos que la libertad de cada uno termina donde empiezan los derechos de los demás."* Este sería un excelente ejemplo de regimentación.

Teniendo en cuenta que nuestra investigación se centra en el ámbito de la Región de Murcia, hay que recordar que dentro de la globalidad conceptual que recoge el Decreto 69/2005 (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2005) hay una serie de puntos que no podemos obviar. Estos, si bien aparentemente parecen nimios en su repercusión sobre la vida del anciano-residente, la realidad parece ser otra bien distinta. Para alumbrar esta cuestión, diseccionaremos los puntos más relevantes de la citada norma sobre los condicionantes de la vida de las personas mayores en una residencia. El más importante es la existencia del vínculo jurídico de unión entre el anciano-residente y el recurso social que es la residencia, esto es el Contrato de Convivencia Residencial y el Reglamento de Régimen Interno. A este respecto, hay que añadir que el Servicio de Acreditación, Registro e Inspección de centros de la Consejería de Sanidad y Política Social de la Comunidad autónoma de la Región de Murcia dispone de un modelo con todos los puntos desarrollados y que de manera protocolaria es puesto a disposición de los nuevos solicitantes para su cumplimentación y visado posterior por el citado servicio público. Esto denota la influencia del Estado, a través de la Administración Pública en materia de Servicios Sociales, en la determinación del tipo de servicio a prestar de manera particular en las residencias de mayores, en el ámbito de la Región de Murcia. En determinados momentos, esta situación nos recuerda la organización estructuralista que Foucault (1964) ya nos expuso, y que reflejamos en epígrafes anteriores. Por ello, nos queda preguntarnos hasta qué punto es la organización de la residencia, en particular, la que determina el funcionamiento normativo dentro de la misma, al menos en los aspectos formales, o es el Estado representado por la Administración Pública regional en Murcia la que lo hace de manera más o menos evidente. Posiblemente, en los discursos de los miembros de la organización, e incluso de los trabajadores, podremos conocer hasta qué punto hay una adscripción real a esta relación de normas.

En el procedimiento que recoge el contrato de convivencia residencial y el reglamento de régimen interno de una de las residencias investigadas, hemos podido señalar algunos aspectos que nos resultan interesantes al objeto de este trabajo de investigación. Cabe resaltar la mención que hace a la solicitud de la colaboración de los agentes sociales ancianos-residentes y familiares con el fin de *“conseguir un buen funcionamiento de la residencia, mejor convivencia, la máxima participación, el respeto de los derechos de los residentes y la consecución del máximo*

bienestar integral de éstos". Se deja muy claro en el mismo documento, en la página 4, que se establecen una serie de normas de convivencia, rogando el cumplimiento de estas a los ancianos-residentes. Resulta muy relevante el trato imperativo que, de manera evidente, se puede inferir de la lectura de las normas derivadas de la relación con los servicios médicos, tomando como ejemplos algunos de la misma página 7, a saber:

"El usuario, en el momento del ingreso, entregará la tarjeta sanitaria de la Seguridad Social, para proceder a efectuar el cambio de médico de cabecera.

Será por prescripción facultativa:

1º Servir comida en las habitaciones.

2º La imposición, variación o supresión de los regímenes alimenticios.

3ª Bajo ningún concepto se alterarán las instrucciones dictadas por el médico en cuanto a alimentación, atención sanitaria, etc..."

Es tanto o más interesante lo referente al tema de la higiene, en este caso al baño semanal en concreto:

"Por higiene es obligatorio el baño una vez por semana, al menos. Las personas que lo necesiten podrán solicitar la ayuda al departamento médico, adaptándose en este caso a los horarios establecidos."

A título general, cabe destacar que en las residencias, autorizadas por la Administración Pública en materia de Servicios Sociales de la Región de Murcia, existen una serie de recomendaciones que, ya bien explícitamente o bien emanados de la lectura e interpretación de algunos puntos de la normativa 69/2005 (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2005), son de imperativo cumplimiento. Tal es la disposición para los ancianos-residentes de planes de actividades de periodicidad semanal y/o mensual, que resulten atractivos a los mismos, y que deben estar bien visibles en el tablón de anuncios de la residencia. Así se materializaría el cumplimiento del precepto como derecho de los ancianos-residentes, en general, reflejado en el artículo 5.2.c) que refiere *"A la participación en las actividades de centros y servicios, en la forma en se determine reglamentariamente"*. Es este un punto muy revelador pues para su adecuada comprensión debemos recurrir a las aportaciones teóricas de Goffman (2004). Este habla extensamente del cariz totalizador de la disposición de tareas para los internos, que es como

llama a los ancianos-residentes de nuestro trabajo. Nuestra experiencia profesional en el campo de estudio nos permite conocer que en el contexto institucional residencial se realizan habitualmente una serie de actividades a las cuales, por cierto, se procura que los ancianos acudan, y que habitualmente son identificadas por los residentes como tareas o trabajo. En este sentido, la normativa de la Región de Murcia, el decreto 69/2005 (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2005) no refiere en ningún momento como un derecho específico la voluntariedad en la no participación en las referidas actividades. De hecho, tal y como hemos podido comprobar anteriormente, su artículo 5.2.c) hace alusión concreta a que los ancianos tienen derecho a la participación reglamentaria en actividades. Este concepto, *“reglamentariamente”*, nos lleva de nuevo y directamente al Reglamento de Régimen Interno de los centros residenciales de la Región de Murcia. En este documento, en el apartado de *“Actividades”*, se hace saber al anciano-residente que el centro dispone de un programa de actividades cuyo fin es el *“favorecer la recuperación o el mantenimiento del máximo grado de autonomía personal y social, así como actividades de animación y ocio”* (página 7 del documento citado). Más centrado en el apartado de normas, en el punto L del mismo, se refiere que: *“(…)la vida de la residencia depende de la participación de todos los residentes en tales actividades. Se espera su colaboración.”* (página 9 del documento citado). Esta última referencia nos hace alusión muy expresa a los planes y la significación simbólica que, para la residencia, tiene la realización de actividades. La cuestión sería conocer los motivos de tal interés en la participación de *“todos”* los ancianos-residentes en dichas actividades. En este sentido, apoyándose en el mismo artículo del decreto 60/2005, así como en el precedente 5.1, se debe asegurar la participación democrática de los ancianos-residentes en las decisiones que les incumban, mediante el establecimiento de juntas de participación de las cuales habrá que recoger el acta correspondiente. De hecho, en el citado Reglamento de Régimen Interno (página 14 del documento citado) se regula de manera muy precisa el funcionamiento de estos órganos de participación, que llama expresamente *“Estatuto de Residentes”*, incluyendo periodicidad de las reuniones, composición y regulación de la toma de acuerdos. Es relevante observar como, a raíz de esta aportación, se insta a la organización de la residencia a mantener relaciones más estrechas de las meras funcionales, de manera que:

“En cualquier caso, la Dirección de la Residencia estimula y fomenta el seguimiento de la evolución del residente a través de entrevistas personales con los familiares con el fin de analizar cualquier aspecto de la situación de aquél que pudiera ser de interés”.

Es especialmente revelador, a pesar de lo anecdótico, que las páginas dedicadas a las normas específicas de la residencia para con el anciano-residente y su familia son 4 de un total de 10 del Reglamento de Régimen Interno, lo cual denota la importancia que tienen dichas normas. En cuanto a normas de carácter general en el Reglamento de Régimen Interno, podemos encontrar un grupo introductorio que llamaremos de carácter general y, que, de manera especial, nos habla sobre la regulación de las relaciones entre los ancianos y los trabajadores en su punto I) que dice así: *“esta totalmente prohibido entregar propinas al personal del centro”*. En la misma línea se expone el punto G) de este del apartado correspondiente a las visitas que dice así: *“cuando tenga algún problema con su compañero no le recrimine, póngalo en conocimiento de la Trabajadora Social.”*. Esto así entendido, nos hace aproximarnos, si cabe, al modelo totalizador de Goffman (2004) pues la libertad individual del anciano-residente quedaría limitada por la propia organización al no permitirle la reacción ante determinados comportamientos, que, en el menor de los casos, nos recuerda al trato paternalista del modelo asilar. En cuanto a la libertad de movimientos que el anciano puede expresar en la residencia, ésta parece estar ligada a su capacidad cognitiva y, por ello, a su capacidad de autogobernarse, es decir a su competencia para valorar razonadamente las consecuencias de sus actos. En este contexto, se entendería la intervención de terceras personas en un ánimo exclusivo de proteger al anciano con problemas de capacidad cognitiva, ya sea por sentencia judicial, o por presunción fundada de la misma. En este sentido, las normas del Reglamento del Régimen Interior de las residencias, estudiadas en sus puntos D) y E) de las normas de carácter general, refieren:

“D) La dirección y el tutor legal de las personas incapacitadas judicialmente, valorarán si éstas pueden salir del centro acompañadas de familiares u otras personas, con la finalidad de su protección.

E) Las personas presuntamente incapaces, a criterio del equipo interdisciplinar y con la autorización de la Dirección, con la finalidad de su protección saldrán acompañadas de familiares u otras personas.”

A pesar de ello, la influencia de la dirección, aun entendiendo que las personas incapacitadas tienen un tutor legal, es muy patente, lo cual nos puede recordar las bases totalizadoras del modelo goffmaniano. Más todavía restrictiva es la libertad de movimientos en las residencias reguladas por el Reglamento de Régimen Interno que exige la normativa vigente (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2005), ya que cuando los ancianos no tienen problemas de discernimiento, tal y como ocurría en los apartados anteriormente referidos, dicho reglamento orienta a las siguientes pautas, en sus puntos W) y X):

“W) Cuando desee pernoctar fuera del centro, deberá advertirlo al centro.

X) Las ausencias voluntarias se tendrán que comunicar en el centro con una antelación mínima de 48 horas, a excepción de una necesidad urgente.”

Si bien es cierto que el reglamento citado deja muy claro que el anciano puede salir de la residencia a dormir, esto debe estar muy bien registrado, lo cual podría llegar a entenderse como una coartación de libertades, más si cabe cuando leemos el punto X), en el que además da un plazo máximo de comunicación de la ausencia. La pregunta sería qué ocurre si la causa no es urgente y es inferior a las 48 horas, es decir, por ejemplo, si el hijo de un anciano cambia su turno de trabajo a última hora y esto posibilita que pueda tener a sus padres en su propia casa durante el fin de semana. A esta libertad de entrar y salir de la residencia, habría que añadir las matizaciones que el apartado de normas generales hace a este respecto, de manera que en el apartado V) refiere lo siguiente:

V) Antes de las 12 de la noche, todos los señores residentes deberán estar en el centro. Si alguno va a permanecer fuera después de esta hora, deberá comunicarlo al centro. El horario es de 24,00 a 8, horas.

La entrada y salida a las mismas por parte de los residentes está muy clarificado en la normativa vigente de modo que no se puede impedir, sino facilitar, el acceso del residente a su contexto comunitario habitual. Otra cosa son los casos de las personas con demencia que por sus características concretas deben ser controladas por su propia seguridad, ya que no tienen la capacidad

cognitiva suficiente para discriminar de manera razonada situaciones de riesgo, que les perjudicarían. Es decir, la movilidad y la libertad individual que te da la autonomía funcional quedarían relativamente acotadas por las normas del centro. Podemos contemplar en la relación de normas enunciadas en el Reglamento de Régimen Interno otras que hacen hincapié en la regulación de las relaciones entre los ancianos y sus familiares y/o amigos a través de las visitas, así como a la búsqueda de un modelo ideal de ser o comportarse en las mismas, a través de lo que hemos convenido en denominar como “normas morales” de la residencia. De la misma manera, de la lectura de estas normas emana un tono coercitivo de la libertad individual al comprobar la regulación de la vida de los ancianos-residentes mediante los horarios de la organización residencial y de las actividades que pueden hacer de manera autónoma, al menos en principio. Vamos a desarrollar estos aspectos desde el punto de vista teórico, es decir, tras la lectura de lo que se refiere en los documentos, a la espera de comprobar qué es lo que ocurre en realidad a través del trabajo de campo de nuestra investigación.

En cuanto al uso y disfrute de las instalaciones según la capacidad de decisión del anciano-residente, el Reglamento de Régimen Interno de las residencias refiere en los puntos M) y N) de las normas generales lo siguiente:

“M) No utilice habitualmente los sillones del vestíbulo y salones para dormir. El lugar adecuado es su habitación.”

Esto es, en principio, una manera leve de regular la presencia de los mayores en las salas comunes de la residencia, al menos para dormir, según el punto M), lo cual se hace todavía más restrictivo cuando leemos en el punto U) de las normas generales lo siguiente:

“U) Desde las 10 de la noche a las 9 de la mañana, y desde las 2,30 de la tarde hasta las 4,30, se ruega el máximo silencio en la zona de las habitaciones al objeto de respetar el descanso de los demás.”

De la lectura de ambos puntos, se desprende que si se da el caso de que el anciano tenga ganas de echarse una siesta a media mañana o a media tarde, esto no podrá hacerlo ni en los salones ni en una hora que esté fuera de la franja fijada por la organización. En el mismo sentido de prohibición de uso o restricción en una versión menos coercitiva, se pronuncian los puntos T) y Z) de las normas generales, de modo que:

“T) Durante la limpieza de las áreas comunes, absténgase de utilizarlas para facilitar la misma.

Z) Los residentes podrán recibir sus vistas en los salones destinados al efecto.”

También sigue en la línea restrictiva el apartado de las normas relacionadas con las habitaciones, las cuales tienen una lectura interesante desde el punto de vista de su calidad como reguladoras de la movilidad del anciano por las instalaciones de la residencia así como de su propia libertad individual. En el punto A), B), C) y L) del apartado de normas de las habitaciones refiere que:

A) (...)En cualquier caso deberá abandonarla [la habitación] durante el tiempo que permanezca en ella el personal de limpieza para no entorpecer el trabajo.

B) La Dirección será quien designará los cambios de habitación de forma justificada por motivos de convivencia, por prescripción facultativa o necesidades estructurales del servicio, previa comunicación al usuario. En caso de surgir algún problema relacionado con el servicio de habitaciones se tratará directamente con la Dirección.

C) No se permitirá salvo en caso de enfermedad, y debidamente autorizado por el médico servir comidas en las habitaciones.

L) Durante la noche evite todo aquello que pueda interrumpir el descanso del compañero.

En cuanto a las “normas morales”, si bien no puede leerse explícitamente esta expresión en ningún tramo del texto citado, es decir, el Reglamento del Régimen Interior de las residencias estudiadas, la lectura atenta de las mismas deja entrever algunos rasgos doctrinantes dirigidos a conseguir un modo ideal de ser anciano en la residencia. Así, se puede entender de la mera lectura de los puntos F) y G) de las normas generales:

“F) Cuando esté en los salones o circule por las áreas comunes de la Residencia hágalo con ropa de calle.

G) No permanezca con la cabeza cubierta en el comedor. ”

También en el punto G) del apartado normas del comedor: *“G) deberán observar las normas más elementales de decoro en la mesa, evitando realizar cualquier acto que pueda producir la repulsa de los demás.”*. Igualmente, se puede leer en el punto L) del apartado de normas a observar en las habitaciones lo siguiente: *“L) durante la*

noche evite todo aquello que pueda interrumpir el descanso del compañero.”. En las normas generales aparece en el punto C) referencias muy concretas a la manera de comportarse y relacionarse con los demás, pero dejando entrever la opinión de la institución hacia aquellos que en momentos concretos pueden hacer este tipo de comportamientos, de manera que:

“C) Tanto por higiene como por respeto a los compañeros es imprescindible guardar las más elementales normas de aseo personal. A tal efecto no arrojar en el suelo, papeleras, ceniceros, etc. La salud de todos merece un comportamiento claro en este sentido”.

En cuanto a la libertad de movimientos, ya no solo el de los ancianos sino de sus familiares, este Reglamento hace alusiones muy reveladoras, en la línea de la institución totalizadora de Goffman (2004). Así en el apartado de normas para visitas, en los puntos A) hasta F) refiere lo siguiente:

“A) Esperarán en recepción hasta la llegada del residente, quien les acompañará durante el tiempo que dure la visita.

B) Procurarán respetar las instalaciones del Centro, teniendo especial cuidado si vienen acompañados de menores, haciéndose responsable de los posibles deterioros que puedan causar.

C) Prohibido entrar en las habitaciones, en horas que puedan molestar a los residentes o entorpecer el trabajo del personal del centro.

D) Los familiares o amigos no pueden estar en los espacios internos de la residencia con animales.

E) No se permite la entrada en el centro a menores de edad, si no vienen acompañados de personas mayores.

F) Las visitas de los residentes enfermos serán reguladas por normas emanadas del Departamento médico de la Residencia.”

De esta lectura, puede desprenderse que las familias solo pueden relacionarse con sus ancianos-residentes en momentos concretos del día pues en la parte final del documento refiere expresamente que *“los horarios de visitas son de 11:00 a 13:00 horas por la mañana, y de 17:00 a 19:30 por la tarde”*, ni antes ni después, es decir, en total durante cuatro horas y media al día. También parece deducirse

de la lectura que la movilidad de estos agentes está incluso más restringida que la de los ancianos. No podemos olvidar, según lo estudiado, que un nieto de diecisiete años no puede ir a ver a sus abuelos que viven en la residencia si no va acompañado de un mayor de edad; según esto se entiende, salvando la reflexión acerca de la edad en la cual una persona es mayor de edad desde el punto de vista de tomar decisiones, el anciano-residente no puede ejercer como persona mayor responsable del menor, lo cual puede interpretarse como una despersonalización del interno. Se puede observar también las restricciones de paso que puede haber en una residencia, en concreto desde el punto de vista clínico. Ejemplo de ello, es la limitación del tiempo de estancia en las habitaciones de un anciano convaleciente, y que afectaría a un número de familiares que coincidieran en tiempo y espacio. De este modo, durante un tiempo limitado de las visitas solo un número también limitado de familiares podrían visitar a sus ancianos de la residencia. Esta circunstancia vería su máximo exponente en la situación preagónica de los ancianos; en esta, los familiares dependerían del visto bueno del médico de la residencia para poder acompañar en sus últimos momentos a su anciano moribundo.

En cuanto a la organización de la vida del anciano-residente, ésta se hace a través de los horarios, además de las asignaciones de espacios, tal y como ya hemos referido anteriormente, y que Goffman asigna un claro papel totalizador de la institución. A modo de ejemplo, si bien el compendio de normas no nos habla de ningún apartado dedicado a los horarios estos fluyen a primera vista. Así lo hemos podido comprobar en el apartado de las normas de las habitaciones o en las normas generales, como por ejemplo y de manera muy explícita en su punto S) que dice así:

“S) Respete todos los horarios fijados. Tenga la seguridad de que cualquier modificación será notificada con la debida antelación. Los horarios de servicios estarán siempre expuestos en el tablón de anuncios y si hubiera algún cambio también se notificará con la suficiente antelación.”

Igualmente, en el apartado de las normas del comedor en el punto b) dice lo siguiente:

“B) Los horarios deberán cumplirse con la mayor rigurosidad, al objeto de evitar trastornos del servicio. Si por cualquier circunstancia especial se prevé la

imposibilidad de observarlo, deberá comunicarse con la debida antelación."

Estas normas nos evocan inevitablemente a las aportaciones teóricas de Goffman (2004), el cual nos refiere que la institución dispone del horario de los internos (op.cit, p.24).

Resulta muy relevante la lectura, en este documento, de algunos puntos que hacen referencia a la manera de regular las actividades particulares que los ancianos pueden hacer por si mismos, es decir autónomamente. Esto contrasta sobremanera con los principios fundacionales de la propia norma reguladora del funcionamiento de este tipo de dispositivos sociales (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2005), expuestos en el artículo 5.1 de la misma. Ante una promoción de la autonomía personal y de la libertad y seguridad de la persona mayor acogida en una residencia, el Reglamento de Régimen Interno expone lo siguiente en los puntos D), E), G) y L) del apartado de las normas en las habitaciones, y el punto N) del apartado de normas generales, por ejemplo:

"D) No está permitido lavar prendas en las habitaciones.

E) No tender ropa en la terraza o ventana.

G) No se podrá entrar en el centro, por encargo de ningún residente: bebidas ni alimentos. El residente que se preste a ello será sancionado por la Dirección.

L) Durante la noche evite todo aquello que pueda interrumpir el descanso del compañero.

N) La televisión solo debe ser manejada por las personas autorizadas al efecto."

En el apartado de normas generales de dicho Reglamento, en el punto P) se refiere expresamente que *"P) se recomienda no tener objetos de valor o dinero en la residencia"*, además en el mismo apartado dice claramente que *"Y) no se podrá llevar en los carros de ruedas colgando ningún tipo de bolsa"*.

Un punto igualmente interesante es el que la organización residencial sigue en el desarrollo de las reglas a cumplir respecto al comportamiento en las habitaciones, sobre todo en cuanto a la posesión de objetos y/o alimentos, siendo una extensión más de la asimetría de poder y por tanto de estatus entre la organización y el interno. El referido Reglamento de Régimen Interno articula en el punto H), algunas normas a seguir en las habitaciones, tales como:

“H) Se recuerda que está totalmente prohibido guardar en la habitación artículos alimenticios que por su naturaleza sean susceptibles de descomposición, produzcan malos olores, deterioren el mobiliario o puedan dar lugar a intoxicaciones o enfermedades.”

Esta norma mencionada nos lleva a una lectura subliminal sobre la manera de percatarse o asegurarse la organización de que realmente este control sobre el alimento se está cumpliendo. Lo único que se nos ocurre, y tenemos constancia de ello, por la experiencia del investigador en el campo de estudio, es la práctica de los registros periódicos y sin aviso en las habitaciones de los ancianos-residentes.

Este planteamiento de la vida en la residencia, al menos desde el punto de vista teórico nos arroja una imagen de la misma muy cercana al modelo Goffmaniano (2004). La libertad individual es coartada mediante un sistema de normas que, como hemos referido reiteradamente, es dispuesto e impuesto por la Administración pública regional en materia de Servicios Sociales. Qué duda cabe que esta manera de contemplar la vida de una persona en una institución va a influir en la manera en que se establecen y desarrollan las relaciones entre los diferentes agentes, que conviven en su seno. Los datos aportados de esta investigación, y que serán presentados más tarde, nos ayudará a comprender mejor esta realidad.

5. LA INSTITUCION RESIDENCIAL

En la bibliografía gerontológica abundan las referencias que nos hablan de evitar la institucionalización. Si bien la tendencia es a que el anciano permanezca en su domicilio, cuidándole, antes de pensar en la institucionalización, el hecho de que ésta se pueda producir en algunos casos no tiene que ir acompañada de tintes peyorativos, como algunos autores la han investido (Goffman, 2004; McEwen, 1980; Barenys, 1993; Bazo, 1996; Corral, 2006). Se ha extendido tanto, actualmente al menos, la connotación negativa asociada a ingresar a un anciano en una residencia que se pueden apreciar situaciones curiosas, si no paradójicas. Un ejemplo de esto lo protagoniza la Administración pública, que expresa su intención de que los programas de atención a ancianos en Centros de Día persigan incansablemente “la evitación de la institucionalización de los ancianos”. Incluso tiene como objetivo eliminar los efectos de la institucionalización cuando los ancianos están ya ingresados en una residencia. Se intuye, tras estudiar estas situaciones, que, al menos, la Administración se refiere con el término institucionalización al hecho real del ingreso físico de un anciano en una residencia, y no al hecho social de que el anciano se institucionalice. Creemos que lo pertinente, en cualquier caso, es el sentido con el que se emplea la palabra institución o residencia.

El análisis de las consecuencias que tiene para un anciano ingresar en una residencia apunta a diferentes resultados, de esta forma, algunos autores hablan de un cuadro depresivo en los ancianos (Campos, 2004: 235), situación esta que debería ser abordada por todos los profesionales implicados en su cuidado profesional. Pero también se habla, por algunos autores, de lo pragmático y terapéutico que resulta la decisión de ingresar a un anciano en una residencia, precisamente debido a un cuadro depresivo ya existente antes del mismo ingreso (Calvo, 1989:pp.47-53). La adaptación a la vida en una institución no es fácil y, por ello, debe ser escrutado. Debe haber algo en el funcionamiento de este tipo de institución que haga que algunos de los ancianos residentes en ella refieran haberles cambiado la vida a mejor y en cambio a otros les suponga la entrada en

un cuadro psicopatológico que a veces les puede costar la vida misma. Bazo (1991) refiere las opiniones de algunos ancianos entrevistados en el transcurso de un interesante trabajo:

“Son varias las manifestaciones acerca de la buena adaptación desde el primer momento. Ahora bien, cualquiera que haya sido la primera reacción, la mayoría declara que ahora no volvería al modo de convivencia anterior. Prefieren ya la residencia a vivir con su familia, a veces por sentirse, de este modo, más libres e independientes.” (Bazo, p.159)

Para poder aproximarnos a nuestro objeto de estudio, que no es otro que la residencia de ancianos (también denominada de personas mayores, y de otras similares), hemos seguido, en parte, el estudio de Barenys (1993) sobre cómo estudiar las residencias de ancianos. Debido a la constante referencia a Erving Goffman (2004) por parte de esta autora, hemos analizado el concepto de institución total propuesto por este último. El hecho de abordarla en este apartado es a modo meramente introductorio. Otros autores (Ochoa, 2010; A.A.V.V., 2010, 2010b) han ido más allá analizando el concepto de institución total en comparación con otras realidades fuera de nuestro país; si bien el estudio es muy interesante por su aproximación teórica a los conceptos ciudadanía e institución total, en nuestra opinión se han obviado las características antropológicas de los individuos estudiados. Estos están fuertemente marcados por tradiciones culturales, en cuanto a los cuidados, muy diferentes unas de otras. En cualquier caso, es un excelente compendio de términos y conceptos que nos sirven de referencia a la hora de enmarcar el estudio de las residencias de ancianos y de aproximarnos al concepto de anciano dentro de la sociedad como veremos más adelante. Nadel (1974, p.178) nos ha suministrado una clave aclaratoria que nos ha servido como punto de referencia por los motivos que más adelante señalaremos.

Si bien hemos partido de la idea de que la residencia, como recurso social, formado por diferentes grupos sociales que la definen, es una institución (Nadel, p. 162), Goffman (2004) añade una nueva variable a este concepto al introducir este tipo de recurso dentro de uno de los grupos de instituciones, las residencias, que él denomina totales (op.cit., p.18); estas:

“se caracterizan por la ruptura de las barreras que separan de ordinario determinados ámbitos de la vida (dormir, jugar y trabajar en distintos lugares); así, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única, cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas, y todas las actividades diarias están estrictamente programadas, y toda la secuencia se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales explícitas, integrándose en un solo plan racional, deliberadamente concebido para el logro de los objetivos propios de la institución” (*op. cit.* pp.19-20).

Para poder contextualizar adecuadamente nuestra investigación, no podemos olvidar el trabajo del sociólogo canadiense, y norteamericano de adopción, Erving Goffman (1922-1982). Aunque *La presentación de la persona en la vida cotidiana* (1956) se asume como su obra maestra, en nuestra investigación nos interesa más, por el objeto de estudio, *Internados*, impresa por primera vez en 1964, traducida a lengua castellana por primera vez en 1970. Esta obra nos habla de la dinámica microsocia dentro de determinados grupos humanos y sociales en un contexto, tal y como es el caso de los hospitales psiquiátricos. El libro referenciado para nuestra investigación hace alusión a este tipo de institución, aunque extrapola, en palabras del propio autor, sus inferencias a otro tipo de instituciones tales como los barcos o los “asilos”. A este tipo de escenarios antropológicos los denomina “instituciones totales” y los caracteriza siguiendo las pautas del interaccionismo simbólico en los citados hospitales psiquiátricos. De entrada, este modelo podría entenderse como otro tipo de aproximación sociológica y antropológica al mundo de las relaciones entre las personas, con sus ventajas y desventajas. Sin embargo, a pesar de sus grandes virtudes, el trabajo de Goffman (2004) también tiene limitaciones. La más obvia es la descontextualización espacial y temporal, ya que su trabajo se publicó en el año 1964 y se da en un hospital psiquiátrico en los Estados Unidos, tal y como ya hemos referido anteriormente, que en principio no tiene porqué parecerse a una residencia de personas mayores. Esto, de entrada, serviría para descartar esta publicación de Goffman como referente a la hora de hablar de las residencias. Sin embargo, la revisión bibliográfica efectuada nos indica que otros autores como Barenys (1993), Bazo (1991, 1996), Rodríguez (2011, 2013) utilizan el modelo de

Goffman (2004) a modo de comparación y representación microsocia del aspecto “totalizador” de la residencia en la actualidad. El sociólogo hace una aproximación más concreta al objeto de su estudio de manera que refiere claramente que su investigación va a centrarse en instituciones con unas características a priori muy concretas. Goffman (2004) lo refiere de la siguiente manera: “*la tendencia absorbente totalizadora está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de los miembros, y que suelen adquirir forma material:...*” (Goffman, p.18). En este sentido, ya nos encontramos con un escollo a la hora de tener en cuenta la referencia a este modelo como representativo de las residencias, como podría entenderse al leer la normativa que las regula, al menos en la Región de Murcia (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2005). Esto es defendido, recordemos, por otras teóricas de nuestro entorno geográfico y de manera más o menos contemporánea (Barenys, 1993, 2012; Bazo, 1991, 1996; Rodríguez, 2007, 2014). Esta circunstancia parece verse alimentada por la mención explícita de Goffman a “*los hogares para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes*” (Goffman, 2004: 18), cuando habla de “*instituciones erigidas para cuidar de las personas que parecen ser a la vez incapaces e inofensivas*” (op.cit. p.18). En este sentido, en el mismo periodo temporal en que *Internados* es publicado, la Comisión de Sanidad y Asistencia Social del Gobierno español ya hace una clara separación de estamentos a la hora de hablar de los beneficiarios del auxilio social y sanitario diferenciando claramente a los ancianos de otros grupos tales como de los huérfanos, o de los *vagos y maleantes* (Gobierno de España, 1965). En este escenario, no es difícil llegar a entender el recurso social que representa la residencia en sus diferentes y diversas acepciones (asilos, geriátricos, casas de retiro) como una institución total desde su nacimiento, aunque el autor del presente trabajo de investigación no comparta esta conceptualización.

Para Goffman, “*la característica central de las instituciones totales puede describirse como una ruptura de barreras que separan de ordinario estos tres ámbitos de la vida*” (Goffman, p.18), entendiendo este autor dichos ámbitos como los lugares donde se juega, se duerme y se trabaja. Siguiendo su propuesta, la ruptura de estas barreras sería suficiente para poder tildar una institución cualquiera como “total”. En este sentido, y a nuestro entender, un campamento de verano para niños diabéticos, por ejemplo, podría entenderse como una institución total, lo cual de entrada es bastante discutible.

Goffman (2004) nos expone tres características más que nos ayudan a circunscribir la totalidad de una determinada institución, a saber:

Primero, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. Segundo, cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Tercero, todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales explícitas, y un cuerpo de funcionarios. Finalmente, las diversas actividades obligatorias se integran en un solo plan racional, deliberadamente concebido para el logro de los objetivos propios de la institución.” (op.cit. p.20)

Siguiendo con las aportaciones generales que Goffman hace al modelo de totalización institucional, antes de entrar en las características más concretas, no podemos obviar que para el autor de *Internados* “el hecho clave de las instituciones totales consiste en el manejo de muchas necesidades humanas mediante la organización burocrática de conglomerados humanos, indivisibles” (Goffman, p.20). De estas afirmaciones, se derivan algunas consecuencias, según el autor, tales como que “las personas a quienes se hace mover en masa pueden confiarse a la supervisión de un personal cuya actividad específica no es la orientación ni la supervisión” (Goffman, p.20). Lo expuesto, de entrada, pone en el objetivo de la totalización cualquier institución permanente o temporal que cubra necesidades humanas, sirviendo como ejemplo aquella que se produce durante un vuelo transatlántico o la estancia de los astronautas en la Estación Espacial Internacional. Es obvio que esto se hace sin tener en cuenta la necesidad, precisamente, de la programación exhaustiva de las actividades por la transcendencia de las consecuencias y para no dejar nada en manos del azar o devenir humano, y que tendría consecuencias desastrosas, lo cual como más adelante veremos Goffman (2004) califica de “mortificación del yo”. En este sentido, Goffman equipara esta programación exhaustiva con totalización. Terminando las aportaciones generales, merece la pena destacar que para Goffman es característico de las instituciones totales el hecho de que:

“Los internos viven dentro de la institución y tienen limitados contactos con el mundo, más allá de sus cuatro paredes; el personal cumple generalmente una jornada de ocho horas, y está socialmente integrado con el mundo exterior. Cada grupo tiende a representar al otro con rígidos estereotipos hostiles” (Goffman, pp.20-21)

Partiendo de este concepto de institución, el total, se hace un análisis por diferentes autores (Barenys, 1992; Ochoa, 2010) que puede ser entendido como condicionado a priori por una concepción “extraña” de institución. Si estudiamos las residencias, tomando como modelo de referencia la institución total de Goffman (2004:25), es muy probable que los resultados no sean todo lo “asépticos” que convendría que fueran. Tampoco hay que esperar a épocas más recientes para comprobar que el modelo de “institución total” no es nuevo. En esta línea, Foucault (Foucault. 1964:75-125) declara abiertamente los efectos negativos que la “institución total” ejerce sobre las personas que residen en alojamientos colectivos. A este respecto, incluso es interesante añadir el análisis que el filósofo francés hace de las instituciones de internamiento que empiezan a ponerse en marcha en Francia, y que se extienden muy rápidamente por toda Europa durante el siglo XVI hasta nuestros días, con las transformaciones que éstas hayan podido experimentar, tanto conceptual como semánticamente.

El concepto de institución de Goffman (op. cit. p.19) es diferente al de Nadel (1974). El primero iguala conceptualmente el término “establecimiento social” con “institución” y la define como *“sitios tales como habitaciones, edificios o plantas industriales, donde se desarrolla regularmente determinada actividad”* (Goffman, p.17); para el autor *“toda institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo un mundo propio, teniendo en síntesis tendencias absorbentes”* (op.cit. p.17). Hay que admitir que Goffman reconoce que en sociología, al menos en la época en que escribe su libro “Internados”, falta un criterio adecuado para la clasificación de las instituciones. Quizás, por este motivo, más adelante refiere que en dicho libro se deslinda otra categoría de instituciones, las totales, sosteniendo que *“dicha categoría es natural y fecunda, ya que sus miembros tienen tanto en común que para conocer una cualquiera de tales instituciones es aconsejable tomar como referencia el resto”* (op.cit. p.17). Evidentemente, si partimos del concepto goffmaniano de institución, la total, podemos caer en la trampa de considerar toda institución más o menos “totalizada”, desde un punto de vista cuantitativo y cualitativo.

Visto esto, tomaremos la estructura de análisis de Nadel (op. cit. p.165), en cuanto al estudio teórico y aproximación metodológica del concepto institución aplicado a la residencia de ancianos. En cuanto a los contenidos, es inevitable la utilización de los preceptos teóricos propuestos por Goffman (2004) en el estudio de las instituciones totales, sobre todo los referentes al perfil del interno y del personal.

5.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA RESIDENCIA

Si bien las palabras, las sustantivaciones, pueden cambiar con el paso del tiempo, sujetas a modas y tendencias, un hecho evidente es que la evolución léxica no supone necesariamente una evolución semántica. En este sentido, y a modo de ejemplo, las instituciones que operan servicios asistenciales de ancianos han sufrido unos cambios léxicos que no han supuesto en algunos casos una evolución paralela de significado. Así, de llamarse asilos han pasado a llamarse residencias de ancianos, o de la tercera edad o de personas mayores, entre otras muchas. En este sentido, Bazo (1996, p.150) afirma que el antiguo Asilo o Casa de Misericordia, que la cultura popular asocia a modo de meme con la indigencia y el abandono familiar, ha ido cediendo paso en las sociedades actuales a la *residencia*. Esta transformación léxica es similar a la que han sufrido otras instituciones tales como las psiquiátricas, en donde, por ejemplo, han pasado de llamarse “manicomios” a llamarse “centros de salud mental”.

5.1.1. Evolución en el contexto europeo

Si bien es cierto que de la vejez y sus efectos ya hablaban algunos de los más prestigiosos pensadores romanos (Cicerón), el establecimiento de lugares donde atender a los mayores no es un fenómeno aislado, pues se suele solapar con la atención de otras personas necesitadas no ancianas (De la Serna, 2003). A partir del siglo VI, una minoría de ancianos ricos deciden voluntariamente retirarse a monasterios para descansar y alcanzar la salvación eterna (Martínez, Polo & Carrasco, 2002), práctica que se extiende en los siglos siguientes. Esa forma de retiro es privativa de personas adineradas y con recursos. Ya en el siglo XVII proliferan instituciones de internamiento para aquellas personas con determinado perfil social; así, estas instituciones son creadas por el Estado para acoger a los

desviados, a los anormales sociales, tales como locos, mendigos, y a los ancianos, en general, en definitiva, seres que viven en el margen de la sociedad al que llegan por diferentes motivos, sean económicos, de salud, e incluso de tipo etario como en el caso de los ancianos, aunque en este grupo de edad no está demasiado claro. Compartiendo el punto de vista de Barenys (1993), no parece apreciarse una diferencia real entre aquel tipo de instituciones del XVII y las que actualmente se encargan de acoger a ancianos, de hecho afirma que determinadas peculiaridades han persistido como “determinaciones fatales”. También es justo reflejar ciertas lagunas que las apreciaciones de la autora nos pueden crear. Esto se evidencia cuando a la hora de realizar su estudio refiere el carácter cualitativo del mismo, sin aludir en ningún caso a los perfiles de los ancianos observados en éste. Estos perfiles son precisamente la piedra angular sobre los que Foucault (Foucault, 1973, pp.75-173) establece las similitudes entre senilidad, locura y estupidez como objeto único, que no sujeto, de la atención por parte las instituciones del siglo XVII, y también las de primeros del XVIII. Quizás este sea un punto muy importante en nuestra investigación por lo que en ausencia de datos suficientes en la bibliografía sobre el perfil del anciano que vive en las residencias, o gerotipo, sea necesario su aproximación desde el trabajo de campo a realizar. Citando a Foucault (1964), Barenys (Barenys, 1993: 162) hace una alusión a la forma en que la sociedad ha facilitado la proliferación de lugares de internamiento en general, con las connotaciones negativas que tienen asociadas a la exclusión social. Esto parece producirse, entre otras cosas, por motivos de rentabilidad organizativa pues provee al tiempo que acogimiento a personas excluidas, lugares donde ubicarse un importante número de puestos de trabajo, que al mismo tiempo han de regular y controlar. De esta manera, se convierte el asilo primero y la residencia después (desde el punto de vista léxico pero no semántico) en puntos de control del Estado sobre los individuos, los ciudadanos. Entre los motivos a los que alude Foucault (1964: 79) para que el Estado se decida a crear este tipo de instituciones tienen un gran peso aquellos de tipo ético, y que Barenys (1993: 156-157) cree que incluso se han trasladado hasta nuestra época.

Con una literatura no siempre todo lo argumentalmente clara que nos gustaría, Barenys (op. cit. p.163), de alguna manera, traza un paralelismo entre la evolución de la mentalidad de la obra de Foucault (1964), con respecto a la miseria y la locura, y la de nuestros días, respecto a la inactividad y los ancianos.

La autora nos explica, de manera concisa, la aparición del concepto “Bienestar Social” como relevo de la beneficencia religiosa por la laicización de la caridad, delegando en el cuerpo social la labor de socorro del cristianismo hacia los más necesitados. Debido a motivos realmente políticos, se instaura, en la segunda mitad del siglo XIX, la concepción de ayuda al necesitado, de clara tendencia pragmática, apareciendo pues, aunque no de manera extensa, las instituciones para ancianos pobres. Son interesantes las apreciaciones del propio Foucault (1964, p.80), que parecen contrastar aparentemente con las de Barenys (1993), pues si bien el autor en la misma obra, que ésta referencia, deja claro que la Iglesia pone en marcha su “programa” de “encierro”, o internamiento obligatorio, cronológicamente antes del “programa” del Estado, en concreto el francés, esto lo hace de manera singular, anecdótica y alejado de toda sistematización. Mientras que el Estado crea la figura institucional del L’Hopital Général a través de la fundación del mismo en Paris en 1656, aglutinando y dando una nueva denominación a un nada despreciable número de instituciones dedicadas a diversas obras bajo en nombre de “La Limosnería”, la burguesía de Lyon ya había puesto en marcha un establecimiento de caridad en 1612, del que alardea el Arzobispo de Tours allá por 1676 en una carta (Foucault, 1964). Lo más significativo de ello no será ya la fecha de puesta en marcha de los programas de encierro sistemático llevados a cabo sino la analogía de sus contenidos. En un momento determinado, los establecimientos puestos en marcha por la Iglesia deben ser regidos por las mismas directrices que los Hôpitals Généraux, estando estos últimos distribuidos por toda Francia, sumando hasta un total de 32, bien entrado ya el siglo XVIII y casi a las puertas de la Revolución Francesa.

A partir de la segunda guerra mundial, la institución, en palabras de Barenys (Barenys, 1993: 158), empieza a “medicalizarse”, haciéndose más accesible a las personas de edad de las clases medias y superiores. En este sentido, Bazo (1991) refleja las opiniones vertidas por un grupo de ancianos entrevistados de manera que *“según declaran varias personas, que la residencia actual sea como el asilo: lugar para los desheredados de la fortuna. Percibían a las personas asiladas como seres a los que «nadie quería». Falta de dinero y falta de amor son, sobre todo, los rasgos con que las imaginaban”*. Si tomamos la misma referencia foucaultiana que Barenys (1993) el autor deja muy claro, a diferencia de la interpretación que esta última realiza, que la medicalización es un instrumento por el que el Estado interna a los

“insensatos” (dentro de esta denominación entraban como hemos referido anteriormente tanto los ancianos, como los estúpidos, como los anormales, entre otras cosas debido a que la medicina no tenía medios para “tratarles”). Esto ocurre tanto en el L’Hopital como en la casa de Caridad, a pesar de no estar la medicina lo suficientemente desarrollada en los siglos XVI-XVII para discernir las sutilezas entre los diferentes cuadros patológicos, si es que finalmente resultan ser patologías. Foucault deja claro en otras referencias bibliográficas (Foucault, 1969. pp.121-128) que la medicina, aun sin estar lo suficientemente desarrollada como hoy la entendemos, se convierte en el pretexto por el cual el Estado, a través de los jueces, empieza a discernir la razón de la “sinrazón”. Según este autor, en base a ello se promueve, conjuntamente con “padres de familia, notables locales, comunidades territoriales, religiosas y profesionales” (Foucault, 1964: p.23) el encierro, el internamiento como forma de exclusión contra “individuos que provocaban a su juicio cualquier molestia o desorden”. Se hace necesario descifrar el sentido de este tipo de instituciones, pues en su aproximación teórica prevalecen numerosos tintes de ambigüedad.

5.1.2. Evolución histórica en España

A estas argumentaciones es conveniente añadir el contenido del trabajo de Izquieta (Izquieta, 2011: 112-118), que si bien lo hace en el marco de las asociaciones de voluntariado social, nos desvela algunos puntos interesantes sobre la relación Iglesia-Estado en su faceta de proveedora de servicios. Esto lo hace mediante un estudio del tercer sector en España, entendido este como el conjunto de organizaciones con distintas denominaciones que se diferencia del Estado y del mercado. Según este autor, si bien comparten funciones, espacios e interacciones con estos “*tienen, no obstante, una configuración específica, se guían por pautas y valores propios y poseen una estructura organizativa y realizan actividades diferentes a las del sector público y empresarial*”(op.cit. p.17). Podemos apreciar como Izquieta (2011), al igual que Foucault (1964, p.92), define claramente los dos caminos por los cuales ha ido transcurriendo la atención no lucrativa. Compara las dos tradiciones, la secular y la republicana, trazando una doble vía de asistencia. En el caso que nos ocupa se concreta en las residencias de mayores, “prestada” o cedida por el Estado, tal y como ya adelantaba Foucault (op. cit. pp.75-88), sin anteponer la una a la otra y mucho menos sin establecer

prevalencias temporales de una tradición en cuanto a la otra. Una prueba contemporánea de ello es, quizás, la regulación de la atención a las personas dependientes, a través de la Ley de Dependencia (Gobierno de España, 2006), que pone un énfasis especial en la colaboración preferencial del Estado con las organizaciones del llamado Tercer Sector, es decir, las de tipo no lucrativo sin diferenciar dentro de este las de fundamentación religiosa o laica. Quizás este planteamiento de Izquieta (2011) contrasta con las aportaciones de Barenys (1993), enriqueciendo nuestra investigación. Siguiendo la estela de Izquieta (2011), es interesante el camino paralelo que en la atención a personas han tenido tanto la Iglesia como el Estado, la primera en torno al concepto de caridad y la segunda al de beneficencia.

No podemos identificar claramente establecimientos para el acogimiento de ancianos en años y siglos precedentes al recién pasado siglo XX. Arenal, citada por Díaz Castañón (Díaz Castañón, 1993), ya refleja en su obra una relación de este tipo de establecimientos por toda la geografía nacional, desde el año 1058, pleno siglo XI, en Oviedo, con la puesta en funcionamiento del Hospital de San Juan de Dios, promovido por Alonso VI.

A modo de referencia, y por su enorme valor histórico actual, más que jurídico, resulta muy relevante hacer un repaso a una norma que fue puesta en marcha incluso antes de haber una definición formal de residencia de ancianos. Esta norma marcó, en opinión del autor de este trabajo, la línea de salida en cuanto a la regulación de recursos asistenciales, tipología de beneficiarios, y organización interna. Si bien es cierto que en el capítulo precedente hemos abordado el marco legal, la validez histórica de la Ley que vamos a analizar, prevalece sobre su carácter jurídico, haciendo que la hayamos ubicado en el presente capítulo y epígrafe. Esta norma es la Ley de Beneficencia, de 20 de Junio de 1849, junto a su Reglamento General para la ejecución de la misma, aprobado por el Real Decreto de 14 de Mayo de 1852 (Reino de España, 1865), y que son de ámbito estatal. Hay que señalar, antes de seguir con nuestra exposición, que esta Ley de Beneficencia no es la primera que se promulga en España; ya antes se publicó la Ley General de Beneficencia del 23 de enero-6 de febrero de 1822, al parecer sin muy buen resultado (Maza, 1999:27). Es muy relevante esta ley en cuanto a la inclusión de perfiles más o menos concretos que hacen referencia a las personas mayores, si bien con un léxico propio de la época. No podemos olvidar

que si bien uno de los pocos logros que tuvo esta Ley fue la de fijar un sistema primitivo de Servicios Sociales y sus competencias, no hubieron demasiados avances en cuanto al ámbito de personas ancianas. El motivo podría ser, muy posiblemente, la baja esperanza de vida entonces y por ser mucho más apremiantes otros problemas y sectores como los huérfanos, expósitos, y los dementes⁷. A pesar de ello, autores contemporáneos a la publicación de esta Ley la criticaron intensamente insistiendo en la necesidad de erradicar el problema principal común a todas las situaciones de precariedad como era la pobreza, el pauperismo en su amplio sentido. Este es el caso de Concepción Arenal (Díaz Castañón, 1993), tal que se refiere de la siguiente manera a esta legislación de beneficencia:

“En 1849 se promulgó la que hoy está vigente, tan reducida y diminuta, que, no ya entre nosotros, sino en los Estados Unidos, donde la acción individual es tan poderosa, no hubiera podido producir resultados. Tres años después, en el año 1852, otra nueva ley, con el nombre de reglamento, vino a llenar algunos vacíos que en la anterior se notaban; quedan todavía muchos, y la legislación vigente sobre Beneficencia ni ordena lo conveniente, ni garantiza el cumplimiento de lo que ordena” (Díaz Castañón. 1993: 93)

En este sentido, Arenal deja muy claro el punto de vista sobre el estado de la Beneficencia en la España de finales del XIX:

“(...) el estado de nuestra Beneficencia es deplorable: la palabra parece dura, pero tiene una triste exactitud. Los medios de la sociedad antigua no existen; los de la nueva no están organizados, y la humanidad doliente y desvalida sufre cruelmente en este fatal interregno” (Díaz Castañón. 1993: 93)

En este panorama nacional, es difícil entrever la puesta en marcha de programas de protección de personas mayores, al menos tal y como hoy existen. En cualquier caso, posicionándonos en un punto intermedio entre el discurso de Arenal y la idoneidad normativa de 1849 y 1852, debemos asumir que en una España empobrecida, el pauperismo es el problema que subyace al resto. De hecho, las mismas cuestiones sanitarias se entremezclan en no pocas ocasiones en

⁷ Este término, demente, hay que señalar que no corresponde al actual concepto de demente, ya que en el siglo XIX, este correspondía más al del “loco”, actualmente el paciente psiquiátrico.

la normativa de beneficencia, lo cual nos expone lo difícil todavía en el siglo XIX de separar ambos ámbitos.

Para un mejor posicionamiento teórico, es recomendable hacer un breve repaso a la Ley de 1849 y a su Reglamento de 1852 (Reino de España, 1865) con el fin de buscar semejanzas que nos hagan pensar, si es posible, en un alumbramiento en el siglo XIX de un sistema de provisión de recursos a ancianos. Esto lo haremos de manera excepcional, y por la relevancia que tiene para entender la evolución histórica de las residencias, pues en nuestra investigación hay un capítulo dedicado a la normativa legal. Deberíamos empezar por tener claro a qué nos estamos refiriendo cuando hablamos de beneficencia. El Diccionario Esencial de la Lengua Española (Real Academia Española de la Lengua, 2006), nos la define de la siguiente manera: “1. Prestación de ayuda gratuita y desinteresada a los necesitados. 2. Conjunto de instituciones y servicios benéficos. 3. Virtud de hacer el bien” (opus. Cit. P.149). Entendemos entonces la beneficencia como un sistema no solo administrativo, sino moral de provisión de recursos a los más necesitados. Pero, ¿cómo y a quién se le presta?.

En su artículo 1º la citada Ley se pronuncia acerca del carácter público de los establecimientos previstos para la beneficencia, aunque admite excepciones, tal que:

“Los establecimientos de beneficencia son públicos. Se exceptúan únicamente, y se considerarán como particulares si cumpliesen con el objeto de su fundación, los que se costeen exclusivamente con fondos propios, donados ó legados por particulares, cuya dirección y administración esté confiada á corporaciones autorizadas por el Gobierno para este efecto, ó á patronos designados por el fundador” (Reino de España, 1865, p.18)

La ley nos deja claro que el sistema de Beneficencia se subdivide en tres ámbitos: general, provincial y municipal, cada cual con sus propias atribuciones, las cuales viene reflejadas en el Reglamento de 1852, aclaratorio de la Ley de 1849 y que detallamos a continuación:

“Art. 2º. Son establecimientos generales de beneficencia todos aquellos que exclusivamente se hallen destinados á satisfacer necesidades permanentes, ó que reclaman una atención especial.

A esta clase pertenecen los establecimientos de locos, sordo-mudos, ciegos, impedidos y decrépitos.” (Reino de España, 1865: .17)

Es muy relevante para nosotros la manera que el Reglamento de 1852 tiene de referirse a las distintas situaciones que se intuyen como demandantes de ayuda, tales como la discapacidad. En dicho reglamento, no se hace mención alguna sobre la situación social a la que aboca la discapacidad o a recursos paliativos o rehabilitadores. Destacamos en este reglamento la utilización del término “decrépito”, el cual es actualmente definido por el Diccionario Esencial de la Lengua Española (Real Academia Española de la Lengua, 2006) como “1. Dicho de una persona: Que por su vejez tiene muy disminuidas las facultades.”(Real Academia Española de la Lengua, 2006:461). De esta manera se enlaza de manera clara y concisa vejez con dependencia, aunque sigue siendo una conjetura por parte del autor de este trabajo al no existir evidencias claras de esto.

En el caso de los establecimientos de ámbito provincial, ya parece intuirse un desglose de servicios según la esfera sanitaria o social a atender. Al menos, así se puede interpretar al leer lo siguiente:

“Art. 3º. Son establecimientos provinciales de beneficencia todos aquellos que tienen por objeto el alivio de la humanidad doliente en enfermedades comunes; la admisión de menesterosos incapaces de un trabajo personal que sea suficiente para proveer á su subsistencia, el amparo y la educación, hasta el punto en que puedan vivir por sí propios, de los que carecen de la protección de la familia.

A esta clase pertenecen los hospitales de enfermos, las casas de misericordia, las de maternidad y expósitos, las de huérfanos y desamparados.” (Reino de España, 1865 p.18)

Tras la lectura de este artículo queda menos evidenciada la protección a los ancianos, a no ser que asumamos, tal y como hace Bazo (Bazo, 1991, p150) que las Casas de Misericordia acogían a ancianos, aunque sin saber si por ser imagen de vejez o por padecer otras dolencias independientemente de su edad. De hecho, el término “menesteroso” tan utilizado en este Reglamento, como antes en la Ley de 1849 (Reino de España, 1865), se define en el Diccionario Esencial de la Lengua Española (Real Academia Española de la Lengua, 2006) como “*falto, necesitado, que carece de una cosa o de muchas*”, lo cual no hace referencia exclusiva a la vejez, aunque tampoco la excluye.

En el artículo 4º de dicho Reglamento de 1852 se hace una clara alusión al carácter domiciliario de la ayuda a prestar a los necesitados de la población, o sea del municipio, así como de servir de mero intermediario entre el necesitado y los establecimientos de Beneficencia provinciales y generales, dirigiéndoles a los mismos. Así puede interpretarse tras la lectura de dicho artículo:

“Art. 4º. Son establecimientos municipales de beneficencia los destinados á socorrer enfermedades accidentales; á conducir á los establecimientos generales ó provinciales á los pobres de sus respectivas pertenencias, y á proporcionar á los menesterosos en el hogar doméstico los alivios que reclamen sus dolencias ó una pobreza inculpable.

A esta clase pertenecen las casas de refugio y hospitalidad pasagera, y la beneficencia domiciliaria” .” (Reino de España, 1865, p.18)

No podemos negar que con la simple lectura de este escueto documento, se nos evoca una imagen actual de la organización de los servicios sociales. La Junta General de Beneficencia correspondería al actual IMSERSO, antes del traspaso de las competencias a las comunidades autónomas. Las provinciales serían las actuales Consejerías de Política Social de los Gobiernos Autonómicos. Finalmente, las juntas municipales de beneficencia verían actualizada su función en las concejalías de Servicios Sociales, aunque tengan otros nombres (de política, social, de bienestar social, de derechos civiles, etc...).

De manera general, el Reglamento citado refleja concisamente los medios materiales, en concreto los establecimientos con los que se contará a partir de la publicación de la Ley de 1849 (Reino de España, 1865), para cubrir las necesidades de los más desfavorecidos. Así, refiere lo siguiente, en cuanto de la situación y número de los establecimientos de beneficencia:

“Art. 5º. (...) Su número será por ahora en todo el Reino de seis casas de dementes, dos de ciegos, dos de sordo-mudos y diez y ocho de decrepitos, imposibilitados e impedidos” (Reino de España, 1865:18).

En la misma línea demarcatoria continúa el documento estableciendo el número de establecimientos a nivel provincial:

“Art. 6º. Las juntas provinciales propondrán al Gobierno, por conducto de los Gobernadores, en los puntos convenientes y en el número necesario, los establecimientos que se hallan a su cargo, bajo las reglas siguientes:

En cada capital de provincia se procurará que haya por lo menos un hospital de enfermos, una casa de misericordia, otra de huérfanos y desamparados, y otra de maternidad y expósitos.” (Reino de España, 1865: 18-19)

Merece especial atención la “Casa de misericordia”, tal y como ya estamos señalando hartamente en líneas precedentes, ya que puede que sea la precursora de lo que actualmente entendemos como residencias de ancianos. A modo de síntesis, podemos afirmar que la Ley General de Beneficencia de 1849 revierte el proceso municipalizador, atribuyendo responsabilidades en distintas administraciones. En este modelo, el nivel provincial se convierte en el responsable de una parte importante de los servicios residenciales, hospitalarios y sociales (Aguilar, 2010).

Resulta relevante dedicar un párrafo aparte la época, correspondiente a la dictadura franquista (1939-1976), en la cual se empieza a fijar un interés manifiesto en controlar la situación de enfermos y necesitados desde una visión de la eficiencia y utilidad para el Estado, tal y como se refleja en la Memoria de la Comisión de Sanidad y Política Social del Ministerio de la Gobernación del Movimiento (Gobierno de España, 1962):

“En efecto, una población sana y bien asistida es una condición previa para todo proceso de desarrollo. A mayor salud, menor tasa de morbilidad y mortalidad y, por consiguiente mayor población activa puede dedicarse a producir bienes y servicios. Además no puede lograrse una fase destacada en el desarrollo económico si la población no tiene un nivel de bienestar que solo puede alcanzarse garantizándole la total asistencia en casos de enfermedad y la protección en las situaciones de necesidad ante exigencias fundamentales de la vida humana.” (Gobierno de España, 1962:11)

A este enfoque utilitarista del sistema de protección de la salud y de los problemas sociales, los cuales por cierto no detalla, añade esta Comisión que dicha protección debe ser extendida no solo a la población activa, tal y como refiere de manera muy explícita:

“(…) dicho bienestar no solo ha de ser disfrutado por la población activa, sino también por aquellos sectores que no se encuentren en edad o circunstancias de aportar su esfuerzo al incremento del producto nacional y que no tiene una familia que los sustente, o bien los ingresos de ésta son insuficientes para cubrir las

atenciones indispensables, por lo que la sociedad debe acudir en su ayuda". (Gobierno de España, 1962:11)

Queda muy claro, en el planteamiento de este informe, que el campo de la asistencia social coincide, en parte, con los de la Seguridad Social, la Sanidad e incluso la Educación, lo cual sigue la tendencia tradicional a la no separación en cuanto al planteamiento del problema. Reconoce la dificultad para conocer la población total que ha de ser incluida en el ámbito de la Asistencia Social y que, a modo meramente estimativo, expone en 81.500 ancianos de los 2.721.500 mayores de 65 años (opus cit. p13). Resulta revelador la denominación de Dirección General de Beneficencia al organismo del Estado, encargado de controlar y regular la atención social en la España de mediados del pasado siglo XX, y que nos evoca a la ya hartamente referida Ley de Beneficencia del año 1849, pues la organización a la que se referencia en el informe es la misma de la referida Ley (opus cit. p14). En un momento concreto de este informe, ya se empieza a hablar de *hogares de ancianos desvalidos* de manera monográfica disgregándolos del resto de sectores de asistencia social, como establecimientos de obligada instauración (opus cit p16). En esta época se hace un censo nacional que, si bien es de dudoso rigor, nos da una orientación de los establecimientos que en los distintos niveles asistenciales se ponían a disposición de los ciudadanos. Así, para ancianos, la Dirección General de Beneficencia (entendida como la heredera de la Junta General de Beneficencia de la Ley de 1849) posee 2 establecimientos, número muy por debajo de lo establecido en dicha normativa (que recordemos eran de dieciocho), y las Corporaciones Locales y Beneficencia Particular poseen 497 establecimientos (opus cit p17). Hay que añadir que para aumentar la incertidumbre, debemos señalar que algunos establecimientos dedicados a la atención social, en concreto a ancianos, se registraron en sus inicios como Asilo-hospital, con lo que este tipo de establecimiento se censó como de carácter sanitario especializado (opus cit p16). Ejemplo de esta situación es la denominación del caso del Asilo-Hospital de Ancianos desvalidos de Abarán en el Convenio de colaboración de las Hermanas Carmelitas de Orihuela. Un punto importante del documento es la exposición muy precisa de la relación del Estado con las instituciones no públicas que realizarán de manera normativa la asistencia social, tales como la Obra del 18 de Julio, de la Iglesia (concretamente a través de

Cáritas, como entidad más importante aunque habrá otras), o la Cruz Roja (opus cit p16).

Tenemos constancia que, desde hace mucho tiempo, nuestros padres y abuelos nos han hablado alguna vez de *“aquellos sitios donde llevaban a los viejos que no quería nadie a morirse”*. Si partimos del patrimonio cultural de nuestros pueblos y ciudades respecto al tipo de atención prestada a nuestros ancianos a lo largo del tiempo (Campos, 1996, De la Serna, 2003; Quintanar, 2000), podemos comprobar como en generaciones precedentes a la nuestra, nuestros padres cuidaron de nuestros abuelos y estos cuidaron de nuestros bisabuelos, y así hasta perdernos en la historia de Grecia y Roma (Quintanar, 2000). Si tenemos en cuenta que el cuidado de los ancianos se hacía en su mayoría en un ambiente familiar, es fácil entender porqué se acudía a lugares *“extraños”*, en ambientes extrafamiliares, en ocasiones contadas y muy limitadas. Los ancianos, que no tenían familia que les cuidara cuando enfermaran o cuando necesitaran de otros para satisfacer necesidades primordiales de la vida, eran acogidos por organizaciones de beneficencia muy relacionadas con las congregaciones religiosas. Pero tampoco podemos olvidar aquellas iniciativas no religiosas que pusieron en marcha proyectos asistenciales para el sector de los ancianos sin recursos y que delegaron su actividad en determinadas congregaciones religiosas, sin ser estas últimas más que el personal no retribuido de una iniciativa del tercer sector. Esta apreciación puede ser fundamental a la hora de tener en cuenta que no todas las residencias en las que las labores asistenciales son realizadas por religiosas son de iniciativa religiosa, sino más bien proceden del sector no religioso de la comunidad.

El Diccionario esencial de la lengua española (Real Academia Española de la Lengua, 2006: 144) define *“asilo”* como *“establecimiento benéfico en que se recogen ancianos o menesterosos, o se les dispensa alguna asistencia”*, definiendo el mismo diccionario menesteroso, recordemos, como *“falto, necesitado, que carece de una cosa o de muchas”*. Es este un concepto que contrasta, como poco, con el término *“residencia”*, definido por el mismo Diccionario esencial de la lengua española (2006), en su epígrafe 4, de la página 1291, como *“casa donde conviven y residen, sujetándose a determinada reglamentación, personas afines por la ocupación, el sexo, el estado, la edad, etc. Residencia de estudiantes. Residencia de ancianos”*. Si comparamos ambos conceptos es fácil entender como no es lo mismo hablar de asilos que de residencias. En la práctica, se utilizan ambos términos de manera indistinta para

referirse a alojamientos de mayores en régimen de internado, tal y como se contempla en las definiciones del IMSERSO y de la Administración pública de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, que más adelante concretaremos. Es posible que esta falta de distinción y/o el uso por igual de la palabra asilo y residencia, añadido a la mala fama que arrastra el primero de los términos, haya hecho que actualmente se realicen juicios de valor a este tipo de recursos sociales no justificados de otra manera. La literatura narrativa, no científica, expone suficientes testimonios en diferentes momentos de la Historia. Obras tales como "El Rey Lear", (Sheakespeare, 2010: p. 147), "El extranjero" (Camus, 1949: pp. 10-21, 107), "¿Quién dijo viejo?" (Núñez, 2002: pp.26-48), "La vejez" (Beauvoir, 1983) o "Arrugas" (Roca, 2013), describen una imagen de la vejez, al igual que unos alojamientos de internamiento, que no ayudan nada a la visión objetiva de estos por parte de los lectores tras su lectura. Estas obras ejemplifican en sus aportaciones la manera de ver de la gente, o de alguna gente, el fenómeno del envejecimiento, y más concretamente del internamiento en residencias.

5.1.3. Evolución histórica de la residencia en la Región de Murcia

No es fácil hacer un seguimiento en la historia de todas aquellas entidades dedicadas a acoger y asistir a ancianos en la Región de Murcia, y esto es debido al alto grado de transformación que tanto jurídica como civilmente han venido experimentando muchas de ellas. Como resultado de la aparición y aplicación de normativas legales en torno a las residencias han surgido nuevas figuras jurídicas que han provocado la desaparición, en algunos casos afortunada, de otras tantas figuras no sujetas a ninguna norma legal y/o civil. Actualmente, existen entidades que nacieron hace más de cien años pero cuya titularidad jurídica es muy reciente. Este es el caso de muchos "asilos" de antigua constitución y que solo en la historia más reciente se han investido de una personalidad jurídica compatible con la normativa. Estos cambios no han afectado únicamente a la estructura civil empresarial sino a los ámbitos laboral y relacionales internos tal y como apoyan Kaufmann y Frías (1996, p.112), impactando tanto al tipo de gestión como al tipo de personal que atiende a los ancianos en las residencias, principalmente del ámbito privado.

Haciendo un brevísimo repaso histórico preliminar al siglo XIX, en la Región de Murcia existían establecimientos destinados a atender a los

necesitados, aunque sin discriminar todavía entre problemáticas sociales o sanitarias. Esto, admiten algunos autores (García Hourcade, 1996 :15-16), ha dado lugar a una dificultad primaria a la hora de establecer las líneas divisorias entre asistencia y represión, lo cual deriva de la visión de la pobreza a lo largo de los años:

“Para nosotros, una de las claves del problema estaba en el estudio de las “zonas de contacto” entre ricos y pobres, por decirlo de una manera rápida y comprensible. Y las vías de contacto que se nos ofrecían eran dos: la caridad y la fuerza, la beneficencia y la violencia, la asistencia y la represión” (op.cit., p 15)

No es hasta el año 1752, siglo XVIII, cuando promovida por el canónigo Don Felipe Munise se abre la primera Casa de Misericordia en Murcia. En el caso de las órdenes hospitalarias, su aparición es en pleno siglo XVI, aunque hay que resaltar que no tienen un papel claramente sanitario:

“(…) ya sean de iniciativas hospitalarias, ya se trate de nuevas fundaciones, refundaciones o reducciones (como en el caso de Lorca, con el hospital de la Purísima Concepción, o Murcia, con su Hospital General, reflejo de la política de Felipe II).” (op.cit., p.35)”

La caridad en la asistencia implica, por tanto, lo sanitario como lo social sin divisiones en los establecimientos, por ello en estos años no podemos hablar de dos segmentos asistenciales diferentes. Se expanden las obras caritativas siguiendo el crecimiento económico del Reino de Murcia en el referido siglo XVI:

“No es casualidad, por tanto, que sea en estos años de auge cuando Murcia conoce el mismo ímpetu caritativo, bien expresado en la difusión de las Cofradías de la Concepción (Caravaca, Cehegín, Totana, Villena, Mula), y en la creación de nuevas órdenes hospitalarias que absorben a las anteriores” (op.cit., p.36).

Según las fuentes consultadas por García Hourcade (opus cit. P.36-39), el siglo XVII pasa sin apenas nuevos centros hospitalarios, al menos por la orden más prolífica en el Reino de Murcia, como es el caso de los Hermanos de San Juan de Dios, aunque con la asunción del control de algunos establecimientos preexistentes, tales como en Murcia, Lorca y Cartagena. El siglo XVIII no es abordado en nuestra investigación, por la poca proliferación de nuevos establecimientos, y por el estado de ruina o casi ruina de muchos de estos, tal y

como reflejan los datos del censo de Floridablanca de 1787 (op.cit. p39). No podemos olvidar que ya a nivel municipal, antes de las leyes de 1822 y de 1849, se organizaba la asistencia a los más necesitados aunque fuera a raíz de la intervención secular, tal y como refleja la documentación aportada por el Censo de Ensenada de 1756, en el cual cita de manera clara y concisa a municipios tales como Abarán, Abanilla, Albudeite, Alhama, Blanca, Bullas, Caravaca, Calasparra, Cartagena, Cehegín, Cieza, Jumilla, Lorca, Murcia, Molina de Segura, Moratalla, Mula, Ricote, Totana y Yecla (García Hourcade, 1996 :38). Si bien es cierto que desde inicios del siglo XIX ya existen normas reguladoras de la atención social, estas contemplaban gran diversidad de sectores, más allá de estereotipos y clases (Maza, 1999).

Ya en el siglo XX, podemos decir que la situación del pauperismo sigue siendo preocupante en Murcia, como en otras ciudades españolas, como refleja Maza (Maza, 1999:208) en la que de 577.987 personas que en ella viven en 1905, 293.756 son pobres, lo que supone unas 73.439 familias que hacen uso de la asistencia domiciliaria municipal.

En la Región de Murcia, hace unos años la definición de residencia se aplicaba solamente a aquellos centros de titularidad pública, quedando reflejado en la normativa legal (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 1994) de la siguiente manera "*centros residenciales de la Administración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para personas mayores son establecimientos públicos destinados a prestar atención integral y servir de vivienda a usuarios/as del servicio social de la tercera edad*". Es importante señalar, entonces, que no se hace mención alguna a las instituciones cuya finalidad era la acogida definitiva de ancianos de titularidad privada, ya fueran de tipo mercantil o no lucrativo. Recordemos que, en el caso de las asociaciones y fundaciones civiles, no hubo legislación específica que las regulara hasta el año 2002, con la Ley 2/2002, de Asociaciones (Gobierno de España, 2002a), y la Ley 50/2002, de Fundaciones (Gobierno de España, 2002b), acompañadas de sus correspondientes reglamentos. Muchas de estas entidades estaban gestionadas por congregaciones religiosas bajo el patrocinio de algunas instituciones benéficas, como grupos de personas relacionadas con el mundo empresarial, que donaban cuantiosas sumas destinadas al mantenimiento de los ancianos.

Si bien hasta el año 1994, el concepto residencia se aplicaba únicamente a centros públicos, al menos de manera oficial, ya algunos años antes empiezan a reconvertirse las antiguas denominaciones de asilos por la de la figura jurídica que se crea por motivos administrativos externos (por ejemplo, poseer un código de identificación fiscal para poder contratar personal). Esto hace que no se pueda realizar un censo regional de este tipo de instituciones hasta su inscripción legalmente obligada, en el cual se puede leer claramente como principal modificación la re-denominación de los centros destinados a acoger ancianos en la Región de Murcia diciendo así:

“Primero: El Título queda redactado de la siguiente manera: «Decreto 31/1994, de 25 de febrero, sobre ingreso y traslado en centros residenciales propios, gestionados y concertados de la Administración Regional para personas mayores».” (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2002).

A esta modificación léxica de los establecimientos, se añadió una circunstancia especial, a finales de los años 90, que afectó sobremanera a numerosas congregaciones religiosas que realizaban su misión en nuestra Región. Durante la época referida, las congregaciones empiezan a verse afectadas por la disminución progresiva en el número de religiosas dedicadas a las tareas de cuidar de ancianos. Los motivos que adujeron las religiosas era la “falta de vocaciones espirituales en la sociedad”. En cualquier caso, esto dio lugar al abandono, por parte de muchas congregaciones religiosas, de la gestión de otros tantos asilos, lo cual provocó la refundación en muchos casos de entidades que antes se veían beneficiadas por los privilegios seculares ante la Administración. De este modo dichas entidades tuvieron que volver a nacer con denominaciones distintas, en algunos casos, y con formas de presentarse jurídicamente ante dicha Administración diferentes. Si bien es cierto que la mayoría de ellas han conservado su ánimo no lucrativo, derivado del principio de beneficencia que dio lugar a su creación, no es menos cierto que, en algunas ocasiones, han conservado tanto la forma de organización interna, como la visión de la “misión” de la entidad e incluso la forma de presentarse ante la comunidad, típicas de las congregaciones religiosas.

Proliferan el número de fundaciones de carácter particular que se dedican a atender la Beneficencia, de manera que en el año 1928 en toda la Provincia de Murcia había 104 fundaciones de beneficencia particular, 2 más que en el año

1923. Ya en el siglo XX podemos acudir a documentos más prolijos en detalles como es el caso de lo concerniente al establecimiento llamado Hospitalidad de Santa Teresa, en Cartagena (Villar, 1997), fundado en 1916, y en pleno funcionamiento en la actualidad. Este acoge desde su fundación a transeúntes y marginados sociales de manera provisional hasta que encuentren cobijo más duradero. Cabe señalar que entre sus beneficiarios, por estatuto, no estaba concretada la edad de asistencia por lo que se entiende que en ciertos momentos, aunque hayan podido atender a ancianos su actividad principal no era esta. Igual de interesante resulta la puesta en marcha de iniciativas municipales particulares para atender a los necesitados, puesto que así lo permitía la Ley de 1849, y su Reglamento General de 1952 (Reino de España, 1865), que no fueron modificados por ley general alguna hasta bien entrado el siglo XX. En este contexto de relatividad normativa aparecen, como hemos dicho, algunas iniciativas filantrópicas que tras su irrupción en el campo asistencial al necesitado ceden total o parcialmente sus establecimientos a la Junta Municipal de Beneficencia. Esto se produce por la dificultad de hacer cumplir las prerrogativas legales contemporáneas, aun estando organizados según la antigua ley de 1849 (Reino de España, 1865). Este podría ser el caso, a modo de ejemplo de lo ocurrido en otros muchos municipios de nuestra Región, como es el caso del Refugio San José y San Enrique, de Cieza, o del Asilo Hospital, de Abarán. El primero se constituyó tras ceder una finca urbana a la Junta de Beneficencia de Cieza para acoger a transeúntes y necesitados mientras este organismo se procurara un destino más duradero. Más tarde, el patronato de este establecimiento, que recordemos es de beneficencia particular, amplió sus servicios hasta la construcción de un asilo de ancianos, que sigue funcionando en la actualidad. En el caso de Abarán, la documentación que tenemos nos da todavía más información en cuanto a la manera de constituirse y el espíritu que les inspiraba. Es revelador las declaraciones a *motu proprio* a raíz de un estudio legal acerca del ya llamado “Asilo de ancianos de Abarán”, allá por el año 1929, encargado a un abogado de la época, sobre la viabilidad de la escritura de compra de finca urbana en dicho municipio, reflejada en un documento inédito (véase anexo 5.a.), con la finalidad de cederla para la construcción de un Asilo-hospital. La denominación legal que por lo visto tenía este establecimiento durante esta época es “*asilo para albergue de pobres y huérfanos desvalidos de Abarán*”, la cual nos lleva directamente a las

competencias que refleja la Ley de 1849 y el Reglamento General sobre la misma de 1852, aun en la inminencia de la II República. El estudio jurídico que compone el documento inédito hace alusión a escrituras de 1929, de compra de una finca urbana a beneficio del Asilo, y de 1934, con el mismo fin. Es muy interesante leer con detenimiento un párrafo del documento inédito citado (estudio jurídico anteriormente referido), ya que se manifiesta la relación legal del asilo con la llamada Junta Municipal de Beneficencia:

“Según esta escritura, el suelo y el vuelo, siguen siendo del ASILO, nó de la Junta de Beneficencia Municipal. Sin embargo, en ella se comienza diciendo que el Alcalde actúa como representante de la Junta local de Beneficencia, pero no veo problema ni inconveniente en que el Asilo siga reconociéndoselo PERSONALIDAD PROPIA, sin perjuicio de que por su fin, esté vinculado a la Junta local de Beneficencia, cuya aspiración en el orden benéfico es idéntica a la del Asilo” (Documento inédito 5.b.)

Es interesante, tras el análisis de esta documentación, la denominación, sin saber exactamente el año en que se hizo, de esta institución como “Asilo de Ancianos de Abarán”, desmarcándose así de los otros beneficiarios primarios, al menos en su constitución legal. En una parte posterior de este documento, se hace referencia a la colaboración de una orden de religiosas, las Hermanas Carmelitas, sita su Casa Madre en Orihuela. A las religiosas se le encargó, según refiere otro documento inédito, la gestión ordinaria de dicho Asilo. En este documento se establece el régimen de colaboración de dicho asilo a través de un convenio firmado en el año 1935 (véase anexo 5.b.i y 5.b.ii.). Esta documentación evidencia, de una manera transparente, la colaboración entre las instituciones del Estado, denominada Junta Municipal de Beneficencia en su representación municipal, las instituciones de la Iglesia, representada por las Hermanas Carmelitas de Orihuela, y los estamentos de beneficencia particular, el denominado “Asilo para albergue de pobres y huérfanos desvalidos de Abarán”, lo cual supone, si no el mismo, un modelo muy parecido al de la gestión actual de la atención profesional a personas mayores.

5.2. CONCEPTO DE RESIDENCIA

Para poder abordar con éxito la empresa que pretendemos con esta investigación, consideramos necesario ir ahondando en la cuestión de las

relaciones dentro de la institución residencial en una dirección que va desde lo más externo, y por ello más general, hasta lo más íntimo, es decir, los aspectos más concretos. En esta línea de proposición, entendemos necesario conocer todo lo relacionado con la residencia como concepto, pues en esta se van a dar las relaciones entre los diversos agentes sociales propuestos.

Rodríguez (Rodríguez et al., 2007:47-51) parte de la definición de institución para caracterizar a priori el recurso social que supone la residencia de ancianos. Es posible que la autora al partir de esta concepción tan general condicione los derroteros de su discurso inmediatamente posterior. Rodríguez (op. cit. 49) cita a varios clásicos de la sociología para argumentar su concepción de residencia, aunque al final de la lectura no podemos llegar a ninguna definición de la misma. Lo más parecido a una definición arrojada por esta autora es una delimitación conceptual a expensas de una relación de características. Así, recientemente otros autores han interpretado lo que en principio es una residencia de ancianos y en base a esta definición han propuesto un modelo de residencia (VVAA, 2010a:11-78). Estos autores defienden un modelo de residencia funcionalista teóricamente basado en las tendencias europeas, con lo arriesgado que esto puede ser desde el punto de vista sociocultural, y en la planificación previa de la satisfacción de las necesidades de las personas mayores, necesidades que no citan ni ilustran como han averiguado. Lo mismo ocurriría en el caso de Erving Goffman (2004 p.17), como ya hemos visto, pues es el clásico que con más fuerza impone su modelo de "Institución Total", para caracterizar la vida en una residencia de ancianos, al cual nos referiremos más adelante con detalle, y que Rodríguez (2007) asume como paradigma de la atención deficitaria a las personas ancianas. Cabe señalar que Rodríguez (2013) menciona que hay autores que siguen la línea de Goffman (2004) pero no los cita en ningún caso, lo cual limita en cierta manera su argumentario. Termina Rodríguez (2007: 50), remitiéndose a los mismos autores que vamos a tratar en esta investigación lo cual nos proporciona un punto de discusión, como poco, muy estimulante.

Una definición de residencia la aporta el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales que la define como *"centros que ofrecen asistencia integral y vivienda permanente a personas mayores de 60 años que, por sus condiciones sociales, económicas, sanitarias o familiares, no pueden ser atendidas en sus propios domicilios y necesitan de estos servicios"* (IMSERSO, 2000:23). De entrada, es bastante interesante

analizar la definición punto por punto, pues en esta reside claramente lo que caracteriza a estos centros. El IMSERSO nos habla también de que deben ofrecer vivienda permanente a personas mayores de 60 años. Este punto es bastante polémico, tanto como lo es el fenómeno de envejecimiento en la actualidad, pues las últimas decisiones políticas al respecto acerca de la edad de jubilación hablan de 67 años como límite de la misma, aunque, por otro lado, se limita por debajo la edad de ingreso en una residencia a los 60 años. Según esto, cabe preguntarnos si es la edad de 60 años aquella en la que comienzan los problemas sociales, sanitarios, económicos y/o familiares de los que habla la definición. A continuación, el IMSERSO se refiere a los criterios de ingreso en una residencia hablando de problemas sociales, económicos, sanitarios y/o familiares como detonantes del ingreso. Estos puntos son demasiado amplios y los términos ambiguamente empleados como para poder utilizarlos como criterios claros de ingreso en una residencia. A modo ilustrativo, quizás sea interesante completar esta argumentación con el siguiente ejemplo: una persona mayor enferma de Alzheimer que puede estar en cualquiera de las fases de la enfermedad (de menos dependiente a extremo dependiente funcionalmente), puede estar alojada parcial o definitivamente tanto en su casa habitual asistida por terceros (familia o personal contratado), como puede ir unas horas al día a un centro de día para personas mayores o estar en una residencia de ancianos o de personas mayores, sin que haya ningún tipo de determinación del nivel económico que tenga la persona mayor. Todo esto hace que la definición que, de entrada, aparenta ser clara y concisa, se convierta en un compendio de términos y criterios descontextualizados. Este análisis es en extremo importante si nuestro propósito es saber cuando y por qué alguien puede ingresar en una residencia, ya que según la definición señalada deja vía libre al ingreso en un mismo centro a personas con perfiles radicalmente diferentes. Según la definición, en una residencia de personas mayores pueden vivir juntas personas con problemas sociales y/o problemas sanitarios y/o problemas económicos y/o problemas familiares.

Otra definición, esta proveniente del ámbito sanitario (Carnevali & Patrick, 1996: p.99), señala que las residencias son *“servicios de prestación de cuidados desarrolladas para proporcionar cuidados a largo plazo a enfermos crónicos o individuos dependientes”*. Se puede comprobar tras la lectura de la definición como los autores circunscriben las funciones de la residencia al contexto meramente

asistencial fisiológico, lo cual apoyaría una decantación de este sistema por una concepción "totalizadora" de la atención, dejando a un lado las esferas psicológicas y sociales, tan importantes para entender y aprehender al ser humano en toda su amplitud epistemológica, y que de manera diferenciadora es lo que cualifica estos recursos para denominarles de tipo social.

Por otro lado, cuando se habla de atención adecuada ¿entienden y comparten el mismo concepto una organización tipo congregación religiosa, que una entidad privada mercantil, o una entidad privada no lucrativa o una entidad pública, por ejemplo?. Barenys (1993:155) afirma que *"la ambigüedad que ha presidido la instauración de estas instituciones impregna aun hoy en día su existencia y plantea serios interrogantes sociológicos sobre su verdadera función cuanto de su adecuación a las políticas de bienestar social"*. Frente a las propuestas semánticas que plantean la residencia como un "hogar", Barenys (1993) muestra su clara discrepancia, ya que si bien no pone en discusión la idoneidad de muchos de estos lugares para proporcionar ciertos servicios a los ancianos, esto no puede suponer una comparación con elementos personales e individuales de la realidad humana, como es la vida en el hogar de uno. En efecto, esta autora (Barenys, p.158) considera que *"las residencias de ancianos, aun en su mejor versión guardan distancia con el hogar si por eso entendemos algo más que techo, manutención, convivencia y prestación de servicios en caso de enfermedad o inhabilitación"*. En cualquier caso, esta afirmación de la autora deja entrever lo que parece una opinión personal, pues no explica qué se entiende por hogar, y en qué grado las residencias pueden acercarse o alejarse de esta concepción. Si Barenys (op.cit., p.159) afirma que no existe consenso sobre la función de las residencias en las políticas de bienestar social de las administraciones, difícil parece, al menos a simple vista, el generalizar y comparar con otro concepto igual de ambiguo, tal como el hogar.

La definición de la residencia se enfrenta a algunas dificultades de diversa índole, desde el punto de vista del autor de este trabajo. Una de las dificultades es la falta de consenso entre los distintos tipos de instituciones sociales acerca de lo que es una residencia de ancianos, tal y como hemos podido comprobar. La otra gran dificultad es la transformación conceptual que la residencia de ancianos, como recurso, ha sufrido en el tiempo tal y como señala Barenys (1993), la cual en su estudio de las instituciones de ancianos señala el problema que supone la

homologación de instituciones de diversa índole como un tipo único. Recordemos que esto lo hace tomando como ejemplo el trabajo de Goffman, el cual asemeja, desde el punto de vista teórico, una residencia de ancianos con una cárcel, o con un convento de religiosas (2004: 17).

En síntesis, las numerosas concepciones y definiciones de residencia de personas mayores han arrojado, en opinión del autor de esta investigación, más sombras que luces a su verdadero fin. Esta circunstancia nos obliga a profundizar tanto en su naturaleza como en su utilidad, ya que de la atenta lectura de las normas y definiciones anteriormente referidas se puede deducir una realidad variopinta de escenarios, donde los ancianos-residentes conviven con otros anciano-residentes y estos con trabajadoras, familiares y formas de hacer esta atención, es decir, con las organizaciones.

A modo introductorio, es muy relevante para nuestra investigación partir, al menos, de la utilidad de la residencia de ancianos. Apoyándonos en nuestra experiencia en el campo de estudio y de las referencias bibliográficas al respecto, vamos a detallar qué es lo que se hace dentro de estas instituciones.

Los servicios que, de manera general, se prestan en este tipo de recurso, y que forman parte del Reglamento de Régimen Interior del Centro en el punto 1-4 son: manutención, alojamiento, atención geriátrica, servicio de limpieza y lavandería, servicio de médico y enfermería, atención social, actividades socioculturales, además de los generales de administración y gestión (García & Gómez, 2010: 28-33). La carta de servicios, que anteriormente se ha mostrado, se ha elaborado, según los autores, en base a las directrices marcadas por el citado Decreto 69/2005 (Comunidad Autónoma de Murcia, 2005).

En una línea parecida, también exponen sus planes de actuación en la vida cotidiana en una residencia Marín y Martín (1996:35-43) que concreta en tres bloques: cuidados personales (hora de levantarse, baño, aseo personal, utilización del servicios, vestirse, limpieza y orden de la habitación y hora de acostarse), las comidas (presentación, horario, menús, ayudas técnicas, comedor, dieta) y uso de las habitaciones. Esto, en sí mismo, no nos refiere explícitamente la manera en que la dinámica social residencial se representa cotidianamente, aunque sí nos acerca a la manera de visibilizarse esta vida residencial, tal como la manutención (comidas), el alojamiento (las habitaciones) y la satisfacción de las necesidades derivadas de los problemas de la dependencia, al menos a simple vista. Si bien las

especificaciones acerca de los servicios mínimos a prestar y la tipología de profesionales que deben llevarlos a cabo nos dan algunas pistas sobre dicha dinámica, no podemos dejarnos engañar por las aparentes inferencias y generalizaciones.

5.2.1. Tipos de residencia

Teniendo en cuenta la variabilidad de normativas legales que hay en nuestro país y que determinan los tipos de residencia que pueden darse en cada comunidad autónoma, nos hemos decantado por delimitar nuestra exposición al ámbito geográfico de la región de Murcia, en el que se circunscribe nuestra investigación. Vamos a desarrollar este epígrafe de manera complementaria a la información ya aportada en el precedente capítulo IV “Marco Jurídico”. Partiendo del concepto de residencia de ancianos, hay diferentes maneras de clasificar administrativamente las residencias. Algunas están oficialmente recogidas y por ello reconocidas mientras que otras se deducen del tipo de plazas que acogen.

Antes que nada, empezaremos por reflexionar sobre los dos grandes grupos de residencias dentro de los cuales se enmarcarán el resto, y de los que ya hay alguna referencia que trata esta situación específicamente (Kaufmann & Frías, 1996:125):

- a) Residencias públicas. Aquellas que son de titularidad y gestión públicas a través de la administración regional. El sector público es su contexto. En Murcia también se da el caso de residencias de titularidad pública pero cuya gestión integral está bajo la responsabilidad, mediada por un contrato, de la empresa privada sea o no lucrativa. Kaufmann y Frías (op. cit. p.108) refieren a este respecto que *“el sector público es más «público», está más sujeto al escrutinio de los diversos grupos de interés y de la opinión pública que el sector privado. El sector público está mucho más reglamentado, normalizado, definido por leyes y disposiciones que reglamentan su funcionamiento cotidiano.”*. Las autoras parecen decantarse por este modelo a la hora de discutir sobre los criterios de la norma y reglamentación que regulan su funcionamiento como una ventaja respecto a la residencia privada.
- b) Residencias privadas. Aquellas cuya titularidad es meramente privada, en contraposición a lo público. Por lo referido recientemente en publicaciones especializadas (Sancho, 2010: 26-27), parece que la iniciativa privada es muy

bien acogida por parte de la Administración, ya que el mismo IMSERSO refiere que si bien la imagen de las residencias ha cambiado recientemente ha sido gracias al esfuerzo del sector empresarial. Dentro de este tipo habría que señalar dos subgrupos fundamentales desde un punto de vista no solamente fiscal:

- ii. Residencias con ánimo lucrativo. Todas aquellas cuyo fin último es la obtención de una plusvalía y un beneficio económico derivado del ejercicio de su actividad. El sector empresarial es su contexto. También se las conoce como las residencias mercantiles.
- iii. Residencias sin ánimo de lucro. Todas aquellas sujetas a la legislación específica que las regula y las define (Gobierno de España, 2002a, 2002b), cuyo fin último es de tipo social y relacionado con los objetivos o fines sociales de sus estatutos fundacionales. El tercer sector es su contexto.

Algunos autores (Gómez, 2015; Santaolalla, 2011; Ramos, 2009) remarcan una diferencia muy importante sobre los fines de cada entidad, según el sector donde se encuentre ubicada, lo cual a grandes rasgos nos puede apuntar a diferenciar tipos de residencias. Si bien es cierto que esto es una realidad social y de interés relevante en la discusión antropológica y sociológica, en la Región de Murcia no parece haber diferencia entre unas residencias u otras. Es curioso releer las informaciones que exponen diferentes organismos respecto al tipo de residencia existente, tanto a nivel nacional como a nivel de la Región de Murcia. Moreno (2011: 30-31) expone la situación de Ceuta y Melilla respecto al desarrollo de un sistema de acreditación de centros en función de las exigencias de la Ley de Dependencia (Gobierno de España, 2006a). La autora describe, a propósito de las ratios existentes en las residencias de las dos ciudades autonómicas, los diversos tipos de residencias existentes. Tal y como habíamos afirmado al principio de este párrafo se pueden ver algunas incongruencias entre los tipos legales de residencias, y las distintas formas de denominarlas. Lo mismo ocurre con otras residencias que se denominan en función de las patologías más numerosas y prevalentes atendidas (Acalte, 2011:16-25), confundiendo sobre los recursos sociales disponibles y las intenciones “empresariales” (residencias para enfermos de Alzheimer, por ejemplo).

Otra clasificación, no reflejada oficialmente en Murcia, es aquella emanada de la condición por parte de los centros de estar en posesión o no de plazas de titularidad pública, de esta forma reconocemos:

- a. Residencias públicas. Aquellas cuyas plazas son todas gestionadas directamente por la Administración Pública competente en materia de Servicios Sociales. Esto hace que sus plazas sean de titularidad pública.
- b. Residencias concertadas. Aquellas que pueden tener un número determinado de plazas de titularidad pública y otras de titularidad privada. La titularidad de este tipo de residencias puede recaer en empresas de tipo lucrativo o no lucrativo.
- c. Residencias privadas. Aquellas que no tienen concertadas y/o contratadas plazas residenciales con la Administración. La titularidad de este tipo de residencias puede recaer en empresas de tipo lucrativo o no lucrativo.

Hay que añadir que hay otro tipo de residencia catalogada oficialmente de manera muy reciente, cuya plaza residencial la ocupa un interno con patología psicogeriatrica. Es este un caso que merece la recensión adecuada ya que ejemplifica, a diferencia de otras tipologías, la discordancia entre la necesidad del Estado y la necesidad de los ciudadanos.

Tanto la residencia pública, como privada, presenta ventajas y desventajas, medidas en el grado de consecución de los objetivos marcados, pasando por la gestión del personal y el grado de regulación normativa que las circunscribe, según J. T. Dunlop, citado por Kaufmann y Frías (1996: 111). El trabajo de las autoras referenciadas evidencia una cierta preponderancia de un modelo respecto al otro, caracterizando al de tipo privado como "paternalista" mientras que en el modelo público la libertad de expresión de sentimientos y pensamientos parece ser la tónica predominante. Cada modelo presenta unas ventajas y unas desventajas potenciales que deben ser contempladas desde el punto de vista particular del entorno donde se desarrolla. Más contemporáneamente, y acompañando la línea abierta al inicio de este apartado, Izquieta (2011: 12-18) hace un meticuloso análisis de lo que se llama tercer sector, revelando la coexistencia necesaria de los tres sectores, el público-Estatal, el empresarial y el no lucrativo. Probablemente, este tercer sector es poco conocido y solo en la actualidad se esté profundizando en la importancia que tiene para el mantenimiento del llamado bienestar social. La residencia de ancianos estaría

contemplada dentro de la Clasificación Internacional de Entidades No Lucrativas (ICNPO), de Salamon y Anheier, citados por Izquieta (op. cit. pp.30-31), como un servicio para la tercera edad. Si a estos datos, añadimos los elevados precios que se pueden pagar por una plaza residencial estándar, según algunas publicaciones (Valdivieso, 2010: p.5), no nos queda más opción que considerar el peso que las organizaciones del tercer sector pueden ostentar en un futuro muy inmediato. Así, cada vez gana más relevancia, entre las organizaciones no lucrativas, el argumento de que la Economía Social, abanderada del Tercer Sector, es una forma de hacer empresa que aporta un valor añadido adicional al proceso de generación de riqueza y empleo, pues sus valores son ineludiblemente compatibles con los de la misma Economía Social (Santo, 2010. p.5).

5.3. LA RESIDENCIA DENTRO DEL CONTEXTO SOCIOSANITARIO

Tras la atenta lectura de los párrafos anteriores podemos intuir la complejidad que existe a la hora de delimitar el concepto de residencia, al menos a través de sus funciones sociales. Debemos salir del prisma social con el que primariamente habíamos contemplado el contexto antropológico de estudio, para profundizar en una realidad, que más o menos comprensiblemente, se intuye de manera muy clara. Hablamos de la utilidad sanitaria de la residencia, referida en normativas y definiciones tratadas anteriormente, como la ley de Beneficencia (Reino de España, 1865), o las definiciones de Carnevali y Patrick (1996) y del IMSERSO (2003), entre otras. Para los cuidados en salud *“son una práctica normal y unos conocimientos ligados a las formas de vida, considerándose éstos inseparables a la noción de supervivencia de los seres humanos”* (Domínguez Alcón, 1986 en Mínguez Arias, 2000:102). Los sistemas de atención a la salud están respondiendo a las situaciones de cambio social de muchas formas, de manera que se ofrecen nuevas oportunidades ante el cuidado de la salud donde los sistemas tradicionales y las respuestas personales se adaptan frecuentemente de forma innovadora (Landy, 1977).

5.3.1. El contexto sociosanitario en España

Es un hecho constatado que la literatura es prolija en cuanto al número de datos relacionados con el sistema sanitario y la prevalencia de enfermedades y estado de salud de los ancianos. No podemos decir lo mismo sobre la existente acerca del lugar que acoge a personas mayores, posiblemente en mal estado de salud, en función al menos de los datos arrojados por el Informe de Lares Murcia 2015, al que nos referimos anteriormente en el capítulo III “Envejecimiento y dependencia”. La poca bibliografía específica proviene paradójicamente del ámbito social, así se habla de que el Estado optimizará en un futuro inmediato los recursos, mejorará la gestión y la atención de las personas dependientes por medio de la coordinación sociosanitaria (Moreno, 2011:44). Actualmente, la organización burocrática del Estado, ya sea central o autonómico, no favorece la clarificación de conceptos, pues si bien es cierto que existe la tendencia a unificar organismos relacionados con la atención a los mayores, a saber Sanidad y Política Social, esto no siempre va seguido de una traducción lógica en la consecución de objetivos. Se ha podido incluso saber que el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, tradicionalmente, ha publicado datos que hacen referencia a diferentes sectores sociales y sanitarios, considerados como objetos de gasto social en una misma partida presupuestaria (Villa, 2009:6-7). Otra referencia a lo sociosanitario viene por parte de la misma Administración pública en materia de Educación, pues recientemente se ha puesto en marcha la acción formativa correspondiente a un módulo superior de la Formación Profesional denominada “Atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales”, que para Ramos (2009: pp.14-15) condiciona el panorama de las competencias profesionales dentro de las residencias de ancianos, entre otras instituciones sociales, al amparo de la Ley de Dependencia (Gobierno de España, 2006a). La construcción del espacio sociosanitario, lejos de estar definido, ha suscitado gran interés al menos en el ámbito del tercer sector de la atención institucional residencial, sin conseguir una traducción en la práctica diaria (Martínez, 2010: p.30).

Es este término, sociosanitario, muy utilizado en diversos foros y publicaciones aunque no está exento de debate su conceptualización teórica. El motivo es la falta de raigambre teórica de dicho concepto. Aunque las residencias son un recurso social por naturaleza constitutiva, tal y como estamos comprobando en la argumentación teórica de este marco, no podemos obviar la

realidad que rodea a la atención residencial, y que se ve dibujada de tintes sanitarios en mayor o menor medida. A nivel nacional, si bien en ningún documento se encuentra la conceptualización de las residencias como dispositivos sanitarios, sí podemos comprobar cómo, de una manera u otra, la presencia de personal sanitario en las mismas se hace necesaria y legalmente obligada, en mayor o menor ratio (Molina, 2011). Esta situación nos indica que el recurso social va transformándose en recurso sanitario. No sabemos, todavía, si esta transformación es debida a la iniciativa de las residencias o motivada por imposiciones normativas de las administraciones. Esta situación, según el análisis del estudio anteriormente referido, parece ser una práctica habitual en todas las comunidades autónomas.

Si bien es cierto que el estudio de las normativas legales que regulan las residencias lo hemos abordado en el capítulo IV “Marco Jurídico”, se hace necesario hablar de algunas normas para entender nuestra posición teórica. Esta aproximación conceptual, si bien de tipo tangencial, contrasta con lo expuesto en la Ley de Dependencia (Gobierno de España, 2006a), la cual solo menciona el término “socio-sanitario” para hablar de la debida coordinación entre los estamentos sociales y los sanitarios. Esto lo hace sin llegar a puntos de unión de ambos ámbitos, tal y como parece pretender el artículo 25 de la citada norma.

En cualquier caso es posible que debamos irnos más atrás en el tiempo para intentar comprender mejor este fenómeno. En este sentido, la Ley 16/2003 (Gobierno de España, 2003b) en su artículo 14 refiere claramente que:

“1. La atención socio-sanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.” (op.cit. p.20573)

Con este escenario, precisamente por lo ambiguo y arbitrario en su presentación en la realidad asistencial de las residencias, quizás sería interesante para nuestra investigación profundizar un poco más en lo que teóricamente es el modelo socio-sanitario donde se pretende encajar la atención residencial a personas mayores. En este sentido debemos comenzar este nuevo punto de nuestra contextualización teórica partiendo de que realmente en las residencias de mayores se está dando una asistencia sanitaria, lo cual es evidenciado por nuestra

experiencia en el campo de estudio. No solo se da la atención sanitaria sino que incluso en opinión de algunos autores esta se ha visto incrementada desde hace tiempo (Elósegui; Goñi; Elizalde; Lertxundi; Bustinduy & Calvo. 2013: 29-38). Incluso se admite por algunos autores de prestigio en el ámbito de la geriatría que:

“El mayor grado de medicalización permite resolver algunos problemas sanitarios más comunes y aleja el espectro de los antiguos asilos o de las residencias tipo hotel de 0 o 1 estrella completamente desprotegidas en este campo”. (Ribera, 2015:4)

Declinándose de manera contundente, el hasta hace poco ministro de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de España, Alfonso Alonso, ha declarado muy recientemente que *“el espacio sociosanitario es el futuro de la Sanidad”* (García, 2015:24), lo cual, desde un punto de vista macro, nos confirma los presupuestos con los que en la Región de Murcia partíamos, esto es, que lo sanitario parece ser más una expresión lingüística que la explicación de una realidad. De una manera más particular, este abordaje de lo sociosanitario parece estar ubicado en la sanidad, según Julio Zarco (Moreno, 2015:7), que refiere que, de manera general, la Atención Primaria de Salud y, especialmente la medicina de familia, tiene un papel protagonista para llevar a cabo la combinación sociosanitaria. Esto lo hace aun asumiendo que incluso después de 30 años esta misma Atención Primaria de Salud sigue sin dar el paso al frente para coordinarse con todos los elementos de la asistencia sociosanitaria, y poner el foco en el domicilio y no en las residencias de personas mayores. Recordemos que esta Atención Primaria tiene un carácter transversal desde el punto de vista etario, tal y como la definió la Organización Mundial de la Salud en el año 1978, durante la conferencia de Alma Ata:

“La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto con la

comunidad, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (Martín Zurro, 2003:5)

Siguiendo esta línea discursiva, se pronuncian sociedades científicas tales como la Sociedad Española de Médicos de Residencias (SEMER), particularmente su secretaría:

“(…) hasta hace bien poco, la relación entre AP [Atención Primaria] y residencias era casi inexistente, los médicos de primaria se centraban en hacer las recetas que el médico de residencias prescribía, pero, en general, no nos sentamos a una mesa para llegar a un acuerdo sobre lo que es mejor para el paciente. Ahora con la nueva creación de las áreas de gestión única, la forma de trabajar ha variado y parece que estamos más en consonancia gracias a las guías de consenso.” (Moreno, 2013:33)

A la hora de implantarse este modelo de coordinación, el doctor Avellaneda, coordinador del Grupo de Trabajo de Cronicidad, Dependencia y Enfermedades Raras de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, reconoce que existe una gran desigualdad en todo el territorio nacional, e incluye a la Región del Murcia en el grupo de cobertura geriátrica intermedia de entre el 25 y el 50%, junto con Castilla y León, Aragón, Canarias y Galicia (Moreno, 2013a:33).

Esta dificultad a la hora de implantar el modelo sociosanitario, más allá de meras intenciones, no es nueva. En este sentido, ya se pronuncian previamente algunos autores, los cuales afirman por un lado que *“el sector de la dependencia desempeña un papel fundamental en la coordinación sociosanitaria a la que aspiran las administraciones.”* (Moreno, 2013b:25), resaltando el papel crucial que las instituciones de carácter sanitario, pero también social, (que la autora llama de la dependencia) juegan para poder llevar a cabo el modelo sociosanitario. Por otro lado, este mismo modelo requiere no solo la conjunción de ambos ámbitos, a saber, el sanitario y el social, sino la compenetración entre ambos, es decir la tan citada coordinación sociosanitaria que es precisamente lo que no existe, pues los autores refieren que *“(…) actualmente, esta coordinación no existe de forma oficial y los contactos entre residencias, ambulatorios y hospitales se hace por la buena voluntad de los profesionales.”* (Moreno, 2013:26).

Más allá de la implantación, más o menos coordinada del modelo sociosanitario, e incluso de la relevancia y motivación del mismo, no podemos obviar la realidad cotidianamente vivida, especialmente avalada por el investigador de este trabajo, por las residencias de personas mayores, las cuales procuran cada vez en mayor número servicios de tipo sanitario frente a los de carácter social. En este sentido, desde las sociedades científicas relacionadas directamente con la geriatría, en concreto la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG), y la Sociedad Española de Médicos de Residencias (SEMER), se está reclamando mayor claridad en las estrategias propuestas desigualmente por las Comunidades Autónomas para aplicar determinados criterios de coordinación y para poder dar cobertura a las personas que viven en las residencias. La primera, la SEGG, en boca de su Presidente el doctor José Antonio López Trigo, se declara por aumentar el número de profesionales especializados, que podría llegar a triplicarse (López, 2013:15).

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto y referenciado, actualmente la situación de las residencias frente al sector sanitario es la misma, tal y como se desprende de algunas aportaciones muy recientes (Fariña, 2015:16-21), que ponen de relieve la soledad del médico, y del resto del equipo sanitario de las residencias respecto a los otros estamentos del sistema sanitario, ya sean de Atención Primaria o Especializada.

5.3.2. El concepto sociosanitario en la Región de Murcia

Hasta aquí entonces todo lo que podemos saber acerca de lo que se entiende por sociosanitario, al menos en el ámbito nacional, sin que esta aproximación aclare porqué las residencias prestan servicios sanitarios aun cuando estos se encuentran dentro del catálogo de la cartera pública de servicios de la Consejería de Sanidad (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2015b).

Para ir entrando más si cabe en la realidad de la Región de Murcia, el único documento (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2013) que, hasta ahora, define de manera concreta, no sin ciertos reparos, el ámbito sociosanitario en esta Comunidad Autónoma, refiere que el objetivo del modelo de coordinación sociosanitaria es:

“(…) abordar de forma coordinada y continuada las situaciones y/o dificultades de las personas y las familias que se enfrentan a pérdidas severas de su salud y/o autonomía funcional física o psíquica y, garantizar y asegurar la equidad en la accesibilidad a los recursos sanitarios y sociales de todas las personas, proporcionándoles los niveles asistenciales más adecuados a sus procesos de enfermedad, rehabilitación y convalecencia” (op.cit. p.6)

En este sentido, parece ser más una declaración de intenciones y, por ello, algo abstracto y ambiguo, que un documento que concrete el punto de intervención en lo sociosanitario por parte del modelo institucional residencial, entendiendo este como un modelo social. El documento referido refleja, más adelante, cuando habla de la delimitación del ámbito Sociosanitario que:

“Definiríamos por tanto la atención sociosanitaria como el conjunto de cuidados destinados a aquellas personas y sus familias con necesidades de servicios sanitarios y sociales de actuación simultánea con la finalidad de mejorar su calidad de vida, aumentar su autonomía y facilitar su mantenimiento en la comunidad y entorno habitual, evitando en la medida de lo posible, su institucionalización” (op.cit. p.7)

Es aquí cuando nos encontramos con un callejón sin salida a la hora de intentar comprender el papel sanitario de las residencias como instituciones dentro del modelo asistencial sociosanitario. Recordemos que hemos aludido a este modelo, el sociosanitario, no por preferencia del investigador sino por ser el ámbito utilizado muy recientemente (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2014) para regular la atención farmacéutica (sanitario) en las residencias de personas mayores y centros de personas con discapacidad (social). En vista de la escasa luz que estas referencias arrojan sobre el papel de las residencias, intentaremos llegar a puntos de encuentro a partir de la información que dicho documento (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2013) nos aporta acerca del perfil del paciente sociosanitario. Dicho perfil se caracteriza por: pacientes pluripatológicos que cursan con dependencia, pacientes en convalecencia ortogeriátrica, con problemas respiratorios y falta de autonomía, con Alzheimer y otras demencias, con Ictus y necesidad de rehabilitación, en cuidados paliativos, pacientes de Salud Mental (EMG y drogodependencias), afectados de enfermedades raras, y todos aquellos cuya situación requiere una atención profesional especializada tanto en el ámbito social como sanitario, en la

que convergen además problemáticas sociales y económicamente relevantes (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2013). De lo estudiado hasta ahora, solo podemos concluir, a modo de exposición de argumentos para nuestro marco teórico, que toda la información acerca del modelo sociosanitario procede del ámbito exclusivamente sanitario. De hecho, el espacio sociosanitario, si bien virtualmente, está ubicado en la Consejería de Sanidad. Nuestra experiencia en el campo de estudio nos permite conocer que el tema de lo sociosanitario no está actualmente abordado por ningún órgano procedente de la Administración Pública Regional en materia de servicios sociales, ni ésta se encuentra dentro del referido órgano de la Consejería de Sanidad que aborda el Espacio Sociosanitario. Esta información, si bien aparentemente anecdótica, es muy relevante a la hora de entender la motivación de un proceso de transformación en la naturaleza social de las instituciones residenciales destinadas a personas mayores, pues los cambios experimentados bien podríamos afirmar que se inducen desde fuera, y más concretamente desde la Administración Pública, el Estado o la Sociedad, a través de la puesta en marcha de regulaciones que obedecen más a criterios de “(...) optimización de recursos y de mejora de la eficiencia en la atención a las personas con este perfil Sociosanitario” (op.cit. p7), con lo que sabemos que ello supone, es decir, optimizar el coste económico de los servicios sanitarios donde actualmente se están dando. Siguiendo esta línea discursiva, se manifiesta Rubio (2013), el cual se pronuncia abiertamente acerca de las consecuencias del envejecimiento y en especial sobre la sostenibilidad financiera del sistema público de pensiones y la atención sanitaria. Rubio (2013:5) pone el foco del modelo sociosanitario en un problema de costes sanitarios (cronicidad) y sociales (pensiones) que deben ser solventados, recurriendo entre otras medidas a las instituciones privadas de carácter sanitario. En este escenario no parece que las competencias sanitarias, aun llamadas sociosanitarias, puedan entrar a formar parte las residencias de personas mayores, al menos *a priori*, a no ser que estas sufran una transformación institucional impuesta desde fuera, por el Estado. En este sentido, podemos afirmar entonces que esta transformación no viene producida en la Región de Murcia por la publicación de normativa de ámbito estatal en el año 2003 (Gobierno de España, 2003b) ni en el 2014 (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2014), sino que viene ya implícita en la normativa que aparece en el año 2005 (Comunidad autónoma de la Región de Murcia, 2005). Esta norma

introduce las figuras del médico, enfermera, fisioterapeuta, perfiles eminentemente sanitarios, dentro del elenco de recursos humanos con los que la institución residencial debe contar para prestar una atención adecuada. Este mismo fenómeno ya pasó antes, y después del año 2005, en otras comunidades Autónomas, aunque en mayor o menor grado (Molina, 2011).

Si bien, normativamente, no hay puntos de unión entre la utilidad social y la sanitaria de las residencias, salvo referencias indirectas, de diferente procedencia, quizás debamos buscar la vinculación a través de la realidad vivida. Nuestra experiencia en el campo de estudio nos aporta que no existe órgano directo de referencia aparte del contacto directo con los servicios públicos de salud, como puede ser el Centro de Atención Primaria de Salud de referencia de la residencia en cuestión, o el Hospital de Agudos más cercano por área de salud. Si bien en el caso de la Administración Pública, en materia social, ésta tiene planificado y puesto en marcha diferentes caminos de contacto y por ello interrelación, no podemos decir que en el caso de la Administración Pública de Salud ocurra lo mismo. Esto da lugar a problemas por una posible pérdida de ciudadanía (Ochoa, 2010:165-186) de manera selectiva ya que los individuos que viven en una residencia de personas mayores, si bien siguen conservando sus derechos constitucionales a una asistencia sanitaria, no los disfrutan de “hecho”⁸. Así, la normativa murciana (Comunidad Autónoma de Murcia, 2005) refiere en reiteradas ocasiones la obligación, por parte de las organizaciones que operan a través de servicios residenciales, de facilitar *“el acceso al resto de sistemas públicos y privados de protección, especialmente en materia sanitaria (...)”*. De hecho, esta norma no solo se refiere a la recomendación de facilitar el acceso, sino que parece que entiende por hecho y asumido que el funcionamiento de este tipo de centros en relación al acatamiento de normas mínimas, *“se entienden sin perjuicio del cumplimiento por los centros residenciales de las demás disposiciones estatales, regionales y locales que les sean aplicables, especialmente en relación con (...) condiciones sanitarias y de salud pública”* (Decreto 69/2005, Anexo 1º, punto 1.1 *Observación inicial*). En la

⁸ Estas afirmaciones se realizan tras la lectura del documento inédito “Informe de la situación sanitaria en la que se encuentran las personas alojadas en una residencia respecto a la cobertura ofrecida por la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia”, este documento es elaborado por encargo expreso de la Asociación Lares Murcia en el año 2015, tras la lectura del mismo documento elaborado por Lares Federación de Residencias y Servicios de Atención a Personas Mayores.

misma línea de interpretación, se puede leer el epígrafe 1.2 del punto 2 sobre Condiciones funcionales mínimas, correspondiente al anexo 1º sobre las condiciones que deben cumplir todos los centros residenciales destinados a personas mayores:

“Los centros residenciales facilitarán el acceso a la atención sanitaria, respetando la elección efectuada por las personas usuarias, en cualquier caso, se deberá garantizar que todos los usuarios reciben, por medios propios o ajenos, la atención sanitaria necesaria”.

En esta misma norma, se recogen incluso algunas de las funciones generales que los servicios sanitarios de la residencia, como recurso social, deben proveer a los ancianos que acoge. Si bien es cierto que no hay documentos oficiales que evidencien la relación entre los servicios de salud públicos y la residencia como recurso, no podemos olvidar que la relación Estado-ciudadano prima sobre cualquier otra. Esto nos sirve como punto de partida en nuestra argumentación teórica, ya que a falta de bibliografía que evidencie relación alguna, debemos recurrir a la establecida legalmente, en la constitución y en la Ley General de Sanidad (1986). Estas normas garantizan la atención sanitaria universal y gratuita, esto es, a todas las personas que vivan en el Estado español, tengan la edad que tengan y vivan donde vivan, sin que ello les suponga un coste, al menos total. Nuestra experiencia en el sector, así como los resultados del informe no oficial de Lares Murcia del año 2015, evidencian que los ancianos que viven en residencias de la Región de Murcia no son atendidos por los servicios de salud públicos en el ámbito de la Atención Primaria. Los ancianos-residentes que se alojan en una residencia están en posesión de la correspondiente tarjeta sanitaria a la que está asociado un facultativo médico y una enfermera. De manera radicalmente distinta ocurre con los servicios de salud de Emergencias y los de Atención Especializada, los cuales atienden a los ancianos, aunque esta relación asistencial, al menos a priori no esté exenta de tensiones. Los motivos de porqué un ámbito, Atención Primaria, no quiere ir a las residencias o atender en los Centros de Salud a los ancianos a los que tiene adscritos en sus correspondientes cupos, no están del todo claro, y serán objeto de nuestra investigación, entre otros. A esto debemos añadir, la confusión existente acerca del beneficiario final de la atención sanitaria, que entendemos que es la persona anciana-residente.

6. LA VIDA EN LA RESIDENCIA

6.1. CONCEPTO DE ADAPTACIÓN

En nuestra investigación, este concepto si bien tenía un peso específico *per se* ha ido adquiriendo mayor relevancia conforme íbamos profundizando en el contexto asistencial residencial. El Diccionario Esencial de la Lengua Española (Real Academia Española de la Lengua, 2006:28), define adaptación como “*La acción y efecto de adaptar o adaptarse*”, lo cual nos lleva perentoriamente a la búsqueda de la definición de adaptar. Según la misma referencia bibliográfica citada, en su epígrafe 4 “*dicho de una persona: acomodarse, avenirse a diversas circunstancias, condiciones, etc.*” (op.cit.). Esta definición nos lleva a un contexto de posibilidad entre las expectativas de una persona o grupo de personas y el cumplimiento de las mismas según las posibilidades que existan. La importancia de este concepto, en nuestra investigación, recae en dos motivos claros: a) por un lado, la relevancia que adquiere la adaptación en la dinámica relacional entre distintos grupos sociales como hay en la residencia, y b) por ser un concepto muy recurrido en la normativa regional en materia de servicios sociales.

Así, ya anteriormente, desde la Diputación Foral de Álava (Marín & Martín, 1996:19-20) nos hablan en los mismos términos haciendo especial hincapié en lo que entienden debe comprender este periodo haciendo alusión a conocer el modo de vida y los problemas que puedan plantearse en la residencia. Más allá van otros autores (García & Gómez, 2010:25) al afirmar que “*el proceso de adaptación del mayor no termina nunca en realidad, ya que los cambios en su situación personal o en el entorno se producen constantemente y le exigen una acomodación continua a los mismos.*”. Es interesante el uso del término “adaptación”, pues Díaz (2000:13-21) no señala a qué se refiere cuando habla del fenómeno de adaptación del anciano al medio residencial. Los interrogantes que deja abiertos este estudio y que no cierra otros posteriores son del tipo: ¿Qué significa adaptación al medio? ¿es igual sumisión o resignación que adaptación? ¿hay relación entre el efecto *Looping*

descrito por Goffman (2004: 91) y la desadaptación al medio residencial?, y por último, ¿se debe realmente adaptar un anciano a la residencia?. Es interesante como el autor llama a la institución como agente activo en la adaptación del anciano, facilitándole este proceso. Delgado (2004: 330) sigue en la misma línea que Díaz (2000), cuando habla de los factores que influyen en la adaptación de una persona mayor a la residencia que lo acoge, aunque sin definir en ningún momento qué es lo que entiende por adaptación. Estas afirmaciones apoyan lo ya expuesto anteriormente por Delgado (2004: 325), que nos habla, en contraposición a lo expuesto en la normativa murciana ampliamente mencionada, que la adaptación es un proceso que puede durar semanas, meses e incluso años. Este concepto es harto relevante como parte de nuestra investigación. Estos autores, a diferencia de la normativa regional murciana del año 1994 (Comunidad Autónoma de Murcia, 1994) y de lo aportado por Marín y Martín (1996), proponen incluso actividades específicas para facilitar este proceso, de modo que recomiendan *“incorporar actuaciones con el residente, su familia y con el propio centro”*. Esta circunstancia viene a resaltar la enorme importancia de las relaciones interpersonales de modo individual y dentro de un grupo en el proceso de adaptación, proceso continuo en palabras de dichos autores. De manera muy concreta, otros autores (García & Gómez, 2010:25) inciden en la importancia de sentirse *“escuchado, apoyado, acompañado y querido”*, entre otras medidas. Todo esto, si bien delimita claramente el papel de la Administración Pública en materia de Servicios Sociales, así como de la misma organización residencial, deja en el aire un aspecto fundamental como qué es lo que se entiende por adaptación de un anciano en el contexto residencial.

Especial interés nos merece insistir en esta parte del discurso en lo aportado por Goffman (2004), pues la descripción que hace del ingreso del anciano-residente y de las expectativas que este produce en el personal, se alinea completamente con lo que en otra literatura de índole legal se ha venido en llamar *“adaptación”*. En este sentido, la misma norma autonómica que hemos citado en otras ocasiones, el decreto 69/2005 (Comunidad Autónoma de Murcia, 2005), así como otros documentos consultados (Marín & Martín, 1996; García & Gómez, 2010), hacen referencia, en varias ocasiones, a este concepto. Esto se hace en sentido negativo, es decir, hablando de la pérdida de esta condición de estar

adaptado, pero sin definir qué se entiende por ello. Por este motivo, uno de los puntos más interesantes a descubrir en esta investigación es probable que sea conocer el concepto de adaptación. Creemos que dicho concepto se sustenta, a su vez, en la definición de “relación adecuada entre anciano-residente y organización residencial”.

A este respecto, Goffman (2004) refiere que *“toda acción que se emprenda sobre la base de esas características tiene necesariamente que ignorar, en su mayor parte, los fundamentos anteriores de la autoidentificación”*(op.cit., p.29). En este sentido, introduce lo que entiende que el personal busca del anciano-residente, es decir, del interno, a modo de expectativas para mantener una buena relación, a saber, *“el personal suele suponer que la disposición espontánea a mostrarse correctamente respetuoso en estas primeras entrevistas cara a cara, indica que el interno será en lo sucesivo consuetudinariamente dócil”* (Goffman, p.29).

Todo lo visto hasta ahora nos lleva, según la tendencia marcada claramente por Goffman (op.cit.), a entender que, previsiblemente, el anciano, que entra a una residencia a vivir, utilizará maneras diferentes y diversas de adaptarse a su nueva situación, que el sociólogo denomina “carrera moral del individuo”. Así, en palabras de Goffman (op.cit., pp70-72), existen unas tácticas en el camino del interno, anciano-residente en nuestra investigación, hacia la adaptación en la institución, al menos la de tipo total descrita por éste:

“(…) en primer término, la “regresión situacional”. El interno retira su atención aparente de todo cuanto no sean los hechos inmediatamente referidos a su cuerpo, que ve en una perspectiva distinta a la de otros que están presentes. (...) Una segunda posibilidad es la “línea intransigente”: el interno se enfrenta con la institución en un deliberado desafío y se niega abiertamente a cooperar con el personal. (...) la intransigencia es típicamente una fase de reacción temporaria e inicial, a la que sigue el desplazamiento del interno a una regresión situacional, o hacia cualquier otra línea de adaptación. La tercera táctica en el mundo institucional es la “colonización”: el pequeño espécimen del mundo exterior representado por el establecimiento significa para el interno la totalidad del mundo: se construye pues una vida relativamente placentera y estable, con el máximo de satisfacciones que puedan conseguirse dentro de la institución. (...) Al individuo que aporta demasiado ostensiblemente este rumbo, sus compañeros suelen acusarlo de “haber encontrado un hogar” o de “no haberlo tenido nunca mejor”. (...) Una cuarta forma de adaptación es la

“conversión”: el interno parece asumir plenamente la visión que el personal tiene de él, y se empeña en desempeñar el rol del perfecto pupilo. (...) el converso toma una orientación más disciplinada, moralista y monocroma, presentándose como aquél con cuyo entusiasmo institucional puede contar el personal en todo momento” (Goffman, p.70-72)

No podemos negar lo seductor del planteamiento de Goffman (2004) respecto a la relación entre el interno y el personal e incluso entre internos. Diferenciar la conducta del individuo, el interno, el anciano-residente en clave de “regresión situacional”, “línea intransigente”, “colonización”, o “conversión” resume, no sin grandes dosis de riesgo, la psique adaptativa de una persona a una nueva situación. Nos parece llevar de manera sencilla a un mundo relacional que si bien puede evidenciarse en nuestra investigación, no con menos evidencia puede presentarse en el mundo ordinario de las relaciones.

No podemos tampoco obviar que el ingreso de una persona mayor en una residencia no es un hecho aislado a esta, sino que, a priori, conlleva el acompañamiento durante el proceso de su familia, de la cual procede. En este sentido, son muy interesantes las aportaciones teóricas de Padierna (Padierna, 1994:40-49), el cual asume que sobre las familias de los ancianos ingresados en residencias no hay demasiada información al respecto, al igual que numerosos prejuicios, en su opinión, sin fundamento. En este sentido, la relación que existe entre familiares e institución estaría impregnada por diferentes visiones o tópicos, por parte de esta última, que pueden resumirse de la siguiente manera (op.cit. pp.41.42):

- *La familia como sujeto ausente o “estorbo”, en la vida residencial.* En este caso destaca el abandono familiar de los ancianos-residentes, a través de la escasez de visitas o de los frecuentes conflictos con el equipo asistencial, personificada en actitudes de crítica y vigilancia hacia el personal cuidador.

- *La familia como fuente de recursos de cuidados complementarios para el anciano residente.* En este caso, la institución considera que las familias pueden y deben colaborar en la prestación de cuidados complementarios para la correcta asistencia de los residentes. Se suele recurrir a reuniones programadas con las familias para dar instrucciones o acordar estrategias terapéuticas.

- *La familia como cliente.* Es posible, según Padierna, que este enfoque tenga efectos positivos en el propio residente facilitando la adaptación de este último. En este

modelo, la familia es objeto de cuidados específicos por parte de la institución, tales como organización de grupos de apoyo, integración familiar en la programación de los cuidados, impulsar reuniones específicas para los familiares etc.

- *La familia como co-partícipe en la gestión del centro residencial.* Este rol dependerá del momento psicológico y de la adaptación de los sistemas familiares a la institución. Resalta, en este aspecto, la escasez de trabajos, en esta área de intervención, con familias debido a la pasividad del rol que adquieren dentro de instituciones contempladas dentro de un prisma de beneficencia.

Según Padierna, las familias experimentan un proceso adaptativo con diversos estadios, del I al IV, habiendo una serie de situaciones que las familias deben afrontar cuando un anciano ingresa en la residencia, a saber (op.cit.p.43):

- Sentimientos de culpa y de rabia, por tener que dejar a un familiar en manos de extraños.
- Pérdida parcial de rol, como cónyuge, hijo, etc.
- Pérdida del apoyo de un miembro de la familia, como cónyuge, persona experimentada, recurso emocional, económico, etc.
- Temor a la muerte súbita del familiar.
- Miedo a una posible reacción de rechazo y de rabia por parte del familiar ingresado.
- Escasez de conocimientos e información sobre el tipo de cuidados institucionales, médicos y de enfermería y temor a preguntar.
- Cargas financieras.

En cualquier caso, Padierna (op.cit.48) explicita que las familias, indudablemente, experimentan un proceso de adaptación emocional importante frente al ingreso residencial.

Otros autores (Marín & Martín, 1996:56) refuerzan este argumento, aunque sin contribuciones teóricas propias, pues se limitan a citar expresamente el trabajo de Padierna (1994). Más recientemente, otros autores (Leturia; Inza & Hernández 2007:129-143), se centran, más allá del estudio del proceso de adaptación familiar, en la reconfiguración del rol del familiar en la residencia, pues éste cambia al tiempo que cambia el rol del anciano al ingresar en la residencia. Para los autores, la familia es un elemento más que debe interesarse por la adaptación del anciano al centro residencial, situándose en un lugar equiparable a la propia institución

por buscar el beneficio del anciano. Tal y como ya señalaba anteriormente Padierna (1994), estos autores señalan una planificación de la atención residencial dirigida a los familiares contemplada en fases (Leturia, Inza & Hernández, 2007: 136):

- Ingreso. El familiar puede presentar sentimiento de depresión, soledad, culpa, ambivalencia (tristeza y alivio) e inseguridad.
- Adaptación. En ocasiones se presenta una dedicación extrema al familiar, para evitar los sentimientos de culpa e inseguridad.
- Participación. Se estabiliza y regulariza el nivel de participación de la familia en el centro.
- Integración. Sin descuidar al familiar, la familia rehace su vida social.

En todos los autores consultados hay un punto común que no es otro que el partir de la base teórica de que el familiar del anciano ingresado en una residencia requiere una serie de cuidados en busca de una adaptación. Estos cuidados comprenderían programas específicos de trabajo con las familias con el objetivo de la integración y adaptación plena en la vida residencial. Entre otros ejemplos, algunos autores (Leturia; Inza y Hernández, 2007:129-143) proponen los grupos de apoyo mutuo, de autoayuda, y la participación en las actividades de la residencia.

Tras la lectura atenta de las referencias citadas, resulta difícil asumir que todas las organizaciones residenciales puedan coincidir en el concepto de adaptación, ya sea como una definición o como proceso conceptual. Qué duda cabe que la heterogeneidad de acepciones de la “adaptación” llevará a diferentes maneras de abordarla. Es por ello que una de nuestras tareas de investigación será pues profundizar más en este aspecto preguntando directamente a los agentes implicados acerca de este concepto.

6.2. MODELO DE INSTITUCIÓN TOTAL DE GOFFMAN

Tras la lectura atenta del modelo propuesto por Goffman (2004), el autor del presente trabajo de investigación ha realizado una disección de su modelo teórico con la idea de que se pueda esquematizar su contenido y así aproximarse más fácilmente a sus exposiciones. Iremos recurriendo al modelo Goffmaniano durante toda la investigación conforme sea relevante su inclusión.

Ya en la introducción del trabajo del sociólogo canadiense éste nos justifica, muy adecuadamente, la posibilidad de incluir a otras instituciones además de las estudiadas en su investigación. Así cita a hospitales psiquiátricos, tal y como ya hemos dicho anteriormente, aunque en primer término esta justificación es en nuestra opinión un tanto ambigua. Este hecho deja libertad de entrada a la arbitrariedad como criterio de inclusión de las residencias como objeto de estudio de la “totalización institucional”. Goffman (2004) nos lo expone claramente:

“Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo. Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, formalmente administrada.” (Goffman, p.13)

Más adelante, hace un enorme silogismo cuando después de poner como ejemplo de institución total las prisiones, engloba a otras más: “...el mismo carácter intrínseco de prisión tienen otras instituciones, cuyos miembros no han quebrantado ninguna ley.” (Goffman, p.13). Esta delimitación es bastante concreta y, aunque en un primer momento parece que hay muchos tipos de instituciones que quedarían fuera de un primer filtro, en función de las características referidas, no queda demasiado margen para esta discriminación conceptual cuando más adelante refiere que:

“(...) las disminuciones del yo ocurren (...), aún donde el interno lo es por voluntad propia, y la dirección se preocupa en principio de su bienestar. (...) Las personas pueden elegir voluntariamente su ingreso en una institución total, y perder en lo sucesivo –a pesar suyo- la posibilidad de tomar otras decisiones de igual importancia.” (Goffman, pp.56-57)

No queda mucho margen tras la lectura y análisis de los argumentos esgrimidos por Goffman (2004) para incluir a las residencias de ancianos, o al menos las que hay en la Región de Murcia, dentro del grupo de las totales, sin que quede demasiado lugar a otra alternativa posible.

Según Goffman (2004), la dinámica relacional entre los agentes sociales que operan en una residencia estaría condicionada fuertemente por el efecto totalizador de la institución. Así al menos se puede deducir de sus afirmaciones:

“Aunque cierta comunicación es necesaria entre los internos y el personal paramédico, una de las funciones de la guardia es controlar la comunicación efectiva de los internos con los niveles superiores” (Goffman, p.22)

También es clarividente lo que señala Goffman en torno a la comunicación entre los trabajadores de la residencia y los “internos”:

“...se restringe el paso de información, especialmente en lo relativo a los planes del personal con respecto a los internos. Es característico mantenerlos en la ignorancia de las decisiones que se toman sobre su propio destino” (Goffman, p.22).

En el mismo camino de diferenciación como consecuencia de las relaciones impuestas por una manera de hacer institución, Goffman (2004) afirma que se crean dos mundos bien diferenciados, el del *personal* y el del *interno*. Estos pueden interaccionar pero con muy poca penetración mutua. Asimismo, la institución es objeto de identificación por el personal de manera que lo que atañe como producto de esta relación a los fines institucionales será tomado por el personal como una alusión directa a los fines e intereses de estos, en lugar de los del anciano-residente, el interno en palabras del sociólogo (op.cit., p.23).

En este modelo institucional no tiene sentido la vida dentro de la institución para los internos ya que cualquier *“...incentivo propuesto para el trabajo, carecerá de la significación estructural que tiene en el exterior. Será inevitable que haya diferentes motivaciones para el trabajo y distintas actitudes hacia él”* (op.cit., p.23). De esta manera, se hace alusión directa a la separación, claramente funcionalista, entre el mundo de fuera de la institución y el producto de la vida dentro de la misma. En el entorno institucional, el concepto trabajo tiene una serie de particularidades notables ya que, a diferencia de otros estamentos sociales, tales como los centros ocupacionales para personas con discapacidad, no hay una reglamentación acerca de lo que se entiende como trabajo. En el contexto institucional residencial, se realizan habitualmente una serie de actividades a las cuales, por cierto, se procura que los ancianos acudan aunque no sabemos muy bien porqué, y que habitualmente son identificadas por los residentes como tareas o trabajo. La diferencia estriba en que, por normativa (Comunidad Autónoma de Murcia, 2005), la participación en estas actividades es opcional de manera que no hay obligación de hacerlas. La significación de los productos de estas tareas o actividades tampoco está actualmente clara y será objeto de indagación por el

investigador del presente trabajo. En un momento dado, Goffman (2004), incluso, acota este problema en su límite inferior, es decir, en la proximidad a la ausencia de trabajo, o tareas a realizar, como un signo de institución total, tal y como explicita: *“a veces se les exige tan poco trabajo que los internos, con frecuencia no habituados a los pequeños quehaceres sufren crisis de aburrimiento”* (op.cit, p.23) La significación social de las actividades y talleres nos podrá orientar hacia la concordancia con lo que entendemos por trabajo, y así comprobar el verdadero grado de adhesión al modelo goffmaniano.

Goffman nos refiere que la institución dispone del horario de los internos de manera que crea una *“...especie de esclavitud, por la que el horario completo del interno se ha establecido según la conveniencia del personal”* (op.cit., p.24). Este punto es muy interesante por su trascendencia en una institución que acoge a personas mayores. En esta se establecen horarios, tanto de manera formal como de manera informal. Dentro de los primeros, estaría el horario de visitas y, en el plano de la informalidad, podríamos incluir los horarios para levantarse o acostarse. Tanto los unos como los otros son claramente discutibles, ya que las organizaciones residenciales realizan las labores diarias en torno a un intento de conjugar las obligaciones legales para con el personal, establecidas y reflejadas en los convenios colectivos, (por ejemplo, horas y cargas de trabajo, así como los propios horarios de este) y las obligaciones morales. Estas últimas no están establecidas en ningún sitio de manera explícita, pero son deducibles al leer los fines fundacionales de estas organizaciones y la normativa legal, que rige estas entidades en la Región de Murcia (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2005). Por ejemplo, si bien es cierto que se podría individualizar los horarios de levantarse esto entraría en conflicto con los horarios de cocina, debiendo haber más cocineras y menús en función de la demanda, lo cual pocas organizaciones asumen. De gran interés es también, todavía en el terreno general de la descripción que Goffman hace de las características de una institución total, el tipo de relación que se establece entre los ancianos como consecuencia del concepto de trabajo, ya que en palabras del sociólogo canadiense *“el individuo que internalizó un ritmo de trabajo afuera, tiende a desmoralizarse por el sistema de trabajo de la institución total”* (Goffman, p.24), dando lugar a conductas como *“mangonear”* o *“trabajar a alguno”* (en este último caso, Goffman se refiere a los trabajillos que algunos ancianos-residentes, internos goffmanianos, hacen a otros para ganarse

algún dinerillo o privilegios, tales como llevarles en la silla de ruedas donde ellos quieran, sin tener que pedir permiso). Esto, en principio, sería típico del mundo intrarresidencial, teniendo en cuenta que *“ciertas personas que lo hacen -a menudo con cierto descaro- en el mundo exterior se despreciarían a sí mismas por actos semejantes”* (op.cit., p.24). Para el autor, esta situación demostraría a ojos del personal, trabajadoras en el caso de nuestra investigación, que los residentes tendrían algún tipo de enfermedad mental.

Está claro que para Goffman las instituciones totales son la parte negativa del fenómeno de institucionalización pero lo describe de tal manera, que cuesta trabajo diferenciar la dinámica normal de una institución de la desviación totalizadora. Así, éste entiende que el interés de la institución como objeto de estudio se justifica en base a que:

“La institución total es un híbrido social, en parte comunidad residencial y en parte organización formal; de ahí su particular interés sociológico. Hay también otras razones para interesarse en estos establecimientos. En nuestra sociedad son los internados donde se transforma a las personas; cada una es un experimento natural sobre lo que puede hacerse al yo” (Goffman, p.25)

Estas palabras del autor de Internados ilustran perfectamente lo tenue que es la línea divisoria entre una institución “normal” y una institución “total”. Esto motiva, en gran medida, el interés de nuestra investigación a la hora de conocer qué grado de totalización es patológico en las instituciones, y si estos rasgos son fruto de un ejercicio voluntario de las organizaciones o bien son un modelo, a pequeña escala, de la sociedad donde se dan, representado por las administraciones del Estado en nuestro trabajo. Siguiendo el esquema propuesto por Goffman (2004), a continuación haremos dos análisis más profundos, por un lado, del interno, que en nuestra investigación estaría representado por el anciano-residente y, por otra, del personal que, en nuestro caso, estaría representado por las trabajadoras de la residencia.

6.2.1. El mundo del interno (anciano-residente)

Este es uno de los pilares básicos de nuestra investigación puesto que ésta se centra en la residencias de ancianos, esto es, en los internos, como uno de los

actores principales y la profundización en su conocimiento nos facilitará conocer la dinámica social de dichos actores.

Si bien el perfil de anciano que vive en las residencias ya lo hemos tratado en otro apartado de esta investigación, haremos, cuando haga falta, alusión a éste, de manera que facilite la comprensión del fenómeno expuesto.

Sobre el interno, anciano-residente, y de su relación con la residencia que le acoge, Goffman nos habla que

“(...) las instituciones totales no la cultura propia del que ingresa, por algo ya formado; confrontamos algo más restringido que una aculturación o asimilación. Si algún cambio cultural ocurre efectivamente, derivará tal vez de la eliminación de ciertas oportunidades de comportamiento y la impotencia de mantenerse al día con los cambios sociales recientes del exterior. De ahí que si la estadía del interno es larga, puede ocurrir lo que se ha denominado “desculturación”, o sea, un “desentrenamiento” que lo incapacita temporalmente para encarar ciertos aspectos de la vida diaria en el exterior, si es que vuelve a él y en el momento que lo haga” (Goffman, p.26)

Estas referencias no estarían exentas de debate y discusión pues para entender su sentido último deberíamos partir de un fenómeno de cambio de estatus civil, y por ello social, entendiendo el ingreso en la residencia como un cambio a peor en el sentido estricto del concepto.

El significado de estar en la residencia será relativo, tal y como el propio Goffman refiere *“estar “adentro” o “encerrado” son circunstancias que no tienen para el interno un significado absoluto, sino dependiente del significado especial que tenga para él “salir” o “quedar libre”.”* (Goffman, p.26). Goffman justifica a partir de aquí el papel de la institución total, atribuyéndoles la función de creadoras de tensión entre el mundo de la institución y el que hay fuera de ésta como un argumento válido para manejar la dinámica social de sus acogidos o residentes, al parecer con el objeto de mantener la hegemonía de la institución (Goffman, 2004, p.26). Si bien es cierto que esto ha sido investigado en el presente trabajo, podemos adelantar, a modo de hipótesis, que aparentemente esto no es aplicable en el caso de las residencias ya que la entrada y salida a las mismas por parte de los residentes está muy clarificado en la normativa vigente de modo que no se puede impedir, sino facilitar, el acceso del residente a su contexto comunitario habitual; otra cosa son los casos de las personas con demencia que, por sus características

concretas, deben ser controladas por su propia seguridad ya que no tienen la capacidad cognitiva suficiente para discriminar de manera razonada situaciones de riesgo que les perjudicarían.

Goffman (2004) sostiene que, en las instituciones totales, sus representantes, trabajadores y miembros de la organización, emplean una sistemática “mortificación del yo” que se escenifica de manera habitual y especialmente en el ingreso del residente:

“Apenas entra (...) comienzan para él una serie de depresiones, degradaciones, humillaciones y profanaciones del yo. La mortificación del yo es sistemática aunque a menudo no intencionada. (...) Los procesos mediante los cuales se mortifica el yo de una persona son casi de rigor en las instituciones totales; (...) La barrera que las instituciones marcan entre el interno y el exterior marca la primera mutilación del yo. (...) En muchas instituciones totales, se prohíbe al principio el privilegio de recibir visitas o de hacerlas fuera del establecimiento, asegurándose así un profundo corte que aísla los roles del pasado, y una apreciación del despojo del rol” (Goffman, p.27).

Si bien es cierto que Goffman (2004) deja claro que estas mutilaciones a veces pasan desapercibidas para los que las producen, esto no parece influir, según su parecer, en el hecho de que aparezcan.

Según el autor de Internados, hay una verdadera *teoría del relevo del rol*, la cual es también utilizada por otros autores para evidenciar los resultados transformadores de la institución con fines terapéuticos, al menos cuando se habla de la adaptación de las familias a la dinámica residencial (Padierna, 1994; García & Gómez, 2010; Marín & Martín, 1996). En el caso de Goffman (2004), el citado relevo del rol debe ser intencionado, con la finalidad de que el interno borre cualquier referencia a su vida antes del ingreso en el camino de la plena identificación con la vida institucional. Llegados a este punto, debemos plantearnos cuál es el papel de los ancianos dentro de las residencias, es decir, cuál es su rol, pues entendemos que hay un camino intermedio entre la plena identificación con la institución, que es precisamente lo que defiende Goffman, y la prevalencia de un rol similar al que tenía antes de ingresar, lo que no es muy probable, debido a que el nuevo estatuto de anciano-residente le obligaría a adoptar una serie de papeles, aunque solo sea como consecuencia del

cumplimiento de las normas formales e informales. Goffman lo refiere de la siguiente forma:

“(...) cuando el ingreso es voluntario, el recluta ya se ha separado en parte de su mundo habitual. (...) Aunque el interno puede retomar algunos roles si vuelve al mundo (...). El interno descubre así que ha perdido ciertos roles en virtud de la barrera que lo separa del mundo exterior” (Goffman, p.28).

El autor incluso nos expone ejemplos en los cuales las instituciones totales suplen la voluntad del interno, anulando la autoidentificación de su yo, a través del despojamiento de roles. Según el sociólogo canadiense *“(...) en algunas instituciones totales se obliga al interno a tomar medicamentos por vía oral o endovenosa, quiera o no quiera, y a comer su comida, por desagradable que sea.” (Goffman, p.39).* Goffman sigue delimitando su modelo conceptual, haciendo alusión al papel que juega la institución durante el ingreso del interno. Este es un momento muy importante, no cabe duda, y que la administración regional en materia de personas mayores de la Región de Murcia llega incluso a extender a momentos previos, que denomina “pre-ingreso”. Las afirmaciones de Goffman a este respecto son muy explícitas entre las que destaca:

“Es muy frecuente encontrar al personal ocupado en lo que se llama procedimientos de admisión entre los que se incluyen, por ejemplo, historia social del individuo, tomar fotografías o impresiones digitales, controlar el peso, asignar números, efectuar registros, hacer una nómina de los efectos personales para enviarlos a depósito, desvestir al nuevo interno, bañarlo, desinfectarlo, cortarle el pelo, entregarle la ropa de la institución, instruirlos en las normas y asignarle cuartos. Los procedimientos de admisión podrían llamarse mejor “de preparación” o “de programación”.” (Goffman, p.29)

Más adelante, Goffman (2004) apoya estas sospechas cuando admite cierta estructura simbólica tras los procedimientos de admisión y acogida, de modo que

“Los procedimientos de admisión y los test de obediencia pueden considerarse una forma de iniciación, llamada “la bienvenida”, en la que el personal, o los internos, o unos y otros, dejan sus tareas para dar al recluso una noción clara de su nueva condición. (...) El procedimiento de admisión puede caracterizarse como una despedida y un comienzo, con el punto medio señalado por la desnudez física. La despedida implica el desposeimiento de toda propiedad, importante porque las

personas extienden su sentimiento del yo a las cosas que les pertenecen". (Goffman, p.30-31)

En la misma línea añade el sociólogo canadiense que "(...) los registros y las confiscaciones periódicas de objetos personales acumulados refuerzan el sentimiento de desposeimiento" (Goffman, p.31). Especial interés nos merece insistir en esta parte del discurso de Goffman, pues la descripción que hace del ingreso del anciano-residente y de las expectativas que este produce en el personal se alinea completamente con lo que en otra literatura de índole legal se ha venido en llamar "adaptación". Según Goffman, el interno sufre una serie de transformaciones en el camino de la despersonalización y de la muerte del yo. Para este autor, el hecho de ingresar en una institución supone despojarle de su apariencia habitual. Esto lo haría a través de elementos tales como proveerle, como único ajuar, ropa de la institución en mal estado y de apariencia uniforme respecto al resto de ingresados, acompañado de la eliminación de servicios externos tales como la barbería y sastrería, obligándolo a tomar la apariencia que la institución mejor considera (Goffman, p.32). En relación a estas transformaciones, es especialmente relevante el concepto de exposición contaminadora que abordamos a continuación.

Concepto de exposición o exhibición contaminadora

Es muy relevante, en este nivel de argumentación del modelo de Goffman (2004), la manera en que la institución total, de manera sistemática, comienza, desde el mismo momento del ingreso, una tarea que persigue la mortificación del yo. Especial interés, en este sentido, tiene, para nuestra investigación, el concepto de "exposición contaminadora", la cual se explica en los siguientes términos:

"Afuera, el individuo puede mantener ciertos objetos ligados a la conciencia de su yo –por ejemplo su cuerpo, sus actos inmediatos, sus pensamientos y algunas de sus pertenencias- a salvo del contacto con cosas extrañas y contaminadoras. En las instituciones totales se violan estos límites personales: se traspasa el linde que el individuo ha trazado entre su ser y el medio ambiente, y se profanan las encarnaciones del yo. Se viola, en primer término, la intimidad que guarda sobre sí mismo. Durante el proceso de admisión los datos concernientes a sus estatus sociales y a su conducta en el pasado (...) se recogen y registran en un legajo, que queda a

disposición del personal. Más adelante, en la medida en que el establecimiento supone oficialmente haber mortificado las tendencias internas de los pupilos a la autorregulación, puede haber confesiones en grupo o individuales (...). En estas ocasiones el interno debe exponer hechos y sentimientos acerca de su yo (...)." (Goffman, p.35)

Resulta importante, para nuestro trabajo, la extensión que Goffman hace de este concepto, "exposición contaminadora", a las relaciones interpersonales pues a los efectos producidos en el anciano-residente se debería añadir una de tipo suplementaria, en opinión de este sociólogo, que describe en los siguientes términos: "(...) cuando el agente de contaminación es otro ser humano, se produce una contaminación suplementaria, por el contacto interpersonal forzado y, en consecuencia, por una relación social forzada." (Goffman, p.39). Como consecuencia de estas afirmaciones, debemos asumir la extrema importancia que en la vida de la institución total adquieren las relaciones personales, ya sea en un sentido o en otro. Esto hace especial hincapié en lo trascendental de un análisis de estas relaciones entre los agentes del orden interno que operan en las instituciones residenciales. Todo lo visto acerca de la experiencia "contaminadora", se acompaña de actitudes que podríamos denominar como vejatorias, en un contexto actual, lo cual se manifiesta en palabras del propio Goffman de la siguiente manera:

"Un ejemplo normal de este contacto contaminador es el sistema de apodos. El personal y los compañeros de internado asumen automáticamente el derecho a dirigirse a los otros por medio de sobrenombres o diminutivos. (...) Otro tipo de exhibición contaminadora introduce a un extraño en la relación íntima de un individuo con los otros significativos". (Goffman, p.42)

Goffman (opus cit., p.42) pone como ejemplos, de esto último, la lectura de la correspondencia de los internos sin su permiso o el carácter obligatoriamente público de las visitas. Huelga decir que estos aspectos están marcadamente relacionados con las relaciones que se establecen entre los grupos sociales de la residencia, y por ello deben ser objeto de una investigación exhaustiva en el presente trabajo. En la misma línea, el autor nos descubre la manera en la que entiende que se contamina la relación entre sujetos que comparten afinidades de

cualquier tipo; dichas relaciones son fruto de acercamientos interpersonales que van más allá de los meros contactos formales inter-internos, a saber:

“En las instituciones totales, la exhibición puede ocurrir en formas aún más drásticas, dada la probabilidad de que un individuo presencie el atropello físico de que es víctima alguien a quien está vinculado, y sufra la mortificación permanente de no haber intervenido (y de que esto se sepa)”. (Goffman, p.44)

Siguiendo esta línea, para Goffman, desde el momento del ingreso, la transformación del interno es premeditadamente hacia la despersonalización de su yo, obligándole a adquirir determinados modos de hacer para con otros o con la propia organización. Determinados pasajes de su libro son muy ilustrativos, a saber,

“(…) ciertos movimientos, posturas y actitudes transmiten imágenes deplorables del individuo y deben evitarse como degradantes. Todo reglamento, orden o tarea que obliguen al individuo a adoptar estos movimientos o actitudes pueden mortificar su yo” (Goffman, p.33)

Según la versión de Goffman, el anciano-residente sufre de manera estructurada una forma de trato muy concreta, dentro del contexto de relación entre este y el grupo de las trabajadoras y la organización. A este respecto, el autor describe de manera muy concreta ejemplos de esta manera de trato, de tal modo que describe este tipo de relación en términos de:

“(…) rogar, instar o pedir humildemente cosas tan insignificantes como lumbrera para el cigarrillo, un poco de agua, o permiso para usar el teléfono. Ejemplos típicos son las profanaciones verbales o de actitud: el personal o sus compañeros de internado lo llaman con apodosos obscenos, lo maldicen, ponen en evidencia sus fallas, se mofan de él o conversan sobre él o sus compañeros como si no estuviera presente.” (Goffman, p.34)

Esta manera de tratar, que al fin y al cabo es la manera en como la organización se significa en un contexto interno, se extiende a actitudes que sobrepasan los límites individuales hasta llegar a contextos más amplios, de índole grupal. De hecho, según el sociólogo: *“al interno de una institución total pueden negársele aún formas de distancia y autoactividad protectoras.” (Goffman, p.55);* esta situación puede llevar a que:

“(...) suele restarse valor a sus afirmaciones que se toman como meros síntomas, mientras que el personal atiende a los aspectos no-verbales de su respuesta. (...) Otras veces el interno comprueba que en la institución se hace un uso bastante retórico del lenguaje. Preguntas como “¿Se ha lavado usted ya?” o “¿Se ha puesto las dos medias?” suelen ir acompañadas de inspecciones simultáneas en que el personal descubre físicamente los hechos, y hace superfluas las preguntas.” (Goffman, p.55)

Goffman, incluso, advierte rasgos de totalización institucional cuando se trata de contemplar los objetivos del trabajo en grupo. Así, nos enuncia claramente que:

“(...) el individuo tiene que participar en una actividad de la que derivan consecuencias simbólicas incompatibles con su concepción del yo. Un ejemplo más difuso del mismo tipo de mortificación consiste en imponerle una rutina diaria que considera ajena, forzándolo de tal modo a asumir un papel que lo desidentifica.” (Goffman, p.35)

En nuestro campo de estudio, para la presente investigación, lo que más se ajusta a este perfil “ocupacional” del que advierte Goffman (op.cit.) es la programación periódica de actividades de tipo grupal. Es un punto muy interesante a tener en cuenta pues este tipo de producciones sociales de la institución residencial parece ser uno de los pilares más importantes que ayudan en su identificación dentro del conjunto de características que la delimitan como recurso social concreto. Así visto, la residencia de ancianos es un recurso social cuyo fin fundamental sería hacer “cosas” en grupo con distintos fines, a saber, evitar la soledad o potenciar la rehabilitación funcional. Esto adquiere, si cabe, un punto extra de interés por estar estas actividades dispuestas en la normativa en vigor que regula el sector (Comunidad Autónoma de Murcia, 2005), y muy seguidas, por parte de la inspección de centros, como uno de los ejes que describe el nivel de calidad de servicio de este tipo de establecimientos de acogimiento. De cómo se regula su funcionamiento, así como del interés que estas despiertan en los agentes sociales implicados en las residencias, podremos inferir, en principio, el grado de totalización que supone su puesta en marcha.

Entrando ya en el momento temporal posterior al ingreso, durante el internamiento, Goffman nos adelanta algunas de las características observadas como típicas de las instituciones totales, y esto lo hace en los siguientes términos:

“Los exámenes médicos y las inspecciones con fines de seguridad exhiben a menudo físicamente al interno, a veces ante personas de ambos sexos; una exhibición similar resulta de la disposición de los dormitorios colectivos y los retretes sin puertas. (...) Por lo demás, el interno casi nunca está completamente solo; siempre hay alguien que puede verlo y oírlo, siquiera se trate de sus compañeros de internado.” (Goffman, p.36)

La normativa autonómica de ingreso y traslado de ancianos en residencias quedó relegada por las actuales normativas reguladoras de la Ley de Dependencia (Gobierno de España, 2006a), según la cual el ingreso a una residencia será el resultado de la solicitud previa por parte del interesado del reconocimiento de un nivel de dependencia al que con carácter posterior se corresponderá un tipo específico de recurso social, entre los que se encuentra la residencia. Si atendemos con especial observancia el baremo de dependencia, éste se subdivide en grado 1 y 2, en cada uno de los tres nivel ordenados de menor a mayor dependencia en 1, 2 y 3; así, en las residencias de personas mayores solo ingresan por resolución oficial (Gobierno de España, 2008) aquellas personas con nivel reconocido de dependencia 3.1 o 3.2, es decir, aparentemente muy dependiente. La cuestión, llegados a este punto, es que la Ley de Dependencia no distingue la dependencia salvo por sus consecuencias y no por sus causas, de manera que personas con necesidades de control de incontinencia, por ejemplo, puntúan exactamente igual si la causa es una demencia o un problema de deambulación secundario a un accidente cerebro-vascular sin afectación cognitiva. Esto, como resultado final, nos lleva a la convivencia de personas mayores con patologías diferentes y con síntomas diferentes que sin afectar el nivel de dependencia alteran el grado de convivencia. Goffman (2004) adelanta años antes de que se diera un problema en esta situación, pues:

“La costumbre de mezclar los grupos de edades y razas diferentes en las prisiones y en los hospitales psiquiátricos puede hacer que un interno se sienta contaminado por el contacto de compañeros indeseables” (Goffman, p.40).

Si bien en un primer momento, la lectura del texto de Goffman (op.cit.) puede poner en duda el rigor científico de tales afirmaciones, entre otros motivos por los tintes, no sabemos si suficientemente argumentadas, de las mismas, el autor asume y así expone que *“evidentemente la vida de grupo necesitará contacto mutuo y exhibición entre los internos”* (Goffman, p.41). En vista a la falta de argumentos para una y otra afirmación, consideramos importante ahondar en este punto por la especial trascendencia en nuestra investigación, en lo que respecta a las relaciones intergrupales de orden interno, como poco.

Profundizando en el modelo Goffmaniano de institución total, podemos comprobar que este autor describe fenómenos observados que desencadenan un proceso de ruptura de la relación habitual entre el anciano-residente, el interno, el individuo actor y sus actos. En este sentido, nos refiere algunos comportamientos que merece la pena detallar:

“Looping: un estímulo que origina una reacción defensiva por parte del interno, toma esta misma reacción como objetivo de su próximo ataque. (...) En la sociedad civil, cuando un individuo tienen que aceptar circunstancias y órdenes que ultrajan su concepción del yo, se le concede un margen de expresión reactiva para salvar las apariencias: gestos de mal humor, omisión de las manifestaciones de respeto habituales, maldiciones entre dientes, o expresiones aisladas de despecho, ironía o sarcasmo.” (Goffman, p.46)

Estas palabras nos llevan a deducir el establecimiento perfectamente estructurado y premeditado de un plan que resulta de una situación asimétrica, donde la parte de más peso va a recaer en los miembros de la organización y de los trabajadores, mientras que la parte menos presente va a corresponder a los ancianos-residentes. Esto, así entendido como resultado del análisis de la publicación de Goffman, nos lleva a pensar en palabras del autor que dicen:

“En una institución total, (...) el personal puede someter a reglamentos y a juicios, segmentos minúsculos de la línea de acción de una persona; la permanente interacción de sanciones emanadas de la superioridad invade la vida del interno, sobre todo durante el periodo inicial de la estadía, antes de que acepte sin pensar los reglamentos.” (Goffman, p.48)

Lo dicho por Goffman (2004) se podría traducir, a modo de ejemplo, en el establecimiento de normas no formales que se pondrían en marcha antes incluso

de que el resto de normas formales empezaran a funcionar. Es muy interesante, para nuestra investigación, conocer estos aspectos pues de su indagación podría resultar la manera en que interaccionan no solo los trabajadores y los ancianos residentes, sino la forma en que se articulan el reglamento formal e informal de toda residencia, si es que los hay de esta manera tan diferenciada. La clave sería, a nuestro parecer, la vulneración de la autonomía misma de los actos de los ancianos-residentes, compartiendo a priori, y esperando los resultados de las entrevistas, la opinión de Goffman a este respecto (Goffman, p.49).

Este tipo de acciones pueden llegar a extremos tales como los descritos por el autor de Internados:

“(...) uno de los medios más efectivos de desbaratar la economía de acción de una persona es obligarla a pedir permiso o elementos para las actividades menores que cualquiera puede cumplir por su cuenta en el mundo exterior, tales como fumar, afeitarse, ir al baño, hablar por teléfono, gastar dinero o despachar cartas.” (Goffman, p.51)

Las reglas y normas aludidas nos lleva a pensar en una *“tendencia hacia la multiplicación de reglas, activamente impuestas”* (Goffman, p.52), que abre el discurso hacia dos fenómenos muy atractivos por su simpleza pero que impactan sobremanera en el yo del interno, a saber:

“Primero: estas reglas [aludiendo a las anteriormente referidas como multiplicadas e impuestas] suelen conectarse con la obligación de realizar una actividad regulada al unísono con grupos compactos de compañeros internos. Esto es lo que suele llamarse regimentación.

Segundo: estas reglas difusas se dan en un sistema autoritario, de tipo jerárquico: cualquier miembro del equipo de personal tienen ciertos derechos para disciplinar a cualquier miembro del grupo de los internos, lo que aumenta pronunciadamente las probabilidades de sanción” (Goffman, p.52)

Si el primer fenómeno es denominado por Goffman como *“regimentación”*, el segundo será *“jerarquización”*. En este tipo de escenario, si el modelo de Goffman fuera válido para residencias objeto de nuestra investigación, podríamos aceptar que *“el interno acaso deba renunciar a ciertos niveles de sociabilidad con sus compañeros para evitar posibles incidentes.”* (Goffman, p.53). Qué duda cabe de que esto es fruto, al tiempo que causa, de un tipo de relación entre residentes,

provocado a su vez por un tipo específico de relación con los trabajadores y la propia organización que calificaría las residencias estudiadas como instituciones totales.

Avanzando en el modelo institucional propuesto por el sociólogo, podemos comprobar cómo los resultados de nuestra investigación serían de un interés tan específico que abriría puntos de debate discursivo antropológico, especialmente cuando hace referencia explícita a la influencia de la edad como criterio de degradación jerárquica:

“(...) las instituciones totales desbaratan o violan precisamente aquellos actos que en la sociedad civil cumplen la función de demostrar al actor (...), que tiene cierto dominio sobre su mundo –que es una persona dotada de la autodeterminación, la autonomía, y la libertad de acción propias de un adulto. No pudiendo conservar esta especie de competencia ejecutiva adulta, o por los menos sus símbolos, suele invadir al interno el terror de sentirse radicalmente degradado en la escala jerárquica de las edades.” (Goffman, p.53)

De estas afirmaciones, así como de otras precedentes se derivan circunstancias que no nos permiten conocer la verdadera relación, si la hay, entre la institución y el interno. En este contexto es relevante estar atentos a un concepto que Goffman expone y que denomina “tensión”.

Concepto de tensión

Goffman (2004) introduce este término para delimitar la relación que se establece entre el marco de *“interacción simbólica para estudiar el destino del yo, y el modo de referencia psicofisiológico convencional”* (Goffman, p.57). Esto no es otra cosa que uno de los puntos que irremediablemente nos van a hacer analizar al sociólogo canadiense y la relación de su modelo con la realidad asistencial institucional en la actualidad. Supone el cuestionamiento de la presión de la propia institución al interno pero añadiendo la variable psicológica que determinará, sobremanera, el grado de mortificación real que el interno sufre. En palabras del propio Goffman:

“La mortificación o disminución del yo probablemente implican una aguda tensión psíquica para el individuo. Sin embargo, un individuo desengañado del mundo, o

enteramente ajeno a sus culpas, adquiera quizás en esa mortificación un alivio psíquico.” (Goffman, pp.57-58)

Dentro del elenco de representaciones que la institución significa en ese camino de mortificación, Goffman se refiere a la existencia de un sistema de privilegios y castigos, que moldean al interno según su objeto totalizador.

Sistema de privilegios de la institución total

Goffman (2004) continúa desarrollando su modelo institucional, haciendo alusión al sistema de privilegios de los internos. Para el autor, este sistema es de obligada aparición, conforme se va dando la mortificación del yo; al interno le proporciona oportunidades de tener referencias para la reorganización personal, tan atacada por la anulación del rol personal, característica de las instituciones totales. En este sentido, Goffman describe tres elementos básicos del sistema de privilegios:

“(…) en primer término, “las normas de la casa”, que detalla las condiciones principales a las que el interno debe ajustar su conducta. (...). En segundo término, se ofrece un pequeño número de recompensas y privilegios, claramente definidos, a cambio de la obediencia prestada al personal en acto y en espíritu. (...). El tercer elemento en el sistema de privilegios lo constituyen los castigos, que se definen como la consecuencia del quebrantamiento de las reglas. (...) los castigos que se imponen en las instituciones totales son mucho más duros que cualquiera de los que pudo sufrir el interno en su mundo habitual.” (Goffman, pp.58-60)

De todas estas afirmaciones, Goffman nos habla entonces de unas características nítidas del sistema de privilegios:

“Primero, que los castigos y privilegios son en sí mismos modos de organización inherentes a las instituciones totales. (...) Segundo, el problema de la libertad futura se elabora, en una institución total, dentro del sistema de privilegios. (...) Tercero, castigos y privilegios llegan a articularse en un sistema de tareas internas.” (Goffman, pp.60-61)

En cualquiera de los casos, el sistema de privilegios, promulgado por Goffman, tiene como objetivo *“conseguir la cooperación de personas que a menudo tienen motivos para no cooperar.”* (Goffman, p.61). Esto, así contemplado, nos podría

poner a priori frente a instituciones que tienen perfectamente estructurado una manera de conseguir objetivos institucionales, a través de la mortificación del yo, por medio de un sistema de privilegios y castigos. Esto podría ser una acusación muy grave en nuestro entorno, teniendo en cuenta que la normativa autonómica, en materia de servicios sociales, nos remarca la intención de contemplar al anciano-residente como un ser humano individual, sujeto de derechos fundamentales que debemos promocionar. Por estos motivos, es quizás muy interesante en nuestra investigación estar atentos durante los momentos de observación participante, así como durante el transcurso de las entrevistas, a captar evidencias de la existencia de este sistema y, si existe, conocer cuales son las variables que lo dinamizan y los argumentan.

Para Goffman, en las instituciones totales se elabora una verdadera "*jerga institucional*" que solo los internos y el personal conoce, y que "*sirve a los reclusos para describir los acontecimientos cruciales en su mundo particular.*" (Goffman, p.62). Este aspecto es muy importante en la institución, motivo por el que vamos a poner especial atención durante la investigación con la intención de aprehender esta jerga, si existe, y conocer su significado.

Los ajustes secundarios parece ser que es otro de los sistemas que evidencian la totalización de la institución. Para Goffman, son "*(...) ciertas prácticas que, sin desafiar directamente al personal, permiten a los internos obtener satisfacciones prohibidas, o bien alcanzar satisfacciones lícitas con medios prohibidos.*" (Goffman, p.64); el autor completa esta aproximación conceptual añadiendo que "*(...) proporcionan al interno la importante comprobación de seguir siendo el hombre que fue, y de conservar cierto dominio sobre su medio.*" (Goffman, p.64). Esto supone la presencia de códigos y medios de control de la conducta y de los internos entre si, para evitar que estos ajustes sean "*denunciados*" a los miembros del personal. El sistema de privilegios, anteriormente descrito, sirve, según Goffman (Opus cit. p.65), para reconstruir el yo dentro de la institución total, aunque no es el único. Para éste, los procesos de confraternización son el resultado de que individuos distintos y distantes socialmente adquieran hábitos comunes de resistencia a lo impuesto por la residencia. Asimismo, los considera de la mayor importancia por

"(...) la influencia reorganizadora que conllevan, ya que llevan a personas socialmente distantes a prestarse ayuda mutua y a cultivar hábitos comunes de

resistencia contra el sistema que los obliga a una intimidad forzosa, y les impone una sola e igualitaria comunidad de destino” (Goffman, p.65).

De este modo, *“la tendencia a compartir el sentimiento común de ser víctima de la injusticia del mundo, con el amargo rencor consiguiente, marcan una importante evolución en la carrera moral del individuo.”* (Goffman, p.66). Se puede entender que haya personas que asuman las tesis de Goffman, sobre todo cuando no está muy claro si los ancianos, cuando expresan y utilizan un ajuste secundario, voluntariamente o no, lo hacen para defenderse de la institución que les acoge, que Goffman llama “total” por el mero hecho de ser el continente social, o bien de la sociedad que ha creado un recurso social, la residencia, porque ha claudicado en su función protectora, cuando ya no existe como ciudadano activo.

Para Goffman, el ajuste secundario que marca claramente este fenómeno es la *“indisciplina colectiva”*, tal como

“(…) rechazar en masa la comida, y otros tipos de sabotaje menor. Estos actos tienden a tomar el aspecto de insurrecciones: un enfermero, un guardián, un asistente –y aun el personal en su totalidad-, es víctima de molestias (…)” (Goffman, p.67).

Estos ajustes de confraternización pueden tomar otras formas tales como:

“(…) que se forman vínculos más diferenciados. Suele haber solidaridades particulares en toda la extensión de una zona físicamente cerrada, como pueden serlo una sala o un pabellón, cuyos habitantes advierten que constituyen una sola unidad administrativa, y por tanto tienen el intenso sentimiento de un destino común.” (Goffman, p.68)

Esto incluso puede adquirir formas más pequeñas tales como:

“(…) unidades aún menores: camarillas, relaciones sexuales más o menos permanentes, y, lo que tiene acaso mayor importancia, formación de parejas, reconocidas por otros internos como inseparables, de camaradas o consortes que llegan a depender ampliamente el uno del otro en materia de ayuda mutua y apoyo emocional.” (Goffman, p.68)

El personal, describe Goffman, llega incluso en algunas instituciones totales a prohibir tales muestras de confraternidad por suponer una amenaza a la actividad concertada y controlada que suponen los reglamentos (Goffman, p.69).

Todo lo visto hasta ahora nos lleva, según la tendencia marcada claramente por Goffman, a entender que previsiblemente el anciano que entra a una residencia a vivir, utilizará maneras diferentes y diversas de adaptarse a su nueva situación que el sociólogo denomina “carrera moral del individuo”. Así, en palabras de Goffman, existen unas tácticas en el camino del interno hacia la adaptación en la institución, al menos la de tipo total descrita por este:

“(...) en primer término, la “regresión situacional”. El interno retira su atención aparente de todo cuanto no sean los hechos inmediatamente referidos a su cuerpo, que ve en una perspectiva distinta a la de otros que están presentes. (...) Una segunda posibilidad es la “línea intransigente”: el interno se enfrenta con la institución en un deliberado desafío y se niega abiertamente a cooperar con el personal. (...) la intransigencia es típicamente una fase de reacción temporaria e inicial, a la que sigue el desplazamiento del interno a una regresión situacional, o hacia cualquier otra línea de adaptación. La tercera táctica en el mundo institucional es la “colonización”: el pequeño espécimen del mundo exterior representado por el establecimiento significa para el interno la totalidad del mundo: se construye pues una vida relativamente placentera y estable, con el máximo de satisfacciones que puedan conseguirse dentro de la institución. (...) Al individuo que aporta demasiado ostensiblemente este rumbo, sus compañeros suelen acusarlo de “haber encontrado un hogar” o de “no haberlo tenido nunca mejor”. (...) Una cuarta forma de adaptación es la “conversión”: el interno parece asumir plenamente la visión que el personal tiene de él, y se empeña en desempeñar el rol del perfecto pupilo. (...) el converso toma una orientación más disciplinada, moralista y monocroma, presentándose como aquél con cuyo entusiasmo institucional puede contar el personal en todo momento” (Goffman, p.70-72)

No podemos negar lo seductor del planteamiento de Goffman respecto a la relación entre el interno y el personal e incluso entre internos. Diferenciar la conducta del individuo, el interno, en clave de “regresión situacional”, “línea intransigente”, “colonización”, o “conversión” resume, no sin grandes dosis de riesgo, la psique adaptativa de una persona a una nueva situación. Nos parece llevar de manera sencilla a un mundo relacional que, si bien puede evidenciarse en nuestra investigación, no con menos evidencia puede presentarse en el mundo ordinario de las relaciones. Buscando especificaciones concretas en el contexto residencial y sus evidencias, ya sean como resultado de la observación o del

discurso de los entrevistados, preguntaremos, en nuestro trabajo de campo, explícitamente acerca de estas formas de relacionarse.

A partir de este punto, Goffman nos da una clasificación de las instituciones totales entre aquellas que ofrecen al interno la oportunidad de acuerdo con un modelo de conducta que el personal superior patrocina, y aquellas que no auspician oficialmente un modelo ideal. Esto es, si cabe, más arriesgado todavía, teniendo en cuenta la complejidad de las agrupaciones sociales de manera individual. En nuestra investigación, esta parte de las tesis de Goffman (2004) va a estar representada por los documentos legales, es decir formales, y también los no formales, de fines institucionales.

El interno, según Goffman, sale de los inconvenientes relacionales cotidianos haciendo uso no solo de los ajustes secundarios, sino de lo que viene a denominar *“hacer un juego astuto”* que vendría a ser la *“combinación de diversos ajustes”* para dar al interno *“el máximo de posibilidades de salir física y psíquicamente indemne”* (Goffman, p.73). Este tipo de macro-ajuste, hacer el juego astuto, parece ser que difícil de llevar a cabo cuando el interno ya viene de otra institución total o ya ha pasado por experiencias totalizadoras. En palabras de Goffman:

“Para algunos pacientes de las clases bajas que han pasado toda su vida anterior en orfanatos, reformatorios y cárceles, el hospital psiquiátrico no significa, ni más ni menos, que una nueva institución total, en la que también pueden aplicarse las técnicas de adaptación aprendidas y perfeccionadas para otras similares. “Hacer un juego astuto” no representará una desviación importante en su carrera moral, sino un condicionamiento que ya es en ellos una segunda naturaleza” (Goffman, p.74)

Para el sociólogo canadiense, se instituyen una serie de temas que califica de principales en la cultura del interno. Siguiendo los argumentos de Goffman, en las instituciones totales se significa el contexto social idóneo donde se produzcan *“(…) una clase y un nivel particulares de egoísmo”*. En este contexto, el interno *“(…) llega de este modo a hablar y a ocuparse de su yo más de los que acostumbraba hacerlo afuera, y cae en un exceso de compasión de si mismo.”* (Goffman, p.75). Según esta visión, los internos parecerán estar constantemente haciendo referencias a sí mismos en un cuento triste de su vida que inundaría toda la convivencia. Todo esto es acompañado por una actitud de tiempo perdido por parte del interno, lo cual nos lleva directamente a un nuevo tema en la cultura del mismo. Para muchos de los internos *“(…) existe el sentimiento de que todo el tiempo pasado allí es*

tiempo perdido, malogrado o robado de la propia vida." (Goffman, p.76). Estas descripciones nos llevan a deducir un contexto espacial y temporal desmoralizador, donde la esperanza de aprovechamiento vital de un individuo se va marchitando día a día. El propio Goffman llega a sorprenderse en cierta manera de este sentimiento, tal y como refleja en su texto:

"Por duras que sean las condiciones de vida en las instituciones totales, su rigor no basta para explicar este sentimiento de esterilidad absoluta; hay que atribuirlo más bien a las desconexiones sociales causadas por el ingreso, y a la impotencia (habitual) para adquirir dentro de la institución, beneficios ulteriormente transferibles a la vida de afuera" (Goffman, p.76-77)

Esta situación psicológica del interno le hace adoptar mecanismos de compensación de las consecuencias de dicho estado. Las actividades, ya sean de tipo grupal o individual son, en opinión de Goffman, parte esencial de dicho mecanismo compensatorio. El carácter total de las institución, más allá de que hayan o no este tipo de actividades, se verá por la indisponibilidad de este tipo de mecanismos o incluso si es la propia institución total la que las prohíbe, lo cual es muy relevante desde el punto de vista social y antropológico. Estas actividades son esenciales, ya que pueden *"ayudar al individuo a soportar la tensión psicológica habitualmente provocada por las agresiones contra el yo."* (Goffman, p.78). Desde el punto de vista del interés de nuestra investigación, es muy relevante señalar que este tipo de ajustes por parte de los internos se basa en una iniciativa individual, debido a la inaccesibilidad de la institución total.

6.2.2. El mundo del personal

Goffman (2004) hace un apartado dedicado explícitamente al tema de los trabajadores de las instituciones totales, lo cual denota el enorme interés que para este autor tenía esta parte de la organización. Desde nuestro punto de vista, el personal juega un papel clave pues es la representación simbólica de los fines de la propia institución. Al mismo tiempo, nos va orientar acerca de los posibles conflictos internos, y de las tensiones que se crean en la dinámica interna de la organización, si es que se dan. Si los trabajadores de la residencia en nuestra investigación se comportan tal cual espera la organización nos servirá de ejemplo claro del papel más o menos totalizador de la institución; el problema estribaría

en que el personal representara una realidad social cotidiana diferente de lo esperado por la organización. Este va a ser una de las lagunas que intentaremos dilucidar durante nuestra investigación, pues Goffman describe los rasgos totalizadores del personal, pero lo hace asumiendo de partida que los trabajadores representan completamente a la organización que los ampara.

Para el sociólogo, el personal contempla a los individuos acogidos por las instituciones totales como seres inanimados, como objetos y productos. Esta cosificación de los individuos parece ser un rasgo claramente "total" de este tipo de instituciones. Existen algunos ejemplos clave, en la teoría de la institución total, que nos ayuda a detectar este tipo de comportamientos, a saber:

"Y así como cualquier artículo en el curso de procesamiento que pasa por los diversos sectores de una planta industrial va seguido inevitablemente por una papeleta de control, que indica lo que se le ha hecho y por quien, (...) de igual manera un objeto humano que va desplazándose, por ejemplo, a través de un hospital psiquiátrico, debe traer en pos de sí una cadena de formularios informativos, (...). Tal vez haya que registrar, inclusive, la presencia o la ausencia de un determinado paciente en una determinada comida, o durante una noche determinada, si se quiere llevar una contabilidad estricta, (...)." (Goffman, p.83)

La forma en que el personal se presenta a los internos es clave, pues en el modelo Goffmaniano si bien admite que existe lo que viene a llamar "*normas de humanidad*", la procedencia y la representación de las mismas en la vida cotidiana no lo está tanto. La organización y, teóricamente, sus representantes en la institución, es decir, los trabajadores, tienen una cultura o producción cultural propia respecto a lo que los internos necesitan o no. En este sentido, admite Goffman, que pueden darse situaciones un tanto paradójicas tal como refiere en el siguiente caso "*las autoridades de una prisión están obligadas a desbaratar todas las tentativas de suicidio de un penado, y a procurarle asistencia médica integral, aunque para ello hubiera que postergar su ejecución.*" (Goffman, p.84). Salvando las distancias entre las prisiones y las residencias de ancianos, no es difícil encontrar semejanzas al menos en cuanto a la cultura de humanización del cuidado. En un ambiente no penitenciario, sino plenamente social como, al menos en principio, es la residencia de personas mayores, es más fácil circunscribir la paradoja de las normas de humanidad descritas anteriormente pues, partiendo del concepto de ancianos que vive en estos centros y su papel en la sociedad, podríamos presuponer que las

tendencias a una cultura de humanidad son más proclives en este caldo de cultivo que en otros. En este orden de cosas, Goffman nos expone una segunda contingencia, la cual sitúa su origen en *“los estatus y las relaciones de los internos en el mundo exterior, y en la necesidad de tenerlos en cuenta.”* (Goffman, p.85). Según esto, la institución adquiriría un papel de intermediador, e incluso modulador, entre el interno y el mundo exterior, siendo la que regula la forma y la dinámica relacional, aunque solo sea a modo de recomendaciones. Debemos asumir que, a diferencia de las instituciones expuestas por Goffman, las residencias de ancianos tienen unos fines y objetos fundacionales que deben recoger el carácter plenamente social, no mercantil, de su actividad; esto nos dará en nuestra investigación la pista a seguir respecto a la cultura o *“normas de humanidad”*, reflejadas en el párrafo anterior, o la función de *“modulación”* que adopta respecto a posibles agresores externos.

Refiere Goffman, por primera vez, la diferencia entre el grupo del personal y la organización, la cual denomina como *“superiores jerárquicos inmediatos”*, e incluso introduce los agentes externos a la misma organización que denomina *“organismos de control de la sociedad en general”*. Esto lo hace para caracterizar una posición de los miembros del personal que viene a ser de tipo pasivo, sujetos a los improperios incluso de los familiares de los internos, así como a los mandatos de los superiores jerárquicos, a saber:

“En cuestión de normas y derechos, el personal tiene obligaciones precisas cuyo cumplimiento se encargan de recordarle, no solo sus superiores jerárquicos inmediatos dentro de la institución, sino los diversos organismos de control de la sociedad general, y a menudo hasta los parientes de los internos.” (Goffman, p.85)

Esto hace que el personal, por iniciativa propia, prefiera trabajar en salas donde no va a haber, al menos en principio, los controles y los escrutinios de nadie. Así mismo, lo refiere Goffman más adelante: *“en los hospitales psiquiátricos el personal auxiliar prefiere a veces trabajar en las salas “atrasadas”. (...) Hay ciertas frases y expresiones (...), que el personal ha puesto en circulación para designar al paciente fastidioso.”* (Goffman, p.85). Entendemos que esta situación tiene repercusiones muy amplias respecto a la cultura de los miembros de los trabajadores de la institución, lo cual nos obliga a un análisis más profundo del discurso de los entrevistados. En este sentido, una buena manera de aproximarnos podría ser el estudio exhaustivo de los estatutos de las residencias estudiadas en busca de

discordancias entre lo que la organización pretende conseguir con los internos, los ancianos-residentes, y lo que quiere el grupo de trabajadores, el personal.

Goffman adivina el conflicto resultante de las tensiones provocadas por la convivencia de diferentes planteamientos: los del interno, los del personal y los de la organización. Lo describe muy concretamente, de manera que, compartiendo nuestro punto de vista, admite el carácter estructuralista de la organización interna de la institución, de la residencia en nuestro caso. En este sentido, admite que: *“puesto que una institución total funciona hasta cierto punto como un estado, su personal sufre, también hasta cierto punto, las tribulaciones del estadista.”* (Goffman, p.86). Creemos que, de manera muy relevante, Goffman admite los problemas de la estandarización en una institución, tal y como refiere:

“En el caso de un solo interno en particular, es posible que el mantenimiento de ciertas normas tendientes a su beneficio, haga necesario sacrificar otras. (...) Por ejemplo, para salvar la vida de un interno con tendencias obsesivas al suicidio, podría ocurrir que el personal no viera otro recurso que tenerlo bajo constante vigilancia, y aun atado a una silla, en una pequeña habitación cerrada con llave.” (Goffman, p.86)

Estas reflexiones del autor de *Internados* nos facilita mucho el camino para la discusión en nuestra investigación, pues admite la posibilidad de varios tipos de internos, siendo lo que presumiblemente ocurre en las residencias de ancianos estudiadas. Esta situación lleva, en no pocas ocasiones observadas durante los años de experiencia del investigador, a conflictos entre la organización, la familia de los ancianos, los trabajadores y los ancianos-residentes; e incluso se ha podido comprobar la incidencia de situaciones complicadas derivadas de la aplicación de las normas gubernativas, formales por lo tanto, que a veces contradicen las normas informales de la institución. Goffman lo refiere muy claramente a continuación:

“Las normas del trato que un interno tiene derecho a esperar pueden, sin duda, ser incompatibles con las normas que otros legítimamente desean, surgiendo así otro conjunto de problemas de tipo gubernativo. Si se dispone que la puerta principal de un hospital psiquiátrico se mantenga abierta siempre, por consideración a los enfermos que gozan de libertad ambulatoria por la ciudad, habrá que tener encerrados en los pabellones a otros internos que, en caso contrario, habrían podido andar libres por el edificio. (...) pero un conjunto adicional de problemas característicos se

encuentra en el conflicto permanente entre las normas humanitarias, por un lado, y la eficiencia institucional, por el otro.” (Goffman, p.86-87)

La cuestión, leído el párrafo de Goffman, es delimitar las barreras de la eficiencia institucional en que se fundamenta su razón de ser. En nuestra opinión, a falta de profundizar en el estudio de las residencias y de los discursos de sus agentes, esto nos lo va a dar la carta de propósitos, es decir, los fines fundacionales de cualquier entidad no lucrativa como es nuestro caso.

Aunque Goffman etiqueta el objeto de esta reflexión como el mundo del personal, está claro que hace una agrupación terminológica con la organización, sin separarla, tal y como hemos planteado en nuestra investigación. En este sentido, la organización, que él denomina “la institución”, sin más apelativos, adquiere personalidad frente al interno, tal y como aparece en sus aportaciones:

“Así como se eliminan los efectos personales que pueden entorpecer el funcionamiento normal de la institución, si se considera que algunas partes del cuerpo pueden dificultar su eficiente manejo, es posible resolver el conflicto a favor de la eficiencia. Para mantener limpias las cabezas de los internos y clasificar fácilmente a sus propietarios, lo más eficaz resulta raparlas completamente, aunque se perjudique el aspecto físico” (Goffman, p.88)

Esta situación, según el canadiense, puede desembocar en una verdadera cultura de la eficiencia que llevaría a la organización, que recordemos denomina institución, a extremos de vulneración de derechos personales tales como el de libre elección. Así lo refiere:

“Otra diferencia entre el trabajo con personas y los de otro tipo –tal vez la diferencia más importante- consiste en la posibilidad de impartir instrucciones a los objetos humanos a través del ejercicio regular de la amenaza, la recompensa o la persuasión, y en la confianza con que puede esperarse de ellos que las cumplan después por su propia cuenta” (Goffman, p.89)

Las relaciones del personal con los internos pueden hacer que surjan fenómenos muy controvertidos a la hora de ponerlos en tela de juicio como características de una institución total. En este sentido, Goffman refiere que para los miembros del personal es un problema respecto a los internos que aparezca la

“(...) posibilidad de llegar a constituirse en objetos de la simpatía y hasta del cariño del personal, por mucho que éste haya intentado mantenerlos a distancia. Siempre existe el peligro de que un interno parezca humano.” (Goffman, p.90)

Estas afirmaciones tan rotundas nos hacen ver al personal de la institución goffmaniana como alejado del mundo afectivo del interno, de manera que huye de estas relaciones interpersonales. El hecho mismo de poder aparecer empatía hacia los internos hace sospechar a Goffman de que puede emerger el sentimiento del “burnout” en el interno. Esto no es tan fácil en la vida real de manera que, tal y como explica el sociólogo, lo que se da es “una especie de ciclo envolvente” de forma que el personal en un primer momento se acerca al interno, se solidariza con su forma de ser y por tanto de padecer, a continuación, esto le hace sentir mal por lo que más tarde se aleja hasta que desaparece la amenaza y así hasta que finalmente se acerque nuevamente y comience el ciclo otra vez (Goffman, p.90). Esta situación lleva a Goffman a crear una verdadera teoría exculpatoria del personal según la cual ante acciones autodestructivas de los internos, estos se ven obligados a

“(...) apretar los tornillos a estos pacientes, mostrándose en un aspecto agrio y autoritario, precisamente cuando solo buscan impedir que una persona haga contra sí misma lo que, a juicio de ellos, ningún ser humano debería hacer contra otro. En ocasiones semejantes, como se comprende, a duras penas podrá el personal mantener el dominio de sus emociones.” (Goffman, p.91)

A modo de descarga, Goffman entiende que el personal queda expuesto “(...) a la hostilidad y las protestas de los internos, a quienes generalmente no puede oponer otro argumento que las perspectivas racionales auspiciadas por la institución.” (Goffman, p.91). A partir de ese momento, entiende que son las instituciones, en sentido amplio, lo que nosotros metodológicamente hemos decido asumir que son las organizaciones de cada institución, y no el personal, las responsables de estas tensiones. Esto lo tiene tan claro que, incluso, deja muy precisamente referido que las instituciones totales interpretan de manera particular sus fines de modo que:

“Salta a la vista que las instituciones totales están lejos de cumplir los fines formalmente declarados. Algo menos fácil es advertir que cada uno de esos objetivos o conjunto de ellos parece admirablemente apto para proveer un significado estratégico:

un lenguaje aclaratorio que el personal, y a veces los internos, puedan luego extender hasta el último resquicio de actividad en la institución. El esquema interpretativo de la institución total empieza a operar apenas ingresa el interno, ya que el personal piensa que en ingreso demuestra prima facie que el recién llegado tiene que ser el sujeto especialmente previsto en los fines de la institución.” (Goffman, p.92)

Esta interpretación de los fines lleva a Goffman (2004) a reflexionar sobre la manera en que las instituciones interpretan sus fines, si es que los tienen, lo cual explica a través del concepto de *“teoría de la naturaleza humana”*. Goffman introduce esta conceptualización para explicar la manera como la institución total significa un desarrollo de una versión funcionalista de la vida moral. Goffman explica que para que la institución encuentre sentido a las formas de ser de sus internos, ésta debe desarrollar un cuerpo de supuestos previos sobre el carácter de los seres humanos. Teniendo en cuenta el tipo de internos, en nuestro caso de ancianos, que habitan la institución, el personal desarrolla la teoría de la naturaleza humana, que *“racionaliza la actividad, proporciona un medio sutil para el mantenimiento de la distancia social con los internos así como una imagen estereotipada de ellos, y justifica el trato que se les da.”* (Goffman, p.95).

Para Goffman, otro contexto explicativo de la institución total se da en lo que viene a llamar *“trabajo”*. Este trabajo se refiere al realizado por los profesionales, para diferenciarlo del que llama *trabajo realizado por los internos*, que se da en el contexto de los talleres y en otras actividades de la residencia. En esta línea discursiva, Goffman acusa a las instituciones totales de tener bajo su cargo a profesionales que no están satisfechos de su trabajo, ya que estos sienten que su labor no es otra que la de servir de reguladores del comportamiento de los internos. A ojos de los miembros del personal, su trabajo solo tiene valor para la institución de cara a afuera, de manera que no es apreciado por la organización si no es para mostrarlo a las visitas cuando acuden. En este sentido, podemos apreciar, por primera vez en Goffman, la diferenciación que establece dentro del grupo del personal y que es la misma que hemos seguido en nuestra investigación. Por un lado, se encuentran los profesionales, miembros del equipo laboral con capacitaciones especiales y, por otro, están los que no tienen dichas capacidades, pero, contrariamente a los primeros, están más íntimamente relacionados con los internos. Un ejemplo del primer grupo serían los titulados universitarios que planifican las tareas de las auxiliares de geriatría (enfermeras,

médicos, fisioterapeutas, psicólogos, etc) y en el segundo grupo distinguiríamos a dichas auxiliares. La sensación de disconformidad con el trabajo, apreciada por Goffman en el grupo de los profesionales, la extiende también al de los miembros que están más cerca de los internos, es decir, las gerocultoras o auxiliares de geriatría. Según el canadiense, por un lado están sujetas a someter a los internos a la obediencia a la institución, y por otro deben ser garantes, aunque sea de manera aparente, de las normas humanitarias de la misma (Goffman, pp.99-100).

Un punto muy desarrollado por Goffman, como criterio de totalización institucional, es todo lo que ocurre en torno a lo que viene a denominar "*ceremonias institucionales*", lo cual no es sino la expresión social de las relaciones entre los grupos de los internos y del personal, aunque la organización, la institución en sentido goffmaniano más amplio, también influye, aunque sea muy previamente, propiciando estos fenómenos. Según Goffman, las barreras delimitadas entre la vida íntima y la laboral del personal, de cara a la vida institucional, puede verse borrada respecto a los internos. Los ciclos envolventes, descritos más arriba como mecanismos por los que opera la discordancia entre los fines institucionales y las normas humanitarias del personal, pueden dar como resultado momentos en los que las vidas del interno y del personal se entremezclan, que significa "*subversión de la autoridad y de la distancia social*". Esto puede verse ejemplificado, en términos goffmanianos, en actos de "*vinculaciones personales ilícitas o equívocas que atraviesan la línea divisoria personal-internos*". Nos expone, a modo de ejemplo, la disposición del tiempo de los internos que hace el personal de la residencia, lo cual crea la sensación de trasposición de fronteras simbólicas que hace que el personal se vea "*obligado a mostrar cierta consideración por sus servidores, y se siente imposibilitado de mantener la distancia habitual*", algo que en opinión de Goffman hace que los internos se sientan contentos al poder romper estos límites (Goffman, pp.100-101). El sociólogo nos deja muy claro que "*estas prácticas expresan unidad, solidaridad e interés conjunto en la institución, antes que diferencias entre ambos niveles.*" (Goffman, p.101). Este autor introduce un concepto muy interesante a colación de este tema, como es el de "*relevo de rol*", y que utiliza para explicar el intercambio de roles entre interno y personal. Goffman nos adelanta que, dentro de estas prácticas, puede estar la elaboración de la revista de la institución, cuyos colaboradores se reclutan de entre el total de

internos y cuyo trabajo es censurado y controlado por una representación del personal. En cuanto a su contenido

"(...) todo este material expresa el enfoque oficial de las funciones de la institución; la teoría del personal sobre la naturaleza humana; una versión idealizada de las relaciones entre el personal y los internos, y la posición que debería adoptar un converso ideal: en suma presenta la línea de acción de la institución. (...) Los colaboradores, por su parte, se comprometen a seguir la ideología oficial, exponiéndola como internos a sus iguales." (Goffman, p.103)

Así visto, parece muy sencillo aprehender el carácter total de una institución con solo analizar el contenido de este material escrito y gráfico (en el caso de que exista).

Siguiendo la misma línea en el descubrimiento de significaciones simbólicas de "relevo del rol", Goffman nos advierte de la aparición reciente (hay que contextualizarlo temporalmente a finales de los años 60 del siglo XX) de otras formas como son "ciertas variedades de "autogobierno" y "terapia de grupo"" (Goffman, p.104). Según esta forma particular,

"Se concede a los internos el privilegio de pasar un tiempo en un medio relativamente "no estructurado" o igualitario, y aun el derecho de expresar sus quejas. Se espera de ellos, en compensación, que sean un poco menos fieles a los hábitos de resistencia, y un poco más sensibles al ideal del yo que el personal les traza." (Goffman, p.104)

En la normativa autonómica murciana (Comunidad Autónoma de Murcia, 2005) que rige el funcionamiento mínimo de los recursos sociales tipo residencia, hay alusiones claras a la obligación de la organización de estas de establecer mecanismos para garantizar la realización de reuniones en grupo con los internos, donde se garantice la participación. A estos mecanismos se les llama comúnmente "órganos de participación". Será un ejercicio antropológico de reflexión muy interesante analizar los puntos de encuentro lejanía con el modelo propuesto por Goffman (2004).

Otro tipo de ceremonia institucional, que sirve de ejemplo a Goffman, es la celebración anual de una fiesta, que el refiere en criterios de mínimos, y que establece casi obligatoriamente en la Navidad. En ésta los límites relacionales entre el grupo del personal y el de los internos se desdibujan nuevamente. Hay una afirmación casi "arriesgada" que relaciona a la institución total con la

Navidad, tal que *“la fiesta anual suele asociarse en las instituciones totales, a la celebración de Navidad”* (Goffman, p.05).

Goffman sigue su exposición de las ceremonias institucionales aunque a partir de este momento de puertas para afuera. Si hasta ahora, habíamos visto las representaciones simbólicas que la institución significa hacia los internos, ya sea a través del personal o directamente, Goffman introduce la dimensión externa a la representación de la institución. Así, expone que:

“Las representaciones ocasionales del teatro de la institución ante un público de extraños sin duda ofrece a los dos grupos un fondo contrastante para sentir su unidad. (...) Se va difundiendo la costumbre de celebrar el día anual de “casa abierta”, en que puede invitarse a los parientes de los internos, y aun al público en general, a recorrer las instalaciones.” (Goffman, p.107)

En la misma línea, marcada por Goffman, en cuanto a las ceremonias institucionales de carácter externo, se puede comprobar que también incluye las representaciones que de manera voluntaria se escenifican ante extraños a la institución. Este sería el caso de las visitas, ya sean de los propios internos o de personas que van en busca de información. Ante esta situación, Goffman nos describe cómo se organiza toda una exhibición institucional, de tal modo que:

“Importa considerar aquí cómo es la sala de visitas, en algunas instituciones totales. Tanto por la decoración como por el comportamiento, esos ambientes están mucho más cerca de las pautas que rigen en el mundo exterior, que de las condiciones reales que prevalecen en el alojamiento de los pacientes. La visión que así obtienen los visitantes de los internos en la sala de visitas, contribuye a disminuir el peligro de futuras presiones ejercidas ulteriormente sobre la institución. Al cabo de un tiempo, las tres partes en juego –interno, visitante y personal- tendrán conciencia de que la perspectiva de la sala de visitas ha sido intencionadamente falseada” (Goffman, p.109)

Asimismo, Goffman describe un completo juego de prácticas para ocultar deliberadamente a las visitas instalaciones y lugares que puedan causar mala impresión, e incluso exhibir exclusivamente a *“unos pocos internos asombrosamente serviciales y a las secciones más destacadas del establecimiento”* (Goffman, p.109). Estas prácticas pueden extenderse más allá de lo meramente estético, pasando incluso a controlar y perseguir conductas que pongan en conocimiento del mundo exterior

las prácticas internas de la institución. Goffman defiende que dicha práctica se suele hacer en la institución total a través de la correspondencia, a saber:

“El derecho del personal a limitar, inspeccionar y censurar la correspondencia que sale del establecimiento, y las advertencias frecuentes contra todo comentario negativo acerca de la institución, contribuyen a mantener la idea que tienen las visitas sobre el establecimiento, (...)” (Goffman, p.109)

Existen casos extremos de escenificación ante “los extraños”, los de afuera, como, por ejemplo, el caso de la visita de un representante de la administración, que “represente la conexión que existe entre el funcionario jerárquico superior y algún departamento del gobierno que ejerza, desde el mundo exterior, la supervisión de todas las instituciones semejantes” (Goffman, p.110). Este aspecto es muy relevante ya que nos presenta la relación entre institución total y Administración. Goffman lo describe de la siguiente manera:

“Cualquiera sea en la vida real el efecto de estas visitas, parecen servir a todos para recordar que la institución no constituye en realidad un mundo autónomo, sino que está burocráticamente subordinado a las estructuras del mundo exterior” (Goffman, p.110)

Estas palabras ponen el acento en el carácter plenamente estructuralista de la institución residencial, y si bien no disculpa la forma de ser y proceder de una institución determinada, pone el interés en el carácter representativo, desde el mundo simbólico, de una sociedad mayor que elabora una serie de prácticas para atender a personas. En este sentido, una residencia de ancianos, si podemos confirmar la existencia de estas prácticas, es como mínimo la mano ejecutora de una mente mayor, más determinada si cabe, que no es otra que la del Estado. Goffman incluso describe las prácticas simbólicas que se despliegan en estas visitas de carácter oficial, del siguiente modo, a saber

“Primero: la parte de la institución exhibida será probablemente la más nueva y moderna (...). Segundo: el despliegue no tiene porqué referirse a los aspectos francamente ceremoniales –canteros floridos y cortinas almidonadas-, sino que con frecuencia destacará aspectos utilitarios, como el flamante equipo de cocina o un complicado instrumental quirúrgico. (...) Por último, cada número de la exhibición forzosamente llevará implícitas ciertas realidades importantes, que si bien no podrían causar la misma impresión, pueden ser en cambio significativas. La exhibición de una

serie de fotografías en los vestíbulos de los establecimientos totales, para mostrar el ciclo de actividades del interno ideal con el personal ideal, apenas tiene relación con los hechos que caracterizan la vida de la institución.” (Goffman, p.111)

El papel del personal, en opinión del Goffman, trasciende la mera supervisión para introducirse en el mundo del interno mimetizándose con la vida cotidiana ideal de la institución. Normalmente, en las instituciones de tipo total descritas por Goffman, asiste a estas ceremonias institucionales *“un funcionario de alta jerarquía como símbolo de la dirección y de todo el establecimiento”*. Normalmente se viste bien, con un papel de repartidor de sonrisas y actitud paternal respecto a los internos; *“estos de manera recíproca probablemente muestren timidez y respeto”*(Goffman, p.114-115).

De manera general, Goffman afirma que estas ceremonias suelen presentarse de manera espaciada suscitando interés social, y estando todos los grupos del establecimiento, internos y personal, asociadas a ellas. En este sentido, para Goffman citando a Durkheim: *“estas prácticas ceremoniales se prestan a un análisis en el sentido de Durkheim: una sociedad peligrosamente dividida en internos y personal puede a través de estas ceremonias mantenerse unida”* (Goffman, p.115). Goffman se cuestiona, igualmente, hasta qué punto los mencionados *“relevos del rol”* crean una solidaridad real entre los miembros del personal y los internos, más allá de los mecanismos de conservación de la institución. Si bien es cierto, declara el sociólogo canadiense, que *“una institución total acaso necesita ceremonias colectivas porque es algo más que una organización formal; sus ceremonias son a menudo insípidas y forzadas, porque es algo menos que una comunidad.”* (Goffman, p.116). Esto, en opinión de Goffman, confirma lo precario de la realidad social de las instituciones totales. Dicho fenómeno supondrá un cuestionamiento de la propia institución pues cuanto más se remarque la diferencia entre grupos de personas radicalmente diferentes, más cerca estaremos de hablar de instituciones totales pues una de sus principales proezas reside en *“exhibir una diferencia entre dos categorías construidas de personas –diferencia en calidad social y en carácter moral; diferencia en las percepciones respectivas del yo y del otro”* (Goffman, p.117).

Goffman termina de explicar su modelo, aceptando determinadas limitaciones tales como la falta de estudios que evidencien subcategorías dentro de cada grupo, internos y personal. Hace una aproximación, no exenta de conjeturas, acerca de como dentro de la dinámica de la institución total adquiere

gran peso el personal de contrato indefinido que está trabajando largo tiempo, y que se encuentra en una posición intermedia entre los miembros de la dirección y los internos. Este tipo de trabajadores son los encargados de transmitir, en gran medida, las tradiciones en la dinámica social y son los responsables de perpetuar el modelo total de institución. Como encargado de tan ardua tarea, este tipo de trabajador es el *“encargado de exponer a los internos las exigencias de la institución, trayéndose así su odio, y desviándolo del personal superior.”* (Goffman, p.119). En este tipo de escenario no es de extrañar que cuando un interno logra acceder al personal de la organización, la dirección por ejemplo, *“pueda encontrar en ella una bondad paternalista y una actitud benévola.”* (Goffman, p.119). Otro aspecto a tener en cuenta en el grupo del personal sería *“la adopción de ciertas formas específicas de deferencia, de las que serían dadores los internos y receptor el personal.”* (Goffman, p.121). Esta deferencia, en las instituciones totales, estaría *“asentada sobre una base formal, en cuya virtud se plantean las exigencias específicas y se determinan sanciones negativas específicas para las infracciones”* (Goffman, p.121).

Como aportación más interesante de Goffman, al final del capítulo dedicado al mundo del interno y del personal, cabe señalar la diferenciación exhaustiva que hace entre los tipos de institución total. Para él solo hay tres grandes tipos, a saber:

“En un extremo, está la entrada totalmente involuntaria de los condenados a prisión. (...) En el extremo opuesto, se sitúan las instituciones religiosas, que solo tratan con quienes se sienten “llamados” a esa vida (...). A medio camino entre los dos extremos, hay instituciones como el ejército en lo que respecta a los conscriptos; los internos están allí obligados a servir, pero se les brindan muchas oportunidades de entender que este servicio es justificable y se les impone en atención a sus intereses más altos.” (Goffman, p.123-124)

De este modo tan esquemático e ilustrativo, Goffman nos explica cómo el reclutamiento de los internos va a catalogar el tipo de institución total a priori, la cual se sumará la intencionalidad del personal *“a provocar un cambio autorregulador en el interno.”* (Goffman, p.124).

Es muy relevante también para nuestro trabajo el concepto de *“permeabilidad de las instituciones totales”*, que emplea Goffman para hablar del *“grado en que las normas sociales que rigen en su interior y las que rigen en la sociedad circundante se han influido recíprocamente, y han llegado por tal medio a minimizar las*

diferencias." (op.cit., p.124). Para Goffman, destaca en las instituciones totales un grado de impermeabilización que en éstas se considera necesario para crear "*poco a poco una orientación hacia un esquema propio del honor*". De esta manera, se crean, incluso, clases dentro del grupo de los internos, importadas del mundo exterior, y se facilita la permanencia en estas, ya que se recuerda a los internos que la institución "(...) *no es un simple depósito de basura, destinado a recibir los desechos de las clases inferiores; que el destino del enfermo no ha sido una mera consecuencia de su ambiente social.*" (op.cit., p.124-125). Esta cultura de clases también incluye al personal, de manera que, por ejemplo, los miembros de la dirección de la institución pertenecerían a clases sociales superiores a las de, por ejemplo, las gerocultoras o auxiliares de geriatría, y ambas categorías estarían por encima de los internos (op.cit., p.126). Sin embargo, el hecho de que las categorías más bajas del personal, en nuestro caso las gerocultoras o auxiliares de geriatría, puedan compartir la procedencia social con los internos hará posible un canal de comunicación natural entre el mundo del interno y el personal superior. Goffman aboga incluso, radicalizando desde nuestro punto de vista su discurso, a "(...) *hacer cierto caso a las distinciones sociales ya establecidas en la sociedad circundante, si solo de este modo puede despachar los asuntos que necesariamente tenga con ella y hacerse tolerar por ella.*" (op.cit., p.127).

Cabe señalar que dentro de la exposición que hemos realizado del modelo resumido de Goffman (2004) para la institución total, nos hemos centrado especialmente en aquellos rasgos que nos permiten encontrar similitudes con una significación conductual de los agentes de la residencia, haciendo más fácil, esperamos, la comprensión de la dimensión social del interno.

7. ORGANIZACIÓN SOCIAL DE LA INSTITUCION RESIDENCIAL

En una investigación de corte social, como la nuestra, no podemos dar por sentado que la residencia de personas mayores sea una institución, y en el caso de asumir este concepto, necesitaríamos saber qué elementos sociales la condicionan y la delimitan.

No podemos obviar que toda sociedad constituida se visibiliza ante sus miembros, los individuos, de manera más menos significativa, lo cual obliga a un ejercicio de construcción intelectual no exento de ciertos riesgos. Es importante delimitar conceptualmente la estructura social, ya que según Firth (1971:19-98) ésta sería el conjunto de individuos con rasgos generales asociados y característicos, conformado por elementos individuales (los individuos), que están relacionados y cuyas relaciones obedecen a ciertas regularidades. Haciendo un ejercicio ascendente en la referida estructura social, la residencia sería en sí misma una estructura social formada a su vez por segmentos, entendidos estos como partes de la estructura que por diversas razones presenta algún rasgo o rasgos comunes en las personas que los conforman. En nuestra estructura social, de momento, estos segmentos serían los ancianos-residentes, los cuidadores de los mismos-trabajadores-, los miembros de la organización y la dirección y las familias de los ancianos. De manera análoga, la residencia, entendida como estructura social, sería al mismo tiempo uno de los segmentos de una estructura mayor como la Administración Pública en la Región de Murcia competente en materia de Servicios Sociales; esta administración sería a su vez segmento de otra estructura social como el Gobierno Regional de Murcia, que, a su vez, formaría parte de otra estructura macrosocial que sería el Estado. Esta explicación nos posiciona como investigadores en una línea explicativa de la realidad social muy próxima al estructuralismo, lo cual nos va a permitir hacer un estudio organizado de las relaciones entre los diversos segmentos-estructuras que componen nuestro análisis. Lógicamente, por la extensión de nuestro trabajo, hemos decidido profundizar en la estructura social de la residencia, y todos sus segmentos, pero sin arrinconar la presencia social de las otras estructuras superiores, en un intento

de apoyar nuestras argumentaciones posteriores, así como nuestro punto de partida teórico. Creemos muy pertinente, una vez identificados los segmentos de nuestra estructura social particular –la residencia de personas mayores-, conocer como se relacionan entre sí dichos segmentos. En este sentido, algunos autores complementan la delimitación conceptual de estructura social con la de organización social, de manera que para ellos:

“El estudio de la organización social es el estudio de la dinámica de la interacción humana, uno de los aspectos de la cultura real. La estructura social es la descripción de la cultura ideal, relativamente más estática”. (Cynthia & Pertti, 1979: 69-70)

Queda más que patente que, para los autores citados, la organización forma parte de la estructura social. Una vez que tenemos identificada la residencia de ancianos como un evento social determinado, creemos muy relevante su estudio como elemento determinado y determinante en sus relaciones intra y extragrupalas. La forma de hacer esta aproximación nos la alumbra claramente otro autor. La residencia es claramente una institución (Nadel, 1974:169), lo cual se evidencia y recuerda constantemente cuando se habla de ésta. En ella operan diferentes grupos, y es en este marco donde tienen sentido y se expresan. Si bien Nadel (op. cit. pp.161-162) nos habla de diferentes tipos de grupos en función de las instituciones donde operan, nos quedamos con la aproximación conceptual que de éstas hace cuando se refiere a la misma como *“las formas determinadas de acuerdo con las cuales los hombres entran en contacto en las relaciones sociales, y así se producen los grupos”*. Visto así, y aproximándonos al sector asistencial formado por distintos grupos que operan alrededor de la atención a los ancianos, entendemos que la residencia no es sino un tipo más del total de las instituciones sociales existentes. Por definición, todas las organizaciones tienen metas y estructuras formales; estas últimas se orientan a la prosecución de las primeras; las metas, entonces, definirían los propósitos de la organización, su razón de existir, mientras que las estructuras formales representan los medios racionales utilizados para lograr dichas metas (Taylor & Bogdan, 1987:257). Siguiendo esta línea, marcada por Taylor y Bogdan (1987), podemos entender que las relaciones de los grupos entre sí en torno a un fin determinado, aunque con intereses individuales diferentes, pueden llegar a definir el tipo de institución que conforman, en este caso la residencia. Tanto las metas organizacionales, como las estructuras formales, actúan como mitos legitimantes empleados para obtener el apoyo del

público externo (Taylor & Bogdan: 258). Si la realidad social que rodea a la existencia humana es tan compleja como todos intuimos, resulta difícil asumir que todos los grupos que operan en torno a la residencia, vista como institución, lo hacen de manera similar en todos los lugares donde se da este fenómeno institucional y en todos los momentos temporales. Si aceptamos la realidad cambiante de la existencia humana, y cómo esta influye y es influida por fenómenos sociales, no nos queda otro camino que aceptar que si bien la residencia es teóricamente una institución, los grupos que la conforman, afectados por sus variaciones, darán lugar a diferentes subtipos de instituciones. Así contemplado, podemos hacer el camino contrario en nuestra investigación, es decir, estudiar los diferentes grupos sociales que existen en torno a la residencia como institución para poder acercarnos a una aproximación conceptual y terminológica de la residencia como institución. Podríamos aprehender qué es lo que prevalece de manera común en todos los subgrupos, ya que esto definiría claramente lo más institucional de la atención residencial, y también podríamos captar las variaciones entre estos grupos, porque esto nos daría información sobre cómo y por qué operan los grupos ante un mismo fenómeno que no es otro que la atención residencial destinada a ancianos. Creemos que es muy pertinente acercarnos al mundo que rodea a los diferentes grupos que forman la residencia como institución, ya que su definición, como tal grupo, no tiene por qué ser definido por ella solamente (Nadel, p.162).

7.1. GRUPOS DE PERSONAS

Para poder establecer de manera más o menos coherente la composición grupal en la residencia es imprescindible buscar la raíz de dicha coherencia. Por ello, la institución residencial se visibiliza como una estructura social, ya que las unidades sociales sobre las cuales se centran los estudios antropológicos no son un conjunto aleatorio de individuos. En estas unidades sociales el comportamiento de sus integrantes y sus relaciones están ordenadas y reguladas, lo cual nos ha permitido definir ciertos rasgos generales asociados y característicos de dichas unidades. A pesar de que la bibliografía (Firth, 1971:19-98) nos habla de segmento para referirse al conjunto conformado por elementos relacionados y cuyas relaciones obedecen a ciertas regularidades, en nuestra investigación nos hemos decantado por denominarles “grupos” o “agentes

sociales” de manera indistinta. Los miembros de los grupos que se pueden identificar en una residencia, como institución, tienen conciencia de pertenencia, expresado por diferentes estatutos, aunque en mayor o menor grado. Así nos podemos encontrar con situaciones donde los individuos se identifican más o menos con su papel dentro del grupo y por ello dentro de la misma institución.

Sobre los grupos que operan en una residencia de ancianos, debemos recordar que, para definirlos, debe cumplirse la condición de que sea un agregado de individuos que mantiene relaciones regulares y relativamente permanentes, comportándose entre sí y con los individuos ajenos al grupo de una manera determinada, específica, previsible y esperada (op.cit. p39). Estas relaciones serán visibles, por tanto, solamente en los modos institucionalizados de co-actividad, constituyendo los derechos y deberes de que están investidos los individuos. Esta será una de las maneras más importantes de identificar al individuo como “persona” dentro del grupo, y se podría entender como la manifestación del yo dentro del grupo. Es quizás, en este punto, donde Goffman (2004:58) mantiene una postura más clara cuando dice que una de las características de las instituciones totales es la “mortificación del yo”, como ya hemos visto con anterioridad. Las dificultades del individuo por hacer prevalecer su yo dentro del grupo, y en su relación con otros o no dentro del modo institucional, se puede confundir con la presión ejercida voluntariamente por una parte de la institución, es decir, por uno u más grupos que operan en ella sobre el individuo, o sea mortificándolo. Además, la manifestación de la presión excesiva de otros grupos sociales de la institución sobre el individuo puede dar lugar a la despersonalización del yo, a su destrucción. Esta situación también se puede dar en entornos institucionales donde los grupos sociales que rodean al individuo no ejercen presión alguna en contra de éste, siendo el resultado de una situación psicológica y social deteriorada, desestructurada previamente, del individuo. Según Goffman (2004:18):

“Emplearemos el término grupo social solo si se trata de una categoría definida de personas, asociada a un plan para la “acción colectiva”; sus miembros deberán tener un patrón estable y abarcador de interacción mutua”. (Goffman, 2004:18)

Esta condición parece cumplirse en el caso de las propuestas grupales que haremos en nuestro trabajo de investigación. La diversidad de perfiles humanos y profesionales que componen la residencia hace muy pertinente la consideración

de grupos sociales dentro de la estructura institucional residencial. Recurriendo a Ember y Ember (1997:236-237), hemos intentado delimitar los grupos basándonos en algunas características tales como: la existencia de algún tipo de estructura oficial institucionalizada, exclusión de algunas personas como miembros, posesión de intereses y propósitos comunes, posesión de un sentido de orgullo perceptible y de sentimiento de pertenencia y el mantenimiento de un orden interno dentro del grupo y otro externo en relación con otros grupos e instituciones. Algunos de estas características son más o menos evidentes y otras solo aparentes, las cuales deben ser investigadas en el presente trabajo.

A la hora de establecer una tipología de grupos, Kaufmann y Frías (1996:123-124) proponen una, en base a la estructura y organización de las residencias privadas que son:

- a) Grupo de ancianos residentes que viven en el centro.
- b) Grupos de trabajadores del centro.
- c) Grupo de familiares de los ancianos que viven en el centro.
- d) Grupo de la organización.

A esta propuesta de grupos, siguiendo a los autores referenciados, nos atrevemos a añadir, aunque con intencionalidad de discutir el orden externo de la residencia, dos grupos más con significación externa:

- a) Administración Pública en materia de Servicios Sociales.
- b) Administración Pública en materia de Sanidad.

Más adelante, ahondaremos en cada uno de estos grupos con la finalidad de exponer las características que aparentemente los constituyen como miembros de un grupo y no de otro.

Según Bock, (1985:164-171) los grupos cumplen determinadas funciones sociales, que son:

1. Función para una misión específica: se trata de la inclinación natural del grupo a la consecución de objetivos precisos en su entorno.
2. Función de control: afecta fundamentalmente a la preservación y desarrollo de su reproducción del grupo.
3. Función expresiva: orientación del grupo hacia las necesidades psicológicas de sus miembros.

Siguiendo a Nadel (Nadel, 1974), son de gran utilidad los criterios de la formalidad de la estructura, el grado de continuidad en el tiempo, el medio de

reclutamiento, el tipo de identificación, y el grado de integración de sus miembros.

A continuación, vamos a explicar con detalle la tipología de grupos propuesta por Kaufmann y Frías (1996:123-124):

- *Grupo de los ancianos que viven en el centro.* Son también llamados residentes por el resto de los grupos. Ellos no suelen autoidentificarse con este término. Kaufmann y Frías (op. cit. p.106) les llama "anciano-cliente". Goffman (2004:66) les llamará "internos". En no pocas ocasiones suelen utilizar la palabra "nosotros" para hablar de cualquier situación que les afecte, aunque sea de tipo individual. Así cuando un anciano entra al despacho de la directora a solucionar cualquier problema sobre la comida siempre acude a la presión ejercida por el "nosotros" cuando extrapola su reivindicación al resto para presionar a la organización del centro con el fin de conseguir sus propósitos. Viven en régimen de internado durante todos los días del año. Su perfil será estudiado más adelante, aunque aparentemente es bastante heterogéneo.

- *Grupo de trabajadores del centro.* Son personas que se rigen por estatutos legales y particulares de este tipo de recursos; Kaufmann y Frías (1996:106) les llama "personal". Goffman (2004:82) les llama "los guardianes". Su perfil profesional es variopinto, pues es el resultado de incluir en el mismo espacio físico y conceptual políticas sociales, laborales y empresariales que obedecen a distintos intereses; así, por ejemplo, en categoría profesional de gerocultora muchas de las trabajadoras no tienen estudios reglados y homologados, sino un título no oficial de "auxiliar de geriatría", el cual ha sido expedido por entidades no oficiales, desde el punto de vista educativo, y no sometido a los controles de calidad que la formación reglada se autoimpone.

- *Grupo de familiares de los ancianos-residentes.* Supone un verdadero grupo, pues su presencia en la atención residencial determina en gran medida las metas de la organización misma. Su constatación en las residencias es más bien reciente, por la naturaleza histórica de estos recursos. En la forma "asilar" de residencia, el familiar no existía o no quería estar presente, en cambio, en la forma residencial la familia forma parte de la unidad de atención, su opinión no solo cuenta sino que es temida y acogida con cierta preocupación, tal y como señalan Kaufmann y Frías (1996:112). Los familiares son la voz de la residencia hacia la Sociedad y, por

ello, la relación de estos con el recurso condiciona de cierta manera la forma en que se realiza la atención y, en definitiva, se conforma la institución. Resulta muy pertinente citar, quizás por la escasez de bibliografía en relación al papel de las familias en las residencias, el trabajo de Padierna (Padierna, 1994:40-50), el cual nos explica los diferentes roles que la familia puede adquirir en las residencias.

Otros autores, posteriores también, han hecho aportaciones en este sentido, basadas por entero en las proposiciones de Padierna (1994). Así, Marín y Martín (1996) incluyen en su referenciado Manual de Buena Práctica un brevísimo capítulo dedicado a la intervención con las familias, en el que proponen de manera destacada y concreta un enfoque basado en la familia como fuente complementaria de cuidados, aunque de su lectura emana una profusión de referencias que nos recuerdan a los otros enfoques de Padierna, tales como la inclusión de las familias en las gestiones de nuevos recursos, la participación en asambleas y reuniones, etc. (Marín & Martín, 1996:56-57).

Quizás un tanto diferente es la propuesta que hacen García y Gómez (2010:49-51), las cuales plantean un modelo asistencial a los sistemas familiares basados en el familiar como cliente, aunque no lo manifiesten de manera concreta. Dentro de su propuesta, la constitución de grupos de autoayuda parece ser un punto clave para favorecer el proceso adaptativo del familiar al entorno residencial; también lo es el planteamiento de atención al familiar en los momentos previos a la muerte del anciano residente, así como la atención al duelo.

Grupo de la organización. Lo contemplamos como grupo ya que representa los intereses de los patronatos de las fundaciones, de las juntas directivas de las asociaciones; lo forman los directivos de las residencias, su papel es poner en marcha el proyecto empresarial, sea o no lucrativo, en el cual se va a realizar a una atención a un anciano, ya sea como objeto último del proyecto o como medio del mismo. Esto último es lo que diferencia claramente la iniciativa mercantil lucrativa de la no lucrativa. Es la relación entre la organización y el resto de actores que operan en la dinámica residencial institucional lo que caracteriza a estos. Según algunos autores (Gómez, 2015), este papel de las organizaciones determinan, de manera concisa, la función social de las iniciativas no lucrativas respecto al resto de estamentos asistenciales. Respecto a la manera de materializar los objetivos de la organización, en la dinámica diaria de las residencias, tiene

mucho que ver la persona o personas que representan a la organización. Esa persona o personas ostentan el cargo de director técnico de la residencia. Kaufmann y Frías (1996:106) refieren que *“en la actualidad, un gerente no puede ser solamente un administrador; debe ser un «líder», un motivador y conductor de las personas integrantes de la organización, dado que se trata de realidades humanas complejas, que operan en ambientes inciertos, en los cuales se necesita un liderazgo que provea la visión necesaria para orientar los esfuerzos comunes.”*

Velasco (2006), revisando a Anthony Giddens, hace una muy clara exposición de cómo las organizaciones, e instituciones, hacen una reconfiguración de su papel cara al usuario planteando escenarios alternativos donde el usuario (en nuestro caso sería el paciente o residente) cree tener más seguridad en la relación; esto parece ser ilusorio pues si bien los intentos de las instituciones están dirigidos a proporcionar un ambiente más propiciatorio a la relación, en el fondo no es más que una manipulación. Velasco (op. cit. p.34) lo refiere más exactamente de la siguiente forma:

“El pensamiento de los autores es que en la modernidad tardía la repersonalización de los sistemas expertos frente a los usuarios es una estrategia discursiva con base en una retórica de la confianza. De esta forma los sistemas expertos y sus instituciones se quitan parcialmente la máscara para adquirir rostro humano. Frente a lo opaco de los sistemas expertos y su racionalidad instrumental se intenta la humanización en clave de satisfacción, proximidad, atención, calidad, personalización del servicio, etc. Pero ese lenguaje de confianza densa se opone a unas prácticas de confianza figurada y confianza-sospecha entre expertos y usuarios.”

Así, la residencia, con todos sus elementos, sería definida en clave de uno de esos sistemas expertos donde tras la aparente relación de cercanía, de confianza figurada, propiciada en unos casos por sus Estatutos fundacionales, otros por su carta de servicios, y en todos ellos por la normativa legal vigente y su relación de derechos de los ancianos (Comunidad Autónoma de Murcia, 2005), se seguiría dando una relación de desconfianza subyacente.

7.1.1. Reclutamiento

Tanto más importante que hablar de los grupos es hacerlo de la manera en se incluye a las personas en los mismos. En nuestra investigación, este aspecto cobra especial relevancia ya que, por ejemplo, en el grupo de los ancianos este reclutamiento vendrá determinado por lo que hemos convenido en denominar “motivo de ingreso” y “voluntariedad del ingreso”. Estas etiquetas, en sí mismas, sirven para describir los ritos de reclutamiento, si se dieran en el caso de los ancianos, pero no podemos descartar ciertos elementos formales e informales en el resto de los grupos estudiados.

En el caso de las trabajadoras, el reclutamiento es claramente voluntario, aunque se perciben modos de reclutamiento dependiendo de la naturaleza jurídica, e incluso de los fines de las residencias de ancianos. Así, cuando hablamos de residencias de tipo público, el reclutamiento de las trabajadoras viene determinado por condiciones que nacen de los principios de igualdad de derechos de un ciudadano ante la posibilidad de ocupar una plaza pública, ya sea en propiedad o en régimen de interino. La cosa es distinta cuando nos referimos a las residencias de tipo privado, ya que la contratación se hace aparentemente de manera diferente según se trate de un tipo u otro de institución privada. En este sentido, y según nuestra experiencia en este sector, las residencias de tipo mercantil contratan a nuevos miembros según criterios diversos tales como edad, formación complementaria, antecedentes de morbilidad laboral (incapacidades temporales y contingencias comunes, principalmente), así como la existencia de recomendaciones especiales por parte de personas relevantes del ámbito. En el caso de las instituciones no lucrativas, estos criterios de reclutamiento siguen las mismas prerrogativas, aunque se añade un punto clave que convendría tener en cuenta, se trataría de la situación social de la persona a contratar; es decir, hay una tendencia a contratar a personas que se encuentran en situaciones de precariedad socio-económica, aunque no hay directrices claras respecto a los mínimos que deben cumplir las/os candidatas/os a ser reclutadas.

Cuando intentamos aproximarnos a la realidad que influye en el internamiento de una persona mayor en una residencia, nos encontramos con distintas perspectivas teóricas. En nuestra investigación, tal y como venimos indicando, nos vamos a basar en el modelo teórico de Nadel (1974:161-201) para intentar explicar la dinámica social en cuanto a los grupos se refiere. Llegados a

este punto del marco teórico, es quizás importante empezar a hablar de manera más específica de los criterios de reclutamiento que se siguen en las residencias a la hora de introducir nuevos miembros en sus límites.

Siguiendo a Nadel (op. cit. pp. 167-172), y vistos los requisitos formales de ingreso en residencias, el reclutamiento en España entendemos que es de tipo cerrado, pues de alguna manera se imponen condiciones de entrada por parte del Estado, aunque sean las organizaciones quienes asuman la responsabilidad de su cumplimiento. Y esto es válido tanto para las plazas contratadas por la Administración como para las que son en régimen no público. Si bien es cierto que Nadel (op. cit. p.178) nos habla que en *“los grupos totalmente cerrados (...) los individuos que llenan ciertas condiciones son automáticamente reclutados”*, en el caso de los ancianos que ingresan en residencias se debe de dar lo que él llama *“acontecimiento indicador”*. Lo que entra en el terreno de la reflexión sería hasta qué punto dicho acontecimiento indicador sería el contacto con el sistema experto (Velasco, 2006:190) o bien el ritual del ingreso físico en la residencia. Es importante contemplar esta visión desde la perspectiva de la voluntariedad del ingreso; si bien se considera, por la normativa vigente, la obligación de respetar la voluntariedad del ingreso por parte del anciano en una residencia, el preingreso de éste en el grupo previo anteriormente señalado puede ser resultado de una baremación por parte de la Administración siguiendo la normativa vigente (Comunidad Autónoma de Murcia, 1994); también puede ser debido dicho ingreso al acceso involuntario a otros recursos sociales o sanitarios. Ejemplo de esto último podría ser la derivación, por parte del personal de un hospital, a una residencia de un anciano que ha sufrido un infarto cerebral o una caída con fractura de cadera.

Nos gustaría señalar un ejemplo de ingreso en una institución o admisión de uso de un recurso por baremación de la administración. Destacamos el ingreso previo del anciano en un Centro de Día, o su admisión en el Servicio de ayuda a Domicilio (más conocido como S.A.D.), para lo que tendría que concurrir en un compendio de requisitos de entrada y de salida. En los Centros de Día se entiende como requisito de salida del mismo el padecer incontinencia urinaria total o una demencia en estadios avanzados. La normativa vigente (Gobierno de España, 2011) solo regula la capacidad funcional de valerse por si mismo, es decir, el baremo ahora no es el expuesto según el antiguo Decreto 31/1994 (Comunidad

Autónoma de Murcia, 1994), sino el del Real Decreto 174/2011 (Gobierno de España, 2011). En la práctica diaria, a esta baremación se adjunta un informe social, que incorpora situaciones previstas en el antiguo Decreto 31/1994, dando lugar a una mezcla de las dos normas, la primera de manera formal y la segunda de manera informal. Visto esto, podemos afirmar, siguiendo nuevamente a Nadel (1974:168) que en estos casos *“el deseo de entrar no tendría papel alguno, son totalmente obligatorios”*, y por ello obvian la voluntad expresa del individuo. Las cualidades que poseen los ancianos que pretenden acceder a una residencia son *“contingentes”*, o recibidas. La convivencia no es estrictamente un principio de reclutamiento sino una obligación consecutiva a aquel. Es quizás en este punto teórico donde surja la inflexión entre distintos modelos teóricos, a saber principalmente en nuestro caso Goffman (2004) y Nadel (1974). El último nos recuerda que las características de los individuos que forman el grupo de ancianos residentes no propician hablar de *“comunidad”*, *“los mecanismos de la asociación tienen que compensar la pérdida del carácter de comunidad; las técnicas de comunicación harán posible la extensa coordinación de la conducta; el mecanismo administrativo la reforzará; y los sistemas de ideas apoyarán la conciencia de pertenencia conjunta que ya no puede nacer de la proximidad y de la familiaridad”* (op. cit. p. 170); esta es la forma idealmente concebida por Nadel (op. cit. p.200) para interactuar y establecer la dinámica social dentro de la residencia. Esta circunstancia es difícil de materializar, teniendo en cuenta la cantidad de normas externas e internas en la institución residencial que, en mayor o menor medida, apoyarán las citadas técnicas de comunicación entre los miembros, al igual que la provisión del sistema de ideas para crear la conciencia de pertenencia conjunta. Goffman (2004:17), por su parte, defiende la inexistencia de tales facilitadores, a favor de que estos no anulen el *“yo”* del anciano que vive en una residencia. Las ideas de Nadel (1974), respecto al reclutamiento (op. cit. p. 171), pueden incluso explicar la dinámica de los cuasi-grupos que se pueden crear dentro del grupo de los ancianos que viven en residencias, definidos por variables tales como nivel de estudios, clase social a la que pertenecía antes del ingreso, situación económica, padecimiento de enfermedades, etc.

7.2. RELACIONES ENTRE LOS GRUPOS

Tal y como señala Nadel (1974:172), *“el orden interno de los grupos está constituido por los derechos y obligaciones diferenciales de las personas. Pueden ser considerados cualitativamente, como tales y cuales acciones que se hacen manifiestas entre tales y cuales personas”*. Así expuesto y atendiendo a los grupos señalados en el epígrafe anterior, los ordenamientos formales e informales que los regulan se fundamentan, y proliferan, en los conceptos de estatus y rol en la residencia de ancianos.

Cyntia y Pertti (1979:69-70) evidencian que los grupos *“son depósitos de poder y autoridad. La organización tiene su origen en las semejanzas y las diferencias humanas”*. Según estos autores, las posiciones de semejanza vendrían determinadas por la colaboración en la acción que da origen a expectativas comunes; la diferencia vendría dada por el sentido de semejanza, ya que éste se justifica en términos de afirmación de la personalidad social y cultural diferente a otros grupos o personas en función de características biológicas como el sexo, el parentesco, etc. (opus cit, p69). Teniendo en cuenta estas afirmaciones, nos debemos centrar en el estatus y el rol de los miembros de los grupos. Según Cyntia y Pertti, el estatus vendría definido de la siguiente manera:

“La interacción se da entre individuos de acuerdo con las posiciones que dichos individuos ocupan en la estructura social. Cada posición o categoría dentro de la estructura social recibe el nombre de status” (opus cit. p69)

Para estos autores, el rol se define en función del estatus, es decir: *“cada estatus conlleva un rol, un conjunto de comportamientos que se espera de la persona que ocupa dicho estatus”* (opus cit. p70). La relación, entonces, entre estatus y rol es estrecha de manera que: *“los estatus son las posiciones, relativamente estáticas de la estructura social, en tanto que los roles, son el desempeño activo de las responsabilidades que acompañan al estatus”* (opus cit. p70). Relevantes son, en este sentido, las afirmaciones de Ralph (1936) sobre el estatus y rol que, en nuestra opinión, complementan perfectamente las aportaciones de Cyntia y Pertti (1979), aunque estos últimos hicieran sus aportaciones años posteriores a Ralph (1936). Ralph atribuye un significado concreto al estatus, como colección de derechos y deberes.

Siguiendo el esquema propuesto por Kauffmann y Frías (1996:123-124), los diferentes colectivos que se pueden distinguir en una residencia serían los grupos

de ancianos, los grupos de trabajadores, los familiares y el grupo de personas que toman decisiones en la residencia. A continuación, desarrollamos el análisis de las relaciones que operan en cada grupo.

7.2.1. Grupo de los ancianos que viven en el centro

Sobre la relación de los residentes entre sí, desde un punto de vista de micronivel, es ilustrativo el trabajo de Bazo (1991), realizado en un grupo de residencias de ancianos de Vizcaya, cuyas principales aportaciones son las siguientes:

“La tercera parte declara que tiene algún amigo/a íntimo en la residencia, aunque en varios casos parece que el concepto de «amistad íntima» no es entendido de la misma forma por todas las personas.”

“Las otras dos terceras partes son más categóricas en sus respuestas. Menos de la cuarta parte de ellas declara que no tiene amistades íntimas, habiendo incluso quien manifiesta que tampoco las desea”

“La falta de empatía parece común, atisbándose a veces un cierto desprecio e incluso rechazo hacia las demás personas.”

“Un aspecto señalado en las entrevistas es el rechazo existente en parte de las personas más sanas a compartir el espacio con aquellas que se encuentran en el estado de salud más deteriorado. En general, las personas están segregadas por plantas o secciones según su estado de salud.”

De estos trabajos de investigación, como la de Bazo (1991) y regulaciones jurídicas, no podemos obtener información de los roles que desempeñan los miembros de los grupos ni tampoco los estatus que operan. Así, tanto en los trabajos de Bazo (1991, 1996) como de Barenys (1993), la imagen que sustraemos de los ancianos, que en las residencias viven, es muy particular, pero no nos da información acerca de las relaciones. Si bien es cierto que estas autoras constituyen un punto clave a la hora de contextualizar teóricamente cualquier trabajo en español que trate de las residencias, su descripción de los actores sociales que en éstas operan no es extensa. Esto es lo que hace, precisamente, necesario plantear esta cuestión como nuclear en nuestra investigación.

7.2.2. Grupo de trabajadores del centro

A diferencia de otros grupos, no hemos encontrado referencias explícitas a las relaciones entre los miembros del grupo de trabajadores, al menos desde un punto de vista antropológico. Nuestra experiencia, en el campo de estudio, nos aporta cierta información que, al no poder ser contrastada con otras referencias con más rigor científico, podría incurrir en ciertos riesgos de generalización que no correspondan con la realidad. Nuestra investigación profundizará en este contexto relacional con el objetivo de arrojar más luz a este aspecto.

7.2.3. Grupo de familiares de los ancianos-residentes

No existe, al día de hoy, experiencias formales de regulación del grupo de familiares de ancianos residentes.

Padierna (1994) expone el clientelismo como motivo por el cual las familias son incluidas a veces por la organización dentro de la dinámica relacional intrarresidencial. Esta situación se dé quizás en unos tipos de residencia más que en otros, debido a los intereses mercantiles de base en su nacimiento como recurso, en comparación con los de orden solidario o no lucrativo de otros. En cualquier caso, y sea por el motivo que sea, podemos afirmar que las familias se encuentran dentro del orden interno de la residencia, a pesar de que algunas de estas familias no vayan a las residencias a visitar a sus ancianos, por numerosos y diversos motivos, según nuestra experiencia profesional. Para entender la relación entre el grupo de familiares y la organización de la residencia es muy pertinente observar el trabajo de Kaufmann y Frías (1996:120); estos autores defienden que existe una relación que denominan “paradójica” entre la organización y las familias de los ancianos, pues por un lado intentan ganárselos mientras que por otro, y simultáneamente, prefieren mantenerlos a cierta distancia. En su trabajo, los autores referenciados aluden a la “*mala conciencia*” que pueden mostrar las familias tras dejar al anciano en la residencia, motivos, por el cual, señalan, se producen quejas y discusiones hacia el personal y la propia organización. Otros trabajos posteriores, en este sentido, no parecen compartir la opinión de los primeros, de esta forma, una publicación del IMSERSO (2010a) explica cómo las familias se comportan, de cara a la organización, a veces un tanto recelosas, como contrapunto a una situación de cambio de rol social por su parte; igualmente, se

añaden algunas pautas para entender este tipo de comportamientos que deben estar sujetos a una intervención profesional por parte de la organización, sobrepasando la mera crítica personal hacia las familias.

7.2.4. Grupo de la organización

El grupo constituido por la organización es variado, tanto en su formación de base como en su papel en el desarrollo de la actividad. Dependiendo del tipo de entidad de la que hablemos, podemos ver mayor o menor implicación en la atención residencial. Se puede considerar como organización todos aquellos puestos de gestión encargados de tomar decisiones en un nivel mayor o menor; así se puede considerar organización tanto a un patrono de una fundación, como a una religiosa que organice el trabajo en el centro, como a un director técnico del mismo. Puede resultar muy interesante la estructura organizativa visualizada a través del organigrama del centro, ya que en éste se tipifica el grado de responsabilidad y, en cierto sentido, la jerarquía profesional dentro de la residencia, la cual depende del tipo y estilo de organización. A nivel interno, no existe normativa legal, ni en el ámbito regional ni en el nacional, que nos oriente a conocer cómo se interrelaciona este grupo. A modo orientativo, la organización, como grupo, se regula, en principio, en función de los fines fundacionales o constitutivos. Si hablamos de entidades mercantiles, tipo sociedad limitada, sociedad limitada unipersonal o sociedad anónima, los principios y valores, es decir, su razón de ser, vendrán recogidos en sus estatutos, los cuales suelen ser formatos preestablecidos donde no se suele incluir cláusula social alguna. El caso de las entidades no lucrativas es distinto pues, por el origen social que constituye su razón de ser, incluyen en sus estatutos, además de los forzosos artículos legales, una relación más o menos extensa de fines sociales, principios y valores altruistas y filantrópicos; estos mismos principios son los que, de una forma más o menos clara, condicionan el estilo o el arte que cada una de estas organizaciones imprime en la forma de gestionar sus recursos para obtener el bien del anciano atendido. El papel de anciano en los distintos sectores, ya sea como sujeto o como objeto, ha sido tratado muy recientemente (Izquieta, 2011:12-18). En el caso de las congregaciones religiosas, su carta de principios viene reflejada tanto en la Regla, que rige su funcionamiento, como en las regulaciones que pueden ir más o menos incluyendo los Palacios Episcopales de cada una de las Comunidades

Autónomas; este último caso es el de las congregaciones, que probablemente sean el caso más claro de autorregulación del grupo a nivel interno en función de unas premisas mayores comunes a todos sus miembros (marcadas por la vocación y la misma Iglesia como institución reguladora universal) y otras menores (definidas en cada una de las Reglas de cada congregación que diferencia los “estilos de atender” entre diferentes congregaciones). Un claro ejemplo de esto último puede ser el caso de la congregación de las Hermanas Carmelitas del Monte Carmelo y las Hermanas de los Pobres; las dos prestan actualmente servicios gerontológicos a los ancianos de la Comunidad Autónoma de Murcia, entre otras comunidades autónomas de España. Las primeras cobran por la atención prestada una cantidad de dinero determinada y las segundas solo aceptan la caridad vecinal, ambas según su Regla se le permite, o incluso, como en el caso de las Hermanitas de los Pobres, se le obliga. Quedaría por estudiar las entidades públicas, como organización, dentro del contexto de la atención residencial. Resulta difícil establecer organismos organizadores claramente diferenciados, de tal modo que pudieran actuar como actores dentro del juego de rol de la relación intergrupos; en la Comunidad Autónoma de Murcia, el Instituto Murciano de Acción Social, a través de la Dirección de Personas Mayores, dependientes de la Consejería de Política Social, actúan, a todos los efectos, como entidad reguladora del mismo tipo que las mercantiles o las no lucrativas. Es difícil, en las entidades públicas, identificar a personas que claramente representen la figura que toma decisiones en función de los fines fundacionales o constitutivos, tal y como refieren Kaufmann y Frías (1996:116-117).

Hasta aquí, todo lo que podemos decir sobre las relaciones intra-grupos. Respecto a la relación entre organización y familiares, no parece haber evidencias de un modelo relacional debidamente instituido. Esto es posible por la naturaleza jurídica de las organizaciones residenciales, las cuales han sido investidas, inevitablemente, de una verdadera teoría moral que las justifica, sustenta y explica el devenir en la dinámica social. En este sentido, algunos autores, ya referenciados (Padierna, 1994), se han aproximado a este tipo de relación desde un punto de vista claramente inferencial, y sobre el que se han apoyado otros posteriormente (Marín & Martín, 1996; García & Gómez, 2010) a la hora de establecer programas asistenciales dirigidos a familiares. Dichos programas suelen tener un punto de vista unidireccional, que no evidencia los conflictos que

podieran derivarse de la relación organización-familiares, y no tiene en cuenta el posible sentimiento de culpa que supuestamente sienten los familiares al ingresar al anciano-residente.

Tal y como refería Nadel (1974:183), este tipo de relaciones constituyen el verdadero orden interno de la institución. Podemos afirmar, tras la lectura del material anteriormente referenciado, que existen relaciones de autoridad y de poder. Las figuras de autoridad, es decir, *“las reconocidas como cosa esperada y de jure”* (Nadel, p.190) están claramente diferenciadas de manera jerárquica. Así se deduce de la lectura de los organigramas de estructura piramidal. Las figuras de poder se establecen más o menos silenciosamente; solo Goffman (2004:63) habla clara y específicamente de la relación entre el *“interno”*, refiriéndonos en este caso al anciano residente, y del *“personal”*, haciendo alusión a los trabajadores de la residencia, existiendo una clara situación de poder ejercido por estos últimos sobre los primeros. Si bien la relación entre organización y trabajadores está claramente determinada por los convenios colectivos concretos, no ocurre lo mismo en la relación anciano-residente y trabajador. En este binomio se identifican claramente una serie de lagunas bibliográficas al respecto, lo cual en gran medida deja huérfana esta parte de la investigación que deberemos iluminar con un trabajo de campo que nos permita identificar las variables que existen en esta relación. Solo Bazo (1991: 152), haciendo alusión a los resultados de un estudio realizado en residencias de ancianos de Vizcaya, nos aclara que *“respecto a la relación con el personal, casi todas las personas han respondido en un primer momento que las relaciones con los miembros del personal en general son buenas”*.

Como modelo comparativo, debemos explicar minuciosamente el modelo goffmaniano, el cual parte de un gran trabajo de campo en hospitales neuropsiquiátricos. Debemos recordar que Goffman (2004) nombra a los asilos como uno de sus grupos de ejemplos de institución total, por lo que entendemos que las extrapolaciones conceptuales, que tanto Barenys (1992), como Bazo (1991), y otros tantos autores más contemporáneos, tal como Rodríguez (2007, 2010), han hecho partiendo de este modelo, son interpretaciones no exentas de riesgos, tal y como es el caso del autor de la presente investigación. Sobre el anciano, Goffman (2004) lo llama interno-residente. Este autor explica, de una manera un tanto concreta, no exenta de riesgos interpretativos, las relaciones que se pueden dar en una institución total, que no olvidemos es como caracteriza entre otras a los asilos,

es decir, a las residencias de ancianos actuales, según las versiones de las citadas Barenys (1992), Bazo (1991) y Rodríguez (2007, 2010).

Más allá de particularismos, la exposición del modelo goffmaniano nos ayudará a enmarcar el mundo de las relaciones entre los diferentes agentes sociales, o grupos sociales que componen el orden interno de las residencias. Este sociólogo no nos habla del grupo de los familiares, lo cual, de manera ya preliminar, nos dice mucho de la capacidad totalizadora de las instituciones que describe y, por ello, podría entenderse como una de sus principales limitaciones. Desde nuestro punto de vista, no es tanto una limitación, como la intención de describir, prolijamente, por parte de este autor, las relaciones precisas que en las instituciones de su época se daban. Recordemos las dudas que, en el momento de definir los grupos sociales, hemos tenido en lo concerniente a incluir el grupo de los familiares en el orden interno o externo.

Las preguntas que cabe hacerse, llegados a este punto teórico, son: ¿dentro de la residencia hay ancianos con peor prestigio social-estatus que otros?; y si esto se cumpliera las preguntas podrían ser: ¿En qué se basa la escala de valores en que se fundamenta el prestigio-estatus dentro de una residencia? Y ¿quién impone este prestigio-estatus?, ¿la organización?, ¿otro grupo además del propio?. Nadel (1974:191-192) parece que explica estas incógnitas a través de los vaivenes de la posición social; éste refiere que *“los distintos grupos de edad de una sociedad se pueden diferenciar colectivamente por la posición social; (...) La diferencia social tiene, pues, que cortar transversalmente las diferencias fisiológicas y ligarse a la especie “ser humano”*. El papel social adquirido que juegan algunos ancianos, definidos por situaciones más o menos desviadas respecto al resto, hacen que el poder y la autoridad, representada por el Estado-Sociedad, impongan una serie de derechos y obligaciones, es decir, un estatus, que puede llegar a condicionar su existencia, y en el caso que nos ocupa, confinándolos *“voluntariamente”* bajo el techo de una vivienda residencial. Se puede entender que los ancianos dependientes de terceras personas (ya sean estas familias, trabajadores y/o alguna organización) sufren un desplazamiento social en relación al grupo mayor de ancianos como clase social definida dentro de la sociedad. Se constituye, de este modo, un cuasi-grupo dentro del grupo de ancianos (Nadel, p.192), el de los dependientes, desvalidos socialmente respecto al resto, a través de una serie de

atributos adquiridos con el tiempo, en función siempre de la escala de valor con la que se mida su papel y su relevancia social.

Lo explicado anteriormente puede extrapolarse a la relación organización y ancianos-residentes, ya que cada uno ostenta una posición social y, por ello, un estatus dentro de la residencia (otra cosa diferente sería la posición social que puede ostentar la organización fuera de la residencia y dentro de la sociedad, la cual estudiaremos en el apartado del orden externo). Otra cosa bien distinta es la forma de ejercer la autoridad por parte de la organización respecto a los ancianos residentes, que vendrá determinada por la normativa legal vigente y por un código ético y moral que la identifique como proveedora de servicios especializados para personas mayores o ancianos. En las residencias de tipo no lucrativo, el ejercicio de la autoridad se basa en ciertas teorías de la naturaleza humana y del cuidado de personas ancianas. La posición de la organización se complica un poco cuando debe lidiar con la tensión relacional característica del grupo de internos-residentes, y la tensión relacional del grupo de trabajadores con el grupo de ancianos-residentes. Haciendo referencia a Kaufmann y Frías (1996:114) *“se trata de crear un ambiente de afecto y respeto con la suficiente flexibilidad y claridad de normas que permita a cada anciano percibir una continuidad, no un cambio, en su vida. Esta es otra función de la dirección que encaja en el concepto de «cuidado de la organización», el cual va más allá de la organización del personal, distribución de tiempos, tareas, control, etc.; crear un ambiente familiar en el que los ancianos puedan reconocer la residencia como su hogar.”*. Hay trabajos interesantes acerca de la relación existente entre residentes y la organización; cabría destacar el ya citado trabajo de campo en las residencias de ancianos de Vizcaya, realizado por Bazo (1991), en el que se afirma que:

“Se aprecia un cierto distanciamiento con la dirección. En algún caso no saben quién es el director/a. En otros casos declaran ver poco a la persona que dirige el centro. Sin duda, las diversas funciones que debe cumplir un director/a de residencia impiden en ciertos casos una relación más cercana. Varias personas han reconocido que el número elevado de residentes (cuando se trata de una residencia de tamaño mediano o grande) dificulta una relación más personal con la dirección. Habitualmente, el trato verbal entre director/a, personal y residentes es mutuamente de usted y siempre correcto, según las personas entrevistadas.” (Bazo, p.153)

8. METODOLOGIA

8.1. APROXIMACIÓN TEÓRICA

El proceso de diseño del presente trabajo de investigación ha estado, desde el primer momento, influido por el rol “participativo” del investigador, ya que habitualmente forma parte del ámbito de estudio de éste. Esta circunstancia, junto con las lagunas de información, sobre todo de tipo sociodemográfico, que se han evidenciado en el proceso de búsqueda de datos para la elaboración del marco teórico, han determinado de manera especial la forma en que se ha abordado el presente epígrafe metodológico. Esta circunstancia, lógicamente, condicionará los posteriores pasos de recogida de datos, análisis y exposición de resultados y discusión, junto con las conclusiones. En este sentido, se pronuncian Gehrig y Palacios (Gehrig, Rainer & Palacios, 2014), citando a González Ávila y a Cerrillo, los cuales refieren que:

“(...) la investigación cualitativa busca incluir, de manera más o menos dialógica y abierta, el punto de vista, las subjetividades de los sujetos de estudio, y lo hace desde una cercanía relativamente participativa del investigador, lo cual hace saltar por los aires cualquier intento de clausura de la cuestión que remita a términos experimentales” (op.cit.p13)

Nuestra percepción de la metodología cualitativa empleada se encuentra próxima a las aportaciones de Sautu (2001), de las cuales emana un discurso que se apoya en el planteamiento, previo a toda investigación, de una teoría sustantiva sobre la cual se apoya dicha investigación, o así se desprende al menos de sus palabras:

“Finalmente, en toda investigación, sus conclusiones se evalúan en el marco de su aporte a la teoría sustantiva sobre la cual se apoyó su realización, sea para clarificarla, expandirla o rechazarla. Los datos sin teoría, cualquiera sea la manera como fueron recogidos, no tienen interés académico. (...) En nuestra experiencia, como ya dijimos, concebimos a la teoría como el hilo conductor, el andamiaje sobre el

que se construye una investigación, desde los supuestos sobre los que se apoya, los conceptos o proposiciones que la encuadran hasta las conclusiones a que dan lugar.”
(opus cit, p 76)

Esto, no podemos negarlo, se contrapone a planteamientos teóricos algo más posteriores, como los de De la Cuesta (2006a), la cual, al menos en la investigación dentro del campo de la salud, se apoya de manera destacada en la Teoría Fundamentada, la cual trata de construir teoría y no basarse en ella. En este sentido, nuestra investigación se decantaría, en un primer momento, más por la utilización de la Teoría Fundamentada como método cualitativo, salvo por una cuestión de radical importancia. Esta cuestión radica en que la Teoría Fundamentada, desde sus planteamientos por parte de Glaser y Strauss (1967), no concuerdan con nuestro punto de partida, ya que nuestra investigación se basa, al menos parcialmente, en la teoría de Goffman sobre instituciones totales; además, también hemos utilizado nuestra experiencia en el campo para ir construyendo el guión de la entrevista. Por todo ello, asumimos que sabemos en parte lo que queremos al iniciar nuestra etnografía, lo cual entendemos que contradice en gran medida los supuestos axiomáticos de la Teoría Fundamentada, sin desligarnos por completo de ésta. En concreto, De la Cuesta (2006a) la resume en tres supuestas estrategias características, entre la que destaca la tercera, a saber: “(...) los procesos analíticos suscitan el descubrimiento y desarrollo teórico y no la verificación de teorías ya conocidas” (opus cit, p 138). En este sentido, la autora da peso a su argumentario al referir que “la Teoría Fundamentada entonces, enfatiza el descubrimiento y el desarrollo de teoría y no se basa en un razonamiento deductivo apoyado en un marco teórico previo” (opus cit, p 138). Giraldo (Giraldo, 2011) se pronuncia en la misma línea argumental que De la Cuesta (2006a, 2006b), de manera que refiere la Teoría Fundamentada “(...) como método que permite facilitar el abordaje de cualquier exploración que esté relacionada con los comportamientos, emociones y sentimientos, las experiencias vividas así como al funcionamiento organizacional y los movimientos sociales” (opus cit, p 79). Estos argumentos, si bien atractivos en otros sentidos, suponen el punto exacto donde nuestra investigación se define claramente, al menos desde el punto de vista del método empleado, esto es claramente una etnografía. En este sentido:

“Su principal finalidad es la descripción y, en muchos casos, la explicación de formas culturales concretas. Se renuncia, en muchos casos, a la búsqueda de leyes universales a favor de descripciones detalladas de la experiencia concreta de la vida dentro de un grupo cultural y de las reglas o patrones que la construyen” (Atkinson & Hammersley, 1994:24)

Aunque nuestra investigación no estuviera basada en un marco teórico, más o menos amplio, como es nuestro caso, no podríamos obviar la experiencia del investigador, así como su contacto permanente, en calidad de observador involuntario, con el campo de estudio. Esto, entendemos, le dota de una serie de presunciones que, incluso sin calificarlas de hipótesis, constituyen una “teoría” previa a la investigación que nos ocupa. Partiendo de este punto, no podemos afirmar que nuestra investigación esté basada en la Teoría Fundamentada, al menos por completo, aunque más tarde veremos que las herramientas que utilizamos son compartidas con este método. Nuestro posicionamiento recuerda a la recensión que Raymond (2005) hace, precisamente, del planteamiento previo o posterior de la teorización de la investigación; en este sentido, este autor refiere dos polos marcadamente enfrentados. Por un lado, la Teoría Fundamentada constructivista o positivista, dando la sensación de que esta división se hace basada en el momento de la presentación temporal de los supuestos teóricos. Así planteado, la Teoría fundamentada sería de corte positivista si presentara unos supuestos teóricos que habría que confirmar o rechazar, ya sea en forma de hipótesis o no. Esto no deja de ser, desde nuestro punto de vista, una reducción arriesgada de la disertación, pues no deja espacio precisamente a los presupuestos teóricos derivados del conocimiento del medio donde se desarrollará el trabajo a estudiar por parte del investigador y que, según este autor, lo desautorizaría para realizar dicha investigación. Por otro lado, el modelo constructivista estaría delimitado por la voluntad interpretativa del autor de la investigación. En este sentido, nuestra investigación se encaminaría por los derroteros de la percepción de la realidad de manera hermenéutica. Esto no es del todo cierto, pues no podemos negar que partimos de ciertos presupuestos teóricos y la información que poseemos condiciona, en parte, nuestras disertaciones.

La metodología cualitativa en la que se fundamenta el diseño de la presente investigación, así como todo el proceso de recogida de datos y de análisis de los mismos, entre otros, se significa en lo que Krause (1995) ha venido a denominar *el*

paradigma interpretativo. En este sentido, para Krause “(...) los adherentes al paradigma interpretativo postulan una realidad dependiente de los significados que las personas le atribuyen. Es decir, lo que la gente hace o dice es producto de cómo define su mundo” (opus cit, p 24). Es decir, según este modelo llamado interpretativo, la tarea del investigador científico será:

“(...) estudiar el proceso de interpretación que los actores sociales hacen de su “realidad”, es decir, deberá investigar el modo en que se le asigna significado a las cosas. Esto implica estudiarlo desde el punto de vista de las personas y enfatizar el proceso de comprensión (verstehen) de parte del investigador” (opus cit, 25)

De manera lógica, estas conclusiones nos llevan a un nuevo punto de disertación que se encuentra en relación al papel del investigador. Nuestra investigación estaba, de nacimiento, marcada por la experiencia de su autor en el campo de estudio y su relación laboral y profesional con el campo de trabajo, lo cual entendemos que podría suponer un riesgo por cuestiones tanto de carácter ético como de rigor científico. Esta cuestión fue resuelta tras el análisis de las aportaciones de Aranda y Grajales (2001), entre otros. Estos autores afirman que “(...) en la investigación cualitativa (...) el control por parte del investigador tiende a reducirse al mínimo” (opus cit, p 66), lo cual nos pone en una situación apropiada para hacer nuestro trabajo de campo, ya que un papel más activo podría dejar entrever influencias explícitas por parte del investigador. Se intuye un aire de profundo cambio en cuanto al planteamiento del papel del investigador en ciencias sociales, y que podemos ver tanto en Zárraga (2009), como en Vallés (2009). Estos autores redactan, incluso, sus artículos en primera persona desmarcándose de las corrientes más puristas que, a través del lenguaje (esto es, el uso de la tercera persona del plural, o incluso las formas verbales impersonales), alejan al investigador, el observador del fenómeno, de su investigación con una clara intención de no contaminar los resultados con sus aportaciones particulares. Vallés (2009b) anota una serie de reflexiones, basadas precisamente en las experiencias de los investigadores, poniendo de ejemplo el oficio de historiador, en concreto de Gabriel Jackson, y que el autor del artículo entiende que entronca con propuestas metodológicas clásicas y actuales. En este caso, con el que nos identificamos plenamente, la calidad e incluso la supuesta deficiencia de los datos disponibles estarían paliados por la “(...) noción de “honradez intelectual”, lo que incluye como sugerencia la opción de hacerse visible como

autor. No solo explicitando “sus métodos de selección” (de los materiales reunidos), sino también los “compromisos ideológicos y emocionales” (opus cit, p 21). Junto a la “honradez intelectual”, Jackson destaca, en boca de Valles, “la importancia de la experiencia personal”. Vallés (2009) cita igualmente a otros autores, además de Jackson, tal que Lazarsfeld, el cual destaca que:

“(...) su modo de investigación responde a “un nuevo estilo” e indaga sobre “sus posibles raíces”. Una primera, que denomina “componente ideológico” y que relaciona con la motivación política detrás de buena parte de sus estudio primeros, en Viena” (opus cit, p 23).

El aspecto ético de nuestra investigación emana en no pocas ocasiones, como más tarde comprobaremos. Teniendo en cuenta estas aportaciones, nuestra investigación encuentra un marco teórico sólido y firme donde el investigador, es decir, el autor de esta etnografía, se sitúa en una posición de legitimidad teórica y empírica. Esto lo hace, ya sea mediante el marco teórico previo, como por las presunciones derivadas de la propia experiencia profesional y laboral en el campo de estudio, y que entiende le ayudará a entender mejor lo visto, oído y leído, tanto a los interlocutores en su contexto fenomenológico (la residencia de ancianos), como en las bases documentales relacionadas con éste. Situándonos en el marco conceptual del paradigma interpretativo, el investigador “no supone un observador ajeno a la realidad estudiada sino, muy por el contrario, un investigador inmerso en ella, a fin de que pueda comprender su significado” (opus cit, p 25). Esta visión de la investigación se concreta mucho más dentro del paradigma citado, desde una perspectiva que se sitúa muy polarizada respecto a otras tradicionalmente instituidas, hasta el punto que en relación al papel del investigador, citando a Vasilachis de Gialdino (1992) éste afirma que “el científico social no puede acceder a una realidad social simbólicamente estructurada solo a través de la observación” (opus cit, p 25). Partiendo de estas afirmaciones, Krause (1995) añade que:

“Deberá [el científico social] hasta cierto punto pertenecer al mundo estudiado (o compenetrarse de él) para poder “comprenderlo” (vale decir interpretarlo), porque “los significados solo pueden ser alumbrados desde dentro”. Esto implica sumergirse en aquello que se desea estudiar y utilizar la comunicación como herramienta para acceder a los significados.” (opus cit, p 25)

A esta nueva conceptualización de la metodología, Krause (1995) la denomina “*interpretativa-participante*” (opus cit, p 25). Esto nos lleva a profundizar un poco más en un elemento fundamental a tener en cuenta a la hora de realizar el trabajo de campo, que ha sido la observación participante como técnica de investigación etnográfica por excelencia. Aludiendo a lo aportado por Guasch (2002) en relación a la observación participante, citamos la siguiente reseña:

“También es frecuente su uso cuando, para entender la realidad social, se quiere primar el punto de vista de los actores en ella implicados. Así resulta que la observación participante además, de entre los pueblos primitivos, se usa para estudiar desde dentro minorías, grupos étnicos, organizaciones, subculturas y profesiones”
(op.cit. p.35)

Entramos entonces a reflexionar acerca del clásico inconveniente que ha venido planteándose respecto al papel del investigador dentro del campo de estudio, cuando el primero pertenece al mismo o bien se encuentra en contacto, más o menos íntimo, con el segundo. En este sentido, también Guasch (op.cit. p.37) afirma de manera muy interesante que:

“Es la proximidad al fenómeno investigado lo que facilita el acceso al campo y a los escenarios. No tiene demasiado sentido empeñarse en convertir lo fácil en difícil. En el fondo, el discurso sobre la distancia es un intento de mantener la neutralidad política, no tanto en las relaciones sociales que mantiene quien observa con los observados, como en las relaciones que los observados mantienen con la sociedad”
(op.cit. p.37)

Estas afirmaciones no solo disminuyen la incertidumbre respecto a los límites de la observación participante, sino que legitiman y defienden el doble rol del autor del presente trabajo, por un lado como investigador y, por otro, como miembro de la comunidad que se pretende estudiar.

Tras acercarnos al contexto científico que rodea el estudio social de las residencias de ancianos, uno de los puntos más importantes que se ha podido constatar es precisamente la escasez de estudios y trabajos con el carácter especial y específico, que el objeto de nuestra investigación precisa. Evidentemente, las lagunas teóricas resultantes deben ser compensadas eficazmente por un amplio trabajo de campo que, como poco, disminuya la distancia entre la presunción teórica y la evidencia empírica. Si bien son muy relevantes las recensiones y

reflexiones que otros antes que nosotros han intentado dilucidar acerca de los entramados sociales, estructurales y organizativos que definen, contextualizan y explican la realidad institucional en una residencia de ancianos, no lo es tanto como que éstas tengan una traducción empírica en la realidad tratada. En definitiva, debemos ampliar la distancia entre la reflexión crítica y la mera fantasía.

Teniendo en cuenta la poca información que se tiene acerca del perfil residencial, más allá de la presunción emanada de la interpretación libre de los requisitos de ingreso (reclutamiento) y de lo que la Ley 39/2006 (Gobierno de España, 2006a) entiende como características, según el baremo que establece, que definen al anciano potencialmente como usuario del recurso residencial, hemos considerado nuestro trabajo de recogida de datos para nuestra investigación el protagonizado por las entrevistas, el análisis de los discursos de los agentes sociales, en concreto de las verbalizaciones de las personas entrevistadas en cada grupo que compone cada agente (ancianos-residentes, familiares, trabajadores y organización); y además, todo esto se haría conjuntamente con el análisis de los datos obtenidos por medio de la observación participante. Este tipo de estudio, fundamentalmente descriptivo, nos lleva a ofrecer la presentación de los testimonios de los participantes y sus vidas, lo cual marca inevitablemente la interpretación de los resultados (Amezcuca & Gálvez, 2002). Siguiendo a Firth (Firth, 1971: 25), se ha decidido estudiar una comunidad pequeña, la residencia de ancianos, con la intención de captar de manera conceptual, además del funcionamiento de esta, la sociedad misma; *“al observar lo que ocurre en el orden personal, es más fácil entrever la cadena de relaciones posibles y reales en toda la vida social, y trazar un diagrama de las principales, como un sistema de interconexiones”* (Firth, 1971: 23). En nuestra investigación, si bien se ha estudiado una comunidad pequeña, creemos que los resultados obtenidos podrían ser aplicados a otros colectivos que conviven en instituciones similares. A pesar de ello, el tamaño social de la comunidad sigue siendo pequeño en comparación con la sociedad más amplia que las ampara. Este aspecto merece especial relevancia ya que las residencias estudiadas se engloban en el llamado “tercer sector” o de tipo no lucrativo. Esta elección, como ámbito de estudio, está marcada por dos factores: a) la facilidad de acceso a los escenarios por parte del investigador ya que trabaja en este tipo de centros hace más de veinte años, y b) la específica finalidad del tercer

sector que se centra en la persona anciana a diferencia de otros sectores que, si bien están contemplados dentro de la gama de recursos sociales disponibles, no tiene la misma finalidad, tal y como refieren algunos autores en revistas especializadas del sector (Gómez, 2015). Llegados a este punto, solo queda recordar lo importante que resulta para la antropología social acercarnos a cuestiones tan sencillas, al tiempo que fundamentales, como conocer las pautas de comportamiento de las personas, cómo actúan los grupos entre sí, qué mecanismos controlan la acción del grupo y la acción individual, etc. Estas cuestiones, al mismo tiempo, deben subdividirse en interrogantes mucho más específicos, que permitan estudiar el proceso social en detalle (Firth, 1971: 25).

Nuestro trabajo de investigación pensamos que cumple con las dos condiciones marcadas por Firth (op. cit. p.36), como previas al estudio efectivo de poblaciones pequeñas, que no son otras que poder superar las dificultades propias de este tipo de estudios, a saber, el deslinde de un campo de investigación adecuado y hallar un grupo cuyos miembros manifiesten un comportamiento suficientemente regular como para permitir una generalización adecuada (op. cit. p.45).

Mi propuesta en este trabajo es estudiar las relaciones que se dan entre los agentes sociales de las residencias de ancianos, partiendo del concepto de institución de Nadel (1974: 161). De este último tomaremos la terminología y la metodología a la hora de aproximarnos a la institución (estructuras formales e informales, análisis interno y externo, etc). Referenciando a Nadel (op.cit., p.166), con el fin de estudiar los grupos sociales, o grupos institucionalizados, se debe analizar sus atributos, es decir, los principios por los cuales todo grupo renueva su material humano (el reclutamiento); también debemos pararnos a pensar sobre los contextos de actividad institucional donde se hacen visibles y operan los grupos; estudiaremos también los factores que favorecen la cohesión y la resistencia de los grupos. Es importante analizar el ordenamiento de las relaciones dentro de los grupos (el orden interno), y el modo como los grupos se relacionan los unos con los otros (orden externo). No podemos olvidarnos de la importancia que tiene la explicación de estos dos hechos en la definición y descripción de grupos sociales: qué grupos operan mediante instituciones y qué grupos son también formas de existencia social *per se*.

8.2. FASE ETNOGRÁFICA

Taylor y Bogdan (1986, p.283) señalaron los pasos que, en el estudio social, se podrían seguir para darle una coherencia y un sentido a la metodología cualitativa. Vamos a seguir las referidas líneas metodológicas de los autores, de modo que iremos explicando poco a poco la forma en que se ha planificado el trabajo de campo. Tanto a través de las entrevistas semiestructuradas, como de la observación participante, se hizo un intento de profundizar fundamentalmente en la fenomenología de las significaciones de nuestros agentes desde una perspectiva Emic de los mismos (Amezcuá, 2000). La aproximación condujo al conocimiento de la esencia de la vivencia de los agentes entrevistados, su experiencia individual, tanto desde su propio punto de vista, como del contexto en el que se producen las relaciones objeto de estudio (San Román, 2009).

8.2.1. Selección del escenario

Para nuestra investigación, buscamos un escenario al que se pudiera acceder fácilmente, partiendo de la relevancia de sus posibles aportaciones; dicho escenario fueron las residencias pertenecientes al tercer sector, no lucrativo, lo cual permite establecer una buena relación con los informantes, sin invertir demasiado tiempo en recoger la información. La profesión habitual del autor de la presente investigación está muy relacionada con la gestión directa de este tipo de instituciones, lo cual no solo no ha sido impedimento a la hora de marcar las distancias necesarias para no perder la objetividad en esta, sino que ha facilitado enormemente el acceso al escenario de nuestra investigación.

Selección de la muestra

Evidentemente, ya que hemos tenido oportunidad de acercarnos al escenario ideal de nuestra investigación, otro punto importante ha sido la manera de acceder al mismo. Para el acceso a los escenarios, se utilizó un *muestreo intencionado*, ya nuestro objetivo era acceder sin problemas a las residencias a estudiar, por lo que nos dirigimos a aquellas donde el investigador mantenía una relación profesional y laboral que facilitara el acceso y disminuyera la sensación de extrañeza ante su presencia, para poder paliar, si no evitar, el establecimiento de una escenificación artificial como reacción a su presencia. Siguiendo un claro

razonamiento lógico, las residencias que se han seleccionado han sido las pertenecientes a una Asociación de ámbito regional y, por lo tanto, el carácter regional le dota de unas características que matizan dicha naturaleza; sin embargo, es conveniente señalar que dichas residencias están federadas a nivel nacional, y todas se incluyen dentro del tercer sector. También es importante indicar que se han seleccionado residencias cuya titularidad estuviera ostentada bien por organizaciones laicas (asociaciones y/o fundaciones), bien por la Iglesia, a través de organizaciones no gubernamentales, como es Cáritas, o a través directamente de la propia Iglesia; en este último caso, en la organización de dichas instituciones, y en su trabajo diario, las religiosas juegan un papel trascendental. La finalidad de esta selección heterogénea era la de incluir todos aquellos escenarios en los cuales la información pudiera ser contrastada. En este sentido, es de enorme trascendencia conocer las diferencias, si las hubiese, entre organizaciones residenciales relacionadas directamente con la Iglesia y aquellas laicas.

En total, fueron nueve las residencias seleccionadas, las cuales eran conocidas por el autor de esta investigación, de un total de doce que actualmente están adscritas a la asociación regional LARES-MURCIA, y a las que se les pidió permiso para acceder a las mismas directamente (ver tabla 8.a).

Tabla 8.a. Residencias que han participado en la investigación

Residencia	POBLACION	Quién gestiona	Presencia de religiosas
Mariano Marín-Blázquez	CIEZA	Fundación laica	No
Santa Isabel	VILANUEVA DEL RIO SEGURA	Asociación laica	No
Nuestra Sra de Fátima	MOLINA DE SEGURA	Fundación relacionada con la Iglesia	Si
El Amparo	SANTO ANGEL-MURCIA	Cáritas	No

San Diego	LORCA	Fundación relacionada con la Iglesia	Si
San Pedro	SAN PEDRO DEL PINATAR	Asociación laica	No
Virgen del Mar	CARTAGENA	Asociación laica	No
Sagrada Familia Nazaret	RINCON DE SECA	Congregación religiosa	Si
La Purísima	TOTANA	Asociación laica	no

El interés de nuestra investigación se centró en la experiencia, relacionada con las vivencias de ancianos, trabajadores, familiares y los equipos directivos en el día a día de una residencia de ancianos.

La entrada en el campo

Tal y como hablamos inicialmente, una de las metas del investigador es la de mantener una relativa “estrategia de marginalidad”, por motivos evidentes. Una de nuestras estrategias fue la de acercar posiciones con los agentes que nos permitirían la entrada en el campo, los facilitadores, en nuestro caso los directores y las trabajadoras sociales de la residencias. Se intentó que se identificaran con el carácter pragmático de nuestra investigación, lo cual fue rápido y relativamente sencillo. Por un lado, en las residencias donde normalmente el investigador desarrolla su labor profesional es conocido su interés por el tema abordado en nuestra investigación, quedando libre de la carga del rol laboral de “inspección”. Por otro lado, en las residencias donde normalmente el investigador no desempeña su labor profesional, éste es conocido por pertenecer, como los otros directores de las residencias investigadas, a la Asociación Lares-Murcia, siendo compañero de los mismos desde hace varios años; en este sentido, la confianza personal de los directores hacia el investigador ha facilitado la aproximación a los escenarios donde estos desarrollan su trabajo cotidianamente. La otra parte, la del rol del investigador, fue moldeándose al mismo tiempo que se trabajaba con los facilitadores. Esta situación, de difícil acceso al “campo”, es precisamente la que se encontró el IMSERSO a la hora de realizar la recogida de datos para definir el

perfil del anciano que vive en residencias (Madrigal, 2014), y que ha motivado en parte nuestro interés por este tipo de información.

Un papel fundamental lo han jugado los informantes clave. Los directores, llamados por algunos autores “portaestandartes” (Taylor & Bogdan, p.259), han actuado como facilitadores del acceso al escenario concreto, es decir “porteros”, al mismo tiempo que informantes clave, y además nos han puesto en contacto con otros informantes clave, llamémosles generales, que son las trabajadoras sociales de la residencia; éstas, por su labor, conocen a los ancianos residentes y el funcionamiento de los estratos superiores del personal, los cuales son a su vez informantes clave en el grupo que comparten (ver tabla 8.b).

Tabla 8.b. Unidades de análisis

Unidades de análisis	Figura	Resultado
Directores	Facilitador/ informantes clave	Entrevistados
Trabajadoras sociales	Facilitador/ informantes clave	Entrevistadas
Coordinadoras personal	Facilitador/ informantes clave	Entrevistadas
Enfermeras	Facilitador	Entrevistadas

Periodo del estudio

Esta fase de la investigación se llevó a cabo en el periodo de tiempo comprendido entre Mayo de 2013 y Diciembre de 2015.

8.2.2. Técnicas de recogida y registro de la información

La observación participante

Tal y como hemos explicado anteriormente, se ha podido utilizar la observación participante, tal y como conceptualmente se entiende, como método de recogida de datos complementario a la entrevista, ya que cabía el riesgo de no poder tener acceso a los datos más relevantes de nuestra investigación, por intromisión del rol laboral del investigador en el rol de investigador como tal.

Hemos utilizado una combinación de distintas técnicas de recogida de datos que nos han permitido elaborar un prolífico mosaico de información el cual, una vez ensamblado, ha permitido al investigador dar por concluida la recogida de los mismos.

Para comprobar el comportamiento general de los grupos, en su ambiente natural, se ha utilizado la observación participante, de manera que, observando el escenario protagonizado por parte de los directores y las trabajadoras sociales, se ha podido aprehender eficazmente la realidad más inmediata. Esta información, proporcionada por el personal del centro, fue registrada en un cuaderno de campo, en el que, igualmente, se anotó la información de apoyo que nos ayudó a interpretar coherentemente los resultados.

Como herramienta etnográfica, para utilizar bien la observación participante para nuestros fines, es necesario tener en cuenta ciertos aspectos. Estos serían el espacio, los actores, la actividad, los objetos presentes, los actos, los acontecimientos, los tiempos, los fines y los sentimientos sentidos y expresados (Spradley, 1980). En el caso particular de nuestra investigación la observación participante se desarrolló siguiendo los numerosos procesos, y sus contenidos, que se dan habitualmente en una residencia. Observamos de cerca, desde el control de auxiliares, la manera en que los ancianos toman posesión de sus sillones y puestos en las mesas del comedor. En momentos concretos del día, pudimos participar en conversaciones de tipo "informal" tanto con ancianos, como con los trabajadores del centro, que nos aportaron información de gran valor. De manera precisa, pudimos percatarnos de las reacciones de los ancianos, así como de sus familiares y trabajadores, cuando los primeros manifestaban su voluntad de salir de la residencia. Durante algunos meses, a la tarea habitual de inspección del investigador en su labor profesional habitual, se añadió un interesante rol de co-partícipe de las intervenciones y actividades de los actores sociales de nuestro trabajo.

El carácter laboral de la relación que une al investigador de este trabajo con algunas de las residencias donde se ha realizado merece ser expuesto, debido a su singularidad. Su trabajo habitual es coordinar los servicios que normalmente se prestan en las residencias; concretamente, su labor es comprobar que se cumplen los procedimientos y protocolos, sean estos derivados de la Administración o por iniciativa propia, como ocurre con los planes de calidad.

Por este motivo, la observación ha tenido un carácter mixto, entre la modalidad abierta y la encubierta. La presencia del investigador en el escenario no podría resultar extraña en el mismo, debido a que, en el caso de algunas residencias del estudio, concretamente allí donde trabaja, ésta es una práctica profesional habitual. Asimismo, al ser la presencia del investigador algo familiar, se han podido observar ciertos comportamientos que se encuentran dentro del terreno privado de la residencia, sin que los sujetos observados pudieran tener constancia de dicha situación y evitando entonces posibles conductas reactivas. Esta forma de involucrarse del investigador ha facilitado evidenciar una serie de conductas involuntarias que definen las relaciones, dentro de la institución, y éstas a la institución misma. El carácter encubierto de la investigación se ha producido en algunas residencias objeto de estudio, en otras no; en aquellas instituciones donde el investigador desarrolla, de forma cotidiana, su labor, no ha sido posible desarrollar una investigación totalmente encubierta. En las otras, donde el investigador no desarrolla su labor profesional sí se ha podido pasar más desapercibido. En estas últimas, se ha podido presenciar un cortejo de rituales y significaciones simbólicas que nos han ayudado a contrastar la información facilitada verbalmente por los entrevistados, todo ello sin la presión que supondría la presencia de un investigador conocido en la cotidianidad del ámbito laboral.

Llegados a este punto, es importante describir la trayectoria profesional del investigador en el campo de estudio. Comenzó su relación con las instituciones residenciales en los años ochenta en calidad de voluntario en una residencia pequeña en un pueblo pequeño. Esta circunstancia le permitió conocer poco a poco el escenario de fuera a dentro, detectando las posibles barreras y dificultades de comunicación entre miembros ajenos a la institución y los propios de ésta. Más tarde, a finales de los noventa, esta relación se formaliza contractualmente desempeñando un rol diferente, dentro de un perfil profesional sanitario en la misma residencia, lo cual le facilita contactar con las familias y los trabajadores, así como con los ancianos, accediendo a una información muy relevante en cuanto a situaciones sociales que se viven en la dinámica residencial, como son, por ejemplo, las relaciones entre familiares y ancianos, entre ancianos y entre estos y los trabajadores. De este modo, desarrolló estrategias de relación dentro del grupo profesional al que pertenecía y fue adquiriendo conciencia del carácter

intragrupal e intergrupar de las relaciones. Dentro de este puesto de trabajo, comienza a desempeñar las funciones de gestión (subdirección), al tiempo que sigue realizando las sanitarias, lo cual amplía mucho más su perspectiva a la hora de plantearse de manera crítica circunstancias que antes desconocía desde el punto de vista antropológico. A mediados de la primera decena de este siglo, tiene la oportunidad de desempeñar una función de gestión en una residencia más grande, que se encuentra a su vez inserta en un grupo de residencias. Esto facilita, sin ser consciente todavía, la comparación entre comunidades de diferente tamaño. En el año 2008 comienza su labor profesional como coordinador dentro de este grupo de residencias, lo cual le permite acceder a niveles de interpretación de la realidad observada con una mirada más crítica que la meramente laboral. Sus diferentes roles y puestos laborales, así como profesionales, le han permitido estar en contacto con la Asociación Lares Murcia, representando primero en ésta a las residencias en la que trabaja, y más tarde representando a la asociación a nivel nacional en la junta directiva de la Federación Lares. Este perfil le ha permitido comparar diferentes trayectorias institucionales en función de diferentes variables. Todos los roles jugados durante su trayectoria profesional le han permitido conocer el mundo institucional residencial y, por ello, a los facilitadores que han hecho posible el acceso a los escenarios. Estos mismos roles son los que a su vez han hecho posible aproximarse a los diferentes grupos con un conocimiento suficiente para poder establecer una posición de marginalidad, una posición intermedia entre el observador y el coordinador, y entre el investigador social y el compañero.

Respecto a las estrategias que se adoptaron para la toma de los datos fueron claras; todas se podrían aunar en el establecimiento de la legitimidad de la investigación y su interés en la mejora del sector asistencial de las personas mayores en las residencias, el cual fue compartido por todos los agentes facilitadores sin dudas y de manera solidaria. El investigador, por motivos hartamente referenciados, no ha tenido problemas en la comprensión de las normas habituales de funcionamiento y de una residencia, así como de las prácticas normales de comportamiento entre los mismos grupos que la componen.

Las entrevistas

Las opiniones de los entrevistados fueron recogidas mediante grabaciones de audio, en formato mp3, las cuales fueron transcritas posteriormente y debidamente categorizadas. Hay que señalar que, si bien la entrevista en profundidad fue la primera opción en nuestra investigación, al final se decidió por utilizar no sólo la entrevista en profundidad, sino también la entrevista semi-estructurada. El uso de una u otra estaba en función del grupo a entrevistar. Por ejemplo, en el grupo de ancianos residentes se aplicó la entrevista semi-estructurada o focalizada, como define Miguel Valles (2009A, p.20) ya que este colectivo está influido por características socioculturales que parece dirigirles, junto a ciertos problemas de atención, a una dispersión del contenido discursivo.

El número de entrevistas, realizadas en los diferentes colectivos que residen o trabajan en las residencias, fue variable. Se han realizado más entrevistas a las trabajadoras de atención directa, las auxiliares o gerocultoras. Recordemos que el estado de saturación puede estar erróneamente causado por situaciones de familiaridad, como es nuestro caso, o de largo tiempo en el terreno del trabajo de campo. Atkinson nos avisa del riesgo de desestimación de información debido a la sensación de haberlo escuchado todo previamente (Atkinson & Hammersley, 1994), como podría ocurrir con el caso de las gerocultoras. Nuestra experiencia también nos aporta que existe un riesgo incuestionable cuando se le pregunta a personas sobre determinadas circunstancias que tienen que ver con su labor diaria. Esto podría traducirse en la construcción de un escenario artificial al gusto del que escucha o del entrevistador con el fin de no buscarse problemas con el polo opuesto en la escala jerárquica, esto es, el director, o quien le conoce, esto es el investigador. En nuestro caso concreto, en algunas de las residencias que se incluyeron en la investigación, el investigador desarrollaba funciones de coordinador para las mismas. Su labor concreta es detectar comportamientos anómalos desde el punto de vista laboral y profesional en el personal que, en su opinión objetiva, se aparten de las líneas de intervención establecidas. Se podía dar el caso, entonces, de que algunas trabajadoras refirieran en su discurso alusiones a la realidad observada distorsionadas, con el objetivo de no buscarse problemas con el que entendían que es su "jefe" además de investigador.

Esta situación fue parcialmente resuelta, si no solucionada, aumentando el número de entrevistas a realizar en este grupo aun habiendo aparecido la saturación de información, en un intento de asegurar esta. No es este el caso de los informantes clave como los directores y las trabajadoras sociales, así como los trabajadores que no son de atención directa, tal y como el equipo técnico del centro (enfermeras, fisioterapeutas, psicólogas, etc), término utilizado para designar al grupo de trabajadores de formación universitaria, ya que su discurso más abierto y enlazado nos permite diseñar la entrevista en la línea de la semi-estructuración. Además, el investigador no desarrolla con estos profesionales una labor de coordinación tan disciplinaria como puede ser entendida por el grupo de gerocultoras.

La bibliografía consultada al respecto nos ha permitido abordar esta situación al tener en cuenta que si bien una entrevista es lo más parecido a una conversación no es esto sin más, sino que es una conversación profesional y por ello debemos incorporar a su recogida todas las circunstancias que la faciliten y eliminar las que la dificulten (op. cit. pp.37-41), pues el tema ha sido muy concreto, y no se podía perder información relevante escondida tras una historia de vida sin más.

La categoría profesional del investigador se encuentra en una posición de asunción de responsabilidad muy amplio, y las potenciales opiniones vertidas por los entrevistados podrían interpretarse como un análisis de calidad en cuanto a los servicios prestados por el personal. Precisamente por este aspecto, se ha visto necesario ampliar el número de entrevistas a realizar al grupo de trabajadoras de las residencias, con el fin de asegurar, junto con la elección de los entrevistados, la veracidad de la información obtenida, como criterio de validación de los datos, además del de saturación de la información. Previamente, nos entrevistamos con los potenciales facilitadores de información relacionados con la organización, con la finalidad de que tomaran confianza y hacerles partícipes del compromiso ético, por parte del investigador, de no utilizar los datos obtenidos en otras tareas que no fueran los propios y exclusivos de la investigación. Evidentemente, nuestro escenario para la investigación era privado y, por ello, solicitamos los permisos necesarios para el acceso al mismo entrevistándonos con los "porteros" adecuados, en nuestro caso, se trató de los directores y gerentes de las entidades no lucrativas gestoras de las residencias a las que pretendíamos acceder.

- Planificación de la recogida de la información

De manera general, las entrevistas realizadas se muestran en la tabla 8.c.

Tabla 8.c. Número de entrevistas realizadas

Unidades de análisis	Número de entrevistas
Organización	8
Ancianos-residentes	11
Trabajadores/as	17
Familiares	8
Entrevistados externos (Presidente Regional de SEMERGEN)	1
Total	45

Las entrevistas, con las personas seleccionadas y facilitadas por los informantes clave y los facilitadores, se realizaron fuera del horario laboral.

En el caso de los casos a estudiar, debemos señalar que el *muestro teórico*, tan referenciado por algunos autores (Krause, 1995: 28; De la Cuesta, 2006b: 138; Giraldo, 2011: 80), ha sido el método utilizado. La potencialidad de este trabajo ha estribado en “seleccionar casos ricos en información, para estudiarlos en profundidad” (González, 1997: 108), en nuestro caso se han utilizado los siguientes criterios, con el objeto de definir los diferentes perfiles profesionales, para reflejar las diferentes formas de acceso a la realidad social, así como sus diferentes perspectivas:

- Gerocultoras o auxiliares. Es el grupo más numeroso dentro del grupo de trabajadoras que tienen una labor directa con los ancianos
- Coordinadoras de auxiliares. Son auxiliares con competencias en la organización del trabajo de las gerocultoras. También son el perfil profesional de enlace entre la organización y las gerocultoras y también entre las familias y la organización.
- Enfermeras, las cuales están vinculadas tanto al subgrupo de las auxiliares como al de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y psicólogos. Además, también tienen una relación muy cercana a los ancianos por la provisión y planificación de cuidados básicos.
- Fisioterapeutas. Para nuestra investigación tiene las mismas competencias que las enfermeras.

- Trabajadoras Sociales. Un grupo muy cercano a la organización, fundiéndose con la misma a pesar de que formalmente se encuentra englobados en el equipo técnico. Son las que reciben las quejas y sugerencias de las familias y de los ancianos. También abordan los conflictos que normalmente se dan entre estos agentes sociales. Muchas veces son una figura de intermediación entre la organización y los ancianos y sus familias.
- Directores/as de residencia. Son los representantes de los estamentos más altos de la estructura jerárquica de la institución. Su labor está influenciada por su compromiso moral con los fines de la institución.
- Familiares de los ancianos residentes
- Ancianos residentes

Los criterios de inclusión, que se han utilizado para seleccionar a las personas entrevistadas en el grupo de trabajadores/as, han sido la experiencia en el puesto desempeñado y la voluntariedad para colaborar con la investigación. En el caso de los familiares de los ancianos-residentes, los criterios seleccionados han sido la asiduidad en cuanto a las visitas realizadas al centro y la experiencia temporal de cuidador informal. Respecto a los ancianos residentes, los criterios de inclusión han sido que poseyeran un estado cognitivo compatible con la comprensión y emisión de opiniones coherentes con la realidad y que no estuvieran diagnosticados de ninguna patología mental.

A continuación, exponemos brevemente el perfil de cada una de las personas entrevistadas o informantes:

ORG-D1 es directora de una de las residencias que se han estudiado. Ha trabajado en dos residencias de ancianos como Diplomada en Enfermería en la primera y directora en la segunda, su experiencia en la gestión residencial es de más de siete años. Ha participado como coautora en la elaboración de un manual de buenas prácticas en residencias de ancianos. Tiene cuarenta años.

ORG-D2 es directora de una de las residencias que se han estudiado. Su experiencia en el mundo residencial es mayor de diez años, de los cuales los últimos seis y medio son en el ámbito de la gestión. Es Diplomada en Trabajo Social. Ha participado como coautora en la elaboración de un manual de buenas prácticas en residencias de ancianos. Tiene treinta y cinco años.

ORG-D3 es directora de una de las residencias estudiadas. Es diplomada en Graduado Social, aunque su experiencia profesional es en el ámbito de la

gestión técnica residencial. La experiencia en este puesto es mayor a diez años. Desempeña su labor en una residencia que depende directamente de la Iglesia aunque su patronato está compuesto, en su mayoría, por personas no seculares.

ORG-D4 es director de una residencia plenamente civil, sin influencias directas de la Iglesia. Es licenciado en Derecho. Tiene una experiencia de más de 20 años en el sector.

ORG-D5 es trabajadora social en dos residencias de ancianos, que dependen directamente de la Iglesia, ya sea a través de las parroquias locales o de la propia Diócesis, en este caso de Cartagena. Lleva más de 10 años de experiencia en este puesto y siempre con personas mayores. El enorme interés de esta entrevistada se debe a su pertenencia a una congregación religiosa, lo cual nos aporta un punto de vista muy relevante y pertinente en nuestra investigación.

ORG6-TS1 es Diplomada en Trabajo Social, y máster en mediación social. Tiene una experiencia en el sector de asistencia residencial a mayores de unos 5 años. Desempeña su labor en una residencia que fundamenta su labor basándose en el humanismo cristiano pero con la particularidad de que ningún miembro de su junta o patronato pertenecen a la Iglesia.

ORG7-TS2 es Diplomada en Trabajo Social. Tiene una experiencia en el sector de asistencia residencial a mayores de unos 12 años. Igual que en el anterior caso, esta persona desempeña su labor en una residencia que fundamenta su labor, basándose en el humanismo cristiano pero con la particularidad de que ningún miembro de su junta o patronato pertenecen a la Iglesia.

ORG8-TS3 es Diplomada en Trabajo Social. Tiene una experiencia en el sector de asistencia residencial a mayores de unos 5 años. Desempeña su labor en una residencia con las mismas características que la anteriormente explicada.

TRAB 01 es titulada en cuidados auxiliares de enfermería. Lleva en torno a un año trabajando con personas mayores aunque tiene experiencia previa en cuidados domiciliarios de personas mayores.

TRAB 02 no es titulada en cuidados auxiliares de enfermería aunque, recientemente, ha obtenido la certificación profesional oficial por la homologación de experiencia profesional y horas de formación no reglada. Al no haber cursado estudios de formación profesional, no hizo prácticas en hospital, como suele ser habitual entre estos estudiantes, por lo que su acervo, relacionado con el trabajo, resulta de lo aprendido de otras trabajadoras experimentadas en la residencia;

este tipo de conocimiento implica aquellas prácticas no profesionales que subyacen al elenco cultural del cuidado de ancianos, con las connotaciones y significaciones antropológicas consiguientes. Tiene una experiencia en trabajo en residencias en torno a los doce años.

TRAB 03 tiene, como la TRAB 02, certificación profesional reciente, aunque esta trabajadora auxiliar-gerocultora tiene una experiencia en torno a los treinta y cinco años en cuidado a ancianos. La especial relevancia de su testimonio deriva de la circunstancia de desempeñar su labor en una residencia cuya naturaleza no lucrativa ha ido cambiando en los últimos veinticinco años, desde un sistema de religiosas con un patronato civil, pasando por un sistema de transición donde ya no habían monjas pero el trabajo se hacía prácticamente igual, hasta un sistema totalmente civil, siendo en la actualidad un patronato legalmente constituido sin rasgos de gestión religiosa. Al ser una trabajadora que ha pasado por diferentes maneras de trabajar con los ancianos, su discurso nos mostrará las connotaciones culturales que subyacen a todos los sistemas así como las posibles diferencias entre estos, entre otros aspectos igual de relevantes.

TRAB 04 se encuentra en posesión del certificado profesional oficial, aunque su formación, al igual que TRAB 02 y TRAB 03, no es oficial. Tiene una experiencia en atención residencial en torno a los doce años.

TRAB 05 es titulada en cuidados auxiliares de enfermería, con una experiencia en el sector en torno a los doce años.

TRAB 06 es coordinadora de auxiliares. Su experiencia en esta labor está en torno a los ocho años, aunque previamente, durante aproximadamente tres años, ha trabajado como auxiliar en la misma residencia.

TRAB 07 es diplomado en Fisioterapia. Tiene una experiencia en residencias en torno a los nueve años. Por su posición en la organización profesional, es testigo de primera línea de las relaciones entre los ancianos, e incluso de las trabajadoras, lo cual tiene una especial relevancia para nuestra investigación.

TRAB 08 es diplomada en Terapia Ocupacional. Su experiencia en residencias no llega al año, aunque trabajó, previamente, un año en centros de día para personas mayores. Especialmente, nos interesa conocer de su testimonio el contraste de información con lo que dicen otros perfiles profesionales, que

también pertenecen al equipo técnico, acerca de las relaciones entre los grupos así como de las particularidades del equipo técnico.

TRAB 09 es médico geriatra, con una experiencia en residencias de más de quince años. Actualmente, compagina esta función con la Presidencia de la Sociedad Murciana de Geriátrica y Gerontología. Esta circunstancia da un valor añadido a sus aportaciones, ya que normalmente los médicos de las residencias pertenecen al ámbito laboral de la atención primaria de salud, los cuales no suelen tener formación académica en geriatría. De esta manera, sus aportaciones podrían enriquecer el juicio crítico de la comparación entre diferentes perfiles profesionales y su congruencia con las demandas de atención por parte de la institución residencial. Esta labor la desempeña simultáneamente con su trabajo en atención hospitalaria, también de geriatra. Su discurso es especialmente relevante ya que nos ayudará a entender las relaciones intergrupales desde su posición de marginalidad profesional respecto al resto de disciplinas. También nos arrojará luz acerca de la posición social de la residencia en cuanto a dispositivo de provisión de recursos sociales y sanitarios se refiere.

TRAB 10 es diplomada en enfermería, con una experiencia profesional en residencias en torno a los seis años. Sus dotes de liderazgo en el grupo de enfermeras y auxiliares le otorga una especial relevancia a su discurso por el conocimiento del sistema cultural de cuidados al anciano, así como también por su posición de testigo de excepción de las relaciones entre los grupos de los ancianos y de los trabajadores, tanto de tipo intragrupal como intergrupales.

TRAB 11 se encuentra en posesión del certificado de profesionalidad para ejercer cuidados a ancianos dentro de la residencia. Su experiencia está en torno a los diez años.

TRAB 12 es coordinadora de auxiliares. Está titulada en cuidados auxiliares de geriatría. Su experiencia en residencias es en torno a los dieciocho años. Ha trabajado en otra residencia gestionada por religiosas. El puesto de coordinadora requiere una experiencia previa como auxiliar gerocultora; resulta muy relevante como perfil de estudio ya que el puesto de coordinadora es un mando intermedio, considerado de alta confianza por el equipo directivo, encontrándose en una posición intermedia entre la dirección y el resto de auxiliares gerocultoras. Tiene cincuenta y dos años.

TRAB 13 es una auxiliar gerocultora. Está titulada en cuidados auxiliares en geriatría. Su experiencia en residencia es en torno a los seis años. Tuvo a su padre ingresado en una residencia hasta que murió hace ocho años. Tiene cincuenta y tres años.

TRAB 14 es coordinadora de auxiliares. Está titulada en cuidados auxiliares en enfermería. Su experiencia en residencias está en torno a los dieciséis años. Ha trabajado en la misma residencia pero para tres entidades distintas en distintos periodos de tiempo. El puesto de coordinadora requiere una experiencia previa como auxiliar gerocultora; igual que sucedía con la TRAB 12 resulta muy relevante como perfil de estudio por su puesto de coordinadora. Tiene cincuenta años.

TRAB 15 es diplomada universitaria en enfermería. Su experiencia trabajando en residencias es en torno a los cinco años y medio años. Tiene veinticinco años.

TRAB 16 es diplomada universitaria en enfermería. Su experiencia en residencia es en torno a los cinco años y medio. Tiene veintiséis años.

TRAB 17 es diplomada universitaria en enfermería. Su experiencia en residencia es en torno a los seis años. Tiene veintiocho años.

A continuación, vamos a describir las personas objeto de las entrevistas en los grupos de los ancianos-residentes (AR) y familiares (FAM). Es pertinente referir que hay una serie de características que definen a estas personas dentro de cada grupo y que por su relevancia, en las relaciones que desarrollarán, deben ser previamente definidas. Es relevante entender que la utilización del nivel de estudios, nivel económico y ocupación es solo a efectos de tener una referencia para clasificar a los entrevistados. Debemos tener en cuenta que, de una forma no ortodoxa, estamos definiendo las clases sociales de las personas entrevistadas, para ello utilizaremos los conceptos de clase social de John Goldthorpe (Feito, 1993; Goldthorpe, 1993: 229-263), el cual, si bien se asemeja en lo básico a Wright (1956), expresa algunos matices que nos han llevado a utilizar su clasificación según el nivel de ocupación. Estas tres dimensiones hacen alusión a la clase social, concepto fundamental que puede determinar claramente los discursos. Dentro del nivel de estudios entenderemos tres niveles. En el nivel bajo asumiremos que no sabe leer ni escribir; en el nivel de estudios medio consideraremos que se posee estudio primarios básicos; en el nivel de estudios alto, asumiremos que posee

formación reglada de bachiller superior o universitaria. En el estado económico definiremos tres categorías: el nivel bajo estará definido por no tener más ingresos que una pensión no contributiva (menos de 600 euros); el nivel medio estará definido por tener una pensión, contributiva o no contributiva, pero con algunos aportes económicos extra por parte de sus familiares; finalmente, el nivel económico alto se caracterizará por tener una pensión, contributiva o no contributiva, con aportes económicos extra derivados de rentas u ahorros bancarios que le permite pagar una plaza residencial por su cuenta y hacer gastos extra con desahogo. En el caso de la ocupación, aunque ésta va a venir de la mano de las dos dimensiones anteriores, asumiremos que una ocupación de nivel bajo va a corresponder a campesino y otros trabajadores del sector primario, y trabajadores manuales semicualificados y no cualificados (Clases VIIa y VIIb de Goldthorpe); entenderemos por ocupación media la que ocupan personas que son técnicos de grado medio, supervisores de trabajos manuales y trabajadores manuales cualificados (Clases V y VI de Goldthorpe), campesinos y pequeños propietarios y otros trabajadores autónomos del sector primario (Clase IVc de Goldthorpe), pequeños propietarios, artesanos autónomos y otros trabajadores por cuenta propia con o sin empleados (Clase IVab de Goldthorpe); finalmente, asumiremos que la ocupación de nivel alto se refiere a aquel trabajo que ostentan personas que sean empleados no manuales de rutina de la administración y del comercio, personal de ventas y otros trabajadores de servicios (Clase III de Goldthorpe), y todos los profesionales y directivos, técnicos de alto nivel y supervisores de trabajos no manuales (Clases I y II de Goldthorpe). Aunque una mujer no trabaje, consideraremos que su nivel de ocupación, en este caso estatus social, puede estar conferido por su marido. Las características principales de las tres dimensiones referidas se pueden ver en la tabla 8.d.

Tabla 8.d. Nivel de estudios, económico y de ocupación de los residentes y los familiares

	Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto
<i>Estudios</i>	No sabe leer ni escribir	Estudios primarios	Bachiller superior o universitaria
<i>Económico</i>	Pensión no contributiva o menos de 600 euros solo	Pensión contributiva o no contributiva y ayuda de familiares	Pensión contributiva o no contributiva y aportes extra de depósitos o grandes ahorros
<i>Ocupación</i>	Clases VIIa y VIIb de Goldthorpe	Clases V y VI de Goldthorpe Clase IVc de Goldthorpe Clase IVab de Goldthorpe	Clase III de Goldthorpe Clases I y II de Goldthorpe

AR 01 es una anciana de 79 años que vive en la residencia desde hace un año. Es viuda. Tiene tres hijas, con las que dice tener buena relación. Antes ha estado en centros de día de poblaciones diferentes. Pertenece al grupo de ancianos que sale de vez en cuando de la residencia para pasar algunos días con sus hijas, aunque no con todas; desde hace algunos meses manifiesta su intención de no salir a dormir fuera de la residencia por encontrarse “más torpe”, lo cual manifiesta como una dificultad para sus hijas. Su nivel de estudios es bajo. Su nivel de ocupación es media-bajo al haber desempeñado labores no cualificadas durante toda su vida. Su nivel de ingresos es de tipo bajo.

AR 02 es una anciana de unos 90 años que vive en la residencia desde hace unos tres años. Es viuda. Su nivel de estudios es medio, suficientes para poder ejercer la profesión de secretaria en una pequeña empresa. Su trabajo habitual, y estar casada con una persona con los mismos estudios, le confirió un estatus social medio-alto, habiendo desempeñado labores de secretariado hasta la jubilación. Sus ingresos económicos correspondería a un nivel medio, ya que tiene una pensión contributiva y sus hijos aportan algunas cantidades dinerarias extra le permite hacer mas gastos que los meros necesarios y suficientes en la vida residencial. Tiene dos hijos, con los que refiere tener una buena relación.

Pertenece al grupo de ancianos que sale de vez en cuando de la residencia, aunque no más de un día por decisión propia.

AR 03 es una anciana de unos ochenta años, que vive en la residencia desde hace, aproximadamente, tres años. Es viuda. Su discurso es especialmente relevante ya que pertenece al grupo de ancianos no dependientes funcionalmente, y podría llevar una vida, en principio, relativamente autónoma en su domicilio. Tiene una única hija, con la que manifiesta llevarse bien. Su nivel de estudios es medio-bajo, aunque su estatus social es medio-alto, al ser viuda de una persona relacionada con el comercio y la asesoría de empresas. Su nivel económico es de tipo medio.

AR 04 es una anciana de unos ochenta y cinco años. Fue asistente social para la "armada", hasta que se casó con un médico militar. Es viuda y vive en la residencia desde hace unos cuatro años. Su nivel económico es medio. Su nivel de estudios es medio-alto y su estatus social es medio-alto. Tiene dos hijas con las que refiere llevarse bien. Pertenece al grupo de ancianos no dependiente funcionalmente aunque refiere necesitar cierta supervisión. Sale de la residencia de vez en cuando para pasar el día con sus hijas, aunque no se queda a dormir fuera de la residencia por decisión propia.

AR 05 era la acompañante, no dependiente funcionalmente, de un anciano muy dependiente en el momento del ingreso en la residencia. Tiene más de ochenta años, y actualmente es viuda. Vive en la residencia desde hace unos ocho años. Refiere no querer volver a su casa aunque se encuentra relativamente autónoma para la vida diaria. Tiene un hijo con el que mantiene una buena relación. Su nivel de estudios y económico es bajo. Su estatus social es bajo.

AR 06 es una anciana de más de ochenta años. Tiene tres hijos, hijas e hijos, con los que refiere mantener una buena relación. Es viuda. Vive en la residencia en torno a seis años. Su ocupación es de nivel medio. Su nivel económico y de estudios es medio-bajo. Desempeñó labores de bordadora durante su vida laboral.

AR 07 es una anciana de unos noventa años. Su nivel de estudios, económico y su ocupación es de nivel bajo. Durante su vida laboral desempeñó tareas de empleada de hogar. Tiene dos hijas con las que refiere llevarse bien.

AR 08 es un anciano de unos ochenta y tres años, que se dedicó toda su vida al trabajo en el campo, cuidar animales, plantar a por menor, etc. Es hijo

único, vivía solo, hasta que una descompensación diabética hizo que tuviera que ingresar en el hospital desde donde tramitaron su ingreso en residencia por emergencia social. Su nivel de estudios, económico y de ocupación es bajo.

AR 09 es una persona de unos sesenta y cinco años que lleva en la residencia en torno a los cinco años. Su profesión hasta su prejubilación fue guardia civil. Cuando esto último ocurrió adquirió adicción al alcohol, de tal modo que llegó a beber alrededor de dos botellas de Whisky al día. Esta situación hizo que su familia terminara de tener contacto con él. Está casado y tiene nueve hijos, aunque no tiene ninguna comunicación con ellos. Solo recibe visitas de dos de sus hermanos. Ingresó en la residencia por emergencia social derivado del hospital ya que ingresó en éste por cuadro etílico agudo en estado de coma. Su nivel económico es medio. Su nivel de ocupación es medio. Su nivel de estudios es medio.

AR 10 es una mujer que ingresó en la residencia por emergencia social derivada del hospital a consecuencia de un ingreso producido por sufrir un cuadro de desorientación severo. Vivía sola en su casa, es viuda, sin hijos. Estuvo cuidando de su marido desde que enfermó hasta que murió. Sufre adicción al alcohol, y sus hermanas no la pueden cuidar en su casa, por lo que la trabajadora social del hospital decidió tramitar la emergencia social. Su estatus social es bajo, así como su nivel de ingresos y económico.

AR 11 es un anciano residente que lleva en la residencia en torno a nueve años. Dos en una y los últimos siete en la actual. Su estado funcional es muy poco dependiente desde el punto de vista funcional, teniendo en cuenta que tiene una pérdida de visión en los dos ojos en torno a un 90%. Tiene setenta y ocho años. Se dedicaba a la agricultura, vivía solo en el campo. Era hijo único y cuando se refiere a su sobrina lo hace haciendo alusión a una ahijada. Es su única familia. Su nivel de estudios es bajo. Su nivel económico es bajo. Su nivel de ocupación es bajo.

En el caso de los familiares, haremos una serie de matizaciones, igual que en el caso de los ancianos, aunque en esta ocasión solo analizaremos el nivel económico, ya que el nivel de estudios y el nivel de ocupación o estatus social ya fue explicado cuando hemos descrito la forma de seleccionar a los ancianos-residentes. Hablaremos de nivel económico bajo cuando no tenga ingresos económicos derivados del trabajo ni ningún otro, pudiendo percibir algún

subsidio precisamente por esta precariedad. Entenderemos que es de nivel medio cuando perciba un salario por un trabajo que le permita vivir de manera autónoma aunque sin llegar a grandes ahorros ni pertenencias. Asumiremos que el nivel económico es alto cuando perciba un salario que le permita vivir de manera autónoma con posibilidad de acceder a un nivel de gasto por encima de la necesidad de subsistencia, o bien que tenga pertenencias o grandes sumas de dinero en ahorros (véase tabla 8.e).

Tabla 8.e. Niveles económicos de los familiares

	Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto
<i>Económico</i>	No tiene ningún ingreso del trabajo, aunque podría tener subsidio de desempleo o análogo	Percibe salario que permite vivir autónomamente sin poder tener ahorros	Percibe salario o vive de renta que permite acceder a nivel gasto por encima al de subsistencia

FAM 01 es cuidadora profesional de ayuda a domicilio. Tiene a su familiar institucionalizado desde hace unos seis años, en dos residencias diferentes. Nos interesa su discurso por la capacidad comparativa entre diferentes realidades asistenciales, así como por su visión respecto a las trabajadoras. Su nivel de estudios es medio. Su nivel económico es medio. FAM 02 es una persona que tiene a sus padres ancianos residentes ingresados hace más de cuatro años, hasta que murió hace unos dos meses uno de ellos. Es especialmente relevante su discurso al pertenecer a un grupo de familiares que se integra a niveles excepcionales en la vida residencial, hasta el punto de estar prácticamente todo el día acompañando a su anciano y colaborando con las trabajadoras en las labores profesionales de estas. Su nivel económico es bajo.

FAM 03 resulta también un perfil muy relevante por ser familiar de un anciano institucionalizado desde hace unos trece años con distintos ancianos (suegros y padres), siempre en la misma residencia. Su nivel económico es medio. FAM 04 es familiar de una anciana institucionalizada desde hace más de seis años con su padre y su madre hasta que falleció el primero hace unos cuatro años. Es la

mayor de cuatro hermanos donde es la única hija. Su nivel económico es de tipo medio al ser familiar de un miembro de la organización de la residencia.

FAM 05 Su anciano residente ingresó hace ocho años con una enfermedad neurodegenerativa en estado inicial-leve, hasta la actualidad, que está en un estadio moderado-avanzado, lo cual nos permite visibilizar la relación del familiar con la evolución de la enfermedad. Su estatus económico es medio.

FAM 06 corresponde a un familiar cuya madre lleva ingresada en la residencia en torno a tres años y medio. La madre padece una depresión mayor, que la sumió en un aislamiento social casi completo. Es comercial de profesión y va a la residencia todos los días salvo enfermedad que le obligue a estar encamado. Su nivel económico es medio. FAM 07 corresponde a una familiar cuya madre está ingresada en el centro en torno a seis años. La señora padece demencia en un estadio moderado que hizo imposible su cuidado por más tiempo en el domicilio familiar. Es ama de casa y está al cuidado de un nieto de dos años. Su nivel económico es bajo.

FAM 08 corresponde a un familiar que tiene ingresada a su madre en la residencia desde hace casi cuatro años. Es auxiliar de enfermería en un hospital. Su nivel económico es medio.

EXT 01 corresponde al presidente en la región de Murcia de la Sociedad Española de Médicos Rurales y Generalistas (SEMERGEN). Es doctor en medicina, y tiene amplia experiencia en su campo profesional. Comenzó su andadura profesional con una plaza de médico del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS), para permutarla más tarde por la médico de atención primaria. Este doble perfil ha hecho que las verbalizaciones de este entrevistado sean muy relevantes para nuestra investigación.

Estructura de las entrevistas

Tal y como hemos mencionado anteriormente, las entrevistas han sido recogidas en audio (formato mp3), las cuales han sido estructuradas en parte siguiendo un orden de preguntas que nos sirviera de consigna para no perder el hilo discursivo, en función de las dimensiones que queremos explorar, algunas más generales y otras más concretas. Sobre el guión elaborado para entrevistar a los ancianos se ha ido adaptando las preguntas a realizar al resto de agentes sociales (véase anexo 8.a). Es muy relevante destacar que, teniendo en cuenta la

naturaleza del trabajo y sus objetivos específicos, para el análisis nos hemos ayudado en gran parte de referencias bibliográficas muy específicas tales como el contenido expresado en *"Internados"* (Goffman, 2004). Éste trata de las vivencias de los internos de una institución total tipo psiquiátrico, y de sus guardianes, el personal, y que ha sido referenciado desde su publicación como el modelo de referencia institucional cuando se trata de hacer reflexiones o disertaciones teóricas en torno a las residencias de ancianos. No podemos obviar que parte del guión de las entrevistas, sobre todo de los ancianos-residentes y de los trabajadores, viene muy influenciado por la secuenciación de las referencias bibliográficas más destacadas del autor arriba mencionado. El propósito de hacerlo así era poder comprobar el grado de adhesión o no a los supuestos propuestos por el autor y que, según su opinión, caracteriza a las instituciones totales, componiendo este punto uno de los objetivos de nuestra investigación. Además, se han añadido otras preguntas que por su relevancia en nuestro trabajo, y tal como hemos podido comprobar en el proceso de elaboración del contexto teórico, son muy importantes de nuestra investigación. Este es el caso del concepto "adaptación" al centro, o el "concepto general de residencia", por ejemplo.

Por otro lado, respecto al modelo goffmaniano, hemos incluido nuevas figuras tales como la organización, representada por los directores y las trabajadoras sociales, y las familias, cuyas opiniones nos podrán servir para comprobar igualmente el carácter "totalizador" de las residencias de ancianos. Más allá del estudio comparado del modelo goffmaniano, nuestro trabajo pone especial énfasis en las relaciones intra e intergrupales de los agentes que hemos identificado y seleccionado en nuestra investigación, determinando la estructura de nuestras entrevistas. Las entrevistas han ido repitiendo las mismas preguntas, básicamente, en todos los grupos con el ánimo de comprobar como una misma realidad social era contemplada por los distintos grupos, sin coartar la posibilidad de que aparecieran nuevos temas de debate y recensión. Las preguntas se adaptarán a la posible realidad vivida por los agentes sociales, particularizándolas a cada grupo, con la idea de que las respuestas nos faciliten enmarcar los temas a tratar y discutir. No podemos olvidar que hay un grupo de respuestas que no obedecerán a ninguna pregunta formulada previamente, ya que formarían parte del elenco de temas emergentes que cada interlocutor podría facilitar en su

discurso y que nos llevaría *ad hoc* a plantear nuevos interrogantes a contrastar con el resto de agentes sociales. Hemos intentado particularizar las preguntas y las consignas discursivas en función de los grupos a entrevistar.

8.2.3. Análisis del discurso

Llegados a este punto, se hace perentorio hacer un repaso a lo ya aportado anteriormente, en concreto por Raymond (2005) cuando refiere la existencia de dos polos marcadamente enfrentados, a saber, la Teoría Fundamentada constructivista o positivista. Recordemos que nuestro planteamiento, sin ser una teoría fundamentada, se encontraría más cerca del modelo constructivista, que estaría delimitado por la voluntad interpretativa del autor de la investigación. En este sentido, nuestra investigación se encaminaría por los derroteros de la percepción de la realidad de manera hermenéutica, lo cual no es del todo cierto, pues no podemos negar que partimos de ciertos presupuestos teóricos y nuestros datos condicionan nuestras disertaciones. Por este motivo, conforme se han ido detectando categorías de análisis las hemos ido remarcando, para hacer más fácil la comprensión del análisis de los discursos. Hay que resaltar que las categorías detectadas sobrepasan en número a las dimensiones planteadas en el diseño de la estructura de la entrevista. Esto obedece, no tanto a la experiencia del autor de esta investigación en el campo de estudio como al interés y emergencia de los temas emanados de las verbalizaciones de los entrevistados.

El análisis de los resultados, tal y como adelantábamos en la introducción del presente capítulo, se significa en lo que Krause (1995) venía a denominar como *el paradigma interpretativo*. En este sentido, los significados referidos por los entrevistados, en torno a la realidad vivida, nos ha permitido aprehender un escenario antropológico en el que se han dado las relaciones entre los diferentes agentes sociales identificados (op.cit. p.24). Así, Amezcua y Gálvez (Amezcua & Gálvez, 2002) apoyan nuestras afirmaciones cuando refieren que los estudios interpretativos utilizan datos para ilustrar conceptos, tal y como hacemos en nuestra investigación.

Durante el proceso de análisis de los resultados obtenidos, el papel del investigador ha influido en la interpretación de los mismos, pero entendemos que esta influencia ha sido positiva para el objeto de nuestra investigación. En este sentido, la experiencia y conocimiento de los escenarios, en diferente grado de

profundidad, por parte del investigador ha resultado crucial para poder interpretar las significaciones que los entrevistados han manifestado. El control, durante la investigación, del discurso de los entrevistados ha sido la mínima, tal y como afirmaba Aranda y Grajales (Aranda & Grajales, 2001), aun guardando una postura de marginalidad. Esto no ha impedido que hayamos podido “ilustrar” las verbalizaciones de los entrevistados con experiencias del propio investigador, lo cual se acerca a los planteamientos teóricos de Zárraga (2009) y Vallés (2009b), los cuales, recordemos, redactan incluso sus artículos en primera persona desmarcándose de las corrientes más puristas.

Referenciando a Nadel (1974: 166), se han analizado los atributos de los grupos sociales, o grupos institucionalizados, es decir, los principios por los cuales todo grupo renueva su material humano (el reclutamiento).

Categorías de análisis

Las categorías, que se identificaron en la fase de transcripción y análisis de las entrevistas, fueron definidas en función del interés mayor del tema tratado y del grado de comparación con el modelo de institución total de Goffman (1970). Hemos definido tres grandes categorías: la residencia como institución, la vida en la residencia y relaciones.

- La residencia como institución. Hemos circunscrito todas aquellas referencias al concepto más amplio de residencia, como escenario donde se han dado las relaciones. También es interesante dicho concepto por ser un producto institucional de la sociedad donde se encuentra, y por ello, una manera concreta de precisar las significaciones que en torno a ésta posee la sociedad. Dentro de esta categoría, hemos identificado las siguientes subcategorías:
 - Concepto de residencia.
 - Tipos de residencia.
 - La residencia como concepto en el contexto sanitario.
 - Motivo de ingreso.
 - Voluntariedad del ingreso.
 - Concepto de adaptación.
 - La vida en la residencia (ritos de pre-ingreso e ingreso). Esta subcategoría comprende aspectos más generales de la vida institucional que sirven para ilustrar ciertos aspectos de la institución

residencial, tales como las emociones ligadas al primer día del ingreso y el marcado de la ropa del anciano.

A efectos prácticos, buscando cierta comparación con el modelo de Goffman (2004), hemos creado la categoría la vida en la residencia, que explicamos a continuación:

- La vida en la residencia (Normas). Esta categoría, tal y como ya adelantábamos, comprende aspectos más concretos de la vida institucional, tales como los que ocupan las siguientes subcategorías:
 - Normas en general
 - Horarios.
 - Pertenencias
 - Comida.
 - Acceso a las dependencias.
 - Pedir permiso.
 - Salir de la residencia (sentido de encierro).
 - Toma de decisiones.
 - Registros.
 - Actividades (sentido de aburrimiento).
 - Relevó del rol (revista y jornada de puertas abiertas).
- Relaciones. Bajo esta denominación, esta categoría aglutina varias subcategorías, fruto de la observación del escenario relacional, además de las verbalizaciones expresadas de los entrevistados. Si bien en un principio la idea era fijarnos en las relaciones sin más, durante los discursos han emanado con gran claridad otros temas de interés. La relevancia de sus aportaciones han determinado que establezcamos dichas subcategorías no contempladas en el diseño de la estructura de la entrevistas. Son las siguientes:
 - Tipología de ancianos: en esta destacamos el reclutamiento y el establecimiento de determinados roles.
 - Tipología de trabajadores: en esta destacamos el reclutamiento.
 - Tipología de familiares.
 - Relaciones entre ancianos: en esta destacamos los conflictos y el establecimiento de las marcas de estatus entre los ancianos.

- Relaciones entre ancianos y trabajadores: destacamos en ésta el efecto looping⁹, el sistema de privilegios y castigos y los conflictos.
- Relaciones entre ancianos y familiares.
- Relaciones entre ancianos y la organización.
- Relaciones entre trabajadores.
- Relaciones entre trabajadores y familiares.
- Relaciones entre trabajadores y la organización.
- Relaciones entre familiares.
- Relaciones entre familiares y la organización.

Estas categorías nos han servido de base sobre la que sustentar el posterior análisis del discurso de los entrevistados, aun habiendo la posibilidad de que pudieran surgir otras emergentes. Son fundamentales estas categorías pues, según Díaz de Rada, la traducción cultural de las categorías apuntadas en el lenguaje demandan un recorrido por un espacio complejo de prácticas sociales (Díaz de Rada, 2003).

8.2.4. Los controles de la información

Tal y como sabemos, debemos tener presente los posibles efectos o errores que se pueden producir en toda investigación por diversos motivos. Para evitar, o al menos minimizar estos errores, hemos recurrido a la corroboración de información concreta de las personas entrevistadas, como características de su puesto, antigüedad en el mismo, antigüedad como residente, etc., no tenemos constancia de que los informantes clave hayan sesgado la información; por último, no se ha experimentado por parte del investigador cambios recientes en su rol que pudieran haber distorsionado su elección.

Creemos pertinente reflexionar acerca de la eticidad de la acción del investigador al infiltrarse de manera más o menos encubierta en los escenarios. En nuestra opinión, la eticidad de la acción, si bien en principio podría ponerse en duda por parecer que oculta deliberadamente el propósito último de la investigación, entendemos que no se vulnera. Los motivos son claros al respecto.

⁹ El efecto looping consiste en un comportamiento concreto del interno, que se caracteriza por hablar a regañadientes, poner malas caras, entre otras manifestaciones (Goffman, 2004: 70-72)

Por un lado, la experiencia del investigador, no tanto desde el punto de vista profesional como laboral, puede influir en la puesta en escena de las significaciones cotidianas por parte de los actores sociales. Por otro lado, la familiaridad con este escenario facilita ostensiblemente la especificidad de las cuestiones inicialmente planteadas. Tampoco podemos obviar que esta situación no se da en aquellos escenarios donde el investigador no desarrolla su faceta laboral, aunque es conocido en el ámbito profesional; por ello, el carácter encubierto en este entorno es no solo conveniente, sino necesario, ya que los rituales y escenificaciones diarias en estas instituciones quedarán libres del lastre de creerse “inspeccionados”. La eticidad, entonces, no la basaríamos tanto en el carácter encubierto o abierto de la recogida de información, sino en el uso que se dé al acto mismo de esta recogida. El propósito, tanto en el escenario abierto como encubierto, es recoger la mayor cantidad de información relevante relacionada con una investigación social, en un ámbito académico y profesional, más allá de detectar posibles conductas “desviadas” en los agentes sociales entrevistados en el ámbito laboral. Para solucionar esta circunstancia, se ha explicado a los agentes entrevistados el objetivo general de la investigación, haciendo hincapié en la ausencia de interés por parte del investigador en detectar cualquier situación relacionada con la relación laboral.

Sin embargo, no todo han sido ventajas en nuestra investigación. Para nuestro trabajo eran cruciales los testimonios de los ancianos que viven el día a día de la residencia. Cuando aplicamos los criterios de selección nos percatamos del escaso número de personas mayores cuyo estado cognitivo y mental fuera compatible con el hecho de que pudieran dar respuestas coherentes y enmarcadas en el ámbito de las preguntas a plantear. Esto limitó bastante nuestras previsiones iniciales, ya que el número con el que trabajamos en nuestra investigación, tras seguir el criterio de voluntariedad, fue menor que el que pensábamos antes de iniciar la investigación. Ha sido importante tener en cuenta, tal y como refiere Mairal, que en la elaboración de cualquier etnografía no solo necesitamos organizar nuestros datos, también nuestras reminiscencias, ya que nos aportan algo más de lo registrado, grabado o escrito en nuestro diario (Mairal, 2000).

9. LA RESIDENCIA COMO INSTITUCION

Es indudable, desde el punto de vista del autor del presente trabajo de investigación, que para poder analizar adecuadamente las relaciones que se dan en el contexto de la residencia como recurso social dentro de la comunidad es muy importante conocer precisamente este recurso que circunda, abraza, y rodea a los agentes sociales que en la residencia hemos identificado. Cómo es la residencia, es decir, el concepto que tienen de residencia dichos agentes sociales va a ayudarnos a interpretar lo más cercanamente posible la realidad vivida por ancianos, trabajadores, familiares y miembros de la organización. Igualmente es necesario analizar qué manifiestan los entrevistados acerca de los tipos de residencia que perciben y/o conocen. En este capítulo estudiaremos qué papel juega la residencia en el contexto sanitario, y su relación con las redes de apoyo de los ancianos. El motivo de ingreso y la voluntariedad del mismo resultan imprescindibles de analizar, pues posiblemente condicionen la percepción posterior del anciano sobre la institución residencial. Una vez institucionalizados es importante analizar el concepto de adaptación pues es indudable su relación con el motivo de ingreso y con la vivencia de la institución. Por último, también analizaremos los rituales de pre-ingreso e ingreso que escenificarán la introducción material del anciano en el mundo institucional. Este conocimiento nos ayudará a conocer los límites de la significación social de la residencia, a nivel interno primeramente, pero también con aspiraciones de tipo externo.

9.1. CONCEPTO DE RESIDENCIA

Tal y como hemos podido comprobar en el epígrafe correspondiente del marco teórico del presente trabajo de investigación, el concepto de residencia está muy influenciado por variables sociales de distinta índole. Así, de manera general, podemos intuir variables de carácter teórico, esto es, relacionadas con las distintas concepciones que se tienen del citado recurso desde diferentes estamentos, ya sean públicos, tales como la Administración-Estado y sus

representaciones más singulares del tipo Consejerías de Servicios Sociales, o privados, representados por las propias organizaciones que prestan dicho servicio residencial. Otra de las variables sería de carácter práctico, estando determinada por el uso real, más allá de aproximaciones o aspiraciones socio-políticas, desempeñado por algunos agentes sociales, tal y como son los propios ancianos y sus familiares. En este sentido, más pragmático, para poder aproximarnos a esta gran cuestión conceptual sobre lo que es una residencia de personas mayores, hemos preguntado a los diferentes agentes sociales acerca de lo que piensan que es. Según el grupo de los ancianos, la residencia puede tener utilidad tanto práctica como social, al menos tal y como se deriva del análisis de los siguientes discursos:

"(...) me lavan, me duchan, como, me visten... muy a gusto." [lo repite varias veces]
(AR1)

"Yo la residencia la defino como un sitio dónde tú vienes a que te cuiden, estés bien, vigilen, si tienes algo que no te gusta decirlo." (AR4)

De estos discursos, algunos de los más representativos, podemos deducir cómo algunos ancianos interpretan que la residencia, como recurso, tiene la capacidad de satisfacer las necesidades funcionales que han perdido, o bien que tienen abolidas, sin más implicación social. En este sentido, la utilidad de la residencia sería la de satisfacer la alimentación, el aseo, o el vestido, entre otras de índole físico.

Otros ancianos, en cambio, visten la residencia de un aura social acerca de su significación. Sus discursos nos dan pistas acerca de la utilidad social que tiene para el anciano, tanto de tipo positivo como negativo:

"La residencia es para mí un sitio donde se vive feliz y tranquila, hay personas agradables, personas que te tratan bien, educadas, cariñosas..." (AR4)

"Yo pienso que somos una familia que estamos aquí recogida y ya está." (AR7)

"Hay momentos en los que crees que esto no es un geriátrico sino un psiquiátrico, te da la sensación, no lo es... Aquí es como si fuera en la cárcel, en la prisión." (AR9)

"Una residencia es una comodidad para las personas mayores que estén aquí cómodos porque en su casa a lo mejor está hecho un mojolico ahí sentado, su hija se ha ido, y ahí se queda o ahí se muere esperando a que le venga a dar de comer su hija y aquí

estás sentado, platicas con una persona, con la otra. Entonces yo lo veo muy bien, yo diría que muy bien.” (AR11)

Estos últimos discursos de los entrevistados nos orientan más a una función de la residencia de tipo beneficencia. Expresiones como “recogida” nos orientan más a funciones de alojamiento y manutención en la línea del asilo típico reflejado en la Ley de Beneficencia de 1849 (Reino de España, 1865). No podemos pasar por alto la clara alusión que AR9 hace de la residencia, utilizando términos tan explícitos tales como “geriátrico”, “psiquiátrico” o “cárcel” muy cercana a la manifestación que hace Goffman (2004) acerca de las instituciones totales. Hay que destacar que dicha percepción pertenece a un único caso del total de entrevistados, aunque no por ello lo perderemos de vista para discutir otras cuestiones de la presente investigación.

Es muy interesante la aportación que hace una de las personas entrevistadas, la cual conceptualiza la residencia de manera más amplia, hablando del concepto que se tiene de la misma, de manera convenida, en un ámbito determinado, en este caso su barrio o su pueblo:

“(…) es una cosa, un invento bueno. Hombre yo esperaba encontrarme peor en una residencia porque en TV y eso había visto muchos casos malos y mi hija me decía muchas veces “mamá es que piensas mal. Todos no son iguales”. La gente de los pueblos lo ve muy mal porque están más atrasadas.” (AR6)

De manera similar a como se reflejaba en los discursos anteriores, la interlocutora AR6 nos hace entender dos aspectos de su concepción de la residencia. Primero, la imagen negativa que todavía se tiene de la residencia, evidenciado por esa discusión entre hija y madre acerca de cómo es la residencia de hoy comparada con la de antes. Segundo, nos orienta claramente a una función de recogimiento de los ancianos, más allá de otro tipo de proyectos tales como la continuidad relacional con la comunidad que le rodea, o la promoción de un proyecto de vida personal. Además, del discurso de esta entrevistada, que recordemos es una anciana, se puede vislumbrar cómo identifica una señal de progreso, de vanguardia, en la aceptación de la residencia como un recurso social adecuado. Así, podemos intuir que pensar lo contrario es un rasgo de pensamientos atrasados, anclados en otros tiempos que no corresponden con la realidad actual.

Análogamente a como ocurría en el caso de los ancianos, el grupo de los trabajadores tiene diversas opiniones acerca del concepto de residencia. Es interesante observar cómo se introduce en su discurso un tinte moral, al menos cuando hablan de cómo son contemplados por otras personas, mayormente los familiares. No podemos obviar cierto pesar en sus palabras, entendemos que motivado por estar incluidos como grupo dentro de lo que se entiende como residencia. En este sentido afirman:

"(...) algunos familiares todavía cuando vienen aquí vienen con..., se esperan otro tipo como eran antes los asilos, que los tienes aquí y los encierras y están sin cariño y sin nada." (TRAB6)

"(...) una opinión que se plasma hace ya unos años, quizá ahora menos, pero hace unos años el concepto de residencia asilo, es decir, un sitio donde se les aísla, se les cuida, pero que una vez que entran ahí es como un centro cerrado totalmente, hermético, en el que se proporcionan unos cuidados, se le atiende y ya está, es decir, ahí está." (TRAB7)

"Una institución donde se prestan una serie de servicios, el hogar de abuelos se podría decir." (TRAB8)

"Yo creo que hay todavía gente que piensa que las residencias en general son asilos todavía, la palabra asilo la he oído hace poco en un médico relativamente joven. Las residencias en España son instituciones muy estresoras, que tienen mezclado en general a personas con diferente nivel de dependencia; no creo que haya una situación más estresora que tener al lado a una persona que acaba de sufrir un ictus o aquella que tiene una sonda o a aquel que está dando gritos o aquel que tiene una demencia. El IMAS actúa a través de la ley de dependencia y manda gente muy dependiente, por lo tanto, cuantas más plazas concertadas con el IMAS más nivel de dependencia tenemos." (TRAB9)

"Es un recurso necesario, que realizamos una labor muy importante en la sociedad porque como está ahora la sociedad. La gente lo necesita pero está mal visto, bastante mal visto todavía." (TRAB10)

"Una residencia es un bienestar para el anciano donde al anciano le pueden dar todos los servicios que en su casa ellos no pueden tener, trato personal, todo, aseo, lo que es la comida." (TRAB12)

“Nunca va a ser como la casa de uno, eso esta claro, pero se puede llegar a vivir muy bien.” (TRAB14)

“Un hogar para personas mayores que no puedan estar por sus condiciones solos en su domicilio.” (TRAB15)

No hemos podido encontrar en los discursos una tendencia social respecto a la meramente utilitarista del concepto. Casi todos los profesionales que trabajan dentro de la residencia comparten previsiblemente una perspectiva utilitarista protagonizada por el argumento de la satisfacción de necesidades. Es muy interesante la argumentación que hace el entrevistado TRAB9 acerca del estrés que debe soportar el anciano que vive en una residencia motivado, según su discurso, por la convivencia con personas con distintos niveles de dependencia, lo cual puede resultar en una insatisfacción con el recurso donde vive, en este caso la residencia. Este argumento ejemplifica claramente algunos puntos donde apoyaremos nuestra argumentación al defender que el tipo de residencia, contemplada como el resultado del conjunto de perfiles asistenciales que en esta se dan, va a condicionar la percepción de la calidad de vida por parte del anciano que ella vive. Es evidente que si la Administración-Estado está condicionando el tipo de plaza que va a formar parte del grupo de ancianos-residentes, estará condicionando, sin lugar a dudas, la manera en que se relacionan los ancianos y la disposición de recursos asistenciales por parte de la residencia como organización.

No podemos obviar igualmente lo interesante de la comparación de dos términos, asilo y residencia, para ejemplificar lo negativo y lo positivo (o al menos lo no negativo), respectivamente, de la significación social del recurso residencial. El asilo es asumido como un lugar, tal y como refiere claramente el entrevistado TRAB6, donde *“los encierras y están sin cariño y sin nada”*. Este concepto de encierro, privado de cariño, esto es de relaciones personales satisfactorias, sin más que hacer, se acerca claramente al concepto de Goffman (2004) de institución total. En este sentido, este tipo de institución, la asilar, sí sería una institución total en el sentido estricto y amplio definido por Goffman (2004). En cambio, debemos destacar que la mayoría de los entrevistados en el grupo de los trabajadores solo utilizan el término *“asilo”* para comparar la residencia actual con la primera, haciendo un balance claramente positivo a favor de la residencia actual. En este sentido, nos recuerda al discurso de la citada AR6 cuya hija utilizaba el término

asilo para describirle a su madre lo que no era la residencia donde tenía pensado ingresar a su madre, si ella quería. Hasta este punto de la discusión las conceptualizaciones de la residencia no nos recuerdan al modelo de institución total descrito por Goffman (2004), por lo que podríamos afirmar que tanto ancianos como trabajadores no delimitan la residencia donde viven y trabajan, respectivamente, en términos goffmanianos de institución total.

Los familiares, al igual que ha pasado hasta ahora con los grupos de ancianos y trabajadores, no se decantan por una concepción única de residencia. Si bien algunos se decantan por una significación más utilitarista desde el punto de vista de la satisfacción de necesidades funcionales, tipo alimentación, aseo y/o vestido, otros lo hacen desde el punto de vista social, para paliar la soledad y la falta de relaciones principalmente. Aparentemente, nos podemos encontrar posturas más abundantes entre los que se decantan por un centro donde satisfacer las necesidades funcionales de sus ancianos. Así nos podemos encontrar los siguientes discursos:

“Mayormente los viejos no quieren las residencias por lo que tienen de atrás, yo que sé, pero yo es que tengo otro concepto totalmente diferente.” (FAM2)

“La residencia en general parece una cosa muy buena. Yo he llegado hablar con gente que tiene a los padres mal porque los tienen en su casa.” (FAM5)

“Un centro en el que se le prestan una serie de cuidados y atenciones a personas que no tienen una...[Duda] relación que pueden tener, o sea que tienen una dependencia, que no tienen una autonomía personal para relacionarse y entonces no tienen los suficientes familiares o posibilidades.” (FAM6)

“Pues yo la definiría como un sitio donde tienen que ir algunas personas que por sus circunstancias o porque no tienen familia o por enfermedad pues tienen que venir aquí.” (FAM7)

“Como percepción es triste, porque una residencia es dolor, es vejez, no es una maternidad que es alegría, es una geriatría, para mí es triste.” (FAM8)

Merece la pena detenernos en el discurso de FAM6, pues nos empieza a orientar acerca de cierta utilidad social de la residencia al referir que estaría destinada para personas que *“no tienen los suficientes familiares o posibilidades”*. En este sentido, la residencia no sería un recurso visto como una elección más sino como

la última elección, cuando la comunidad que rodea al anciano no es capaz de cuidar de este. En este caso se siente obligado, tal y como nos afirma Ors y Maciá (2013) en trabajos anteriores a este. Así contemplada, la residencia sería un recurso donde los ancianos estén recogidos, cercana conceptualmente al asilo. En esta línea argumentativa, FAM7 nos aclara lo expuesto por FAM6 refiriendo claramente que la residencia es un lugar donde imperativamente deben ir los ancianos sin familia o por enfermedad. Esto nos acercaría más a Goffman (2004) que a una concepción menos totalizadora de la residencia. Se percibe cómo la familia vive negativamente esta experiencia. Lo que no podemos afirmar de momento es si esta percepción es así por convicción o como consecuencia de un fenómeno especial experimentado por los familiares más allá de la verdadera experiencia vivida por sus ancianos-residentes. Para aproximarnos a este fenómeno, más adelante hemos analizado estas experiencias.

Es en el grupo de la organización donde hemos podido obtener más variedad de información. Probablemente, si partimos de la base de que su conocimiento sobre el recurso residencial es fundamental para poder desarrollar su labor asistencial que debe ser amplio y prolijo, la información que podamos analizar de sus discursos no va a estar exenta de detalles. En este sentido, nos hemos podido encontrar con presupuestos discursivos muy parecidos a las definiciones estándar de residencia. Así, los entrevistados ORG8 y ORG7 hacen las siguientes afirmaciones:

“Es un recurso muy importante porque sería, como ellos mismos lo dicen, como una gran casa donde viven muchas personas con características similares, total, dentro del periodo evolutivo que se caracteriza que es la vejez, y tienen a parte unos cuidados y unas atenciones específicas.”(ORG8)

“Es un servicio que ayuda tanto a la familia como al propio residente a que los últimos días de su vida, gente que no puede vivir en su casa ni tampoco estar en un hospital porque no están en condiciones pues en la residencia están bien.” (ORG7)

Pero esta afirmación, que podríamos definir aséptica, no parece ser compartida por otros interlocutores de este grupo. En este sentido la convivencia dentro del recurso residencial de diferentes perfiles funcionales de ancianos condiciona negativamente la experiencia vital de estos, al menos de los que pueden expresar verbalmente y de manera consciente dicha situación. Estas

verbalizaciones son sustentadas por los resultados de trabajos anteriores que afirmaban que el estereotipo negativo sobre los mayores dependientes, se ve reflejado en la respuesta de los sujetos estudiados, como es nuestro caso (Kemper, 1994). Eso nos recuerda de manera clara lo ya expuesto por el TRAB9 respecto a lo negativo para el anciano de vivir entre diferentes perfiles asistenciales. Para algunos de estos miembros de la organización las residencias son, tomando como nuestras sus expresiones verbales, verdaderos *“cajones de sastrre”*. Algunos ejemplos son los siguientes:

“En base a la capacidad de los usuarios, no es por hacer distinciones, pero muchas veces se intenta hacer interacción entre los muy dependientes y los autónomos y los resultados no son buenos. Son consideradas más bien como sacos rotos, como las plazas de medicina interna, somos como sacos rotos, aquí lo que no encaja en los demás recursos viene a la residencia. Cuando ellos llegan el choque es bestial con lo que ven aquí, dicen: “yo no estoy loco”, “es que yo no soy viejo”, ellos se comparan.”
(ORG1)

“Esto es un poco cajón de sastrre, es decir, aquí entra todo el mundo, que el perfil predominante ahora mismo es, hay un peso sanitario porque la mayoría son muy dependientes.” (ORG6)

Importante es la apreciación de estos entrevistados pues evidencia su clara oposición a la convivencia de diferentes perfiles asistenciales, ya que parece perjudicar a unos respecto a otros, como es el caso de las personas que cognitivamente están bien. Esto es muy relevante, pues si partimos de la base de que la residencia es un recurso social, que no sanitario, o al menos no mayoritariamente sanitario, regulado por normas que proceden de la Consejería de Política Social (Comunidad Autónoma de Murcia, 2005), actualmente denominada de Familia e Igualdad de Oportunidades, esta circunstancia no está exenta de discusión. Se evidencia la clara transformación de la utilidad del recurso social que es la residencia de personas mayores, yendo de un cariz social, destinada a personas sin recursos, con problemas no sanitarios para permanecer en su entorno, a un cariz más sanitario. Entonces el objeto del cuidado en la residencia estaría dirigido a paliar situaciones sociales derivadas de un problema de salud, como sería la demencia en sus múltiples manifestaciones, o grandes problemas funcionales de la persona anciana.

Igual de interesante es el término “*casa*” que otros interlocutores utilizan para referirse a la residencia, aunque adornado con otras connotaciones utilitaristas, tal y como podemos comprobar a continuación:

“Sirve para acoger a personas que en otras circunstancias no estarían bien atendidas. Mi casa, eso es lo que intentamos transmitir, “está usted en su casa”, y su casa es todo, la residencia entera es su casa, no es solo su habitación.” (ORG5)

“A veces llegas a sentir mucho la casa. A lo mejor te vas de aquí a las ocho y cuando subes y los ves a todos meterse en su casa, en su cama, en la habitación, con su pijama puesto... esa sensación me gusta. Es muy... como muy de casa.” (ORG6)

Es la propia Administración-Estado quien procura normativamente que las instituciones que operan dentro de las estructuras formales de la residencia cumplan una serie de requisitos de cara a los ancianos que van a acoger. Uno de estos es precisamente la igualdad de trato, que entraría en contraposición con otro derecho fundamental del usuario tal y como es la atención personalizada (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2003). Esta aparente contraposición de posturas puede ser claramente confundida y mal utilizada según el espíritu inspirador de cada una de las organizaciones que operan, al menos en la Región de Murcia.

Otro punto de discusión es la referencia explícita de la residencia como “*casa*” u “*hogar*”, que nos recuerda las apreciaciones de Barenys (1993:155) en este sentido. Así podemos afirmar que la tendencia de estos interlocutores es comparar la residencia con la dimensión más social de la misma, aquella a la que pretende sustituir que no es otra que el hogar. Siguiendo a Barenys (1993:158), y alineándonos con su postura, la residencia si bien es dispuesta por la organización como pretensión tal que un hogar, una casa, esta pretensión no parece cumplirse, al menos tras el análisis de los discursos del resto de agentes, principalmente de los ancianos; en ningún momento estos se refieren a la residencia como su hogar, o su casa. Esto parece ser apoyado por otros autores que han visto en los ancianos alusiones positivas a sus casas, probablemente asociadas al componente emocional que conllevan éstas (Lázaro & Gil, 2010). Más bien lo hacen en tono de utilidad social, ya sea de tipo funcional (satisfacción de necesidades funcionales) o de alojamiento (donde viven aquellos que no tienen donde ir). Esto podría explicarse, precisamente, por la dificultad de objetivar algo tan subjetivo como lo

que cada persona entiende como casa u hogar. Esta situación, la de no adherirse los ancianos al término casa para definir la residencia, no es suficiente para dejar de intuir que para determinados ancianos la residencia pueda convertirse en un hogar o “su casa”, más, si cabe, cuando han podido concurrir circunstancias que hayan precipitado su ingreso, tales como el maltrato por parte de algún familiar, o el abandono por su parte, o la soledad extrema que haya podido experimentar durante años hasta el ingreso en la residencia. En estos casos, cabe al menos dejar abierta la posibilidad de pensar que la residencia sea algo más que “(...) *techo, manutención, convivencia y prestación de servicios (...)*” tal y como afirmaba Barenys (op. cit. P158). Cuando hablemos más adelante del concepto de adaptación entendemos que se podrá arrojar más luz a esta discusión.

Extremadamente interesante es uno de los discursos, el del interlocutor ORG5, pues hace referencia a las denominadas plazas de “*emergencia social*”. La propia terminología nos lleva a pensar en plazas residenciales que deben ser cubiertas con prontitud por problemas no tanto sanitarios, que serían resueltos o abordados en un ambiente de salud, como sociales. Si esto es así, al parecer estas plazas que entendemos deberían ser la norma en las residencias precisamente por su naturaleza social, son la excepción. Esta circunstancia evidenciaría la transformación en el terreno de lo real y cotidiano, y más allá del plano teórico, de la finalidad de las residencias y por ello su conceptualización y significación social. Las afirmaciones son las siguientes:

“Hay unas plazas ahí de emergencia social que son las mínimas. Es un poco el resquicio que le ha quedado a la UTS [Unidad de Trabajo Social del Ayuntamiento] para poder llegar a situaciones pues de abandono absoluto como encontrarte a una señora en una casa llena de animales, comiendo basura, y, cuando en 24 horas se debería de hacer una derivación pues a veces son meses.” (ORG5)

Este tipo de comentarios nos reafirman en nuestras hipótesis de que el recurso residencial ha sido geriatrizado por la administración en un intento probablemente de dar salida a los enormes costes que supondría crear recursos específicos para estas personas. Este tipo de plaza, la de emergencia social, nos recuerda mucho más la naturaleza social por la que se crearon las entidades no lucrativas. Quizás no sea tanto el debate en curso el papel de las residencias en la atención de personas ancianas. Más bien sería el papel de las residencias no lucrativas de naturaleza social, por convencimiento en el abordaje de las

necesidades sanitarias o más geriatrizadas de las personas mayores que las solicitan. Si como dice la entrevistada, este tipo de plazas, las de emergencia social, son un resquicio del papel social en la búsqueda del mejor recurso para una persona que aparentemente no tiene enfermedades incapacitantes, habría que reflexionar hasta que punto las actuales residencias no lucrativas deben resignarse a declinar hacia el lado más sanitario de la atención, o desaparecer o limitar sus plazas a este tipo de perfiles. En este sentido, queda muy claro el papel utilitarista de la residencia respecto al Estado. La entrevistada incluso hace referencia de una manera más o menos explícita, al final de la selección de su discurso, a lo indeterminado del tipo de respuesta que la sociedad espera de las residencias. Entendemos que el papel sanitario que poco a poco han ido adquiriendo las residencias de personas mayores nace más allá del siglo XX, en el siglo XIX, ya que la norma legal vigente en España y utilizada para la constitución legal de entidades de carácter altruista, filantrópicas y de beneficencia hasta la publicación de las Leyes de Asociaciones (Gobierno de España, 2002a) y Fundaciones (Gobierno de España, 2002b) ya en el siglo XIX, era la Ley de Beneficencia, de 20 de Junio de 1849 (Reino de España, 1865). La aspiración de esta última era regular el funcionamiento de organizaciones de carácter general, estatales, y particular, ayuntamientos y provincias, precisamente para dar respuesta a las necesidades de salud dentro del entorno social de los más desfavorecidos en nuestro país por aquel entonces. Es posible, siguiendo este argumento, que la mezcla de lo social y lo sanitario llevara a una respuesta más integral de dichas organizaciones, de manera que ante demandas de carácter sanitario éstas no se vieran más que como una parte del problema social que rodeaba a los desfavorecidos. Estas afirmaciones confirmarían lo expuesto anteriormente por otros autores respecto al cambio filosófico y práctico en el modelo asistencial (Molina, Meléndez, & Navarro, 2008).

Otra de las personas entrevistadas manifiesta su discurso en forma de teoría explicativa del fenómeno de internamiento en las residencias. Es muy interesante por hacer uso, como hacían los grupos de trabajadores y familiares, del término “asilo” para hacer referencia a la cara menos amable de la residencia. Así podemos observar lo siguiente:

“Nosotros ni nadie no nos hemos quitado el aura de asilo, aquí la gente de fuera piensa que estos son asilos y que el anciano viene aquí a estar apartado y no recibir

prácticamente ningún tipo de atención y estar levantado en una silla y después acostado, alimentado y demás y con los cuidados. Eso es un tema puramente cultural, eso lo llevamos todos dentro.” (ORG4)

Nos llama la atención el uso de la significación de “institución” que otra de las entrevistadas hace para referirse de manera negativa a la vida en la residencia. Esto por sí mismo es significativo, aunque en este caso es mucho más interesante por llegar la entrevistada a contradecirse dentro de su discurso; si bien defiende el recurso donde trabaja, manifiesta que no lo elegiría para vivir. El interés de estas afirmaciones recae en la evidencia, a nuestro parecer, de que el ingreso en una residencia es una situación que no se elige, sino a la que se llega por la exclusión de otros recursos. Los describe en los siguientes términos:

“Posiblemente las residencias vienen de los antiguos asilos, este es un recurso que llegó más tarde pero no hay una lógica de inclusión, de recurso como tal. Es un recurso social institucional, lo que es una institución, vamos, donde viven una serie de persona mayores establecidas la mayoría sociales, ahora mucho más sanitarios que precisan unos cuidados que quizá en casa pues no es posible cuidarlos.” (ORG1)

De manera más global, el concepto de residencia termina de tomar forma al ubicarse dentro de la estructura social mayor que la rodea, lo que entendemos por comunidad. En este sentido, el interlocutor ORG4 hace una clara alusión discursiva en referencia a la utilidad de la ubicación física de la residencia en el núcleo urbano respecto a la sensación de aislamiento de la misma y de las personas que en ella viven. Es lógico pensar que una residencia ubicada fuera del núcleo urbano dispone de más barreras a las personas mayores, que en ella viven, que las de los núcleos urbanos, para relacionarse con otras de su entorno, pudiendo adquirir la convivencia un halo de internamiento más allá que mera residencia. Durante nuestro proceso de recogida de datos desde la observación participante, hemos podido constatar que la mayoría de residencias estaban en los límites de la ciudad o pueblo. Las pocas que hay dentro de los mismos ha sido por haber sido englobadas en la ciudad por el simple proceso de expansión urbanística de la misma. Las afirmaciones del interlocutor ORG4 son las que siguen:

“Creo que dentro de la residencia no terminan de romper con el exterior que es muy importante y una de las cosas que creo, el privilegio que tiene esta residencia es que está en el centro del pueblo pues creo que es muy beneficioso.” (ORG4)

A modo de síntesis, del análisis de los discursos de los agentes sociales en torno al concepto explícito de residencia, podemos interpretar que la residencia es entendida como un recurso al que se llega, no al que se va, por motivos de tipo social y sanitario, y dentro de estos últimos sobresalen los de carácter funcional, aunque este punto lo discutiremos más adelante de una forma más concreta. Si bien es cierto que hay diferentes apreciaciones referentes al grado de comodidad vivida dentro de las residencias, ésta está amenazada por la convivencia de ancianos con diferentes necesidades a cubrir y que pueden crear la sensación de malestar, especialmente entre aquellos cuya finalidad sea buscar un hogar, aunque sea por imposición tal y como hemos podido constatar. Solamente el grupo de los miembros de la organización utilizan en su discurso el término “casa” u “hogar” para referirse a la residencia. De los discursos de los trabajadores y los familiares hemos encontrado semejanzas en cuanto a la necesidad de alejarse del concepto “asilo” por recordarles aspectos negativos, los cuales a su vez nos recuerdan los presupuestos de Goffman al hablar de las características de las instituciones totales. En este sentido último, las residencias objeto de nuestra investigación no podrían utilizarse como ejemplo claro de instituciones totales aunque haya posos en la profundidad del análisis de los discursos de la existencia de ciertos vestigios, ciertamente ambiguos y no exentos de riesgos interpretativos. De manera conclusiva, no podemos hacer una definición al uso de residencia, al menos en el caso de las que han sido objeto de nuestra investigación, pues, efectivamente, de los discursos de los entrevistados parece emanar un ambiente social asistencial e institucional ambiguo, bizarro en sus límites. Así, asumimos que la residencia, que conocemos, perfectamente se asemeja a la definida por el IMSERSO en nuestro marco teórico, pues hemos podido constatar que podrían vivir juntas personas mayores con problemas sociales y/o problemas sanitarios y/o problemas económicos y/o problemas familiares. Derivado de esta amplia conceptualización, podemos entender que Carnevali y Patrick (1996: 99) la puedan ver solo en su esfera sanitaria no estando desacertados en su planteamiento, aunque lógicamente reduccionista. Según la definición del IMSERSO, da la sensación que la Ley 39/2006 no ha venido a

delimitar precisamente los límites de la institución asistencial que es la residencia, sino más bien a confirmar la no delimitación anterior, pues entiende que pueden vivir en su seno personas ancianas con diferentes grados de dependencia, independientemente de los problemas sociales o sanitarios que la hayan producido (Gobierno de España, 2006a). De esta manera, si bien estamos en claro desacuerdo con la adhesión que Barenys (1993: 155) hace respecto a la caracterización de las residencias como instituciones totales, cuando se alinea con Goffman (1974), no podemos decir lo mismo cuando se trata de definir la función social de las residencias. En este sentido, estamos de acuerdo con Barenys en que la ambigüedad que impregna a estas instituciones dificulta aprehender su función social en cuanto a su adhesión a las políticas de bienestar social (Barenys, 1993: 155). Así, se entiende que, cualquier intento de la Administración de convertir a las instituciones residenciales en algo que nunca fueron y nunca pensaron realizar, tendrá muchas dificultades de que tenga éxito. Por ejemplo, la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia ha hecho lo descrito anteriormente, al definir las residencias, entendidas como centros de asistencia social, como centros sociosanitarios adscribiéndolas a un régimen sanitario que nunca pensaron ejercer cuando se constituyeron como recurso social (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2014).

9.2. TIPOS DE RESIDENCIAS

Precisamente, en el ánimo de seguir profundizando en este análisis en torno al concepto de residencia, hemos preguntado a los agentes entrevistados acerca de las diferencias que hayan podido observar entre los diferentes tipos de residencias. De esta manera, hemos pretendido encontrar características que fueran similares en un mismo tipo para poder caracterizarlo. No podemos olvidar, en ningún caso, que las apreciaciones se hacen de manera comparativa partiendo de las que son de tipo no lucrativo. Si bien esto puede parecer una desventaja, por la posible parcialidad de las respuestas, esto no deja de ser un argumento discursivo de los agentes sociales. Además, su análisis nos aportará mucha información sobre las características de las entidades no lucrativas en la Región de Murcia, objeto precisamente de nuestra investigación. Presumimos que todo ello nos ayudará a conceptualizar la residencia como institución y recurso social.

En el análisis de los discursos nos ha llamado la atención sobremanera la ausencia de referencias explícitas a la tipología de residencias en el grupo de los ancianos-residentes. Para los entrevistados de este grupo era la única residencia donde habían vivido y esto interpretamos ha dificultado la comparación.

En el grupo de los trabajadores hemos encontrado los siguientes testimonios:

“Yo lo que veo por ejemplo en otras residencias que a lo mejor son más privadas pero tan independiente es la habitación que es mucho más solitario entonces necesitan un cuidador o que siempre esté un familiar y aquí sin embargo lo que veo es que están todos en el comedor, todos bajan, eso es lo que veo que es más, entonces siempre estás hablando con ellos.” (TRAB1)

“¿Las diferencias? que no se hacía lo que se hace aquí tampoco. No quiero decir la palabra “abandonados”, pero sí que había gente que no se esmeraba tanto como aquí.” (TRAB2)

“Antes estaban las hermanas Carmelitas y ahora es particular. También he visto mucho cambio a la hora de cuidar a los ancianos. Con las “hermanas” el ambiente era mas familiar, mas cariño, tenían un carisma especial. Ahora se les cuida bien y no les falta de nada, no sé, pero no es lo mismo...” (TRAB3)

“En el personal yo veo que pasan del residente. Yo creo que en esta residencia eso no pasa.” (TRAB4)

“Cuando vienen de la otra residencia, que es mercantil pues, sí, tiene auxiliares y demás pero las familias tienen que encargarse, teniendo personal, de darle de comer y contratar a personal de fuera para atender las necesidades del abuelo que deberían de cubrirse teniendo personal. Atendían así lo básico, higiene y comida, pero no se veía contacto humano ninguno.” (TRAB6)

De manera general, no podemos afirmar que las trabajadoras hagan una separación de los tipos de residencias desde el punto de vista administrativo o formal. Sin embargo, nos llama la atención el hincapié que ponen en las características relacionales, y por ello sociales, que unas tienen respecto a otras. Así, se puede leer de manera repetida la insistencia que ponen en la necesidad de la existencia de un ambiente de “cariño” o como “en familia”. Esto que bien podría ser una característica común, todas las trabajadoras entrevistadas, recordemos que desempeñando su labor en residencias de tipo no lucrativo, lo utilizan para

comparar la residencia donde trabajan con las de tipo lucrativo o meramente empresarial, a favor de las de tipo no lucrativo.

Cabe señalar la apreciación que hace TRAB3 acerca de las diferencias que existen incluso dentro de las residencias de tipo no lucrativo. Para esta trabajadora la residencia gestionada por religiosas estaba investida de un aura especial en la que destaca un plus de relación personal, más en familia, en palabras de la propia trabajadora. En este sentido, las verbalizaciones de esta entrevistada se alinean con lo aportado en otras etnografías anteriores cuando se afirmaba que en residencias de perfil religioso se observaban numerosas muestras de ayuda y colaboración entre las mujeres de manera especial (De Haro, 2011). Estas argumentaciones contradicen a Barenys cuando refiere que en las residencias de mayores un rasgo característico totalizador es precisamente la inexistencia de una *“conciencia colectiva solidaria”* (Barenys, 1993). Este discurso es muy importante por iluminar una parte de las entidades no lucrativas de las que no parece haber demasiada información, las de carácter religioso, y que Goffman (2004) precisamente engloba como de tipo total.

En el grupo de los familiares las respuestas a nuestras cuestiones han sido las siguientes:

“La primera que conocí, la verdad, estaba con mucha gente. Aquí se esta más en familia, menos masificada, además de que está aquí en el pueblo, cerca de mi casa, y esto me facilita el bajar a ver a mi hermana.” (FAM1)

“Tengo oídas, que en unas se tratan mejor que en otras. Pero yo la verdad, como no voy a todas, no puedo decirlo.” (FAM4)

Siguiendo la línea discursiva de los trabajadores de las residencias, los familiares parecen poner la diferencia entre las residencias en la calidad de las relaciones interpersonales. No dejan claro, sin embargo, si esta calidad es la percibida por ellos mismos o bien por parte de los propios ancianos. En este sentido su discurso es poco ilustrativo.

Tras la atenta lectura de las aportaciones de los entrevistados, el grupo de la organización parece ser uno de los más fructíferos en cuanto a la información sobre los diferentes tipos de residencias. Los discursos son los siguientes:

“Yo creo que es totalmente distinto. Creo que en las otras residencias [las mercantiles] el trato es muy despersonalizado, los otros tipos de centros. En uno es

beneficio económico [hablando de las de tipo mercantil] y el otro, bueno, es “vengo, hago mi trabajo y me da igual que sea Pepito que sea Juan”[refiriéndose a las de tipo público].” (ORG2)

“Ahora el que, por ejemplo, en la pública tenga este trabajo porque ha ganado una oposición, porque se haya presentado, porque quiera tener un sueldo, ni la va a poder realizar bien ni aquí, ni allí, ni en ningún sitio, y el sector mercantil lo que tiene que hacer es seleccionar el personal y hacerlo desde este prisma en un sentido estrictamente humano, nosotros lo haremos desde el humanismo cristiano pero ellos lo harán desde un sentido estrictamente humano.” (ORG3)

“Hay mucha diferencia entre residencias. A parte de a lo mejor el trato humano, el cariño que tu le puedes proporcionar a una persona, el afecto, un poco, los medios para desempeñar el trabajo o no simplemente los medios sino las condiciones.” (ORG8)

De la lectura de estos dos entrevistados podemos hacer de manera preliminar una serie de interpretaciones, a saber, que la gran diferencia entre los tres tipos de residencia, reconocidos desde el punto de vista administrativo, es el trato. Este es definido por ORG2 como trato personalizado aunque lo haga de manera negativa. En esa línea ORG8 aporta un nuevo elemento, que no es otro que el “afecto” como característica de las residencias no lucrativas, a diferencia de las de otra índole. Es interesante el tono de reproche que se intuye en la lectura de las primeras argumentaciones, sobre todo a la hora de hablar de los fines de las organizaciones que dirigen y gestionan estos tipos. La entrevistada ORG6 añade un plus de especificidad cuando habla precisamente de atributos de las de tipo no lucrativo:

“En la residencia donde estaban mis familiares [era de tipo mercantil] no había a lo mejor servicios de actividades lúdicas, no conocí nunca un terapeuta ocupacional... Han habido figuras que me familiarizaban más aquí y eso ha sido positivo.” (ORG6)

También ORG8 hace una mayor especificación respecto a las características diferenciales entre unas y otras residencias:

“Las conversaciones que he podido tener con otras compañeras del gremio, pues a lo mejor vosotros hacéis mucha formación o “qué bien que está esto, qué bien... aquí no se hace tanta formación.” (ORG8)

En la línea de ORG2 y ORG3, ORG6 refiere como características diferenciadoras las siguientes:

“Efectivamente, la zona, el personal, la forma de gestionar, por supuesto va a cambiar mucho una de otras. ¿los mínimos se van cumplir en todas?, si, o debería. Te diré que lo poco que he visto de las públicas noto que deberían de tener un poco más de nivel puesto que hay un presupuesto o hay un personal que está mejor pagado y por tanto debería estar más motivado, y sin embargo noto lo contrario. Y con la privada [mercantiles] noto todo lo contrario, o sea, esa competitividad de la empresa privada que quizá al anciano no debería porqué afectarle y sí que afecta. Y luego no lucrativos que es lo que pienso que está en un termino medio. Sí que veo en la empresa privada que se cuida mucho más la imagen, yo creo que la línea va un poco más en el mercadeo, en el buscar al cliente, etc.” (ORG6)

Aquí ya se argumenta algo mejor los motivos por los cuales un sector y otro se diferencian. Para la entrevistada mientras en el sector privado lo que manda es el mercado y por ello habría que “pelear” cada plaza, en las públicas, como contraste, al no existir esta necesidad de hacerlo bien por tener más clientes, hay una dejación de funciones que parece va a depender más de la percepción individual que cada trabajador tenga del compromiso profesional con el anciano al que cuida. Esto, dice la entrevistada, se ve por ejemplo en cuidados básicos como podría ser la higiene, lo cual es bastante difícil de entender.

En el análisis de los discursos nos ha resultado muy relevante los derroteros que adquieren algunos entrevistados cuando argumentan las características de las entidades no lucrativas. Esto hemos podido apreciarlo tanto a modo diferenciador con las otras formas de constituir una organización residencial, como a modo de instituirse como principio vertebrador del sentido moral de la existencia de las instituciones no lucrativas:

“Se aprovecha un poco para modernizar y actualizar la cuestión teniendo en cuenta de que..., bueno, todo esto se ejecuta en los años de la transición y ya pues se hace esto un poco más civil. Pues si se aprovechan determinados valores religiosos desde el punto de vista del ideario que hay que tener a la hora de los cuidados y atención que hay que darle a los ancianos, de que tiene que ser una atención buena que les lleve a que obtengan todo lo que ellos no tienen desde un punto de vista tanto no de salud sino desde un punto de vista de complementar la falta de entorno familiar.” (ORG4)

En este sentido, las organizaciones no lucrativas estarían caracterizadas por dirigir sus esfuerzos a proveer un entorno social, no sanitario, basadas en un ideario más cerca del humanismo cristiano que del entorno civil. De esta manera, se puede entender más fácilmente ciertos rasgos asilares semejantes a los que pretendía regular la Ley de Beneficencia del XIX (Reino de España, 1865). Esto no necesariamente imprime a las residencias no lucrativas de un aura de entidades menores, respecto a las públicas o mercantiles, sino más bien un carácter más específico e identitario parecido a lo que autores contemporáneos destacan como un reto a cumplir respecto a los ancianos que viven en las residencias, esto es la Atención Centrada en la Persona (Rodríguez, 2013).

Otros entrevistados inciden más en el papel de las residencias de religiosas, diferenciándolas del resto de entidades:

“Sí hay diferencia, empezando la diferencia entre las de carácter lucrativo y no lucrativo es más que evidente porque la finalidad es totalmente distinta, pero también incluso en la forma de gestión, de administración y de prioridades, por lo que yo observo desde fuera, pero también de dentro de las nuestras [las de religiosas]. En otras residencias que dicen, “no!, si me puedes pagar a partir de aquí yo te admito, pero si no me puedes pagar como mínimo esto, yo no te admito”. Los voy a tratar exactamente igual porque todos somos hijos de Dios y todos merecemos tener la misma calidad de vida sea cual sea nuestra capacidad económica y sean cuales sean nuestras circunstancias personales.” (ORG5)

Tras la lectura atenta de esta entrevistada, podemos interpretar que incluso dentro del tipo de las no lucrativas también se desmarcan las de religiosas, en los siguientes términos:

“La gran mayoría de la gente que viene con nosotros dicen, es que yo, lo que quiero, es estar con monjas, ¿por qué? Porque se que me aseguran estar limpio, me aseguran un bienestar en la residencia, me aseguran un respaldo afectivo grande, me aseguran que me voy a sentir querido, me voy a sentir acogido.” (ORG5)

Casi a modo sintético, y aparentemente, es ORG7 el que hace, en nuestra opinión, una buena caracterización de las residencias no lucrativas:

“Lo que es en el trato humano no es lo mismo. Es más bien, son [se refiere a las residencias mercantiles], por lo que cuenta la gente pues residencias que van a beneficiarse lo que es el jefe, el director de la residencia. No les ponen los medios

necesarios que necesitan, los tiene que proporcionar la familia. Sí, la privada no lucrativa yo creo que el trato es más humano, un trato más receptivo, más familiar."

(ORG7)

Tras el análisis de los discursos, podemos afirmar que son tanto los de las trabajadoras como los de los miembros de la organización los que nos dan una mejor y más clara imagen de las diferencias tipológicas entre los diversos recursos administrativos que, a día de hoy, atienden a personas mayores en régimen de residencia en la Región de Murcia. Lógicamente, la rotación de personal en las residencias permite que puedan trabajar en más de una residencia. En el grupo de la organización, aun experimentando menos rotación, su puesto le permite conocer los estilos de gestión de otras residencias, al coincidir en asociaciones de residencias donde suelen ser los interlocutores de los patronatos y de las juntas directivas de fundaciones y asociaciones para las que trabajan. Es comprensible que los ancianos-residentes, así como sus familias, no tengan estas verbalizaciones en sus discursos ya que la probabilidad de que el uso que hagan de más de una residencia es muy baja, por lo que dificulta la comparación entre los tipos, y cuando esto ocurre es haciendo referencia a discursos de terceros. En este sentido, nuestras apreciaciones entran en contradicción con lo aportado por Álvarez (2014), que refiere cierta movilidad de los ancianos en la Comunidad de Madrid en aras de terminar sus días en una residencia pública o privada con plazas públicas. Si algo podemos afirmar, tras la lectura atenta de las aportaciones, es que tanto trabajadores como miembros de la organización tienen claro que el trato personalizado, de "cariño", con "afecto", casi "familiar" es lo que caracteriza a las residencias objeto de nuestra investigación, las de tipo no lucrativo, y son por ello cualidades propias de este tipo de organizaciones residenciales, alineándose de esta manera con lo aportado por algunos autores (Gómez, 2015). Es importante resaltar las limitaciones de estas afirmaciones, pues no tenemos discursos de los agentes sociales de nuestra investigación procedentes de los otros tipos administrativos de entidades residenciales. Podemos inducir claramente que estas cualidades de carácter subjetivo ponen el interés del concepto de residencia en el campo de las relaciones, precisamente objeto de nuestro trabajo de investigación. La influencia de la residencia de tipo no lucrativo en las relaciones entre sus miembros es indiscutible. Tampoco es discutible la configuración de la residencia como consecuencia de un modo

especial de relacionarse entre estos mismos agentes sociales, a saber, ancianos-residentes, familiares, trabajadores y miembros de la organización. A pesar de todo esto, cabe señalar que nuestra experiencia directa ha sido en el campo de las residencias no lucrativas, no teniendo todos los datos que serían deseables, de las otras formas administrativas (públicas y mercantiles), para poder aseverar estas afirmaciones.

9.3. ¿PERFIL SOCIAL O SANITARIO?

No podemos obviar que, tras analizar los discursos de los entrevistados acerca de la tipología de instituciones residenciales, la utilidad sanitaria de estas es patente. En este sentido, nos hemos preocupado de recoger información acerca del papel que la residencia juega como proveedora de atención sanitaria, y su relación con el sistema público de salud, que es el que en principio debe atender a los ancianos de manera individual. Para intentar conocer el posicionamiento de los entrevistados en cuanto a esta cuestión les preguntamos explícitamente acerca del carácter social o sanitario de las residencias con los siguientes resultados.

Las aportaciones verbales proceden del grupo de las trabajadoras, familiares, la organización y el agente externo al que pertenece, es decir, al cuerpo médico del Servicio Murciano de Salud en Atención Primaria. Este entrevistado, el agente externo, ostenta un cargo de relevancia en la división regional de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. Las verbalizaciones de los trabajadores son las siguientes:

“La social, claramente. Aquí hay residentes que sanitariamente podrían estar perfectamente en su domicilio, socialmente no.” (TRAB7)

“La causa es más sanitaria que social. La mayoría de los ancianos que están aquí necesitan una serie de cuidados sanitarios, o socio-sanitarios, que en sus casas no los tienen a su disposición tantas horas como aquí.” (TRAB8)

“Ingresan los mayores por un tema de seguridad, buscan seguridad, buscan cuidados, buscan tranquilidad para ellos. Hay situaciones límites, absolutamente límites, yo creo que los hijos tienen que ser supervisores de cuidados, no son cuidadores.” (TRAB9)

“En un primer momento una causa social. Después sí es verdad que se convierte un poco más en sanitaria porque cuando ingresan aquí evidentemente no van a mejor, van un poco degradando por la edad y tal.” (TRAB10)

Las familias, si bien de manera muy escasa, verbalizan lo que viene a continuación:

“Sanitaria, muy importante y una parte social muy importante y psicológica.” (FAM8)

En el caso de los miembros de la Organización las aportaciones son las siguientes:

“En estos últimos años están llegando muchos por causas sanitarias; eso es muy habitual, entran porque van a estar mejor y tal, y en poquito tiempo es verdad que evolucionan a convertirse en una situación de atención sanitaria importante.” (ORG5)

“El tema sanitario son más los familiares los que lo buscan que el anciano, pero el tema social y afectivo el propio anciano es el que lo pide, el anciano como si dijéramos lo que menos le preocupa entre comillas es si le curan la herida o le ponen la crema correspondiente, al anciano lo que le preocupa es que lo quieras y estés pendiente de él.” (ORG5)

“Es más de tipo sanitario y que luego se le suma lo social porque creo que van de la mano. Ahora mismo el perfil es sanitario.” (ORG6)

“Realmente se ha quitado la importancia que tendría un filtro de una trabajadora social que podría marcar un poco cuántos sí cuántos no. Son muchas sanitarias pero es que viene de la mano de lo social porque normalmente siempre te encuentras que el anciano está enfermo pero que además no tiene apoyo social.” (ORG6)

“Por su estado de salud, que no pueden vivir en su casa, porque sus familiares no los pueden atender, bien porque trabajan, otros porque no quieren.” (ORG7)

La participación del miembro del Servicio Murciano de Salud versa de la siguiente manera:

“(…) la vertiente sanitaria desde luego no es la que se da dentro del espacio de la residencia, sino que necesitan apoyo externo de lo que es el centro de salud. (...) Más bien es un papel social de ayuda, de atención, de cuidados hacia la persona en los ambientes sociales, las necesidades básicas de la vida diaria.” (EXT01-Médico)

Atención Primaria)

Los entrevistados nos ilustran a la perfección el tipo de atención que actualmente se presta en las residencias. Esto apoya nuestra hipótesis de que esta carga sanitaria obliga a la planificación de actividades sanitarias, con el peligro, antropológicamente hablando, que esto supone al generalizar la atención pudiendo dejar a un lado el carácter social de la institución. No nos hemos encontrado con posicionamientos mayoritarios, por lo que no es fácil inferir sin equivocarnos a este respecto. Nos llama la atención el discurso en especial de EXT01, pues estando en un recurso sanitario, la utilidad que le encuentra a la residencia es de clara índole social. Esta circunstancia no deja de ser paradójica, ya que los que trabajan en el recurso social, esto es en las residencias, le ven utilidad sanitaria y los que trabajan en el recurso sanitario, esto es el Centro de Salud, le ven utilidad social. Esto da a un espacio de atención que está por definir, tal y como ilustra EXT01:

“Para el sistema sanitario, la residencia es fundamental en la atención a la persona porque lo que se nos escapa a nosotros puede ser resuelto en la residencia. Teniendo una residencia con profesionales adecuados eso que a mí se me escapa queda totalmente suplido por la residencia. Luego para mí, la residencia debería formar parte del circuito sanitario.” (EXT01- Médico Atención Primaria)

Así, como referíamos más arriba, la tendencia a un centro social con prestación de servicios sanitarios supone un enorme riesgo al adoptar costumbres totalizadoras del hospital, en el sentido goffmaniano (Goffman, 2004). Al mismo tiempo abre una confrontación paradójica dentro de la misma organización pues siendo una institución social por definición se ve abocada a prestar servicios de otra índole, lo cual puede llegar a poner en entredicho su propia naturaleza social. Es muy interesante la aportación de ORG5 pues hace una clara distinción entre los intereses del anciano y sus familiares, de manera que refiere que las familias buscan más una solución a un problema sanitario mientras que los ancianos buscan más una solución a un problema que estos entienden como social. Probablemente, este tipo de respuesta confirme lo ya expuesto anteriormente por otros autores, al referir el desacuerdo que los cuidadores informales manifestaban respecto al apoyo domiciliario con ancianos que padecen procesos de larga duración (Gil et al., 2005). Esto justificaría la búsqueda, por parte de dichos

cuidadores, de recursos que ofrezcan servicios sanitarios que no encuentran en la comunidad. Teniendo en cuenta esta circunstancia, esto es, los puntos de tensión entre ambos estamentos, el social y el sanitario, hemos encontrado algunos discursos en relación a este aspecto que bien podrían ilustrarnos a modo de resultados:

“A la hora que tenemos que llamar a un servicio sanitario de fuera porque el abuelo lo requiera los tratan como si fueran pues clase super baja, igual que si llama un familiar enseguida van aquí te piden un montón... te exigen muchas cosas más que si yo llevo a mi madre a un centro de salud.” (TRAB6)

“Estamos pasando de una residencia social a una residencia socio-sanitaria e incluso prácticamente sanitaria.” (TRAB9)

“Primaria tiene un apoyo que son las unidades de paliativos, pero las unidades paliativas tienen desde que se fundaron hacen más de diez años en la región, un gran problema y es que se adaptaron hacia los pacientes oncológicos. Si tu tienes un Alzheimer que es una situación catastrófica, en una situación avanzada, no entra en los paliativos.” (TRAB9)

“Siendo franco, el problema es que las residencias tienen la condición social pero no tienen unas directrices que se adapten al contenido de esa residencia, es decir, el paciente que está institucionalizado con muchas enfermedades y con gran dependencia en una institución que lo tiene etiquetado como social, por lo tanto, no se están poniendo los recursos a los que tiene derecho por ley.” (TRAB9)

“Hemos detectado médicos de atención primaria que tiene restringidas las pruebas a una o dos por semana, es decir, “no, es que esta semana ya hemos hecho dos análisis” a toda la residencia, no por persona, o “es que ya se le hizo un análisis hace seis meses o hace un año”.” (TRAB9)

“Hay cosas que ni siquiera deberíamos hacer y las estamos haciendo. Tú ahora llamas a un médico de familia para que baje a ver a un anciano y dice el médico de familia: pero si es que tú estás mal de la cabeza, que no va a bajar que ya está aquí, que nos encarguemos nosotros. Y con los hospitales lo mismo.” (TRAB9)

“No tenemos los medios adecuados para atender en la residencia. Hay residencias en las que efectivamente viene el médico o la enfermera de turno cada vez que se le requiere, y hay otras en las que directamente tienes que llamar a urgencias porque es

la única manera que te atiendan el servicio publico sanitario.” (ORG5)

“Considero que están un poco marginados en cierta medida porque a lo mejor tu por el hecho de estar en un residencia eso no exime que no tenga que venir nadie de fuera si te tiene que realizar una cura, o si te tiene que hacer cualquier cosa.” (ORG8)

“Yo creo que se debe dotar a las residencias de una atención sanitaria por un enfermero y por un médico, y además que si puede ser, especialista en esta materia.” (EXT01- Médico Atención Primaria)

“Puesto que la residencia sería el espacio, el edificio, donde van a estar ubicados las 24 horas del día los ancianos o las personas que lo necesiten yo creo que no debe de haber diferencia entre social y sanitaria. Creo que no pueden haber residencias más sanitarias o residencias más sociales sino que todas deben ser socio-sanitarias a la vez.” (EXT01- Médico Atención Primaria)

Posiblemente, este sea uno de los puntos clave en nuestra discusión y cuyos términos podrían dar respuesta a uno de los objetivos del presente trabajo de investigación. La riqueza de las verbalizaciones de los entrevistados, si bien siendo pocos en número, justificaría la reiteración de los discursos. El carácter social de residencia queda manifiesto, al menos a priori, al estudiar detenidamente las normas legales, como ya hicimos en el capítulo correspondiente. Si bien, teóricamente, esta cuestión no cabría a discusión, los discursos de algunos entrevistados, especialmente TRAB9, por ser médico especialista en geriatría que trabaja en un hospital y en una residencia, arrojan un valor añadido a esta. Según las verbalizaciones de estos entrevistados, la cuestión que nos abre el camino a la discusión no solo es que la residencia preste servicios a los ancianos que teóricamente no le corresponden, sino que además esta situación está plenamente institucionalizada *de facto*. Nos llama especialmente la atención la expresión del TRAB6 cuando refiere que a los ancianos de la residencia *“los tratan como si fueran pues clase super baja”* cuando estos requieren los servicios médicos comunitarios. Igualmente, otros entrevistados nos dejan ver de manera muy explícita que el trato de los servicios públicos de salud a los ancianos que viven en una residencia es deficitario respecto al que reciben otros ancianos que viven en su casa. En este sentido, se decanta ORG8 cuando verbaliza que *“están un poco marginados en cierta medida”*. Así se pronuncia precisamente TRAB9, de manera explícita y sin reparos. Nos resultan interesantes, en extremo, las

verbalizaciones de EXT01 pues desde el recurso sanitario desde el que trabaja reclama para las residencias una atención sanitaria, además especializada, lo cual no hace más que corroborar la versión del resto de que las residencias soportan una carga sanitaria más que social, aunque lo desmienta en el segundo párrafo. Lo paradójico de esta situación es que, por un lado, desde las residencias se reclama mayor presencia sanitaria de la Administración y también esto se reivindica desde los Centros de Salud, o al menos desde donde trabaja EXT01, y por otro, los ancianos siguen estando igual de desprotegidos en el aspecto sanitario. Es necesario entonces, tal y como refiere EXT01 investigación sobre este nuevo espacio de atención:

“Las residencias deben ser un centro de investigación, es decir, el médico, el enfermero, el cuidador social. Tiene que ser un centro de investigación porque lo creamos o no se crea una especie de microambiente que es totalmente diferente al que hay en tu casa o en la mía o en la calle. Debe ser una fuente de investigación.”
(EXT01- Médico Atención Primaria)

Este aspecto de la institución, al menos las que son objeto concreto de nuestra investigación, define de manera precisa el escenario asistencial en el que presta sus servicios, que una vez más son definidos mayoritariamente sanitarios frente a la percepción social. Este aspecto debe ser contemplado de manera complementaria a la percepción por parte de las familias y de los ancianos de la residencia como recurso que viene a satisfacer demandas asistenciales producto de la situación de dependencia funcional reconocida por el IMAS, es decir, el Estado. En este sentido, la residencia de personas mayores debería prestar servicios que cubran las necesidades de sus residentes, que como hemos visto anteriormente son mayormente de carácter sanitario. Esta circunstancia probablemente esté relacionada con el nivel de dependencia funcional que manifiesta el anciano, tal y como hemos podido comprobar en el apartado del perfil del residente de este capítulo, confirmando lo expuesto anteriormente por otros autores que relacionan edad y dependencia, y esta última a la necesidad de determinados cuidados sanitarios (Domínguez & García, 2011). Pero, además, estos servicios sanitarios a prestar no pueden realizarse sin la colaboración de los servicios públicos de salud externos, los cuales, en concreto los médicos y enfermeras de Atención Primaria de Salud, como estamos comprobando, se niegan a atender a los ancianos que viven en las residencias dentro de su área de

referencia. Esta situación nos hace inferir que el carácter sanitario de las residencias pueda ser un atributo adscrito. Primero de manera voluntaria, al contratar plazas residenciales con la Administración Pública regional, que se caracterizan según los discursos de los entrevistados por ser muy demandantes de atenciones sanitarias. Y segundo, de manera involuntaria, obligada, al tener que responder a las demandas sanitarias sin obtener respuesta eficaz de los servicios públicos de salud, en concreto de los médicos y enfermeras de Atención Primaria. Esta situación nos lleva a inferir una situación de trato marginal y deficitario por parte de los servicios públicos de salud, que no olvidemos forman parte de la misma Administración pública que las instituciones residenciales. La causa de esta situación parece ser conocida, o intuida, al menos en parte, por algunos entrevistados:

“Ahora mismo en Murcia estamos en una situación en la que prácticamente ha desaparecido esa capacidad de cuidados medios, problemas enormes para poder dar de alta a los mayores, muy poquitas plazas, ¿qué ocurre?, ¿quién está absorbiendo esas plazas?, pues la residencia claramente.” (TRAB9)

“Se mantienen en casa situaciones extremas que antes no se mantenían y cuando en una institución geriátrica está resuelto, porque vuelve a una institución geriátrica vaya como vaya, lo único que pide la institución es que no venga con vía intravenosa, ni con medicación intravenosa. Somos capaces en las instituciones geriátricas, en las residencias, de poder poner unos sueros o poner una sueroterapia pero no nos gusta recibir a los mayores con una vía intravenosa porque para eso está la hospitalización a domicilio.” (TRAB9)

“Yo pienso que desde los servicios públicos no se tiene constancia, o sea, desconocen porque quieren desconocerlo porque a alguien no le interesa que se sepa, o sea, no le interesa dar publicidad en ese aspecto de que las personas que están en la residencia forman parte del colectivo de la sociedad y los tienen que atender de igual manera.” (ORG8)

“Es como una habitación que está dentro del sistema nacional de salud, es un error apartarla, es un error que se ha cometido y se está cometiendo.” (EXT01)

El discurso de ORG8 nos resulta interesante para nuestras argumentaciones pues de alguna manera este exime a los organismos superiores de la responsabilidad adquirida respecto a la calidad del servicio sanitario prestado por

los recursos comunitarios, más concretamente por los centros de Atención Primaria. Esto, más que alejar a estos organismos macrosociales de la responsabilidad por la marginación de los ancianos que viven en las residencias, les hace más partícipes de la misma. Esto se produce, en nuestra opinión, al ser estos los que deberían de arbitrar los mecanismos de control y supervisión necesarios para comprobar que esta atención sanitaria a los ancianos que viven en la residencia se preste de manera adecuada. En este punto de nuestra argumentación no nos quedaría otro camino que de respuesta a esta situación que entender una negligencia por parte de los servicios sanitarios.

Teniendo en cuenta los discursos de los entrevistados, podemos inferir que los profesionales entrevistados de Atención Primaria conocen la situación en la que se encuentran los ancianos que viven institucionalizados en una residencia. De hecho alaban, como hemos podido comprobar, la labor que en estas se hace, resaltando la labor social, pero más si cabe, la labor sanitaria que realizan actuando como servicios sanitarios complementarios a los que ofrece el Centro de Salud. La justificación, en cualquier caso por parte del entrevistado, de que los médicos y enfermeras de Atención Primaria de Salud no vayan a las residencias es debido a que entienden que, haciendo una priorización de recursos materiales y humanos, en las residencias de ancianos, estos están mejor atendidos que los que se encuentran en la misma situación funcional en su propia casa a los cuales ellos tienen que atender primariamente. Esta argumentación por parte de EXT01 confirmaría el convencimiento, desde los que se encargan de hacer política sanitaria, de que la participación social referida al proceso salud-enfermedad-atención es una actividad básica de la Atención Primaria de Salud (Menéndez, 1998), dejando la atención en recursos sociales institucionales en segundo plano. De esta justificación podemos inferir que el Estado, a través de la Administración pública de salud, es el responsable de que los servicios de salud no lleguen por igual a todos los ancianos dependientes de la Región de Murcia. Esto vuelve a ponernos argumentativamente en la línea de una explicación estructuralista de la situación. Esta misma Administración es la que, por un lado y desde su faceta sanitaria, niega la atención sanitaria a los ancianos residentes mediante la no provisión de recursos suficientes a los centros de salud para ello, al tiempo que decide desde su faceta social, la incorporación de ancianos con problemas de salud distintos a los propios del envejecimiento normal a residencias que a priori

no tienen porqué prestar esta atención sanitaria. Esta circunstancia se aleja, desde luego, del progresivo proceso de negociación cultural mediante el cual contactan los sistemas formal e informal de cuidados (Ward-Griffin & Marshall, 2003), siendo el primero el sistema público de salud, y el segundo el sistema social donde se ubican las residencias de ancianos. Desde este prisma de satisfacción de necesidades sanitarias, la residencia adquiriría, aunque sea de facto, un nivel de estructura intermedia entre lo formal y lo informal, que algunos autores denominan “*quasi-formal*” (Cantor, 1991).

Precisamente, en este punto de la discusión conviene recordar qué papel juega el anciano en la circunstancia de su ingreso en una residencia. El anciano es un sujeto pasivo, por lo que hemos podido inferir después de discutir las verbalizaciones de los entrevistados, sin capacidad para elegir cuándo ni dónde envejecer en un momento dado de su vida. A esta circunstancia, habría que añadir la situación de riesgo que vive al estar ingresado en una institución que siendo social debe responder a otras demandas de atención, en concreto sanitarias, por renuncia expresa y consciente de la Administración.

9.4. MOTIVO DE INGRESO: LA VOLUNTARIEDAD A DEBATE

Siguiendo esta misma línea de análisis interpretativo, que intenta deshilar el concepto de residencia como institución social, entendemos que un punto clave es su utilidad. Los motivos que causan el ingreso de un anciano en la residencia, en boca de estos y del resto de grupos sociales, entendemos que nos van a alumbrar aspectos que nos ayudarán a conocer las premisas de partida en las interrelaciones personales de los miembros de esta institución que es la residencia.

Las respuestas de los ancianos-residentes las hemos podido englobar en cinco posibles grupos: causas económicas, que le impidan acceder a recursos materiales y/o humanos que le faciliten permanecer en su casa; causas sanitarias, entendiéndoles como aquellas que por sus características sintomáticas y evolución requieren cuidados muy precisos que no pueden ser procurados en el domicilio; causas relacionadas con la sobrecarga de los familiares; ausencia de familiares; y la falta de recursos de tipo mobiliario y equipamiento geriátrico. Todas estas posibles causas podrían englobarse, en principio, dentro de la clasificación que hace Bazo (1991: 150) tomada de Tobin y Lieberman. Para poder

abordar el análisis de manera pormenorizada comenzaremos por los discursos de los ancianos residentes:

“Pero los hijos no se los quieren llevar. Porque no pueden, dicen que están trabajando la mujer y el marido y que no pueden llevárselo y atender a su padre o a su madre, y una mujer no se puede pagar porque eso es una ruina.” (AR6)

“Yo pienso que un hombre mayor si tiene una hija joven o un hijo joven y tiene unos críos no va a estar pendiente del viejo porque tiene que ganar para comer. Y las pagas que tengo yo por ejemplo, u otros, no dan para mantener a esa mujer y a esos críos.” (AR8)

Estas afirmaciones parecen confirmar lo expuesto anteriormente por otros autores al hablar de la incorporación de la mujer al mercado laboral, con lo que esto supone, como una situación de riesgo para su rol de cuidadora (García, Mateo & Eguiguren, 2004). En este sentido, discrepamos en cierta medida con Bazo (1991), pues su clasificación englobaría las causas económicas como la falta de servicios comunitarios que ayuden al anciano a mantener una vida independiente. Esto es, en nuestra opinión, muy relativo, pues se pueden dar casos como los que se exponen, en los que si bien estos vivían antes de ingresar en entornos rurales con muy pocos servicios comunitarios la existencia de los mismos sería inviable. En ambos casos se vislumbra una necesidad y voluntad manifiesta de los ancianos de vivir en su entorno habitual. Sabemos que los servicios comunitarios no siempre garantizan esto; a modo de ejemplo, el servicio de estancias diurnas garantiza la atención y manutención del anciano durante un periodo de tiempo determinado que puede comprender de varias horas al día durante al menos cinco días a la semana. Esto si bien palia y retrasa el ingreso de un anciano en una residencia no parece que sea la solución que garantice un envejecimiento del anciano en su entorno, es decir, su propia casa.

El otro grupo de respuestas de los ancianos están relacionadas con la salud, o la ausencia de la misma, total o parcialmente. Así tenemos los siguientes discursos de los ancianos-residentes:

“Me vine aquí porque yo no me encontraba bien, me mareaba, me desmayaba, todo lo que hacía me tenía que sentar luego, siempre cansada... un día me caí y desperté en el Morales Meseguer.” (AR3)

“A mí me trajeron en una ambulancia de La Virgen del Alcázar. Sólo con la ambulancia y ya aquí me presentaron.” (AR8)

“No es que me gustara abusar de la vida, me gustaba echar un rato y tomarme unas copas por ahí, pasarlo bien, que era lo propio. Y abusé, abusé, abusé y no sabía que estaba abusando y fue cuando caí, caí en estado de coma. Me dio una trombosis y estuve casi 20 días en coma. Estamos aquí porque no podemos andar, no podemos caminar, que tenemos azúcar, que somos diabéticos... todas esas cosas.” (AR9)

Según la clasificación de Bazo (1991), estaríamos hablando del motivo relacionado con el creciente deterioro físico. Las respuestas arrojadas por los interlocutores, si bien todas ellas están relacionadas con un deterioro físico creciente, no parece corresponderse tanto con un problema físico progresivo relacionado con la edad, como parece interpretarse de la lectura del trabajo de Bazo (1991). Esto no está exento de matices pues todas los discursos están relacionados con causas de tipo sanitario sobrevenido tales como depresiones, demencias, caídas, abuso de sustancias, etc... siendo quizás la más representativa de nuestra argumentación la expuesta por AR8, el cual refiere que a él le llevaron directamente desde el hospital, estando en el momento de la entrevista plenamente recuperado del motivo sanitario por el que ingresó en la residencia. Estos discursos abren una vía muy importante para la discusión acerca del tipo de servicio, esto es, para lo que sirve una residencia, en la actualidad. De la lectura de estos discursos lo que parece interpretarse es que problemas de salud que no pueden ser resueltos por los servicios de salud de la comunidad estarían precipitando el ingreso de algunas personas mayores en las residencias, desvirtuando la naturaleza social de las mismas. Entendemos que, si bien los problemas de salud de estos residentes estarían provocando situaciones difíciles de abordar en el entorno domiciliario por parte de las familias, y por ello dando lugar a un problema social exclusivamente desde este prisma, el problema sanitario del anciano sigue siendo sanitario y no social, por lo que se transforma el objeto del ingreso del anciano.

Otro grupo de respuestas de los ancianos-residentes ha estado relacionado con la carga que supone tener a una persona mayor en una casa y sufrida por sus familiares más inmediatos. En este sentido hemos destacado los siguientes discursos:

“Yo no me puedo duchar sola, vestir... que yo no quería que mis hijas tuvieran que hacer conmigo, bastante tienen ellas, hijos, maridos, trabajo, y sus problemas...”(AR1)

“Yo no tengo aliciente de vida para poder vivir ni con mis hijos ni fuera de la residencia. Los hombres son de la calle y la mujer de la casa, yo no podía estar interrumpiendo a mis hijos de sus cosas, su vida...” (AR5)

“Yo diría que conforme están las cosas, entonces hoy, la gente joven, mi hija, me pongo mi hija, Luisita, tiene que trabajar, tiene un hijo que está estudiando, su marido que está trabajando...” (AR11)

Son muy interesantes estos discursos que si bien destacan por su brevedad no están exentos de carga informativa relevante. Si nos dirigimos a modo de punto de discusión a otra de las causas que Bazo (1991) refiere, la de incapacidad o falta de voluntad de las personas con quien convive el anciano de pautas de cuidados, vemos que nuevamente estos presupuestos no terminan de ajustarse a los resultados obtenidos. Lo que se intuye es una situación difícil en la que las ocupaciones de los hijos hacen casi inviable el cuidado de los ancianos en sus hogares. En todas las respuestas la decisión ha sido del anciano, de modo que en un ejercicio de suposición, si el anciano no hubiera dado el paso de ir a una residencia la actividad de cuidado, aun siendo difícil, seguiría prestándose en la casa del anciano. Esto abriría una nueva causa de ingreso, es decir, la voluntad del anciano de no suponer una carga para sus hijos u otros familiares. Esta argumentación nos lleva de manera ineludible a analizar quién toma realmente la decisión de ingresar, y cómo lo hace, si el anciano por propio convencimiento o bien porque ya no le queda otra opción.

En un primer momento de la lectura de las verbalizaciones, podríamos deducir que el ingreso en la residencia fue voluntariamente, e incluso por iniciativa de los propios ancianos-residentes entrevistados:

“Mis hijos no me dijeron nada, son buenos hijos, yo dije que me venía y ya esta. Mis hijos querían que yo estuviera al lado de su padre [el marido padecía Alzheimer], yo era su mujer. Querían que cuidara de su padre, que no se quedara solo, da pena.” (AR5)

“Yo vine aquí porque quise yo. Se lo dije a mi hija. Me arreglas los papeles corriendo y yo me voy a una residencia”. Y me empeñé y al año me arreglaron los papeles, y al año me avisaron.” (AR6)

“Yo creo que hay pocos que vengan por su gusto. Algunos los traen engañados, les dicen “vas a estar allí dos o tres días para que te pongas bueno” y luego se encuentran que no viene a por ellos. De esos hay muchos.”(AR6)

“Yo fui voluntaria para venir aquí. Mis hijas tenían que trabajar, unos ratos estaba acompañada, otros ratos estaba sola, estaba malísima de las depresiones que tenía y no podía vivir, no hacía nada.”(AR7)

“Tenemos otros casos de residentes que entienden que no le quieren dar el follón a la hija, no quieren darle molestias a sus familiares, entonces libremente lo han elegido pero quizás no les gustaría estar aquí, aunque no lo digan, están bien pero piensan que estarían mejor en su entorno.”(AR7)

Nos encontramos con algunos discursos cuyo interés es muy importante debido a que vienen a contradecir, o al menos a poner en duda, lo expuesto por las mismas personas. Es muy relevante el testimonio de AR6 y AR7 los cuales a pesar de hablar en primera persona cuando hablan de la voluntariedad de su ingreso expresan la situación contraria cuando se trata del resto de ancianos. Así AR6 incluso refiere que a algunos los llevan engañados a la residencia, con las connotaciones legales y morales que esto conlleva. En la misma línea se manifiesta AR7 cuando refiere que a algunos no les gustaría estar en la residencia aunque no lo verbalicen. Ambos testimonios nos dan cuenta de lo ambiguo del concepto voluntariedad. También refiere la escasa voluntariedad de su ingreso AR5 ya que en ningún momento verbaliza su decisión de ingresar sino que son los hijos quienes con el fin de que su padre no se encuentre solo en la residencia, pues tenía Alzheimer y no le pueden cuidar, deciden que ella ingrese junto a él, en principio para hacerle compañía al progenitor. Estas verbalizaciones, si bien aparentemente, confirman lo aportado en otros trabajos anteriores sobre la circunstancia de adquirir el rol de cuidadores principales (Rivera et al., 1999; Bazo, 1996). Esta adjudicación del rol parece ser impuesta por los hijos, y no por ella misma. Tampoco podemos quedarnos impasibles ante los discursos de los entrevistados, ya que en la mayoría se intuye cierta disculpa a los hijos en previsión a un posible juicio moral por nuestra parte.

En el grupo de trabajadores hemos podido encontrar discursos más abundantes y prolivos. El deterioro físico podemos comprobar que es sobrevenido, al menos en el segundo caso de una manera más que evidente. Llegar a una situación de encamamiento no es lo habitual en el envejecimiento normal. Este tipo de motivo no parece ser el mayoritario desde el punto de vista de los trabajadores.

En el caso de los testimonios de los trabajadores respecto a los motivos familiares, las respuestas parecen acercarse mucho más a los supuestos de Bazo (1991) que en el caso de los ancianos-residentes. No podemos quedarnos impasibles ante ciertos halos de juicio moral a la familia por parte de los trabajadores tanto en una vertiente positiva como negativa. Tampoco podemos obviar que, más allá de estereotipos y prejuicios, las relaciones previas familia-anciano han estado sujetas a la propia dinámica relacional de la vida, de modo que no podemos polarizar como bueno o malo al anciano y al familiar, respectivamente, a la hora de hablar de calidad de las relaciones interpersonales, tal y como también afirman otros autores antes que nosotros (Sánchez, Trianes & Blanca, 2014). Nuestra experiencia profesional nos ha enseñado que en la vida de los ancianos-residentes han pasado circunstancias que, con los años, han investido las relaciones con sus familiares de elementos positivos y negativos. A modo de ejemplo real podemos afirmar que detrás de ancianos que no son visitados por sus familias a veces puede haber situaciones previas de maltrato a los hijos, lo cual responde a la falta de voluntad de estos últimos para cuidar del anciano. En este sentido, TRAB7 lo expresa muy claramente cuando afirma que la *“familia no quiere hacerse cargo de ese familiar por circunstancias familiares de relaciones personales entre ellos”*.

Haciendo hincapié en la voluntariedad de las familias para ingresar a un anciano en una residencia, han resultado reveladoras las siguientes afirmaciones de los trabajadores:

“Yo ahora mismo así no recuerdo pero creo que algún caso raro, bueno sí creo que tenemos aquí un caso, Josefa fue por su propia voluntad. Fue porque no quería echarle cargos a la familia, a los hijos y que estuvieran pendientes de ella.” (TRAB6)

“Yo conozco en todo el tiempo que llevo trabajando aquí dos casos que ha venido la propia persona pidiendo información sobre el centro para ingresar y normalmente quien viene al centro para pedir información sobre el centro es la familia.” (TRAB7)

“Rara vez, aunque también tenemos, es el anciano el que decide entrar en la institución, normalmente es la familia.” (TRAB10)

“La familia, yo conozco a gente que ellos han dicho, aquí mismo, ellos han dicho a sus hijos “yo quiero que me llevéis a una residencia” hay algunos que si, y hay otros que si por lo que sea su cabecica ya no ese pues la familia.”(TRAB11)

“Muy pocas personas, entre comillas, muy pocos vienen voluntariamente aunque después se adaptan, pero muy pocos vienen voluntariamente, entonces para ellos es como que le ha fallado la familia, que se encuentran solos, y es una forma de rebeldía para ellos.”(TRAB12)

“La familia suele engañar al residente con el ingreso en una residencia, le dicen “es que vas a ir a curarte y cuando te cures te llevo otra vez” y claro te dicen “no, si yo estoy bien, pero cuando me cure me voy”.”(TRAB16)

Aparentemente, el ingreso voluntario es una rara excepción en la inmensa mayoría de los casos. Esto ya en sí mismo supone un punto de inflexión pues si el anciano no ingresa por su voluntad se está dando una situación que se evidencia en contra de su voluntad. Esta circunstancia nos llevaría a preguntarnos acerca de quién propicia este ingreso, lo que nos da el segundo punto de discusión. Estas verbalizaciones apoyan relativamente lo aportado por el grupo de familiares, es decir, el ingreso es decidido en gran medida por la familia. Llega incluso el TRAB16 a exponer situaciones que rozarían la legalidad pues estos familiares llegarían incluso a “engañar” al anciano diciéndole que van a un lugar para curarse de alguna enfermedad. Si bien es cierto que estas situaciones se podrían dar, habría que buscar explicaciones más allá de las propias familias, pues estas situaciones de engaño o distracción no son más que la forma de materializar el ingreso. Podríamos entender, teniendo en cuenta lo expuesto, que el ingreso de un anciano en una residencia no es el hecho puntual de ir con las maletas a un edificio concreto. Más bien es el resultado de un proceso que comenzó mucho antes y como consecuencia de una serie de circunstancias que jugaron en contra del anciano. Circunstancias que, a su vez, también afectaron negativamente a los familiares del anciano y de las que hemos hablado anteriormente.

Probablemente, la falta de conocimientos de los familiares para proporcionar cuidados al anciano, de modo que este permanezca en casa en lugar de ir a vivir a una residencia, tenga mucho más interés de lo que parece de

manera inicial. Los conocimientos que debe tener un familiar no son los habituales que la cultura popular transmite generación tras generación, siendo el cuidado de los hijos muestra de ello. Al envejecimiento normal hay que añadir una serie de circunstancias mórbidas, o patológicas, que pueden complicar el cuidado de un anciano. La cuestión no solo es darle una serie de medicamentos o llevarle a las consultas programadas con los médicos especialistas, que también requiere tiempo y esfuerzo, sino estar atentos a una serie de problemas y de complicaciones ya sean reales o potenciales. Acompañando este discurso, de una manera entendemos que ejemplar, el TRAB10 lo explica claramente, pues deja caer el peso de los cuidados a los médicos y enfermeras del Centro de Salud, con lo cual se manifiesta nítidamente el ámbito de atención que requiere el anciano, al tiempo que ejemplifica la transformación impuesta “desde fuera” que la residencia, como recurso social, está experimentando. De lo dicho por TRAB10, entendemos que el motivo de que un anciano pueda ir a una residencia es la falta de recursos por parte de la familia y que deben ser provistos por los servicios sanitarios comunitarios, es decir, de Atención Primaria. Nos encontramos con una situación curiosa pues si bien es cierto que el servicio comunitario existe, éste, al menos a simple vista, no debe funcionar adecuadamente en el ámbito de atención de las personas mayores cuando, al final, éstas deben ir a vivir a una residencia. Siguiendo esta argumentación, y recurriendo a la clasificación de causas de ingreso en residencia de Bazo (1991), nos encontramos que si bien aparentemente la causa podría ser la incapacidad de las personas con quien convive de pautas de cuidado que el anciano necesita, esta no es real, pues esta incapacidad podría ser resuelta por los servicios de salud comunitarios. Al no funcionar adecuadamente, la causa se transforma en una falta de servicios comunitarios que ayuden al anciano a mantener una vida independiente. A pesar de ello, ésta no sería tampoco la causa final pues entendemos que Bazo (1991) parece que quiere referirse a la falta material de dichos recursos y no tanto la ineficacia de los mismos.

En el grupo de las familias también hemos podido encontrar distintas modalidades de discurso para responder a esta cuestión. Para ellos los motivos principalmente responden a tres causas, a saber, sobrecarga de los familiares, causas sanitarias y falta de conocimientos y recursos. Entre las primeras los discursos fueron los siguientes:

“Yo no quiero interrumpir la vida de mis hijos, no quiero el “no puedo porque tengo a mi madre...” Quiero que ellos tengan toda la libertad del mundo, incluso no les exigiría que fueran a verme, no soy de las que exigen el cariño. Yo de mis hijos tengo que recibir lo que ellos quieran que yo reciba, no lo que a mí me gustaría, hombre!, si recibo lo que me gusta... mejor.” (FAM1)

“Yo me creo que hay de todo. Que habemos personas que la hemos llevado por necesidad y otras que los llevan para quitárselos de encima.” (FAM4)

“Esta muy bien la residencia para todas estas personas que no tienen a nadie, porque se necesitan muchas cosas para poder atenderles. Primero tiempo. Segundo maquinaria.” (FAM4)

“Primeramente estaba con mi padre y con una chica cuidándolos, y ya al morir mi padre se vino con nosotros y estaba la chica conmigo y dentro de la casa, lo que pasa es que estaba en una etapa muy agresiva, estaba muy cabezota y yo estaba trabajando, y al final pues...” (FAM7)

Es muy ilustrativo el discurso de la FAM1 la cual, aunque hablando en primera persona, deja claro cual es punto de vista de la situación del cuidado y por lo tanto defiende la causa que ha llevado a ingresar a su familiar en una residencia. En este sentido manifiesta rotundamente “(...) *no quiero interrumpir la vida de mis hijos (...)*” para hacer referencia a la situación que muy probablemente ha vivido ella y que ha llevado a decidir el ingreso de su familiar anciano en una residencia. Resulta igualmente interesante el discurso de FAM4 ya que de una manera muy explícita clasifica moralmente a los familiares en aquellos que deben ingresar a su anciano “(...) *por necesidad (...)*” y otros que “(...) *los llevan para quitárselos de encima (...)*”. Así ejemplifica la segunda causa que argumenta Bazo (1991) sobre la incapacidad (por necesidad) o la falta de voluntad (para quitárselos de encima), alineándose con esta postura teórica. Resulta interesante analizar las verbalizaciones que acerca de la voluntariedad nos han referido los familiares:

“Él [padre] se veía sin apoyo de nada y entonces fue el que quiso ingresar en la residencia [llora]. Pues él la verdad quería irse por estar mejor que estaba en su casa.”(FAM4)

“Lo decidimos nosotros contando con mi madre, y mi madre dijo que ella no quería

gente extraña en su casa. Tú tomas la decisión por él de ingresar a una residencia y le estás haciendo entrar por un sitio que no quiere. Y ahí le tienes que estar haciendo daño a la fuerza.”(FAM5)

“Se lo tienes que explicar, mira mama yo no puedo, literalmente, entonces llega una situación que tú tenías cada vez mas lío, y cada vez tenías menos por ningún lado, entonces yo tenía que solucionarlo de alguna manera”(FAM6)

Interesante el caso del FAM4, cómo a pesar de afirmar que el padre fue quien tomó la decisión de ingresar, éste muestra la confrontación de sentimientos y emociones que las familias sienten cuando su anciano ante la imposibilidad de ser cuidado por ellos debe ingresar. Sienten que son ellos los que en el fondo han propiciado la decisión de su anciano. En esta línea se expresa la mayoría de entrevistados declarándose ellos mismos como responsables del ingreso de su anciano en la residencia lo cual no está exento de consecuencias, tal y como sería el complejo de culpa que se aprecia claramente en las palabras de FAM5:

“Te sentías con una impotencia muy fuerte, porque lo tenías que sacar de tu casa y porque tú no podías estar atendiéndolos [llora]. Eso ha sido muy fuerte para los tres y lo sigue siendo. Sabemos que han estado y están muy bien. Pero el no haber podido atenderlos...[llora]”(FAM5)

Llegados a este punto, no cabe duda que los presupuestos teóricos pre-establecidos acerca del ingreso del anciano en cuanto a motivo y voluntariedad no se ajusta a la realidad percibida en las entrevistas, así como tampoco quedan claros los estereotipos acerca de las familias por el papel que juegan en el ingreso del anciano. En este sentido, nos encontramos con una situación aparentemente paradójica, pues si los ancianos parecen ingresar, al menos los entrevistados, como consecuencia de una serie de circunstancias externas a su voluntad que juegan en su contra, y las familias si bien parece que precipitan el ingreso, esta situación les provoca malestar, los motivos de esta situación escaparían a la mera relación anciano y familiar. En este sentido, no podemos confirmar lo aportado en trabajos anteriores en relación a la feminización del sentimiento de culpa (Rivera & Zurdo, 1999), ya que en nuestras entrevistas tanto hombres como mujeres la han manifestado. En este sentido estas verbalizaciones apoyan los presupuestos teóricos de Beck (1986:216) al afirmar que las familias estarían abocadas a la claudicación familiar por el fenómeno de la “individualización”, obligadas por

ello a hacer uso de las instituciones por un Estado, que se muestra como el gran totalizador en el sentido goffmaniano. Si bien estamos de acuerdo en estas afirmaciones tampoco podemos asociar este fenómeno a todos los familiares dándose efectivamente en algunos una incapacidad e incompetencia para cuidar del anciano, tal y como afirman otros autores (De la Serna, 2003:23-36; Mishara & Riedel, 1986:81). Por ello, habría que buscar qué ocurre fuera de esta relación parento-filial que induce a este tipo de agresiones al yo del anciano, y entendemos que también al yo de los familiares.

Se hace evidente tras la lectura de las aportaciones de FAM7 que esta causa no puede englobarse en ninguna de las presentadas por Bazo (1991) ya que no hay un deterioro físico creciente. Podríamos discutir sobre la relevancia de hablar de incapacidad del familiar, ya que no se manifiesta falta de voluntad. Esta incapacidad vendría condicionada por la información, y si es necesario de formación, por parte de servicios comunitarios del ámbito sanitario que si bien existen no hacen esta función. El familiar, en nuestra opinión, no muestra falta de capacidad. Éste ha estado haciendo la labor de cuidado compartida además con otro cuidador profesional, hasta que una situación derivada de la evolución del cuadro patológico, no abordada aparentemente con los servicios de salud comunitarios, hace que dicha capacidad entre en riesgo provocando el ingreso en una residencia. Hablaríamos, tal y como ya hemos referido antes, bien de una nueva causa de ingreso o bien de la desvirtuación o modificación de una de las causas de Bazo (1991).

Las verbalizaciones de FAM4 nos hacen inferir que si hubieran tenido los recursos, que mencionan como deficitarios, su familiar anciano no habría salido de su casa. Enlazaríamos estas circunstancias que Bazo (1991) no contempla, al menos explícitamente, con otra gran causa como es la falta de recursos económicos. Si los hubieran tenido, para poder contratar a una cuidadora profesional y/o para adaptar la casa, comprando grúas y otros enseres de ayuda técnica, el ingreso en la residencia probablemente no se hubiera materializado.

De las verbalizaciones de la organización podemos inferir que, a diferencia de las causas esgrimidas por los familiares, la falta de voluntad por parte de estos es casi nula. En opinión de los miembros de la organización, la causa mayoritaria relacionada con las familias recae en la incapacidad de las mismas para hacer la función cuidadora, alineándose con lo que ya argumentaban anteriormente

algunos trabajadores. En este sentido, podemos afirmar que estas causas confirman las propuestas de Bazo (1991) en esta línea argumentativa.

Hablar de manera absoluta de “incapacidad o falta de voluntad”, según las aportaciones de Bazo (op.cit. p.150), sería dejar incompleta la justificación de dicha adscripción de manera que, ahondando en la relatividad de las circunstancias, no nos queda otra alternativa que crear una nueva categoría causal del ingreso del anciano en la residencia, que no es otro que la propia decisión del anciano. Nos sigue resultando muy interesante lo que podemos aprehender de los discursos, tal y como ocurre en ORG4 ya que de pasada nos verbaliza aspectos relacionados con la voluntad del ingreso por parte del anciano, en su faceta más negativa, tal y como puede leerse a continuación: “(...) *no quieren los familiares que esté en su casa y lo ingresan.*”. Las aportaciones de los miembros de la organización en este sentido han sido las siguientes:

“Bueno...voluntario...de forma...voluntarios no suelen ser. El 90 % no quieren estar aquí, lo que pasa es que no se manifiesta abiertamente; son sentimientos que ellos tienen, que no quieren estar aquí, pero no se manifiestan abierta, es decir, ellos se resignan, saben que tienen que estar aquí, pero de forma voluntaria no irían a la residencia.”(ORG1)

“Ahora mismo deciden los familiares, una persona mayor de las décadas que están viniendo aquí... Se lo digo a todo el mundo, mire usted no le engañe, porque tenemos dos trabajos, primero quitarle el engaño, y luego decirle aquí está usted, entonces hay que intentar decirle la verdad con comprensión que ellos lo entiendan.”(ORG3)

“Ahora las personas ingresan en un 97% de las veces por decisión familiar no por decisión propia.”(ORG4)

“Quien decide el ingreso del anciano es la familia. Generalmente por voluntad propia no van a entrar a la residencia. Luego ya el anciano, hay ancianos que lo aceptan bien, que se conforman. Hay otros que no se conforman.”(ORG7)

Ya a priori esta manifestación de la entrevistada ORG6, que, recordemos, está encargada de gestionar directamente los ingresos de los ancianos en la residencia, es un ejemplo muy ilustrativo del tipo de relación que el anciano puede llegar a tener con su familia:

“A veces vienen aquí sorprendiéndose de que haya una resolución de plaza en residencia cuando esto tenía que haberse trabajado en la UTS [Unidades de Trabajo

Social]. Entonces cuando vienen aquí a mi me sorprende que no sepan nada de eso...El ingreso de la residencia finalmente lo deciden nuestros clientes que te he dicho que son nuestros familiares, por presión. Al final firma él pero un poco coaccionado por la hija "si no voy a venir a verte", "esto es lo que hay", quien manda normalmente es la familia. La mayoría de las veces no lo han decidido, están aquí porque un poco no les queda otra."(ORG6)

Además ejemplifica el motivo de ingreso, que no es otro que la coacción por parte de la familia, aunque sabemos por experiencia en este sector que estos casos no son ni mucho menos numerosos. Tampoco lo son los casos en los cuales se pueda dar esta situación, ya que los ancianos que ingresan con capacidad intelectual, que les permita ser conscientes del alcance de la toma de este tipo de decisión, son pocos. Tampoco podemos dejar pasar la introducción que la entrevistada hace del papel que desempeñan los puntos de control del Estado, en nuestra opinión, y siguiendo los presupuestos teóricos de Kaufman & Frías (1996), las Unidades de Trabajo Social (UTS) de los ayuntamientos que, recordemos, son las puertas de entrada al sistema público de servicios sociales. Es especialmente interesante su apreciación cuando refiere que "(...) *me sorprende que no sepan nada de eso...*". Es decir, deducimos que nadie ha informado a los ancianos respecto a la concesión de una plaza en residencia, y de ello se deriva que asumamos que nadie tampoco le ha dicho que ese era el recurso que había decidido, lo cual nos abre la puerta a sospechar si realmente el recurso social que es la residencia lo solicita libremente el anciano o bien se hace entre el familiar y el profesional de la citada UTS. En este sentido, no nos extrañaría que fuera así, pues tras la lectura de las entrevistas a los ancianos y sus familiares, podemos inferir que el problema social a quien se le presenta realmente es a las familias, siguiendo las afirmaciones de Beck (1986:216). Entonces, el anciano solo sería una parte de este problema, al menos en opinión de las familias. Es por este motivo por el que presumimos que los verdaderos "clientes", tomando esta expresión de la entrevistada ORG6, de la UTS, y por ende de las residencias, son los familiares, pasando el anciano a un segundo plano en el cual se entiende que la capacidad de elección se reduzca drásticamente. En este sentido, la pérdida de control, experimentada por el anciano en la residencia referida por Barenys (1992), comenzaría antes del ingreso en la misma no siendo la residencia más que la

continuidad de un proceso que comenzó en el ambiente no institucional. El entrevistado ORG7 resume de manera muy clara la cuestión tratada:

“El anciano ya llega cuando está todo hecho. El día de ingreso viene el anciano, no lo quieren traer antes por si un caso se arrepiente o por si un caso el día del ingreso el dice que no viene y no viene.”(ORG7)

En cualquier caso, el testimonio de ORG6 evidencia aquello que ya intuíamos anteriormente, esto es, que la causa primera del ingreso sea la inducción al uso del recurso por parte de los elementos del Estado, en las Administraciones públicas. En esta línea argumentativa se pronuncian otros miembros de la organización:

“Normalmente porque la ley de dependencia va tan atrasada que lo que se recomienda en todas partes es que la pida [la residencia], que pidas esto que a veces no sabes ni lo que es.”(ORG6)

“Aconsejados o desaconsejados por servicios sociales porque hay muchas veces pues que se piensan que porque esté en una UTS [Unidad de Trabajo Social del Ayuntamiento] lo saben todo y lo único que hacen es meterse donde no les corresponde. Entonces muchas veces ellos no toman la decisión adecuada porque a lo mejor te mandan una persona mayor para allá porque han estado hablando con ella, que han estado hablando con la familia y la persona mayor después no quiere ir a la residencia y a nivel cognitivo está bien entonces tu no puedes retener a personas mayores allí en el centro si a nivel cognitivo ella no quiere estar.”(ORG8)

Al final, el Estado no provee de recursos para estar en el domicilio, pero curiosamente no es éste, a través de sus dispositivos de control (centro de salud, hospital o unidad de trabajo social), quien decide el ingreso. El paso moral de ingresar en la residencia no se visualiza a través del Estado sino de los familiares, siendo estos los culpables para el resto de personas de que el anciano vaya a la residencia. El Estado es quien plantea, más que la solución, el problema a la familia, que no es otro que el anciano dependiente. Por ello es ésta quien debe decidir y es la más interesada en que el anciano ingrese. Esto puede crear un nuevo estatus de familiares dentro de la residencia, pues dejando atrás el ingreso, algunos agentes como son los trabajadores e incluso la propia organización establecen dos tipos casi dicotómicos de familiares, como más tarde podremos comprobar. Estos tipos serán los que van a visitar a sus ancianos y los que no, lo

cual serviría para representar la sensación de olvido y abandono que algunos ancianos sienten al ingresar “voluntariamente” en la residencia.

No se puede negar la implicación del Estado a través de las referidas UTS en el ingreso de un anciano en una residencia. Esta circunstancia es crucial pues la entrevistada, recordemos que es trabajadora social, conoce, o debería conocer, perfectamente los dispositivos sociales que existen en el catálogo de prestaciones así como las formas de acceder a los mismos. Cuando desde la UTS se recomienda el ingreso de una persona en una residencia, a veces sin escuchar al anciano, quien está propiciando el ingreso no es la familia sino el Estado. Estas reflexiones no exentas de dureza en su expresión, a nuestro entender, manifiestan claramente la situación final del anciano, las cuales son reforzadas por verbalizaciones como las que siguen:

“Se resignan, intentan auto convencerse ellos mismos de que eso va a ser lo mejor y que es lo que tienen que hacer, entonces aunque sean involuntarios ellos hacen que sean voluntarios.”(ORG8)

De esta manera, el papel que juega el anciano en el ingreso es meramente pasivo. La sensación que transmiten los interlocutores es que los ancianos no deciden activamente sobre su futuro sino que más bien parecen consentir las decisiones de otros. En un primer momento parecen provenir de las familias, aunque tras conocer los discursos de autoinculpación de los mismos, entendemos que en la mayoría de los casos es una situación que no desean, además de ser la única que tiene disponible como opción según lo ofrecido por las UTS, esto es el Estado, en su versión microsocia. Esta situación, la vivida por el anciano desde su ingreso, nos lleva a plantearnos qué tipo de institución es entonces la que viven en primera persona los ancianos-residentes cada día. Esto nos conduce al planteamiento de Goffman (2004) cuando habla de los distintos tipos de instituciones. En este sentido, Goffman (op.cit.pp.123-124) aboga por tres tipos, o subtipos, dentro de la institución total. Haciendo una lectura de sus presupuestos teóricos y los resultados de nuestra investigación, en cuanto a las características de las residencias como institución, no hemos podido encontrar semejanzas en cuanto a las características de las instituciones goffmanianas. El tipo de institución conceptualizada por nuestros entrevistados no es del tipo en la cual la entrada de los ancianos es involuntaria, ni aquel tipo en el que los ancianos-residentes se verían “llamados” a su ingreso, como los monasterios. En principio, la única

opción que nos quedaría sería el tipo de institución goffmaniana en la que el anciano-residente estaría como en el ejército, es decir, obligados a cumplir con su rol de residente pero supeditado esto a un interés más alto por un bien mayor. En nuestro caso, entendemos que las diferentes acepciones de institución residencial que nos han aportado los entrevistados no se ajustan en absoluto con los subtipos de institución goffmaniana ya que si bien el ingreso es voluntario, éste estaría condicionado por una serie de circunstancias ajenas a la decisión del anciano. Este condicionamiento no es obligación en ningún caso, pues en algunos párrafos los entrevistados nos refieren que los ancianos no están obligados a permanecer en la residencia si no quieren estar, a pesar de que su adscripción al recurso no esté exenta de puntos a discutir. Los entrevistados nos han referido en los apartados correspondientes que los casos en los que los ancianos ingresan de manera consciente, voluntaria, expresando su convencimiento de que la residencia es el recurso que buscaban, con unos objetivos concretos, es absolutamente escaso, "raro" tal y como es definido por algún entrevistado. Podemos deducir fácilmente que el ingreso, en la inmensa mayoría de los casos, no responde a una "llamada". Igualmente, en el caso que Goffman (op.cit.pp.123-124) caracteriza como intermedio, ejemplificado en el caso del ejército, queda claro que no puede ajustarse a los casos conocidos de los ancianos en la residencia. Esto es básicamente por el carácter temporal de la adscripción militar. Si bien es cierto que esta adscripción podría efectuarse por motivos que vulnerarían la voluntad del individuo, tal y como sería el reclutamiento en caso de guerra o la obligatoriedad de realizar el servicio militar, o también de manera totalmente voluntaria, como es el acceso por oposición al ejército, debemos dejar claro que en todos los casos dicha adscripción sería temporal, es decir, en el caso de la guerra ésta acabaría con el fin de la misma, en el caso del servicio militar, esta adscripción acabaría cuando finalizara el plazo máximo de permanencia, y en el caso de la adscripción voluntaria esta acabaría con la jubilación del individuo. En el caso de los ancianos que viven en una residencia, estos van a ingresar determinados por circunstancias relacionadas con una situación final, es decir, al menos en los casos estudiados no es reversible y por ello el estatus de anciano-residente acabaría solo con la muerte del individuo. Esto nos lleva inevitablemente a una reflexión acerca de la función social de las residencias. Vista la enorme heterogeneidad de utilidades que pueden ofrecer, más o menos

voluntariamente, parece responder más a necesidades macrosociales, del Estado, a la hora de acoger a un grupo de personas mayores de 60 años, sin haber otro criterio de adscripción único para todas las posibles utilidades. Esa adscripción, el reclutamiento al grupo, podría, en nuestra opinión, condicionar manifiestamente la vivencia de la institución por parte del anciano, ya sea más total o menos. Es fácil comprender que un anciano que se siente condicionado por circunstancias ajenas a su voluntad a efectuar un ingreso en una residencia, de acuerdo precisamente a su voluntad pero ajeno a sus gustos y preferencias personales a como le gustaría vivir sus últimos años de vida, va a experimentar, al menos *a priori*, una aversión a la vida institucional. La adaptación a este medio, el residencial, va a resultar crucial para poder vivir los años que le quedan de una manera placentera, o al menos no vista como un suplicio.

En relación a las causas de tipo sanitario, observadas en los discursos de la organización, vemos que los resultados se alinean con los de los trabajadores.

La cuestión entonces es conocer la causa por la que no se detecta la carencia de conocimientos de la que estamos hablando, y si se detecta es perentorio conocer el grado de eficacia de la provisión de elementos formativos, además de determinar el perfil del profesional que debería cubrir las necesidades formativas de los familiares. En este último sentido, Bazo (1991) nos habla de una falta de servicios comunitarios, pero no especifica cuáles son. Si entendemos que son de tipo social, difícil es asumir que desde una UTS se puede informar y formar a algunos cuidadores sobre el abordaje de determinados síntomas. Si entendemos que son sanitarios, por la naturaleza del problema, podemos comprobar como desde los servicios comunitarios de salud no se está haciendo esta labor.

Llegados a este punto de la discusión, podemos afirmar de manera sintética la existencia de la dificultad que conlleva hacer una clasificación de las causas de ingreso de una persona en una residencia. Es especialmente interesante adentrarnos en la línea discursiva de ORG6:

“Hay situaciones donde no se puede. El mundo va un poco así, yo creo, la sociedad, las familias. Estamos cada vez como más individualizados, entonces hay veces que te encuentras a una persona mayor en la casa sin otro recurso. Los recursos económicos cada vez están más escasos con lo cual te encuentras personas mayores que no pueden ni pagar a otra mujer, problemas con los cuidadores nos encontramos muchísimo, de manera que prácticamente no queda otra.” (ORG6)

Nos habla en la última frase de la opinión acerca de las familias sobre la atención que ésta presta a los ancianos en la casa. Por ello, podemos asumir que la soledad *per se* no sería un motivo para ingresar, al menos no la soledad objetiva, caracterizada por la falta de apoyo o compañía (Puig, Lluich & Rodríguez, 2009). Es crucial el uso que la entrevistada hace del concepto de individualización, que casa perfectamente con las tesis de Beck (1986:216) en cuanto a la tendencia de la sociedad occidental (él lo ejemplifica con la sociedad alemana) a la individualización. Entendemos ésta como un fenómeno de involución social en sí mismo, dando lugar a relaciones más utilitaristas que personales. En este sentido, podríamos discutir largo y tendido acerca de la institucionalización como una consecuencia de la individualización, entre otras. A pesar de ello, la institucionalización no puede estar ligada a priori a una visión negativa del envejecimiento, a pesar de que sea un efecto negativo de nuestra sociedad "individualizadora".

No es por tanto un caso de abandono sino de negligencia involuntaria, pues los familiares no pueden atender las necesidades reales del anciano. Al final, el motivo del ingreso queda claro que es la dependencia sobrevenida del anciano, que no el creciente deterioro físico defendido por Bazo (1991), cuyo abordaje sobrepasa la capacidad cuidadora de la familia. En este punto resulta interesante plantearnos el papel de la sociedad a la hora de plantear recursos de ámbito domiciliario. Esto último, a pesar del interés que se pueda tomar en poner en marcha programas específicos, tiene sus límites. Esta parece ser la causa última de ingreso más prevalente, es decir, el estado muy dependiente del anciano, cuyo abordaje supone el despliegue de una serie de medidas de índole más sanitario que social, lo cual puede suponer una claudicación sobre la responsabilidad a la hora de planificar acciones para atender a aquellos ancianos que, sin estar tan dependientes funcionalmente, están viviendo en la residencia.

De una forma muy ilustrativa ORG6 nos define perfectamente el perfil de anciano candidato a ingresar en una residencia, que se puede dividir en dos básicamente: a) el dependiente funcional, que se suele tratar en términos de atención sanitaria, y b) el que no tiene apoyo social en el ámbito comunitario. El primero, se caracteriza por estar afectado cognitivamente, principalmente por algún tipo de demencia, tal y como ya han verbalizado otros entrevistados, así como los procesos patológicos que acompaña a esta situación tales como la

presencia de riesgo de úlceras, portar sondajes, enfermedades por la inmovilidad o empeoramiento de otras por la edad y la convivencia con la propia demencia tales como la hipertensión arterial (HTA) o la diabetes. El segundo no suele estar afectado por patologías que supongan en sí mismas un peligro del anciano estando relativamente controladas, como la diabetes y/o la HTA. La entrevistada lo delimita perfectamente en el segundo párrafo: es un anciano con carencias sociales, es decir, está solo. Ante esta situación el grupo más minoritario, el de los que solo tienen carencias sociales, se encuentra desubicado en la residencia, hecho que alimenta la situación previa de estar en un lugar en el que no quieren estar por no estar identificados con éste. Esto da lugar a roces entre el anciano-residente y la institución, como analizaremos más adelante.

Para ORG6, la Administración, que es la mano ejecutora del Estado, el cual asimismo es una representación de la sociedad, es la que crea las normas de reclutamiento.:

“Hay una desinformación total de la familia cuando llega aquí con su resolución, no tiene ni idea de en qué consiste la plaza, a veces no tienen ni idea ni en qué consiste la ley de dependencia, ni qué van a pagar, ni en qué consiste el servicio, y a veces hay que decirle a la familia hay que recordarle que si hay capacidad quien decide es el anciano, porque a veces dan por hecho que le han dado la plaza y que tiene que entrar.” (ORG6)

Tras el análisis de los discursos de los agentes entrevistados, podemos afirmar que algunas causas podrían encajar perfectamente en los presupuestos teóricos de Bazo (1996:150), mientras que otras no. Los motivos de que hayan varias causas de ingreso, que no concuerden con los presupuestos de Bazo (op.cit.) obedecen a matizaciones particulares de las mismas, que son diferentes para cada agente (véase figura 9.a).

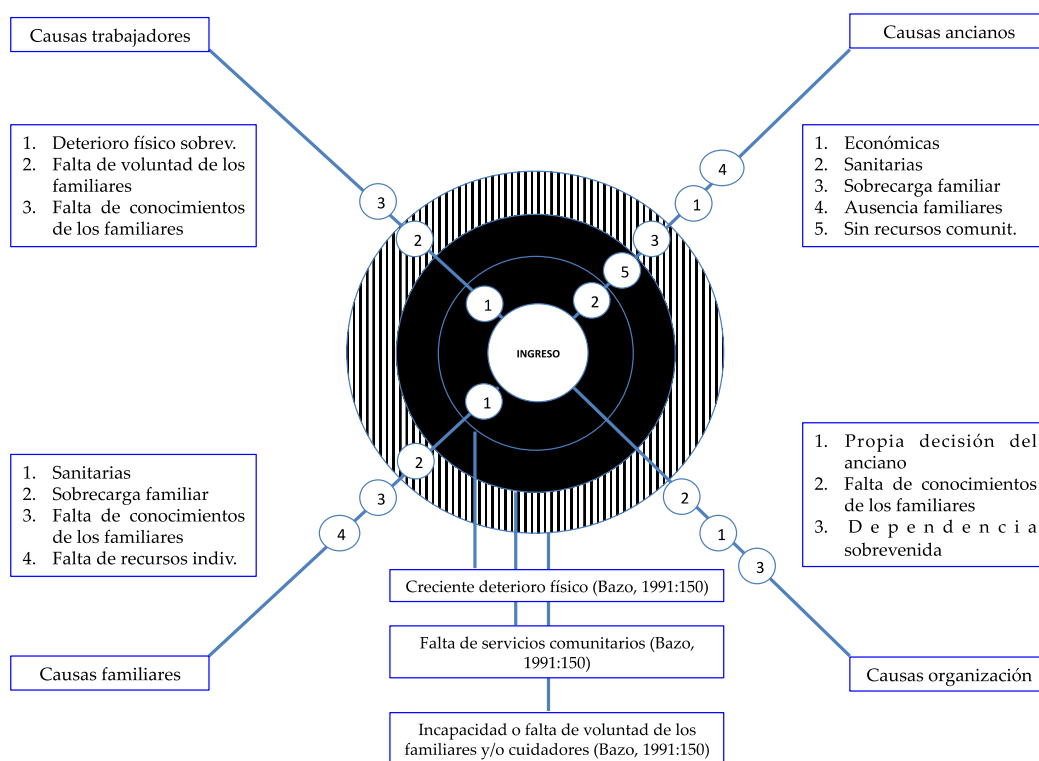


Figura 9.a. Causas de ingreso según los agentes sociales

Fuente: Elaboración propia

La Ley de Dependencia (gobierno de España, 2006a) ha abierto la puerta a la diversificación y a una geriatrización del perfil del anciano-residente que entra con plaza contratada con la Administración, o lo que es lo mismo con el Estado en su versión autonómica. La actual baremación del grado de dependencia es llevada a cabo por profesionales del ámbito de la salud, aunque en los servicios centrales de la Administración la responsabilidad de adjudicar una plaza se ha llevado a cabo por profesionales del terreno social. El filtro más importante es realizado por sanitarios los cuales, parece ser, por la información que nos aporta la entrevistada, se decantan por la priorización de las necesidades sanitarias como elemento esencial para puntuar en el baremo. No podemos estar del todo de acuerdo con estas afirmaciones pues la solicitud, si bien es gestionada por los responsables de la dependencia en la Administración, no deja de ser tramitada

desde el inicio por una trabajadora social de una unidad de trabajo social (UTS) de la Administración, aunque esta sea local.

Recurriendo a Kaufman y Frías (1996), es precisamente esta unidad de trabajo social el primer punto de control en el que el individuo entra en el sistema de provisión de recursos, que no olvidemos se supone es social. No es el médico del centro de salud quien tramita la solicitud porque el anciano tiene patologías o disfuncionalidades que requieran un abordaje específico, sino la trabajadora social de la UTS. Esta profesional parece ser, en palabras de la entrevistada, que es quien decide qué tipo de recurso puede pedir en función de un grado que estima puede tener el anciano. Esto se complementa con la decisión de la administración central, no podemos negarlo, de asignar recursos residenciales de manera prioritaria a aquellas solicitudes baremadas, por un sanitario no lo olvidemos, con un grado III en el actual sistema de baremación de la dependencia lo cual da lugar a discrepancias entre la valoración realizada y la observada al ingresar en la institución (Álvarez, Hernández, Galán & Echevarría, 2014). No podemos obviar las verbalizaciones que acerca del ingreso hacen otros entrevistados. Tal es el caso de EXT01 que, recordemos es médico en un Centro de Salud, nos aporta las siguientes consideraciones:

“La ley de dependencia no ha disminuido la asistencia sanitaria, ni mucho menos, es decir, nosotros seguimos asistiendo a los dependientes tanto o igual como antes, o más...”(EXT01- Médico Atención Primaria)

“Nosotros detectamos la incapacidad de la persona en consulta. Cuando ya llega un momento en que no aparece en persona por la consulta, ya nos llama para que vayamos allí por un catarro “mira a ver si me puedes mandar al practicante porque yo no puedo salir”, ya algo hay. Vamos allí, hacemos la visita en domicilio, ya recabamos datos, ya le preguntamos al paciente por su familia, contactamos con la familia, hacemos la visita domiciliaria a través de la enfermera gestora de casos y después proponemos a la familia. Más o menos ese es el protocolo.” (EXT01- Médico Atención Primaria)

Este entrevistado refiere que el Centro de Salud es otro punto de control, pues si bien éste no tramita la solicitud para llevar al anciano a una residencia, llega incluso a hablar con la familia para plantearle esta posibilidad. Nos da argumentos testimoniales acerca de cómo la Administración crea un embudo

donde el anciano con ciertas características está abocado a terminar sus días en una institución residencial. Probablemente, el problema ha estado en los costes de mantenimiento de la ley 39/2006 (Gobierno de España, 2006) puesto que si bien hay ayudas económicas para los cuidadores domiciliarios, éstas son escasas y con muchos problemas en su gestión (Guzmán, Moscoso & Toboso, 2010). En este sentido, EXT01 se pronuncia al resaltar el papel que juega la residencia en torno al aprovechamiento de los beneficios de la Ley de Dependencia (Gobierno de España, 2006):

“Aquí se piden las dependencias, la familia cobra y paga subsidiariamente a otra persona, no sé la cuantía. Entonces tengo mis dudas sobre esa ley que puede ser otra opción de que, es como el hospital de día, en vez de ingresar en el hospital, en vez de ingresar en la residencia la tienes en casa pero claro, ¿qué cuidados te van a dar en casa y qué cuidados te van a dar en una residencia?, que son totalmente diferentes y bajo mi punto de vista desde luego la residencia no tiene ni punto de comparación con el cuidado que puede prestar un familiar en su hogar.” (EXT01)

Al final, la residencia es mucho menos costosa a la Administración y por ello uno de los motivos, si no el mayor, de que el anciano con problemas de dependencia funcional severa esté condicionado a ingresar en una residencia. Esto, al mismo tiempo, reconfigura el perfil asistencial de las residencias pues si los ingresados están cada vez más geriatriados los servicios van a responder estas demandas creando “guetos” de ancianos no sanitarios dentro de las residencias.

Es muy ilustrativo el discurso del entrevistado ya que se evidencia la línea ascendente que sigue quien motiva realmente el ingreso:

“Te quiero incidir en una cosa, lo primero es que el gobierno de la nación defina los criterios básicos de atención de lo que es una residencia y de las actividades que allí se tiene que hacer y a partir de ahí a la calle a decir aquí hacemos esto y esto.” (EXT01)

Si bien, aparentemente, es el anciano quien decide el ingreso, al ser quien firma todas las solicitudes, esta circunstancia es el producto de una situación social complicada en el seno familiar de manera que la familia es la que condiciona muy marcadamente al anciano. A su vez, esta familia conoce la residencia como último recurso al ser el único disponible en la cartera de servicios que elabora la Administración regional, la cual, a su vez, la confeccionaría

condicionada por políticas estatales. De esta manera, la teoría estructuralista de Foucault (1964) está más que confirmada. El ingreso de determinados ancianos en una residencia está motivado primariamente por la Administración nacional, es decir, el Estado, siguiendo la línea argumentativa igualmente de Beck (1986), cuando nos habla de la individualización. De este modo, nos alineamos con las afirmaciones de Ors & Maciá, que defienden que el ingreso en una residencia estaría condicionado por su propia obligatoriedad (Ors & Maciá, 2013), lo cual nos lleva al terreno de lo voluntario o involuntario del mismo.

9.5. ¿ADAPTARSE, RESIGNARSE O ACOSTUMBRARSE?

Es ineludible pensar y asumir cómo los condicionamientos sociales a los que el anciano se ve sometido, a veces meses antes de producirse el contacto con la residencia, van a determinar en gran medida no solo la conceptualización de la institución residencial sino las relaciones que se den en su seno. En este mundo de interrelaciones se van a representar momentos que significan la institución residencial y el grado de adhesión a ésta por parte del anciano. En torno a este término, adhesión parece significarse el concepto adaptación, una definición ambigua, al tiempo que vaga en fundamentos teóricos. A pesar de ser la adaptación un concepto amplio, las continuas referencias verbales, que desde todos los agentes sociales se han realizado durante las entrevistas, nos ha llevado a preguntar expresamente sobre lo que se entiende por adaptación. Recordemos que en el apartado correspondiente del marco teórico, el concepto de adaptación abarcaba no solo al anciano sino que se extendía, constituyéndose como una entidad digna de estudio aparte, a sus familiares (Padierna, 1993; Marín & Martín, 1996; García & Gómez, 2010).

Hemos de tener en cuenta, al menos *a priori*, que teóricamente la adaptación va a depender del grado de personalización que el interno haga de la vida residencial. Que sea un hogar es algo que, tal y como hemos podido comprobar en el marco teórico de la presente investigación, queda en entredicho (Barenys, 1993). Por este motivo, nuestra investigación se ha orientado más a buscar las características que hacen pensar a los distintos agentes sociales que el anciano y su familia, tal y como hemos podido apreciar en la contextualización teórica, se encuentran adaptados. Si tenemos en cuenta que la residencia es el lugar donde el anciano va a ir a vivir muy probablemente hasta el último de sus días, la

aspiración será que esta institución sea lo más parecido a su casa. Es muy posible que la tensión entre la vida institucional, con sus normas universales, y la tendencia del anciano a hacer del sitio en el que vive y duerme su casa, con sus normas particulares, determine finalmente el grado de adaptación del anciano y su familia. Por todas estas cuestiones, hemos preguntado a los agentes sociales qué entienden por adaptación, e incluso, cómo saben cuando alguien está adaptado, o lo que es lo mismo, que nos digan las características de la adaptación.

Las respuestas de los agentes nos han permitido varias argumentaciones. Para empezar expondremos las respuestas del grupo de los ancianos-residentes:

“Hay unos puntos que tenemos todos como la casa, la echamos de menos, cosas aquí que no... lo que no paso yo es... son los aseos, tener que ir al aseo de unos y de otros, eso me sabe muy mal, pero es obligado y tengo que ir.” (AR2)

“Porque dejar la casa siempre es dejar la casa. Pero no vine con ningún recelo. Están todos adaptados.” (AR2)

“La verdad que no echo de menos mi casa de antes cuando yo podía hacer mis cosas, estaba mi marido. Yo quería ser la Maruja que era antes, no la de ahora, la que planchaba, hacia de comer, le cosía a mi hija sus ropas. Yo ya no quiero volver a mi casa, me la imagino tan distinta a como me la dejé, para que me de tristeza y me de por llorar y darme depresión pues no quiero ir.” (AR3)

“Sí, claro, pero echaba un poco de menos mi casa, mis cosas, muebles... pero al principio me costó un poco, claro, pero ahora ya estoy adaptada. Sí que he ido a mi casa. He pasado por la puerta pero no he entrado. Me ha dado tristeza.” (AR4)

“No tiene una el abrigo de sus hijos, su casa, eso es muy bueno, pero al no poderlo tener hay que conformarse, no hay mas remedio que hacerse la fuerte.” (AR5)

“Lo pasan mal a lo primero pero luego se adaptan, ¿qué van a hacer?, se adaptan. Se resignarán. Ven que han venido aquí engañados, se dan cuenta.” (AR6)

“Yo creo que a todos les gustaría irse a su casa.” (AR6)

“Cuando hablan de las muchachas digo “no, no llevas razón. Porque tú tenías que besarle las manos, después que te están limpiando las grillicas – digo – si tú en pañales te comes todo lo que te dan, en pañales solo. Yo me tengo que adaptar aquí. No lo echo de menos, ¿dónde iba yo?. Somos ancianos y tenemos que adaptarnos.” (AR8)

“Cuesta mucho adaptarse. Vienes de la calle, de tu casa... Aquí te van reformando, tienes tus pautas ... Y te vas a adaptando y coges tu rutina. Todo marcha, es como una vida tipo militar. Tardas en adaptarte pero cuando se adapta la persona, cuando estás fuera tienes ganas de venir.” (AR9)

“Por muy a gusto que estés en una residencia como en la casa de uno... Estás a tus anchuras, haces lo que te dé la gana, lo que aquí no puedes hacer lo que quieres, tienes que hacer lo que ellos quieren.” (AR10)

Las verbalizaciones emitidas por los ancianos-residentes entrevistados no nos han dejado indiferentes. Es más, han aportado grandes puntos de discusión y contraste con el modelo goffmaniano (Goffman, 2004). En este sentido, a modo preliminar, cabe destacar la variabilidad de datos respecto a lo que los entrevistados entienden por adaptación. Así, el discurso de AR9 quizás sea ejemplar por la riqueza de matices presentados. El anciano parece asemejar la adaptación con un proceso de asimilación de pautas y normas de la institución, aunque no hace alocución alguna acerca de su grado de adhesión consentida a las mismas. No podemos deducir de su discurso un proceso querido y aspirado al ingreso, sino un proceso de sometimiento. El mismo lo expresa al final de su verbalización con una expresión ejemplar *“(...) es como una vida tipo militar”*. Precisamente el grado de consentimiento o interiorización verdadera de las pautas y las normas de la institución sea un punto a tener en cuenta ya que *“resignación”* es un término que no deja de asomar en los discursos de los entrevistados. En este sentido, debemos recurrir a la definición oficial del término *resignación*, la cual el Diccionario Esencial de la Lengua Española define como *“1. Entrega voluntaria que alguien hace de sí poniéndose en las manos y voluntad de otra persona. 2. Conformidad, tolerancia y paciencia en las adversidades.”* (RAE, 2006:1291). Tras la lectura del término, definido por una entidad como la Real Academia de la Lengua, no nos queda más opción que asociar la adaptación a la residencia y los conceptos emanados de los discursos a éste. De hecho, algunos entrevistados, como AR6, incluso lo utiliza para describir su situación proyectándola en los otros ancianos-residentes. Alineándonos con las afirmaciones de otros autores (Blanca et al., 2013:50), las expresiones de los ancianos parecen llevarnos a que las necesidades que condujeron al ingreso, sin alternativas reales a la institución, son condicionantes del conformismo de los ancianos con la vida institucional, lo cual no podemos olvidar que puede ser un síntoma precisamente de la desadaptación

(Laforest, 1991:131). Términos como conformismo parecen acercarse más al proceso que hemos venido en llamar adaptación tal cual está definida en el marco teórico. Nos llama especialmente la atención el uso que hacen de la “casa”, su casa, para ejemplificar, no podemos afirmar que siendo los ancianos plenamente conscientes de ello, cómo se sienten no solo por el hecho de vivir en una residencia sino por el amplio proceso de haber tenido que ir a vivir a este tipo de instituciones. Hemos evidenciado cómo el hecho de vivir en una residencia es más bien el resultado final de la coincidencia de diversos aspectos y factores de la vida de los ancianos y sus familiares. La vida en la residencia es una más de las formas en que el anciano significa su grado de conformidad con ello. En este sentido resaltan del resto las verbalizaciones de AR3, AR4, AR5, y de AR6. Son manifestaciones muy rotundas que evidencian la acción voluntaria, aunque no dice de quien, de “negarle” la oportunidad de vivir en su casa. De esta manera, lo que el internamiento en la residencia se convierte es en un encierro (término este que precisamente más tarde analizaremos en busca de más evidencias de adhesión a la vida residencial, si es que las hay). Igual de relevante es la delimitación por parte de AR10 de los ámbitos que corresponden al mundo del anciano y los que son de la institución. En este sentido, se evidencia una acción por parte de los miembros de la institución porque se haga lo que esta quiera, sin mayor cabida a la opinión de los ancianos-residentes, tal que AR10 refiere que “(...) que aquí no puedes hacer lo que quieres, tienes que hacer lo que ellos quieren.”. Del discurso de los ancianos podemos inferir que el concepto adaptación va acompañado de una serie de connotaciones más concretas que la hace particular en este tipo de instituciones. En el caso de las residencias, la adaptación, sin más, va acompañada de resignación en el amplio sentido del término definido por la Real Academia Española de la Lengua (2006). La acción del ingreso, y posterior vida en la residencia, no se hace conforme a su elección más personal sino, tal y como hemos podido evidenciar en el apartado de análisis del motivo de ingreso, como resultado de la confluencia de una serie de circunstancias en la vida del anciano y su familia. De este modo se le “condiciona” a elegir la residencia dentro de un catálogo de recursos en el que ésta es el único posible por parte del Estado, representado por la Administración regional. Ante esta situación de resignación, las manifestaciones a favor de la misma toman varias caras siendo una de las observadas la de la *colonización* (Goffman, 2004: 70-72).

Si bien AR8 hace una defensa clara de la vida institucional, este fenómeno hay que considerarlo con cierta prudencia. Para Goffman (op.cit.), la vida placentera y estable que se puede dar en algunos casos es un signo evidente de totalización de la institución donde se aparezca. Si seguimos nuestra experiencia profesional previa, no podemos estar más en desacuerdo. Si esto es cierto, no podríamos hacer una distinción en los casos en los cuales realmente los ancianos hayan visto en la residencia un verdadero hogar, y se encuentran adaptados y los que no lo están. Esta situación se puede dar en aquellos procesos en los cuales los ancianos son ingresados por emergencia social, esto es, cuando por motivos ajenos a su voluntad no tienen grandes problemas de salud pero socialmente están gravemente comprometidos, concretamente cuando no tienen casa donde vivir, o recursos suficientes para proveerse el sustento, ni familia que les apoye. En estos casos, si bien no son la mayoría, los ancianos suelen vivirlos como una clara mejoría de su estado social inicial. La adaptación en estos casos se contempla como una mera asunción de pautas y normas sin mayor desagrado, al menos aparentemente. Hablar de colonización sin más por la mera satisfacción con la dinámica institucional es dejar a los agentes de dichas instituciones sin la posibilidad de acercarse a las personas allí ingresadas con el fin de promocionar un proyecto de vida personalizado. No tendría sentido entonces la defensa de la Atención Centrada en la Persona que defiende Rodríguez (2013) en la actualidad. Siguiendo este argumento, no podemos inferir que los rasgos expresados verbalmente por los entrevistados tengan el suficiente rigor como para considerarlos signos de institución total y nuevamente los preceptos de Goffman (2004) a este respecto no se cumplirían. No podemos decir lo mismo de las verbalizaciones emitidas por AR2. Según refiere este entrevistado “(...) *lo que no paso yo es... son los aseos, tener que ir al aseo de unos y de otros, eso me sabe muy mal, pero es obligado y tengo que ir.*”. Realizar los aseos o cualquier otra intervención que suponga la exposición de la intimidad de los ancianos-residentes a la contemplación de otros supone un grave perjuicio al yo del anciano, en lo que coincidimos con Goffman (2004: 35).

Aunque empezamos a darle forma a lo que entendemos como el concepto de adaptación, cuando hablamos del ingreso de un anciano en una institución residencial existen diferencias entre lo que dicen los ancianos y los trabajadores de las residencias. No podemos dejar de lado en nuestra disertación que al final el

anciano y su familia son los que, realmente, experimentan el ingreso como un proceso vital. Un balance entre lo esperado por los ancianos-residentes y sus familias, y lo que la institución residencial ofrece, nos ayudará a enriquecer el análisis del concepto general de adaptación concretándolo al mundo residencial. Continuaremos nuestra discusión abordando lo expuesto por el grupo de familiares de los ancianos-residentes:

“Ella dice que es su casa, cuando la saco y le digo que si volvemos dice “si, si a mi casa.....”. Si, su casa, se siente muy a gusto allí, para ella ha sido muy importante tener una habitación [risas].” (FAM2)

“Fue un paso muy fuerte, yo cuando me fui y me los dejé aquí, puf, lo pasé fatal. Hombre es que eso es que se pasa muy mal, porque yo no estaba tampoco integrada en la residencia, entonces me costó dar el paso muchísimo. Yo estuve bastante tiempo que lo pasé mal pero luego ya muy bien.” (FAM2)

“Los comentarios como todo. Pues “para residencia en tu casa” o “te buscas alguna mujer que tuviera que hacerle lo que tenía que hacer”. Pero yo no tengo porqué darle pormenores a nadie, porque no.” (FAM4)

“Porque creen que están aquí de paso. Piensan que van a venir a llevárselos y hasta incluso yo los he visto llorar. Los he visto llorando y diciendo que se van a ir porque van a venir sus hijos a por ellos. Y así se pasan varios días. A la semana ya los he visto que han cambiado al cien por cien. Ya están habituados y están como en su casa. Los primero días siempre los he visto llorando.” (FAM5)

“Hubo depresión, que yo mismo la cogí, estuve un tiempo de baja a consecuencia de eso, por que nos costaba mucho trabajo tenerlos que ingresar en una residencia.” (FAM5)

“Aceptar la situación. Yo mi vida ha sido de esta manera, y ahora me toca vivir de esta. Podía estar en mi casa, pero me ha tocado vivir aquí, pues los años que me quede.” (FAM6)

“Entonces para nosotras ha sido un impacto gordo, pero fuerte, fuerte, primeramente que estaría con nosotros y después meterla en la residencia.” (FAM7)

“Entonces al principio pues evidentemente cuesta, cuesta porque por mucho que tal o por mucho que cual, cuesta y entonces pues la familia, los hermanos de mi madre “y

tal, a ver, y tal". Por decirte algo el pelo empezó a caérseme del estrés que llevaba en todos los sentidos con lo cual yo estoy tranquila." (FAM8)

Las verbalizaciones de los familiares vienen a confirmar en gran medida lo aportado en la discusión de los resultados de los ancianos-residentes, ya que en sus aportaciones hemos podido encontrar algunos puntos de enorme riqueza discursiva. Entre estas se encuentran los elementos que, en opinión de las familias de los ancianos, compondrían la adaptación, siendo estos el participar en actividades comunes, verles felices, que sus necesidades de atención funcionales se cubran, entre otras. Hay que destacar las verbalizaciones donde la resignación se hace evidente al hablar de adaptación. Por ello, nos decantamos por la misma línea de discusión que la empleada en el caso de los ancianos, ya que las verbalizaciones de los familiares en este sentido no vienen más que a confirmar lo ya allí expuesto acerca de que la resignación, como término, forma parte en algunos casos del fenómeno adaptativo. Tampoco podemos dejar pasar algunas verbalizaciones de las familias en torno a su propio proceso de adaptación, asumiendo que éste existe siguiendo de manera convencida los presupuestos teóricos expuestos en los trabajos de Padierna (1994) y Leturia, Inza & Hernández (2007). En este sentido, las verbalizaciones de FAM4, FAM5, FAM6, FAM7 y FAM8, ejemplifican a la perfección las fases de ingreso y adaptación (Leturia, Inza & Hernández, 2007: 136). En el caso de las familias, no podemos recurrir a Goffman (2004) a modo de comparación entre modelos ya que este no incluye a las familias de los internos en sus supuestos teóricos sobre las instituciones totales.

Por último, las verbalizaciones de las familias nos evidencian su estigmatización por parte de la sociedad. Es esta una situación hartamente incongruente con la realidad analizada, pues la misma sociedad que no es capaz de articular, aparentemente, recursos sociales que faciliten el envejecimiento en todas sus facetas en el entorno domiciliario, es la que le atribuye al familiar un rol que no ha elegido. Este no es otro que el del mal hijo, el que ha abandonado a sus padres a las manos de unas personas extrañas, y al hacerlo por su cuenta, se agrava este estado con un añadido de maldad. En este sentido se manifiestan FAM4 cuando refieren que "Pues "para residencia en tu casa" o "te buscas alguna mujer que tuviera que hacerle lo que tenía que hacer"." y FAM8 "cuesta y entonces pues la familia, los hermanos de mi madre "y tal, a ver, y tal..."". Podemos comprobar

cómo los familiares experimentan un triple fenómeno de adaptación al ingreso de su anciano en la residencia. Primero, la adaptación al propio centro residencial, con sus normas y costumbres propias. Segundo, la adaptación que acompaña a la adaptación del anciano, ya que difícilmente un familiar se adaptará a la dinámica residencial si su anciano no lo está, lo cual vamos a designar como “co-adaptación”. Y tercero, la adaptación a su nuevo rol dentro de la sociedad que se encuentra en su ambiente natural, fuera de la residencia. Si bien es cierto que este trabajo de investigación está alumbrando cuestiones que hasta ahora no habían sido tratadas con la suficiente profundidad, no podemos dejar de lado que las verbalizaciones de los familiares, junto con las escasas aportaciones teóricas específicas al respecto, nos abren un nuevo escenario digno de abordar en una tesis dedicada exclusivamente a este tema al aportar más dudas acerca del papel del familiar en la residencia que respuestas.

El hecho de que digan que echan de menos su casa podría ser un argumento en contra de la colonización esgrimido por Goffman (2004: 70-72) y por ello un rasgo que nos alejaría del argumento de la totalización de la institución según los presupuestos teóricos de este autor (Goffman, 2004). Para algunos trabajadores, con el mero hecho de que no verbalicen que se quieren ir de la residencia, ya consideran que es suficiente para pensar que están adaptados. Como rasgos de que no están adaptados el testimonio de TRAB2 completaría la afirmación anterior, ya que para éste se sabría que un anciano-residente no está adaptado cuando hablara de su casa o de su familia, y se mostrara triste. Es muy relevante para nuestra investigación la última frase de este testimonio, que asocia problema de adaptación con manifestaciones de tipo relacional, en concreto con la ausencia de estas relaciones.

“Les cuesta trabajo adaptarse y a estar con otros ancianos. Pero sí, hay gente que se adapta antes y otros que les cuesta más adaptarse. Hay gente que es más extrovertida y otros que lo son menos. Ya sean por que son tímidos y esto hace que les cuente más trabajo adaptarse.” (TRAB2)

Es muy interesante este discurso, pues evidencia de manera muy clara cómo la adaptación no depende exclusivamente de la institución que le acoge, ni de las circunstancias sociales que han precedido a su ingreso en la misma. La capacidad social de los ancianos que llegan a la residencia se constituiría, según este

entrevistado, y cuyo argumento compartimos, en un elemento más que influiría en el proceso de adaptación.

“Suelen venir un poco asustados, de no saber que se van a encontrar, con miedo. Pero una vez instalado, acomodado, se integra y relaciona, digamos que se pone “fuerte” y al final egoístas.” (TRAB3)

Para esta entrevistada, el punto “fuerte” es similar a la condición de “egoísta”. Esta clara diferencia entre interno y habitante de una residencia es para nuestro entender un signo claramente totalizador. Lo más interesante de esta disertación es que en una misma residencia se pueden dar diferentes modos de entender el rol del anciano y por ello la adaptación como tal. En este sentido, ya no tendría sentido hablar únicamente de residencia total sino de la posibilidad de trabajadores totalizadores.

“Unos no terminan nunca de adaptarse, incluso alguno termina por irse o llevárselos. Cuando salen fuera, casi todos están deseando volver, incluso antes de tiempo. Además lo dicen ellos.” (TRAB3)

“Adaptarse consiste en que tu los vayas apoyando a ellos, dándole cariño, nada de estufidos. Cuando ellos te pregunten por la familia animarlos, decirle aunque sea mentira que la familia van a venir dentro de un par de horas.” (TRAB4)

Los discursos expuestos evidencian, por parte de las trabajadoras entrevistadas, claras posibilidades de una adaptación real, esto es, más allá de meras suposiciones. No podemos descartar que realmente haya ancianos que se encuentren ante determinadas situaciones como: a) el proceso anterior al ingreso físico en la residencia haya sido traumático, b) la conceptualización de la residencia esté teñida de tintes peyorativos relacionados con el concepto de asilo antes del ingreso, y c) el mismo ingreso en la residencia suponga un hecho traumático. En estos casos, cabría pensar que estos ancianos podrían terminar adaptándose a la residencia una vez descubiertas las ventajas que esta les ofrece. Estas argumentaciones por sí mismas podrían poner en tela de juicio los argumentos de Goffman (2004:70-72) cuando habla de ajustes secundarios como la manera en que el interno responde a la institución total. A pesar de esto no podemos obviar las palabras de TRAB5 que vuelve a sacar a lo público el concepto recién descubierto de resignación, con la significación social que ya le

hemos atribuido en los apartados de la discusión que hemos abordado en los grupos de ancianos y familiares.

“La mayoría con el tiempo se adaptan pero muchos no llegan a adaptarse.” (TRAB6)

“Hay ancianos que sí, esta Navidad no han querido irse con sus familiares e incluso tenemos algunos, que no se quieren ir a otra residencia, han rechazado traslados.” (TRAB6)

“La familia también muchas veces tiene el sentimiento de culpa por compensar que lo mismo no pueden venir y ya que vienen les traen un montón de cosas que saben que a ellos les gustan y yo creo que es un poco por remordimiento. Calman un poco la conciencia.” (TRAB6)

En este sentido, en las relaciones de los ancianos es muy interesante y relevante para el presente trabajo de investigación como el TRAB6 asocia la escasez de relaciones interpersonales de los ancianos con la desadaptación de los mismos. Esto se contrapone a la tesis goffmaniana de que la institución es la única responsable en el fenómeno de totalización y, en nuestro caso concreto, de adaptación del anciano a la residencia. Por ello, se corre un riesgo si atendemos exclusivamente a la mera ausencia o disfuncionalidad de relaciones interpersonales entre los ancianos como signo de desadaptación. Estas evidencias, lejos de estar sujetas a una relación necesaria causa-efecto con la institucionalización, podrían estar relacionadas con otras causas distintas como la calidad e intensidad de las relaciones interpersonales entre los ancianos de las residencias, sus expectativas en éstas, y las del resto.

“Si una persona está cognitivamente bien, es decir, tiene un estado cognitivo normal yo pienso que nunca termina de adaptarse porque pienso que el periodo de adaptación a un centro, es decir, se terminan acostumbrando, yo lo llamo más bien acostumbrarse que adaptarse. Mientras que permanecen con ese estado cognitivo pleno yo pienso que nunca terminan de adaptarse, se terminan acostumbrando y aceptando la situación, es decir, lo ven como una obligación el estar aquí muchos de ellos.” (TRAB7)

Muy interesante aportación ya que la diferencia que se establece entre adaptarse y acostumbrarse es esencial para eliminar el argumento totalizador en este sentido. Los ancianos se pueden adaptar o no, y también se pueden

acostumbrar o no. Este acostumbramiento estaría más en la línea de la definición de adaptación del diccionario que hemos visto en el marco teórico. Para este grupo de personas, las trabajadoras, adaptarse estaría más relacionado con el tipo, grado y calidad de las relaciones interpersonales. Esta circunstancia es muy voluble, y desde nuestro punto de vista no es suficiente para descartar o afirmar una postura totalizadora, desde el prisma goffmaniano. Realmente, serían las barreras, que en determinados momentos pondría la institución a la defensa de valores personales, incluso dentro de las relaciones interpersonales, lo que convertiría una institución en total. La resignación, ya introducida como concepto y elemento del proceso adaptativo, estaría más en esta línea argumentativa.

“Hay ancianos inadaptados, incluso tuvimos hace poco uno que su situación constante era “me voy mañana, me voy, me quedo, me voy, me quedo...” y luego otros porque quizás son más callados, son más tranquilos, no te lo manifiestan tanto pero si te lo manifiestan con su no colaboración en nada.” (TRAB7)

Es muy relevante la aportación de los discursos de TRAB7 pues nos evoca determinados conceptos y términos de la nomenclatura goffmaniana. En este sentido, concretamente las alocuciones de este trabajador nos recuerda al fenómeno de la *“línea intransigente”* definido por Goffman (2004: 70-72). En nuestra opinión, dicha caracterización, como poco, es arriesgada, ya que no deja margen a las expresiones normales de desagrado de los internos ante procedimientos o intervenciones que les estén perjudicando de alguna manera. Por ejemplo, si a un anciano le gustaba comer tarde en su casa, en comparación con los horarios de la residencia, o si el arroz que su esposa le cocinaba le gustaba más bien duro que cocido, lo lógico es que el anciano, a pesar de levantarse antes de lo que estaba acostumbrado, o de comerse el arroz algo más cocido aun estando bueno, haga manifestaciones de desaprobación en relación a estos actos. A nuestro parecer, estas manifestaciones lógicas y pertinentes no pueden ser contempladas sin más como un signo de totalización. Los gustos y preferencias del ser humano son muy personales, y por ello difícilmente satisfechas en lugares donde hay colectividades, como es el caso de la residencia de ancianos, pero también como lo es el comedor de una escuela o de la universidad. Esto si bien no descarta el comportamiento *“total”* de la residencia con el anciano, sí que pone en riesgo la interpretación a la ligera de ciertos comportamientos como caracterizaciones de la institución total. A modo de síntesis, la defensa de los

gustos y preferencias personales a través de manifestaciones de desagrado hacia la institución residencial sería algo normal en la esfera psicológica y social del anciano. Podríamos afirmar, en este punto de la investigación, que el rasgo totalizador por parte de la institución estaría relacionado con la no provisión de oportunidades de expresiones de disconformidad, así como en la no manifestación de una intención proactiva que busque la mayor satisfacción posible de los ancianos que acoge. A pesar de ello, no podemos descartar tampoco, dentro de las enormes posibilidades del comportamiento humano, que no haya en la institución, en determinados momentos, ancianos cuyo nivel de exigencia haga difícil la vida colectiva y la organización de los procedimientos e intervenciones en torno a ésta. Sirva de ejemplo, la posibilidad de que haya ancianos a los que no les guste nada más que lo que haga él mismo, como la comida, el lavado de ropa, el planchado, etc. Siempre habrá ancianos que en ningún momento les guste como le han planchado la ropa, o como cocinan, etc. Ante este tipo de comportamiento del anciano, Goffman (2004) siempre vería rasgos de institución total al evidenciarse fenómenos de "línea intransigente" y de "efecto looping", entre otros. Esto, si aun fuera cierto, nos llevaría a pensar en el cálculo acerca de cuantas personas, experimentando y manifestando estos fenómenos, serían necesarias para poder hablar de institución total en el sentido goffmaniano del término.

"Ya se han habituado a esta forma de vida y lo mismo si volvieran a casa no sería lo mismo. Aquí se han habituado a vivir bien, acomodados, y al volver a casa cambiar la rutina, no sé... Yo pienso que ni se plantean dejar la residencia." (TRAB7)

Este discurso aborda el concepto de adaptación, sin nombrarlo explícitamente. Es curioso como argumento contra la posible tesis unánime goffmaniana de que el "interno" es convertido para pasar a formar parte de los elementos de la institución total. Si al final el anciano ha asumido el internamiento, se ha resignado al ingreso, cabe la posibilidad que, de manera colateral o expresa, la institucionalización esté cumpliendo funciones terapéuticas en el anciano. En el caso que nos describe el entrevistado si se ha dado esta conversión, que no lo discutimos, ésta ha podido jugar un papel terapéutico, por ejemplo, en el duelo de un anciano viudo.

“Nuestra personalidad va empeorando o sea, empezamos a coger cada vez más manías, entonces cuando llegamos a anciano nuestra personalidad es límite ya, entonces si hemos sido un poco inconformistas en la ancianidad ya somos inconformistas totales. No nos gusta nada, no nos vamos a adaptar a nada y esa persona anciana que no se adapta no se adaptaría con veinte años ni con treinta ni con cuarenta.” (TRAB10)

Tras la lectura y análisis, resulta necesario plantearse si hay cabida en la exposición del modelo institucional total de Goffman a una posible adaptación. En nuestra opinión sí hay oportunidad a la adaptación, e incluso a la defensa de la vida institucional. Una persona que provenga de un ambiente o situación claramente contraria a su salud, valores y/o principios de dignidad humana, puede ver en una residencia de ancianos, donde le cuidan, donde le preguntan cómo está, o donde tiene la oportunidad de relacionarse con otras personas de su edad y de otras edades, un verdadero hogar. La línea que separa la verdadera adaptación del fenómeno de colonización del modelo goffmaniano sería entonces muy fina y difícil de identificar si no viene acompañada por otras evidencias totalizadoras.

“Es que cambia todo. Es que tú cuando llegas de tu casa acostumbrado a unas libertades, quizás, a no tener horarios, a no tener personas que te digan “tienes que hacer esto”, o “tienes que ir así” o, “te tienes que comportar de esta manera”. Llegas aquí y cambia todo. Entonces ellos están a la defensiva, están en contra de todos y yo pienso que para ellos hay personas que sí.” (TRAB12)

Esta última verbalización de TRAB12 viene a racionalizar el fenómeno de la “línea intransigente” de Goffman (2004: 70-72), desposeyéndolo de sentido y contexto posible. En nuestra opinión, la manifestación de la “línea intransigente” es una caracterización sociológica de un mecanismo de defensa psicológico del ser humano, y por ello carente de sentido en un discurso serio acerca de la adaptación del anciano a la vida residencial y la denominación de la misma tal que institución como “total”.

“Porque no todo está en cumplirlo, a lo mejor lo está cumpliendo y no lo está cumpliendo como debe de cumplirlo. Entonces asumirlo es como que se está adaptando y cumplirlo es una forma de estar dentro del centro y estar con los demás

y un respeto hacia los demás porque estás cumpliendo una cosa que los demás también están cumpliendo.” (TRAB12)

El cumplimiento, a diferencia de la resignación, estaría exento de elementos valorativos de tipo personal. El cumplimiento es precisamente y exclusivamente eso, el acatamiento sin crítica, ni buena ni mala, de las normas institucionales. La resignación estaría acompañada por algún matiz valorativo y se encuentra incluida en el fenómeno de la adaptación. Sería asumir que el lugar donde en ese momento debe estar es la institución, por diversos motivos que entiende y racionaliza, pero sin incluir en este ejercicio una aceptación, lo cual manifiesta abiertamente a través de expresiones donde echa de menos la vida en su casa. Algunos incluso, tal y como ya hemos podido apreciar, llegan a expresar que no quieren ir a su casa por no experimentar sentimientos mas que de añoranza, lo cual les duele.

“En las personas que por sus familiares no puedan hacerse cargo de ellos, pero ellos estén bien físicamente y cognitivamente, pues sí que echan de menos, pues claro, pues la libertad de poder hacer ellos lo que quieran, aquí existen unas normas. Que aquí están bien, pero que están mejor en su casa, que estaban mejor en su casa.” (TRAB15)

Está claro que para la trabajadora adaptarse es cumplir con unos horarios y unas normas. Esto hemos visto más arriba que sería el cumplimiento, tal que sería una fase aséptica y acrítica de adaptación, pero no la adaptación en sí misma. De hecho, el anciano podría cumplir con las normas, voluntaria o involuntariamente, y no por ello estar adaptado.

A modo de síntesis, podemos observar como las variables externas a la dinámica institucional pueden influir en la adaptación del anciano a la vida residencial. Teniendo en cuenta esto, podemos decir, resumiendo, que en el caso del grupo de los trabajadores de la institución residencial la adaptación es un proceso que estaría formado por diferentes itinerarios tales como el cumplimiento normativo, o la resignación. Partiendo de la base de qué tipo de ingreso ha tenido el anciano y las circunstancias que lo hayan motivado, podremos afirmar que la resignación será una fase de la adaptación no relacionada con tintes peyorativos, más bien al contrario, en la que el anciano empieza a identificar las bondades del recurso que está utilizando a pesar de estar fuera de su casa. Con el tiempo, este

sentimiento de añoranza podrá ir desapareciendo, haciendo que la adaptación adquiera matices de integración en la vida institucional, expresando verbalmente a veces que prefiere estar en la residencia. Esto último es lo que Goffman (2004) no contempla dentro de las posibilidades que ofrece la institución. De esta manera, difícilmente se da la posibilidad de salirse de su modelo de institución total, precisamente porque el autor anula la voluntad, omitiendo las circunstancias que han provocado el ingreso y la capacidad adaptativa del anciano.

A pesar de ello, tal y como hemos podido comprobar en los otros puntos de discusión, la información que nos puedan arrojar las verbalizaciones de la organización van a ser muy relevantes a la hora de contrastar la información hasta ahora obtenida. La cercanía con estructuras macrosociales es más evidente en los discursos de este grupo de personas ya que están más próximos a información directa de estas estructuras. Por ello, sus verbalizaciones pueden arrojar mucha luz a aspectos todavía no tan claros, como el papel que juega la misma residencia, como organización, esto es institución social, en la adaptación del anciano. También incluso el papel de aquellas supraestructuras tales como el Sistema Público de Servicios Sociales, como representación de la Administración Regional, o lo que es lo mismo la representación del Estado.

Tal y como veníamos viendo, en los otros grupos sociales aparece el concepto de resignación como parte de esa adaptación. Esta directora de residencia, ORG1, tiene claro que los ancianos no están por su verdadera voluntad en la residencia lo cual ya juega en contra de la adaptación a la misma. En el primer párrafo se evidencia la presencia de un grado de cumplimiento como parte de la adaptación. Esta no tiene porqué ser vivida de manera querida por los ancianos. Para que esto ocurra debe darse cierta voluntad y actitud positiva al hecho de ir a vivir a la residencia. El discurso es muy rico sobre todo por lo prolijo en detalles respecto a las manifestaciones físicas de la no adaptación tales como sollozos, fingir desvanecimientos, llantos explosivos, o negarse a comer, entre otras. Estas manifestaciones, sin otra causa que las justifique, nos podría poner sobre la pista acerca de un nuevo planteamiento en el proceso de intervención que las residencias deben hacer dentro del plan individualizado de atención (conocido en la jerga institucional por sus siglas PIA) al ingreso del anciano y, de manera periódica, cuando surja un cambio de situación del anciano.

En las verbalizaciones de ORG3, se puede apreciar una nueva función de la institución en el proceso de adaptación, que manifiesta como hacer entender a los ancianos-residentes que la residencia debe ser como su casa. Estas verbalizaciones no están exentas, a nuestro parecer, de una carga moral nada desdeñable. Si bien es cierto que el objetivo de la residencia, como institución y recurso social, es dar respuestas a determinadas situaciones que se plantean en el envejecimiento, no podemos olvidar que las entidades no lucrativas fundamentan su labor en un plus moral reflejado en sus estatutos y cartas de constitución. Este prisma moral es lo que hace que la organización, y sus miembros, deban hacer y sientan una obligación del cumplimiento de sus propios principios constitutivos.

Pero lo realmente relevante es la racionalización que ORG3 hace del proceso adaptativo y que, a modo de aclaración de lo expuesto anteriormente por el mismo entrevistado, nos hace entender que el papel de la institución es no "obligar" a una adaptación al anciano. Su labor sería profundizar en las circunstancias que han precipitado y motivado el ingreso, en un ejercicio de comprensión de la variabilidad de situaciones que hacen que cada anciano-residente sea distinto al resto. Nos interesa la expresión "*no podemos decirle pues aquí lo tiene usted todo y está usted mejor que en su casa*", ya que encierra el ánimo de la institución por no romper con los lazos que unen al anciano con su mundo anterior, su casa. Si bien es cierto que la animosidad gira en torno a enseñarle posibilidades de sentirse bien en la residencia, ésta no pasa, según se interpreta de lo que el entrevistado verbaliza, por la sustitución de un mundo por otro, sino el paso de uno a otro, un "tránsito", en palabras del propio ORG3.

"Es un periodo, a veces un poco complicado, porque como nos pasa a todos, cada uno estamos acostumbrados a llevar nuestro ritmo, a nuestra manera, según nuestros gustos, entonces el que venga alguien y te diga: es que la comida es a esta hora, el desayuno a esta otra, cerramos la puerta a esta otra, a veces a las personas les crea ciertas dificultades. Entonces, ese periodo en el que se van encajando, van asimilando cual es el sistema, y lo van valorando al principio es como que les chirria, a mucha gente no a toda, pero a mucha gente a la que le chirria, pero luego se van adaptando."
(ORG5)

"Y luego está la parte de que la familia también se adapte, porque no solo se tiene que adaptar el anciano, también la familia. Tiene también que aprender a respetar los horarios, aprender a respetar el sistema de la residencia, y a veces les cuesta un

poco.” (ORG5)

“Como somos muy poquita gente, las residencias son pequeñas, nos conocemos todos, entonces el personal se vuelca mucho en procurar esa adaptación, y los propios residentes como ellos ya están adaptados, pues le facilita, entonces es como una familia que tiene un montón de hermanos mayores, que te van enseñando.” (ORG5)

En el caso de ORG5, nos resulta muy interesante el uso de ciertos ejemplos para ilustrar el rol y el estatus del anciano cuando entra a la residencia. Si bien hace una alusión muy relevante acerca de cómo deberían ser las residencias a la hora de facilitar la adaptación, nos quedamos con la asignación de roles. Recordemos que ORG5 trabaja en una residencia gestionada por una congregación de religiosas. A diferencia de otros miembros del grupo de la organización, ORG5 ha recurrido al símil de la familia para facilitar la comprensión de cómo se siente el anciano una vez es ingresado en la residencia. Es, como poco, curioso los roles que le asigna a los actores de la dinámica social, de modo que el anciano sería como el hermano pequeño, en una familia compuesta por todos los ancianos en calidad de hermanos mayores, y los miembros de la organización, que asumimos son trabajadores y dirección, actuarían como los padres. Debemos resaltar la confirmación, tal y como vienen afirmando distintos miembros de los grupos sociales estudiados, que el tipo, cantidad y calidad de las relaciones personales que se dan en la residencia, en especial las que va a entablar el nuevo residente a su llegada a la residencia, van a influir en la manera de enfrentarse al proceso de adaptación.

“La sensación que yo tengo es que no están inadaptados. A ver, hay por ejemplo alguna cosa que puede que no les guste, pero de forma muy puntual, a lo mejor no les gusta una comida en concreto.” (ORG5)

“Si. Ellos lo dicen, ellos mismos te dicen que les gusta porque se sienten queridos. Eso es lo que ellos así lo mencionan, que se sienten como que la hermana y algunas veces las trabajadoras fuéramos su propia familia y entonces pues eso le hace también a ellos pues sentirse bien en la residencia y que nos hemos convertido en su familia.” (ORG5)

Importantísima esta apreciación ya que pone de nuevo el punto de mira en la calidad de las relaciones que es de lo que trata nuestra investigación en último término. El cumplimiento de expectativas, entendido como el balance entre lo que

el anciano espera de la residencia desde el punto de vista funcional y físico (área de cuidados sanitarios y generales) y la sensación de adoptar un papel importante en la relaciones con las personas que tiene al lado y enfrente, es quizás la cuestión más importante a la hora de hablar de adaptación. En este sentido, como otros entrevistados más arriba mencionaban, la residencia no debe pretender ser su casa, sino un lugar que les acoja teniendo en cuenta precisamente esto. En nuestra opinión, puede ser un error plantearse como intervención general hacer de la residencia la sustituta de su casa. Esta apreciación debe salir del propio anciano, conforme se vayan cumpliendo las expectativas por separado y de manera unitaria.

En general, nuestras observaciones, en este sentido, coinciden con lo aportado por otros autores que afirman que se observa una *“aceptada continuidad y resignado conformismo en la adaptación de tipo social de los adultos mayores institucionalizados”* (Blanca et al. 2013: 50).

“Gente que llega aquí y no quiere estar aquí. Al final hay una resignación y está aquí pero dices tú “es que podría estar en su casa”. Ojalá el Estado le diera la respuesta a toda esta gente.” (ORG6)

Resulta muy interesante, para nuestra investigación, los comentarios vertidos por ORG6 respecto al papel del Estado, con los cual nos alineamos perfectamente por compartir los puntos de vista. Si bien al anciano no le queda más remedio que salir de su casa por las circunstancias que se dan a su alrededor, y entre las que incluíamos la falta de recursos por parte del Estado para que aquel permanezca en su casa la mayor cantidad de tiempo posible bien atendido, tampoco le queda más remedio, una vez que ha ingresado en la residencia, adaptarse a ella. Conforme van pasando los días, el papel que el anciano ha ido desempeñando en la sociedad va desintegrándose, hasta que un día ya no encuentra el hilo que lo mantenía unido al mundo de afuera. Para su sorpresa, encuentra que a costa de esta situación se ha creado un hilo con la institución de manera que una vez dentro se hace difícil salir afuera. Esta afirmación aparentemente se alinea con algún presupuesto teórico de Goffman (2004:20-21) aunque no por ello es baluarte de la defensa de su modelo total, pues si bien puede aparecer una dificultad salir esto, no siempre es a costa de la voluntad de la institución que esto ocurra, que es precisamente lo que caracteriza a la institución total goffmaniana.

Esto ilustra el debate y la discusión en relación a la predisposición del anciano a un tipo de relación u otro, ya sea con la organización como con los otros agentes, debido a la voluntariedad impuesta de su ingreso. Si el anciano no es el que opta por la residencia, si esta a veces, tal y como refería anteriormente, es impuesta por los servicios sociales, puede estar predispuesto a una relación anómala, ya sea caracterizada por la sumisión a la institución o bien por la presencia de conflictos relacionales, incluso con otros residentes.

“Es una rebelión contra su situación, pero la residencia es la que se lleva los golpes porque lo que les molesta no es que exista la residencia que al fin y al cabo les están dando una respuesta a una situación que estaban viviendo. Lo que les molesta es tener esa situación, es decir, no tener un soporte económico, no tener un familiar que responda, no tener una situación física como para estar solos. Lo que pasa es que la no aceptación de eso hace que tengan que tirar contra alguien y la residencia es un poco quien pone la cara a esos golpes.” (ORG6)

En un primer momento, y desde el punto de vista goffmaniano, esta reacción del anciano tras el ingreso bien podría definirse en los términos de la “línea intransigente” (Goffman, 2004: 70-72), aunque después de conocer todos los detalles arrojados por los distintos y numerosos entrevistados de los diferentes grupos sociales, no deberíamos estar tan seguros.

“Se implica, se intenta también que se implique a través de las actividades del propio mayor y de la propia familia porque todos forman el proceso de adaptación. O sea, el mayor propiamente al centro y la familia forma un papel muy importante dentro del proceso de adaptación del propio mayor institucionalizado.” (ORG8)

Resulta revelador, al tiempo que inaudito, el comentario de ORG8 en relación al papel que la residencia debe desempeñar en la adaptación del anciano y su familia como un todo. En este caso, la opinión del entrevistado se alinea con los presupuestos teóricos de otros autores (Padierna, 1994; Leturia, Inza & Hernández, 2007), especialmente a la hora de resaltar la integración de la familia como “cliente”, es decir, como objeto legítimo de los cuidados por parte de la institución y de la organización.

A modo de síntesis final, antes de dar paso a los resultados relacionados con la vida residencial, es muy relevante hacer un repaso a las fases que, desde el punto de vista antropológico, componen el proceso de adaptación. Aludiendo a

Van Gennep (2008), hablaríamos de fase preliminar, o de “separación” que comenzaría incluso antes de que el anciano fuera consciente de que se está empezando a planear su ingreso en la residencia. En este sentido, nos hemos encontrado con algunas verbalizaciones que nos explicitaban que, a veces, los ancianos llegaban a la residencia sin saber si quiera a donde iban, con una solicitud de ingreso que había sido tramitada por una trabajadora social de la UTS del ayuntamiento de su zona. Hemos de asumir que esta circunstancia va a condicionar la manera como el anciano va a aceptar la residencia como su nuevo “hogar”. En este momento empezaríamos a hablar de adaptación propiamente dicha, aunque este proceso podría producirse antes si el anciano fuese conocedor de los planes de su familia junto con la UTS de zona. Entraríamos, según Van Gennep (2008), en la fase liminar o de “margen”, de la cual idealmente pasaría una vez el anciano se hubiera habituado a la residencia, dando lugar a la fase postliminar o de “agregación”, caracterizada por una identificación, una sustitución conceptual por parte del anciano de la residencia, como institución, por la residencia como “casa”. A este respecto, debemos hacer mención que el anciano, según lo expresan los grupos sociales entrevistados, a veces no pasa de la fase de “margen”. Van Gennep refiere que “(...) en algunos casos el esquema se desdobra: tal es el caso cuando el margen se halla lo bastante desarrollado como para constituir una etapa autónoma.” (Van Gennep, 2008:25). Es entonces cuando hablaríamos de la fase de adaptación como la identificación con la fase de margen, tal y como refiere el autor citado, que tiene plena autonomía pues el anciano siempre se está intentando adaptar aun sin conseguirlo. Fruto de este continuo proceso son las manifestaciones comportamentales del anciano, tanto a favor como en contra de la adaptación. De manera contraria a lo verbalizado por algunos miembros del grupos de trabajadores y de la organización, el proceso de adaptación, por su complejidad, puede durar semanas, meses, años o incluso no terminar nunca. La influencia de variables ajenas a la institución, como las relaciones familiares, y el estado funcional del anciano, podrían cambiar para mejor o para peor, condicionando estos cambios, la percepción del anciano de la adaptación a la vida residencial.

9.6. RITUALES DE INGRESO

A modo preliminar, intentaremos aproximarnos a los momentos previos al ingreso, y por supuesto al mismo ingreso, con la finalidad de empezar a comprender el fenómeno adaptativo desde el comienzo, intentando llevar un hilo conductor que nos permita aprehender aspectos hasta ahora desconocidos.

No es difícil sospechar que un proceso tan peculiar como es el ingreso del anciano, con todos sus elementos (motivo del ingreso, voluntariedad del ingreso, toma de decisión, preingreso), dé lugar a una estancia en la residencia no exenta de incidencias. A partir de este momento, una vez tomada la decisión del ingreso y elegida la residencia, comenzaría el nuevo y, en la mayor parte de las ocasiones, el último periodo vital del anciano dentro de la institución residencial. Por este motivo, el día del ingreso, el primer día, va a estar investido de una serie de significaciones sociales muy relevantes, ya que es considerado el momento en que el anciano, el sujeto social, toma contacto con la institución, acompañada esta última de todas sus herramientas de significación, las normas, los límites de la autonomía, las actividades, etc. Todo un elenco de elementos ampliamente comentados por Goffman (2004), que constituyen la vida institucional, y que van a delimitar el modo en que el anciano encaja con más o menos precisión en el modelo de residente, si lo hay, que la institución tiene determinado, si lo tiene. Las verbalizaciones de los ancianos han sido las que se exponen a continuación:

“¿Cómo me iba a sentir?, con un nudo en el pecho que “pa qué” al tener que separarme de mis hijas... pero yo ni pio... no pegué ojo la noche antes.” (AR1)

“Pues me sentí bien. Estuve ahí en la salita esa hablando con Antonio, el fisio, muy simpático. La cosa es esa de dejar la casa, que te dejas tus comodidades, te dejas tu... toda la vida. Y eso... nada más. Pero vamos, un trauma no...” (AR2)

“Vinimos las dos, a mi me trajeron en camilla directa a la habitación y mi hija se encargó del papeleo, le enseñaron la residencia. Ropa, lo que me trajo mi hija. ¡ah!, tengo un baúl de fotos, de novios, de madrina... pero yo prefiero que se las lleve y las guarde ella.” (AR3)

“Muy triste, muy triste, son cuarenta años de mi vida que he estado ahí, de recuerdos, mis hijas criándose, nochebuenas, nocheviejas, cumpleaños... pero poco a

poco me dije "tengo que sobreponerme a esto, aunque sea triste, los recuerdos los llevo en el corazón."(AR4)

"Yo los primeros días tenía un poco de remordimiento porque sentía si a mi hija le había sentado mal o le había sentado bien, todas esas cosas." (AR7)

El ritual de ingreso en la residencia parece seguir, en palabras de los autores referidos en el marco teórico (Goffman, 2004:33), una serie de actuaciones con la clara finalidad de mortificar al yo, en nuestro caso concreto del anciano residente. De las verbalizaciones expuestas por parte de los ancianos-residentes, podemos inferir que los sentimientos que expresan serían los típicos que la mayoría experimentaría como pérdida. En este sentido, AR1, AR2 y AR4 lo expresan de manera más nítida. En relación al grado de cumplimiento del modelo goffmaniano podemos afirmar, al menos según lo verbalizado por los entrevistados, que el modelo asistencial de las residencias objeto de estudio no se ajusta al mismo. Concretamente, Goffman (op.cit. pp.30-31) hace una clara alusión a que al llegar el interno a la institución total este se verá desposeído de objetos e instrumentos con los que mantiene habitualmente su configuración personal, lo cual en nuestro caso no se produce, tal y como verbaliza AR4 de la siguiente forma *"Me traje un sillón, la tv, y mi ropa. No me pusieron pegas ninguna, además me traje las costumbres de gel, champú, colonia, que yo solía utilizar"*. En este sentido, las verbalizaciones de los ancianos no solo contradicen a Goffman (2004), sino a otros autores como Barenys según la cual refiere que en las instituciones se evita cualquier posibilidad de *"acotar un territorio o marcarlo simbólicamente"* (Barenys, 1993:163); también se oponen a lo aportado por Fernández acerca a que se *"rompe de raíz con la historia y el contexto del individuo, resultando imposible para sus moradores la tenencia de objetos personales..."* (Fernández, 2010). En los discursos de los familiares podremos comprobar si hay relación entre lo verbalizado por los ancianos y lo que ocurre según sus opiniones. Antes de nada analizaremos los discursos de los familiares en relación a la experiencia general del ingreso y, posteriormente, el modo en que emocionalmente estos vivieron el día del ingreso:

"El primer día están, no se..., como más retenidos, aguantaicos... luego ya van poco a poco a mejor. He visto a gente entrar llorando, triste... el despegarse de sus cosas hay gente que les cuesta mucho. Me dieron la documentación del día que tenía que ingresarla, le preparamos todo, vinimos por la mañana, le colocamos las cosas: un

TV, y ropa solo nos trajimos y no nos pusieron pegas ninguna. Mi tía ha entrado en una residencia y les han dicho a mis primos que estén un tiempo sin ir, entonces mi tía esta ahí con gente extraña, apagada...” (FAM3)

“Todas las facilidades, la gente muy bien, la verdad que se portaron en ese momento de la entrada muy bien. Yo tuve que hablar con la psicóloga. Nosotras los primeros días era cuando más veníamos. También hablamos con la directora y nos dijo que podríamos venir por la mañana, por la tarde, “cuando queráis podéis venir”.” (FAM7)

En esta primera parte de la exposición, podemos comprobar como se confirma lo expuesto por los ancianos en líneas precedentes. Igualmente, queda evidenciado que lo presupuestado por Goffman (2004: 74) en cuanto al desposeimiento de objetos y la provisión de uniforme propio de la residencia, no se cumple según las verbalizaciones de las familias que vienen a confirmar lo ya expuesto por los ancianos. A pesar de esto, vemos como el FAM3, en relación a un caso que le pasó a unos parientes, sí que verbaliza que en aquella residencia parecía ser práctica habitual separar a los ancianos recién ingresados del mundo exterior y de aquellas personas que lo representaban. Esto se alinea, a diferencia de las residencias objeto de nuestro trabajo de investigación, en la postura institucional total de Goffman (2004: 74). Resulta interesante la apreciación que FAM7 hace respecto al impacto psicológico que el ingreso de su anciano le provoca debiendo recurrir a un profesional de apoyo, lo cual evidencia la falta de congruencia con el aparente papel “institucionalizador” de los familiares, según los discursos vistos hasta ahora. Esto nos facilita la introducción a la segunda parte de la discusión de las aportaciones de los familiares, y que resalta la reacción más emocional ante el ingreso de sus ancianos:

“Muy mal [se le saltan las lagrimas]. No, ellos no dijeron nada. Yo me fui con ellos y no me dijeron nada. Una vez que los ingresé y hablé con la directora, me fui con mucho disimulo [hace una breve pausa intentando no llorar]. Es decir, se los llevaron para que no vieran que me iba. No se si dijeron algo o no. Pero yo sí que echaba en falta eso de ir todos los días a la casa de mis padres a verlos.” (FAM4)

“Muy mal, muy mal, un remordimiento, fatal, fatal, fatal, ella no se dio cuenta pero nosotras estuvimos todo el día yendo y viniendo de mi casa a la residencia todos los

días, todos los días, bueno y la noche esa fatal, fatal, fatal. Yo que a mí no entraba el traer a mi madre a una residencia, mucho remordimiento [llora].” (FAM7)

Las familias no se alinean con una postura a favor de la institucionalización. De hecho, tal y como hemos podido comprobar, la llegan a vivir con angustia, que en caso de FAM7 llega a requerir tratamiento psicológico. Esta paradójica situación viene a reforzar nuestra versión de que el familiar no es el inductor principal de la institucionalización sino que esta función proviene de organismos macrosociales, a pesar de la aparente desvinculación de los mismos en los procesos de toma de decisiones y de ingreso en una institución residencial.

Procede en este momento conocer cual es el contenido discursivo del grupo de los trabajadores. Teniendo en cuenta la riqueza de matices y lo extenso de algunos discursos, con la finalidad de mejorar la comprensión de la presente discusión, hemos dispuesto la exposición y consecuente discusión de los resultados en dos categorías. La primera, que ocuparía la primera parte de esta exposición correspondería a la reacción emocional de los ancianos y/o sus familias al igual que de las trabajadoras. La segunda parte correspondería a los rituales específicos en cuanto a procedimientos concretos que se realizan en la residencia al ingresar un anciano. Comenzaremos, tal y como hemos propuesto, por la exposición de las reacciones emocionales percibidas por los trabajadores en los ancianos y/o sus familiares:

“Es duro, a veces hasta a nosotras nos cuesta y se nos saltan las lágrimas eh... porque es muy duro. Además nos pasa a todas, nos da una penica porque empezamos a decirle cosas y a lo mejor... y más pendientes todavía y cuando más pendientes a lo mejor se ponen más a llorar porque... pero eso lo he visto yo que todas lo hacen.” (TRAB1)

“Para mí, triste. Porque una persona que se tenga que ir a una residencia tiene que ser duro para él.” (TRAB3)

“Es triste. Es triste, porque es un residente nuevo, no está acostumbrado a nosotras, al entorno de la residencia, a las personas que tú le llevas a la mesa para comer. Yo he visto a familias llorar y lo pasan mal de verlos, como se van.” (TRAB4)

“Normalmente tiene un poco de miedo, tiene miedo a “no estoy en mi casa. No voy a estar en mi cama. ¿qué va a pasar conmigo?. Mi familia se va y me quedo con gente extraña” es un poco la sensación de cuando dejas a un niño en una guardería que

tiene que desenvolverse un poco solo después de tantos años de estar arropados con los tuyos, o no, depende. Entonces la sensación suele ser de miedo, nunca es de alegría.” (TRAB10)

Resulta muy interesante cómo se confirma que el ingreso en la residencia es vivido, al menos el primer día, no como un comienzo de la solución al problema que aparentemente le llevó allí. Más bien parece todo lo contrario, de manera traumática desde el punto de vista emocional, miedo, duro, doloroso, triste, asustado son calificativos que podrían muy bien describir la reacción de los ancianos y de las familias, tal y como afirma la TRAB4.

En la segunda parte, procederemos a exponer las verbalizaciones correspondientes a los procedimientos concretos el primer día del ingreso, esto es, los rituales del ingreso en boca de los trabajadores:

“Normalmente tenemos que hacer una serie de cosas sanitarias con ellos, a mí me gusta hacerlas, si ha ingresado por la mañana, me gusta hacerlas por la tarde, porque de primeras llegas a un sitio y me pinchan el dedo, me toman la tensión, y ese marcate de repente, ese chequeo de repente ya te pone más nervioso, yo me pongo en ese lugar y digo “bueno, si es que la ITV que me van a hacer aquí” no sé no sé, entonces me gusta hacerlo por la tarde. Lo que hacemos normalmente es una entrevista, si cognitivamente está bien pues nos dirigimos directamente a la persona que sea ella la que se exprese. Ya te vas metiendo un poco más en la historia sanitaria poco a poco, y luego la solemos acompañar a su habitación que se materialice un poco, que ella vea, eso les quita mucho ansiedad, ver cual es su sitio y un poco si abajo están incómodos saben que tienen un poco de refugio ahí, “es que está va a ser mi cama”, orientarles un poco, decirles los horarios.” (TRAB10)

Los discursos del grupo de los trabajadores exponen claramente la dinámica residencial desde el mismo momento del ingreso, al menos desde el punto de vista técnico. Así pues, parece ser el ritual asociado al acto de entrar a vivir a una residencia, el someterse a una entrevista por parte de la trabajadora social de la residencia, en la que se intentará conocer al menos algunos gustos y preferencias, o al menos aquello que le desagrada, con el fin de hacer el ingreso de la manera menos traumática posible. En ese momento se le presentará al resto de ancianos con los que comenzará su andadura de anciano-residente, ya sea antes o después de llevarle a la habitación asignada por la trabajadora social en función de su

grado de autonomía. También se le instruirá acerca de las normas de la residencia, al menos en lo concerniente a lo más inmediato, reconociendo lo difícil de asumir todo un compendio de normas formales en un solo día y teniendo en cuenta la enorme cantidad de distractores que van a entrar en escena.

Durante este acto, la supervisora del personal auxiliar, o la trabajadora social, suministrarán al anciano los enseres higiénicos que necesite si es que los necesita. En este punto hay que incidir en que la disposición de los productos de higiene por parte de algunas residencias es de obligado cumplimiento, en función de las cláusulas del contrato que tengan con la Administración, aunque si el anciano precisa productos de mayor gama, por preferencia personal, la provisión debe correr por su cuenta y esto está permitido. Esto mismo nos evidencia que no hay obligación alguna por parte de los ancianos de usar los productos de higiene de la residencia, destacando que la provisión de los mismos suele darse cuando el anciano-residente que ingresa carece de dichos productos; en ese caso se le proporciona un conjunto de productos que el anciano-residente convertirá en suyos, personalizándolos con el nombre del mismo. En este punto, nuevamente, se pone en evidencia la duda sobre la validez de los presupuestos teóricos de Goffman (2004:30-31) para caracterizar las residencias como instituciones totales, sin más. En la misma línea que nos adelantaban los ancianos-residentes, los trabajadores atestiguan que los ancianos pueden tener objetos personales en su posesión. De hecho, alguno, como TRAB3, incluso habla en términos de obligación de “tener” objetos personales con el objetivo de que la habitación sea como su casa. Especial interés tiene el apartado de prohibiciones que reflejan claramente lo impuesto por el Reglamento de Régimen Interno, añadiendo la causa de esta que no es otra que la protección de terceros frente a lesiones. A medio camino entre la posesión sin problemas y la prohibición, se encuentra la recomendación de no tener en su poder inmediato determinados objetos por precaución ante pérdidas o sustracciones voluntarias por parte de terceros, como es el caso de joyas o dinero.

“Si pueden traer cosas de su casa. Y desde esta residencia se le anima a que lo haga con un límite. El límite es el reglamento de régimen interno que lo marca, que no viene dado por nosotros sino que viene desde la administración. Intentas que la habitación sea más acogedora y así el proceso de adaptación será más rápido.”

(ORG6)

Nos llama la atención el discurso de ORG6, ya que refiere explícitamente la responsabilidad de la Administración en cuanto al régimen de normas se refiere, concretado en el Reglamento de Régimen Interno. Estas verbalizaciones siguen las líneas ya marcadas por el resto de agentes sociales y nos vienen a confirmar que en el aspecto concreto estudiado las relaciones entre los agentes sociales no manifiestan conflicto alguno, armonizándose los motivos y los hechos, así como la institución que les acoge se aleja del modelo propuesto por Goffman (1970) y del concepto de “pérdida de control” descrito por Barenys (1993). De igual manera, la personalización de las habitaciones de los ancianos, como pequeñas casas o recordatorios casi sagrados de éstas, contradicen las afirmaciones de Barenys (1993: 163), sobre todo cuando ésta afirma que, en las residencias, se evita cualquier posibilidad de *“acotar un territorio o marcarlo simbólicamente”*. En este mismo sentido, las verbalizaciones de los entrevistados contradicen lo expuesto más recientemente por Fernández (2010) cuando afirma que en las residencias *“se rompe de raíz con la historia y el contexto del individuo, resultando imposible para sus moradores la tenencia de objetos personales...”*.

En cuanto a la ropa que debe llevar el anciano, destaca la voluntariedad por parte del anciano y/o su familia respecto al tipo y preferencias, no habiendo en ningún caso de los analizados una manifestación acerca de la obligatoriedad de una indumentaria determinada, contradiciendo los presupuestos de Goffman (2004: 32); algunos entrevistados refieren que se realizan recomendaciones a las familias, sobre todo de los ancianos con demencia que no pueden gobernarse a si mismos, para que la ropa sea adecuada a las intervenciones que más tarde el personal de la residencia deberá hacer con estos ancianos, del tipo cambiar los absorbentes cuando proceda, hacer curas si es preciso, o los aseos diarios necesarios, entre otras.

Las afirmaciones expuestas parecen ser más que una continuidad en cuanto a fenómenos previos tales como la jubilación, y de los que ya han hablado otros autores (López, 1992). En este sentido, podemos apreciar cómo a pesar de no haber directrices de obligado cumplimiento, se van delimitando parcelas de “recomendaciones” que llevan al anciano y/o su familia a decidir cuestiones que antes quizás no se habían planteado. Así, como a los jubilados se les disponen recursos que podrían influir en su vivencia de la jubilación, al anciano de la residencia se le disponen otros recursos que van a definir estatuto de residente.

No podemos obviar que, en este fenómeno social, las personas mayores se ven sometidas a presupuestos de acción por el mero hecho de cumplir una determinada edad. Estos rituales, entonces, no serían nuevos como tales, sino ligeramente diferentes en cuanto a su significación social concreta.

Una vez abordada la cuestión de los procesos previos al ingreso o inmediatamente unidos a este, es necesario ahondar en otras cuestiones. Es relevante para nuestra investigación conocer cuales son las actitudes, así como los procesos ligados a la vida diaria en una institución residencial. Todo este cortejo de significaciones nos va a ayudar a comprender mejor qué hacen los mayores, trabajadores, familiares y miembros de la organización. También, ineludiblemente, conocer los motivos de ciertos comportamientos arrojará luz sobre las relaciones entre los distintos agentes sociales.

10. LA VIDA EN LA RESIDENCIA

Las aportaciones de Goffman (2004), sumadas a los comentarios de Barenys (1993, 2012), y que otros más contemporáneos llegan a asumir casi dogmáticamente (Rodríguez, 2007), nos llevan a concebir una imagen de la residencia con un fenotipo más total que otra cosa, a pesar de las diferentes ambigüedades que el primero expone en su modelo institucional. Ante un modelo tal, las relaciones sociales que en éste se den van a ser de un tipo determinado, según Goffman, de manera que la relación del interno, que en nuestro trabajo es el anciano-residente, con el personal, que en nuestro trabajo estaría compuesto por los grupos de la organización y las trabajadoras de la residencia, van a seguir unas pautas determinadas. Antes de entrar en el análisis particular de las diferentes interrelaciones es conveniente, e ineludible, conocer el escenario donde se van a dar dichas relaciones. En concreto, nos interesan ciertos aspectos, que si bien pueden parecer posteriores al hecho del ingreso, tienen matices tan específicos que para poder entender el mecanismo de dichas relaciones es necesario aprender las significaciones que estos muestran. Es importante destacar que la vida en la residencia, como conglomerado de rituales y significaciones microsociales, va a venir a ilustrar el concepto de residencia, el cual ya hemos discutido ampliamente en otro apartado. Intentaremos ilustrar aquellos puntos que hayan podido quedar más ambiguos ayudándonos de las significaciones que cada agente entrevistado le ha dado a la vida institucional.

10.1. NORMAS EN GENERAL

Comenzaremos aproximándonos de manera general a lo que los agentes sociales entrevistados han manifestado acerca de las normas. En primer lugar, conoceremos las verbalizaciones de los ancianos-residentes:

“Deberían haber más. Sí hay, pero muchos se las pasan por alto. Pienso que debe haber normas, es muy importante para convivir juntos, como yo hacía con mis hijas. Las pone el director, coordinadoras, pero no las cumplen.” (AR4)

“Donde se dictan unas normas, más disciplina, un comportamiento que es lo que hace que estos centros, estas instituciones funcionen, y cuando no hay nada que te coja como es la disciplina en este caso, yo lo llamo libertad.” (AR9)

Resulta en extremo interesante la significación que los ancianos-residentes dan al hecho de tener normas en la residencia. De las verbalizaciones se desprende la conformidad, en general, con el hecho de vivir en un lugar con normas. De hecho algunos hablan de lo necesario que es vivir en un ambiente normalizado, e incluso como hace AR4 lo compara con el ambiente vivido en familia, en el exterior de la residencia. No podemos obviar la postura de AR9, el cual introduce un término que, más que por su connotación filosófica, por su cariz antropológico dentro del presente trabajo de investigación nos acerca a conceptos de encierro, toma de decisiones o pedir permiso, y que no es otro que “libertad”. Este mismo entrevistado hace una defensa de la institución total a través de su discurso lo cual no deja de contrastar con las opiniones de otros entrevistados, por ejemplo, en cuanto al grado de cumplimiento de las normas. En este sentido, los entrevistados refieren que si bien hay normas, estas no se cumplen de manera rigurosa lo cual al parecer tampoco es del todo bien visto por alguno, tal que AR4. Es interesante contemplar el discurso de AR9, más si cabe si recordamos que antes de jubilarse había desempeñado un trabajo relacionado con las fuerzas de seguridad del Estado, en concreto Guardia Civil, es decir, en un ambiente institucional de las descritas explícitamente por Goffman (2004: 17) como adscripción voluntaria pero sujetos a unas normas estrictas, y que representa a su modelo de institución total. Al menos de lo analizado de los discursos de los ancianos podemos afirmar que las propuestas de Goffman (2004) no se cumplen y por lo tanto las residencias descritas a través de las normas que exponen en el escenario institucional, no evidencian rasgos de institución total. Otra cuestión, paralela a esta y no exenta de interés es la sensación de “pérdida de control” que Barenys (1993, 2012) expone en sus tesis, y que estaría relacionada con estas normas. Una de las lagunas que nos crea el análisis de estas verbalizaciones es a qué tipo de normas se refiere, es decir, si las formales, representadas por el Contrato de Convivencia Residencial y el Reglamento de Régimen Interno ampliamente desglosado en el capítulo correspondiente, o bien informales. De las verbalizaciones de los otros agentes sociales, en concreto de los trabajadores, esperamos poder dirimir esta cuestión.

“Se dan un montón, el sitio de sentarse, tele etc.” (TRAB3)

“Sí hay normas. Unas normas de entrada, de salida, unas normas de visitas. Pero de esas normas pasan [risas]. Opino que se deberían de respetar.” (TRAB4)

“Creo que es necesario porque sin una institución sin normas esto sería una locura. Se han de cumplir unos horarios y creo que sí, que es necesario y que hay que cumplirlas.” (TRAB8)

“Muchas cosas, muchas normas que no les vienen bien a ellos, al revés, les están perjudicando.” (TRAB11)

“Hombre, dependiendo de donde lleguemos hay normas que incumples y que puedes sancionar, y hay otras que no se puede permitir ni la sanción, es decir como por ejemplo agredir a otro anciano.” (TRAB12)

“Hay un reglamento, un reglamento interno que por cierto yo de memoria no lo sé pero existe. Luego una vez ingresados hacen lo que ellos quieran pero se les lee el reglamento, sí.” (TRAB14)

Los discursos de los trabajadores nos evidencian la existencia de normas informales, tal que TRAB3, ya que hace referencia a los sitios donde sentarse, o para ver la tele, las cuales no vienen reflejadas en el Reglamento de Régimen Interno de las instituciones residenciales que operan en la Región de Murcia, bajo mandato normativo de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Se deja en entredicho la total identificación de las instituciones con un sistema de normas que estas entenderían como demasiado rígidas, alejándose de los presupuestos goffmanianos. En esta última línea de discusión, TRAB4 refiere claramente que, si bien existen las normas, la mayoría de ancianos “pasan” de estas, y añade un elemento, para nosotros crucial por su carácter complementario, como son las risas por parte del trabajador al contarlas, lo cual quita peso y rigor a este sistema de normas vulnerado. El TRAB14 no hace más que apoyar esta versión cuando verbaliza que si bien las normas existen y se les hace partícipes de su existencia, en este caso entregándoles el Reglamento de Régimen Interno, los ancianos-residentes no las cumplen haciendo lo que ellos quieran. En síntesis, el escenario normativo si bien existe, no parece condicionar sobremanera la vida institucional de los ancianos-residentes, o al menos de los entrevistados, ya que los propios trabajadores exponen que estas normas son vulneradas de manera

consciente. De momento, es interesante conocer las opiniones de los familiares a modo complementario, al ser observadores relativamente externos que pueden aportar puntos de discusión desde el criterio de relativa marginalidad del escenario estudiado. Sus verbalizaciones han sido las siguientes:

“Sí, en la vida no se puede vivir sin normas, incluso yo que vivo sola tengo mis normas. Al entrar te informan de todo lo que se hace, horarios, norma etc...”
(FAM1)

“Ellos no hacen lo que quieren. A ellos les enseñan actividades, porque no pueden hacer lo que quieran.”(FAM4)

“Si no hubieran normas vaya un descontrol habría. A mí nunca me han apuesto horarios para ver a mi madre, y pienso que a nadie. La residencia no se mete para nada entre los ingresados y los familiares.” (FAM4)

“Esto es como un cuartel. Hay un régimen y hay un horario y hay que cumplirlo porque si no no podrían llegar ni a darles de comer, ni a lavarles, ni hacer nada. Es así, teniéndolo todo encorsetado y controlado.” (FAM6)

“No. Tenemos mucha libertad por si queremos llevárnosla un día para allá... En eso no hay problema porque si un día te la quieres llevar ellos te preparan su medicación.” (FAM6)

“Me dijeron todas las normas que hay en la residencia, los horarios, lo que se podía traer, lo que no podía traer, que aquí todo el mundo va vestido de calle [duda] si a nosotros nos dijeron los horarios de las comidas...” (FAM8)

Han sido muy interesantes para la discusión las aportaciones verbales de los familiares, principalmente por evidenciar algunos el grado de regimentación que asumen, en sentido goffmaniano (Goffman, 2004:52). Esto se manifiesta por ejemplo en las verbalizaciones de FAM6, hablando este último como algo normal el tenerlo todo *“encorsetado y controlado”*. Nos llama la atención la conceptualización que este entrevistado hace de la residencia aludiendo a términos como *“cuartel”*, probablemente condicionado por su trabajo como guardia civil, lo cual nos evoca las instituciones expuestas por Goffman (2004: 17) para ejemplificar su modelo de institución total. La mayoría en cambio muestra un grado de aceptación de un sistema de vida normalizado. Por otro lado, las verbalizaciones de los familiares, en concreto FAM4, FAM6 y FAM8 nos han

permitido saber que el sistema de normas es recibido, al menos en la mayoría de los familiares que han hecho alusión a ello, de manera que no sería el anciano el receptor de las normas, o al menos no a priori, sino el familiar, lo cual no hace sino reforzar la figura del familiar como cliente que se suma a la del anciano como perceptor de los cuidados, tal y como defiende Padierna (1994), además de adquirir un papel pasivo en cuanto al control normativo de su vida. En este sentido, las verbalizaciones de FAM4 nos orientan a un sistema de normas concebido por el familiar que busca el control de la situación que vive su anciano-residente más que la satisfacción personal del mismo. Esta opinión si bien aislada, y diametralmente opuesta al sentir y parecer general, en comparación con el resto de familiares, trabajadores y ancianos, nos lleva a interpretar que la institución residencial está influenciada por diferentes aspectos no solo internos. Estos parecen proceder de la comunidad que la rodea la cual la "totaliza", en el sentido goffmaniano, y nos hace reflexionar hasta qué punto esta opinión si bien excepcional no podría ser una de las posibilidades deliberativas de la misma sociedad al imponer un sistema de normas. Estas quedarían perfectamente plasmadas, en el Contrato de Convivencia Residencial y en el Reglamento de Régimen Interno, desde fuera de la institución y que, como vemos en ésta, se incumple de manera sistemática, aunque en diferentes grados.

Para seguir adquiriendo argumentos de discusión, no debemos dejar de analizar las verbalizaciones de los miembros de la Organización por estar en un nivel intermedio entre lo obligado normativamente por la Administración y lo que sus valores y principios inspiradores de su función social significan en la vida institucional residencial. Estas son las siguientes:

"Por ejemplo se prohíbe fumar, se prohíbe beber, el alcohol está prohibido en residencias y por ejemplo una señora trajo un perchero demasiado grande, ese tipo de cosas obviamente, hay quien tiene un armario grande en casa o un armario más pequeño tipo coqueta, esas cosas aquí desde luego se prohíben porque las habitaciones son muy reducidas." (ORG1)

"Por ejemplo, desde levantarse a media noche a... aquí se ha dado mucho el tipo, en vez de botelleo, ¿no?, hacer fiestas privadas por las noches en la habitación. A lo mejor no cenan en la cena y luego se juntan en una habitación varias personas y comen lo que han podido comprar fuera. Tipo botelleo pues... [ríe], eso lo suelen

hacer. Y bueno, y algunos incluso han llegado a decir “pues yo me tomo lo que me da la gana porque me sienta bien”, tan simple como eso...” (ORG2)

“Si es cierto que ellos mismos se van cogiendo y van implantando sus propias normas, aunque nosotros tratemos un poco de disuadir.” (ORG3)

“Ciertas normas derivadas de las obligaciones contractuales están puestas en el reglamento del régimen interno por decisión de la junta de patronos pero las normas de convivencia normal diaria y demás las han puesto ellos todas.” (ORG4)

“Básicamente respetar el horario, respetar a los demás residentes, y respetar a las trabajadoras y a las hermanas, esas son básicamente nuestras normas. Digamos que nos toleramos mutuamente, a ver si me explico... Simplemente mantenemos la forma pero no pretendemos tampoco darle especial peso a lo que ellos [se refiere a la Administración-Inspección de Centros] digan o no.” (ORG5)

“La Administración es la que nos está imponiendo un poco eso y entiendo que tiene que haber algo en común. Pero es verdad que muchas veces sí que nos permitimos el lujo de hacer excepciones o de particularizar... y a veces es difícil saber hasta donde puedes llegar con un familiar, con un residente y hasta donde no, o porque con unos sí y con otros no, a veces es difícil y si que te crea... Porque a veces si estoy de acuerdo, otra veces sería más flexible de lo que soy y otra veces soy más flexible y después digo no tenía que haber sido tan flexible.” (ORG6)

“Creo que la Consejería es la que pone las normas. Entre la Consejería y la Organización del centro. Se la tendría que poner la propia organización que es la que conoce el servicio y es la que puede poner sus normas en su centro.” (ORG7)

“Tienen normas, tienen un código en la puerta, o sea, no son libres de salir a la calle cada vez que quieren, dependen de alguien que vaya y le abra la puerta.” (ORG8)

“Hay ciertas normas que aunque las ponga la Administración la residencia no es que, digamos, las incumpla, pero trabajamos con personas y tienes que ver cuando una cosa es flexible, es... que se puede llevar a cabo o que no se puede llevar a cabo por mucho que lo imponga la Administración, porque verdaderamente aunque te imponga las normas y tú tengas tu reglamento ahí impuesto en tu tablón de anuncios normalmente la Administración no está en la residencia viendo si tú haces esto o si haces lo otro.” (ORG8)

Qué duda cabe del interés que suscitan las verbalizaciones de los entrevistados del grupo de la organización, más todavía por las referencias a la Administración. De manera preliminar, la mayoría de los miembros entrevistados conocen que las normas que se aplican en la residencia, las formales, son impuestas por la Administración, es decir, la representación del Estado en cada Comunidad Autónoma, en particular por el Servicio de Acreditación, Registro e Inspección de centros. La inmensa mayoría identifica, como hemos dicho anteriormente, a la Administración como la verdadera redactora e impositora de las normas, las cuales son criticadas por los miembros de la organización. Esta, más que interpretar las normas, lo que hace es vulnerarlas tal y como refieren en este sentido ORG1, ORG2, ORG6 u ORG8. El motivo de este incumplimiento recae en el carácter moral de la institución social, en este caso la de tipo no lucrativo. En este sentido hay una serie de principios morales, que entendemos nacen de los fines primarios de la organización, que hacen que se cuestione continuamente el papel del anciano en la residencia. No podemos obviar que, en determinados momentos de las verbalizaciones, se intuye cierto halo paternalista, posiblemente consecuencia de esos mismos principios morales. No sabemos entonces hasta qué punto la vulneración de estas normas “por” el anciano constituyen una nueva configuración social de la residencia que determina y define las relaciones, o simplemente es una defensa de la autonomía de los ancianos-residentes ingresados en la residencia frente a la excesiva regimentación de la Administración, que no de la residencia. En síntesis, del análisis de las verbalizaciones de los miembros de la organización podemos afirmar que ésta conoce y hace una reflexión crítica respecto a la excesiva regimentación por parte de la Administración, reivindicando una mayor libertad para poder adaptar las normas a las circunstancias personales de cada anciano y/o su familia, como ocurre en las visitas a la residencia o a la participación en las actividades de la residencia. Estos ejemplos nos permiten afirmar con rotundidad y claridad cristalina que la Sociedad, y su representación macrosocial, el Estado, a través de sus tentáculos, en este caso las Administraciones Públicas regionales, constituye una verdadera institución total, según los presupuestos teóricos de Goffman (2004). Como mecanismo reivindicativo aparece un compendio de principios morales y éticos que, al prevalecer en prácticamente todos los discursos de los entrevistados de manera más o menos evidente y manifiesta, nos lleva a pensar

acerca de una transversalidad del mismo. Al tener todas las organizaciones estudiadas estos principios éticos y morales que las inducen a buscar salidas no reglamentarias a las incidencias diarias de los ancianos-residentes, no nos queda otra opción que inferir que es una característica de las organizaciones investigadas y que tienen como punto en común el pertenecer al ámbito asistencial no lucrativo (Izquieta, 2011; Gómez, 2015). Este compendio de principios éticos y morales si bien, *per se*, no nos hace pensar que sea un motor de cambio intrarresidencial, al menos es un fenómeno de resistencia ante la Administración, es decir la Sociedad, o el Estado. Hasta qué punto este mecanismo de defensa supone una verdadera teoría de la naturaleza humana, que modela al anciano-residente que en las residencias viven, no está claro. Lo que sí podemos afirmar es que, según las apreciaciones de los ancianos-residentes, y de algunos trabajadores, esto no supone un problema para los primeros, aunque todavía no sepamos hasta qué punto es una muestra de satisfacción o de rebeldía. Este término, rebeldía, es lo que parece intuirse en el testimonio de ORG2 al relatar la experiencia de un grupo de ancianos que hacían “botellón” a horas excluidas de cualquier norma, como es el periodo de sueño, y donde simplemente hacían cosas, en este caso comer y beber alimentos negados por la institución en sus menús por prescripción médica. El porqué no hacerlo fuera de la residencia y en horas de no permanencia en la misma es lo que nos hace dudar de hasta qué punto este relato sería un ejemplo de indisciplina colectiva ante determinada regimentación, y que confirmaría los presupuestos de Goffman (2004: 67), o bien se trata de un fenómeno de reconfirmación del control, ante la percepción de la pérdida del mismo contradiciendo en este caso los presupuestos de Barenys (1993). En cualquier caso, este fenómeno se alejaría de la más que referida “mortificación del yo”, esgrimida por Goffman (2004) como elemento caracterizador de la institución total. Si bien todo lo referido anteriormente no nos lleva a verdades indiscutibles, la opinión del autor del presente trabajo de investigación es que los rasgos aprehendidos de la institución residencial no nos permiten caracterizarla como de tipo total, al menos en las estudiadas en este trabajo, y en el aspecto analizado en este apartado.

10.2. HORARIOS

Las delimitaciones de tiempo son ejemplos claros de regimentación de orden vertical, de manera que, según Goffman (2004: 24), la institución moviliza a sus internos, en este caso a los ancianos en masa siguiendo unas pautas entre las que destaca, entre otras, los horarios. Será interesante conocer qué opinan los grupos sociales sobre las normas que hacen alusión a los horarios, comenzando por el grupo de los ancianos-residentes:

“Yo sé que a las ocho de la mañana ya empiezan a entrar en las habitaciones para ducharte y vestirse y luego te bajan a desayunar. Por la noche te suben después de cenar, y así... me parece todo muy bien.” (AR1)

“Los horarios de visita son buenos pero no son rígidos, porque aquí vienen cuando quieren. Mi familia viene cuando quiere.” (AR2)

“Yo no veo que pase nada, ni riñan a nadie. No, yo creo que no, algunas se quejan de la hora de levantarse que es muy temprano...” (AR3)

“Los horarios de visita están bien, lo veo muy bien, mi hija viene, come aquí, se puede quedar hasta que me acuesto...” (AR3)

“A mí mientras que estoy aquí no me han obligado a levantarme ni a acostarme. Yo me pongo ahí y otro hombre y una mujer que hay y nos ponemos a ver la TV y cuando son las 10 o por ahí nos acostamos.” (AR8)

“Yo de obligación de levantarme antes o después no, hay que estar preparado.” (AR11)

Las verbalizaciones de los ancianos-residentes no pueden ser más claras en cuanto a la opinión vertida. Los horarios, si bien existen en su representación individual y colectiva de la institución residencial, no son percibidos, al menos para los ancianos entrevistados, en un sentido peyorativo. Incluso algunos entrevistados, evidencian en sus discursos que las normas son flexibles y que se adaptan a ciertas necesidades tales como las visitas de sus familiares. A pesar de ello, hay alguna referencia a terceros como las de AR3 que manifiestan cierta disconformidad con determinadas pautas horarias, como la hora de levantarse. En este sentido, al menos en cuanto a las verbalizaciones de los ancianos-residentes, no podemos afirmar que manifiesten “mortificaciones del yo” al estilo

goffmaniano, e incluso pone en duda el modelo de vulneración del control personal descrito por Barenys (1993, 1996), ya que como refiere AR8 y AR11 pueden decidir sobre la hora de acostarse o levantarse.

Si bien es cierto que las opiniones de los ancianos-residentes son importantes, éstas solo nos aportan una cara de la relación institucional. Sería interesante conocer hasta qué punto esta percepción de autonomía y flexibilidad horaria expuesta por algunos ancianos contrasta con las vivencias de los otros grupos sociales entrevistados. Seguiremos con los trabajadores de las residencias:

“Por las mañanas cuando a los residentes se les asea, duchan, desayunan, hacen sus tareas, etc, insistimos en que no vengan. Pero en cualquier otro horario no hay ningún problema, incluso se puede quedar a dormir el familiar si el residente está enfermo, o cuando el residente está mal, muy mal, se le facilita al familiar el acceso al centro, comer, dormir, etc.” (TRAB7)

“El de las comidas sí, porque hay que servir la comida a una hora, el de dormir no tanto. Siempre hay personal si quieres ver la tv abajo un rato y subirte a las 21.30 pues te puedes subir a las 21.30 o cuando te apetezca, esos son más flexibles. Porque hay gente que está encamada, intentamos que la visita llegue cuando todo el trabajo de aseo de la mañana esté hecho. Es abierto, aquí puede venir a la hora que sea, cuando quiera.” (TRAB10)

“Hombre, comer cuando ellos quieran dentro de un orden. A ver, si una persona ha tenido que salir a una cita médica pues esa persona va a comer cuando tenga que comer. A la hora de levantarse y acostarse, pues el que es autónomo lo hace cuando quiere, en el buen sentido, pero lo mismo, hay que seguir unos horarios.” (TRAB14)

“Tampoco es que aquí seamos estrictos en eso, estamos trabajando con personas no con objetos y cada día se presenta de una forma diferente.” (TRAB14)

“Sí, son importantes, por pautarles a ellos un poco de monotonía. En cuestión de visitas también se suele decir que vengan en horarios que no sean de comida o cena, que no interrumpen su horario de cena.” (TRAB16)

“Las personas mayores tienen dificultad para adaptarse, yo creo que sin horarios estarían perdidos, ellos necesitan un horario, me levanto a esta hora, me van a levantar, ahora voy a desayunar, y necesitan tener una organización, porque creo que si no se pierden y se pueden desorientar, creo que es súper importante, importante.” (TRAB17)

Tal y como presumíamos en líneas precedentes, las verbalizaciones de los trabajadores nos han aportado nuevos matices de discusión. Así, uno de los más importantes es la diferenciación que hacen en cuanto a la flexibilidad de horarios y normas en función del tipo de anciano que se trate. Esto es, los ancianos-residentes autónomos se verán claramente beneficiados por esta flexibilidad de normas, en concreto de los horarios, mientras que en los ancianos dependientes los horarios serán la referencia en cuanto a su relación con el mundo que les rodea en general, y en concreto con las visitas. Entrando a particularizar los argumentos esgrimidos en las verbalizaciones de los trabajadores en cuanto a la flexibilidad horaria, en concreto las de TRAB14 y TRAB17, comprobamos que éstos se alinean con las expuestas anteriormente por los ancianos-residentes, es decir, si bien existen los horarios como norma éstos no se cumplen o se flexibilizan en función de la voluntad del anciano. Por el contrario, no pasa lo mismo con los ancianos que se encuentran encamados o son muy dependientes funcionalmente. En este sentido, las verbalizaciones de TRAB7, TRAB10, TRAB16 y TRAB17 se alinean en torno a una norma de trabajar de forma organizada de manera que los tiempos son fundamentales. Al anciano dependiente hay que asearlo, y/o ducharlo, llevarle al comedor a desayunar, darle la medicación facultativamente prescrita, llevarle después al sillón, llevarle cuando corresponda al aseo para controlar y en su caso cambiar los absorbentes urinarios, llevarle si procede a las salas de actividades, hacerles cambios posturales si precisa, llevarles a los comedores, darles nuevamente medicación, etc... De esta simple descripción de la dinámica profesional de las auxiliares, por ejemplo, y apoyándonos en la experiencia del investigador en la vida residencial, podemos inferir que cualquier cambio en estas pautas horarias va a entorpecer la realización de las mismas tareas con otros ancianos-residentes. También se verá afectada la propia satisfacción de necesidades fundamentales de los mismos como son la eliminación urinaria y fecal, y la alimentación. Es por ello que, tal y como refieren las trabajadoras, durante los momentos de más carga laboral se prohíbe el acceso a las familias a las zonas de co-habitación ya que hay un riesgo de vulneración de algunos principios y derechos del anciano como es el de intimidad y que viene perfectamente reflejado en la normativa básica que regula el funcionamiento de las residencias en la Región de Murcia (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2005). El establecimiento de horarios es una consecuencia de la

programación de cuidados a ancianos dependientes, tal y como exponen algunos autores (Pérez & Palacios, 2000; AAVV, 2005; Ruíz, 2012), que no han sufrido apenas cambios en sus pautas. Esto es algo que va aparejado al concepto de residencia y a sus tipos, ya que en estas instituciones están viviendo juntas personas con necesidades radicalmente diferentes, desde las personas autónomas a las personas altamente dependientes, que ya vimos que algunos agentes caracterizaban como demenciados. Esta parcelación horaria, fruto de la necesidad de satisfacer las demandas de los ancianos que más cuidados requieren, puede llegar a condicionar algunos aspectos de la vida de los ancianos autónomos, como veremos más adelante, e intuimos que incluso la manera de relacionarse entre estos con los otros agentes sociales. En este sentido, el modelo asistencial expuesto y verbalizado, directa e indirectamente, por los entrevistados se aleja de los presupuestos de Goffman (2004), al menos en el caso de los ancianos autónomos. Vemos que no ocurre exactamente lo mismo en el caso de los ancianos dependientes. Esto es porque la dependencia no supone necesariamente un deterioro cognitivo. En esta línea argumentativa de la discusión, el anciano dependiente que está plenamente capacitado cognitivamente estará sujeto a una programación para la simple satisfacción de sus necesidades fundamentales, lo cual a priori intuimos que puede suponer un choque con la organización de la institución. Esta situación, en la línea de pérdida del control esgrimida por Barenys (1993), nos va a acercar a un modelo menos alejado de la totalización, pero tampoco cercano a ésta. Entendemos que esto es debido a que el objetivo de la institución se basa en una priorización de necesidades; en concreto estaríamos hablando de las necesidades fisiológicas de carácter homeostático, las cuales estarían relacionadas con la supervivencia de la persona (Mishara & Riedel, 1986). Si bien es cierto que a primera vista podría intuirse que esta situación iría en contra de la satisfacción global de la persona, la clave sería el papel que juega la institución residencial en la percepción de pérdida de control. Una de las características que emanan del estudio del modelo goffmaniano es la capacidad volitiva de la institución total para “mortificar el yo” del interno (Goffman, 2004), lo cual es crucial para entender porqué las residencias estudiadas no se encontrarían englobadas en esta caracterización. La intención, la voluntad de la residencia, de su organización, es satisfacer las necesidades de las personas que en esta vivan, pero utilizando un criterio de priorización más o menos

conscientemente. La sensación de pérdida de control, si bien es percibida probablemente por el anciano dependiente capacitado cognitivamente, no está provocada primariamente por la institución residencial, sino por el mero evento patológico que le llevó a ser dependiente. Ejemplo de esto podría ser el anciano que sufre un ictus en su casa y, debido a la cantidad de cuidados que precisa por las secuelas físicas del mismo, requiere el ingreso en una residencia; en nuestro ejemplo el anciano tendrá pérdida de control, qué duda cabe, pero antes y después del ingreso. Por este motivo la institución residencial no induce a la pérdida de control, mortificando al anciano, como defendería Goffman (2004) para caracterizar la institución total.

A continuación vamos a conocer las aportaciones de las familias:

“Tiene que haber un horario. Ahora lo que yo veo muy bien, muy bien, muy bien es que no cumplan el horario de las visitas. Igual que tienen su horario para bañarlas es que tiene que ser así, es que son muchos. Somos conscientes que a las 3:00 es hora de descanso, pero que no te ponen pegas. Pero nosotras llegamos, podemos subir a la habitación, lo que sea y preguntamos y nos dicen “pues sube” pero por educación o están limpiando o lo que sea, y no nos ponen nunca pegas.” (FAM7)

Las familias que han referido particularmente verbalizaciones en este sentido podemos comprobar que han sido escasas. En cualquier caso, sus aportaciones vienen a apoyar lo referido anteriormente respecto a la necesidad del establecimiento de horarios, así como a la flexibilidad mostrada por la organización en su cumplimiento, lo cual es bienavenido por las familias.

Analizar las cuestiones relacionadas con la organización es muy interesante llegados a este punto de la discusión, por su cercanía al establecimiento o perpetuación de normas horarias inducidas por la Administración o derivadas de su propia organización. Las verbalizaciones de sus miembros han sido las siguientes:

“Creo que hacer unos horarios personalizados es viable, se puede intentar flexibilizar con el anciano que no es dependiente. Por ejemplo, si te puedes acostar tu solo, te puedes acostar más tarde, pero si te tienen que acostar una auxiliar y hay una planilla limitada de auxiliares “la hora de”, y ojalá fuera de otra forma. No es viable.” (ORG6)

Probablemente las verbalizaciones de ORG6 sintetizan de manera clara, concreta y concisa todo lo anteriormente expuesto. Esto es, en función de la

dependencia funcional que tenga el anciano, la organización podrá flexibilizar de una manera u otra los horarios de la residencia y con ello la sensación de control sobre la propia vida de los ancianos. Con ello, podemos afirmar que las instituciones residenciales, donde se han dado estos fenómenos, no pueden entenderse como totales, en el sentido goffmaniano del término. Qué duda cabe que las relaciones organización y ancianos van a estar influenciadas por estas pautas horarias, dando lugar a puntos de encuentros y desencuentros, que más adelante analizaremos con más concreción.

10.3. COMIDA TRAÍDA EL EXTERIOR

Hay otros aspectos que, tras la lectura y análisis de las verbalizaciones, nos han llamado la atención por su recurrencia en los discursos, como puede ser todo lo que gira en torno a la comida traída del exterior, entendiendo por ésta la que no es provista por la institución sino por familiares o por otros medios no institucionales. Se intuyen ciertos rasgos de dinámica interrelacional en torno a este tema, pues recordemos que la comida, la manutención, es un servicio que presta la residencia a los ancianos, como el alojamiento o la lavandería. El motivo de que sea la comida y no los otros dos servicios de la institución, un punto recurrente en las verbalizaciones expresas nos llama la atención. Preveamos que este análisis será muy relevante a la hora de discutir sobre los resultados obtenidos en una práctica institucional, como es el registro de pertenencias de los ancianos-residentes. Para iniciar este análisis, vamos a estudiar las aportaciones teniendo en cuenta que no hemos obtenido resultados verbalizados por los ancianos-residentes:

“Le damos todo nosotras y él [la familia] le trae de fuera, él le quiere traer unas natillas pues le da sus natillas y ya está porque la mujer come muy bien...” (TRAB1)

“No está permitido porque pueden comer cosas que estén en mal estado y ellos no saberlo y haber una intoxicación o haber más problemas. Entonces no está permitido. Si que cuando se le trae, se trae algo se puede meter en la cocina ponerle el nombre e ir sacándole o dándole poco a poco, pero tenerla ellos en su habitación, no.” (TRAB12)

“Si..., hay familiares que les traen cositas.” (TRAB13)

“Si llevan un trozo de... o una fruta. Yo cómo voy a saber que esa fruta la va a tener una persona dentro de un armario y cuando se la coma me va a hacer una diarrea o

un vómito, y no voy saber por lo que ha sido. Entonces pienso que no deberían de llevarse comida. Otra cosa es que esté la persona sentada en el salón y diga "oye tengo hambre ¿me podéis dar una galleta", tres galletas, lo que haga falta, pero que se lo coma delante de mí." (TRAB17)

"Siempre me han dicho "pues no le traigas, ¿por qué traes?" y entonces yo le digo lo mismo que te acabo de decir a tí, que es mejor, y a mí no me cuesta trabajo ninguno en absoluto traerlo, le traigo tomate rallado con aceite y sal y un par de quesitos y se lo come con su miajica de pan." (FAM8)

"El tema de comida es muy importante, no pueden tener en las habitaciones. Por el tema de conservación." (ORG1)

Lo escaso de las verbalizaciones concretas de los agentes entrevistados nos va a facilitar una discusión de los resultados de manera conjunta. Podemos inferir, tras la atenta lectura de estas aportaciones, que la comida más que cumplir una función fisiológica, en cuanto a la satisfacción fisiológica homeostática referida por Maslow (1991) va a servir para otro tipo de funciones probablemente de manera involuntaria por parte del anciano. Maslow (1991:21-49) refiere que una necesidad fisiológica "(...) debe considerarse inusual, en vez de corriente, porque son aislables y localizables somáticamente."(op.cit.p.22). En este sentido, "(...) la persona que cree tener hambre puede que en realidad esté buscando bienestar, o dependencia, en vez de vitaminas o proteínas."(op.cit. pp.22-23). Es revelador este autor pues teniendo en cuenta que los menús de las residencias estudiadas cubren las necesidades fisiológicas de los ancianos-residentes, y estando incluso prescritas por el médico de la residencia, los ancianos suelen manifestar prácticas concretas de traer comida de fuera o pedir comida de fuera a sus familiares, o bien estos últimos traerla sabiendo que fisiológicamente no hace falta. Recordemos que este pensamiento se alinea con las tesis de Contreras (1993:9), para el que comer es un fenómeno social y cultural mientras que la nutrición es un asunto de carácter fisiológico y de salud. Así, según la lista relativa de usos que se dan a los alimentos, citados por Fieldhouse (1986), se encontraría expresar amor y cariño, así como demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones, entre otras muchas. De esta forma, la provisión de alimentos del exterior es una manera más de significar, no una necesidad fisiológica sin más, sino una significación relacional entre padres e hijos en una residencia. Este punto merece un desarrollo en esta discusión, pues podemos intuir una manera de relacionarse

entre anciano y familiar, e incluso anciano y Organización. Si el anciano busca bienestar, éste estaría englobado en el apartado de gustos y preferencias del anciano y/o su familia. Por ejemplo, para un anciano que, previamente a vivir en la residencia, comía normalmente jamón ibérico en lugar de otro tipo de jamón, el comer este último en la residencia puede ser interpretado como un elemento de disconformidad y menor bienestar. Al haber un desajuste entre las expectativas del anciano y/o su familia y lo proporcionado por la institución como manutención, las expresiones ciertamente van a ir encaminadas a manifestar una falta de bienestar, que le puede llevar, para solucionar este problema, a acumular comida que no aporta la institución, traída por la familia por petición del anciano o por *motu proprio*. Del discurso de los entrevistados se puede inferir que esta práctica es permitida por la Organización, contradiciendo lo expuesto en el Reglamento de Régimen Interno, aunque guardando algunas precauciones, al no estar estas viandas sujetas al control sanitario que la normativa en Sanidad obliga respecto a los productos adquiridos y/o preparados por la institución. Otra línea argumentativa muy interesante aportada por Maslow (1991:21-49), para este propósito, se encuentra relacionada con la "dependencia". En nuestro caso, esta dependencia psicológica es la que el anciano y/o su familia crean de manera voluntaria o involuntaria, ya sea con la otra parte de la relación o con la institución como recurso. Por ejemplo, un anciano puede encontrar en la petición de determinada comida a su hijo un momento de interés hacia él por parte de su familiar, que va a llevar a éste último a visitar la residencia, como poco para llevarle lo solicitado. Lo solicitado, como elemento objeto de dependencia, pueden ser alimentos que no se disponen en los menús de la residencia en la mayor parte de las ocasiones por su escaso valor nutricional, como es el caso de dulces y chucherías. No podemos obviar, en esta línea de discusión, que esta intencionalidad de crear dependencia a través de la comida también puede venir por parte unilateral de las familias, en un intento de mantener y/o reconstruir una relación que ha cambiado desde el momento que el anciano ha entrado a formar parte del grupo de residentes de la institución. Nuestra experiencia profesional en el campo de estudio nos dice que, por ejemplo, llevarle dulces a un padre o madre diabéticos no obedece a un instinto homicida de los hijos sino más bien a agradar a progenitores en aquellos puntos que más malestar les produce, como es, en nuestro caso, la dieta baja de hidratos de carbono de absorción rápida tal que los

dulces. Sospechamos que esto se produce, tras la atenta lectura de las aportaciones de Fieldhouse (1986), por crear espacios y motivos de reconciliación con el anciano al que se ha ingresado en una residencia, como consecuencia de la culpa experimentada, y que tan bien nos han descrito tanto Padierna (1994), como Leturia, Inza y Hernández (2007). La clave en nuestra discusión sería la voluntad de la institución para mortificar al yo del anciano-residente mediante prohibiciones sin sentido. Esto no es lo que hemos podido encontrar en el análisis de las verbalizaciones de los entrevistados, ya que la comida traída de fuera se permite siempre y cuando se guarden unas normas de precaución tales como ser custodiadas por la organización, y dispuestas a demanda del solicitante. En cualquier caso, lo que predomina es la evitación por parte de la organización de riesgos adquiridos al permitir guardar comida en las habitaciones cuyo control sanitario podría no ser llevado adecuadamente por los ancianos. Nuevamente, aparece la Administración, en este caso la de ámbito sanitario, como agente externo que condiciona la vida de los ancianos dentro de la residencia, ya que es la que penaliza a la institución residencial si dentro de la misma no se cumplen los requisitos normativos por esta establecidos. Así, aunque a la Organización no le preocupara que el anciano guardara comida en su habitación, si hubiera una intoxicación alimentaria del mismo producida por la ingestión de ese alimento en malas condiciones de conservación, el régimen sancionador de la Consejería de Sanidad se aplicaría a la institución, por entender que esta tiene un papel de salvaguarda de la integridad de sus acogidos. Esto, si bien es entendible y aplicable sin el menor problema en el caso de ancianos no capaces cognitivamente, constituye un punto de conflicto entre organización y anciano y/o familia en el caso de ancianos que se pueden valer por sí mismos. La organización actúa como elemento coaccionador con la clara intención de evitar problemas legales frente a terceros, pasando por encima de las preferencias del anciano a tener comida en su poder, alineándose en cierta medida con aportaciones de Barenys (1993:163). A pesar de ello, no podemos inferir que esta actuación caracterice a la institución residencial, por lo menos las estudiadas, como totales en el sentido goffmaniano, pues esta no persigue la mortificación del yo. En cambio, debemos nuevamente cuestionarnos la totalidad de la macroinstitución, que es la Administración, al normatizar la vida institucional, no teniendo en cuenta la individualidad de las personas mayores que allí viven.

10.4. ACCESO A LAS DEPENDENCIAS

Siguiendo el análisis de los elementos clave que nos permitirán conocer el modelo institucional de las residencias estudiadas, vamos a proceder a estudiar las verbalizaciones en torno al acceso a las dependencias de la residencia, ya que Goffman (2004:39) deja muy claro que la institución total prohíbe la libre circulación de los internos por las dependencias de la misma, ya sea parcialmente o en su totalidad. Los discursos de los ancianos- residentes son los siguientes:

“Pues la verdad es que no lo intento. No soy curiosona; yo a la cocina todavía no he entrado y de “El Amparo” me vine sin conocer la cocina. Pero si necesitara entrar entraría.” (AR2)

Las verbalizaciones de los trabajadores y los miembros de la organización son las que vienen a continuación:

“Dentro de lo que es el recinto de la residencia no hay problema. Hombre en enfermería o cocina eso no, eso está siempre bajo control o bajo llave. Es que no sabes tú si está un poco depresivo si va a intentar hacer algo. Mayormente ya por seguridad de ellos. No porque no puedan entrar porque de hecho entran cuando necesitan entrar. Tampoco puedes dejar a mano nada que pueda lesionar ni a él ni a los demás entonces debe de tenerse eso un poco controlado.” (TRAB6)

“Hay ciertos sitios donde ellos no pueden entrar, por ejemplo la cocina, o la enfermería, porque hay medicamentos y cosas a las cuales ellos no deben acceder. Hay zonas dentro de cocina, cámaras, a lavandería no deben de bajar, pero sí lo que es la planta. Ellos pueden ir perfectamente a las salas, a los comedores, no se les impide, la salida cuando quieren salir se le abre y se cierra la puerta, siempre controlándolos porque no todo el mundo puede salir.” (TRAB12)

“Nosotros a la cocina y a la enfermería intentamos que no entren, o sea en la cocina sí hay un letrero de prohibición y en la enfermería más que nada por el peligro que puede tener.” (ORG3)

“No pueden acceder a todos sitios, claro que no. Pero no por nada sino porque les pase algo, se quemen con las ollas, se caigan. Hay determinados sitios a los que el residente no puede ir. Al almacén tampoco.” (ORG7)

De las verbalizaciones de los agentes entrevistados, podemos inferir que la libertad de movimientos estará condicionada primeramente por el nivel de capacidad cognitiva del anciano. En este sentido, los más capaces, o los no demenciados, tienen una mayor libertad de movimientos dentro de la residencia que los no capaces o demenciados. En un segundo momento, el acceso a las dependencias estará condicionado por el grado de peligro o inconveniencia de determinadas dependencias; así los interlocutores, casi de manera unánime, refieren que la cocina y la enfermería son zonas de acceso restringido para todos los ancianos-residentes. La observación participante nos ha permitido comprobar que cuando hay una enfermera en la enfermería tanto anciano como familiar pueden acceder sin el mayor de los problemas, y cuando este profesional no está la puerta está cerrada con llave. Otras instalaciones objeto de restricción son la lavandería, ropería y sala de mantenimiento, por los mismos motivos que ya hemos referido. Cuando no se tratan de estas dependencias la organización no restringe el paso a ninguna instalación. Caso curioso es el relativo al acceso a dependencias que en principio la organización no restringe, como son los distintos salones de las residencias o los espacios definidos dentro de un mismo salón. El grado de acceso libre a estas dependencias por parte de los ancianos va a estar influenciada por otras variables, precisamente relacionales, que por su enorme interés antropológico vamos a analizar más adelante en un apartado distinto. En cuanto a la organización se refiere, según las verbalizaciones de los entrevistados, ésta no dispone dependencias estanco para los ancianos-residentes allí alojados, al menos en las residencias objeto de nuestra investigación, por lo que no podemos decir que se adhiera al modelo institucional total de Goffman (op.cit. p.39).

Una vez analizados los resultados en torno al acceso a las dependencias por parte de los ancianos-residentes, su discusión nos despierta el interés en el análisis del acceso a las dependencias por parte los familiares. Nos interesa conocer el escenario, real o no, donde se van a producir los momentos materiales en la relación ancianos y familiares. En este sentido, los resultados de los trabajadores y la organización han sido los siguientes:

“Tienen su salita para estar aparte de los demás residentes, si ellos quieren tener un trato más familiar hay unas zonas en las cuales se sale el residente y la familia con él.” (TRAB12)

“Nosotros en la residencia hemos habilitado una zona que está en el sótano, que es una sala de visitas, para que quien no se siente cómodo o en el salón porque haya mucha gente o porque le apetezca más intimidad se pase ahí y esté tranquilamente.” (TRAB14)

“El control de las visitas es uno de los objetivos de esta residencia concretamente, de que los ancianos tenga las visitas de sus familiares y queremos conseguir el máximo, el máximo de visitas y acompañamiento, porque queramos o no queramos, nosotros les queremos muchísimo y les damos muchos besos, pero los besos de los hijos son diferentes.” (ORG3)

Los resultados en torno a este tema son reveladores, pues a priori no podemos afirmar que las instituciones objeto de nuestra investigación se acerquen al modelo de totalidad propuesto por Goffman (2004). Para este autor, la institución total establece los mecanismos necesarios para alejar a los de afuera, en este caso a los familiares y otras visitas, de la realidad institucional. Para ello, en numerosas ocasiones se diseña una sala de visitas que es diferente al modelo arquitectónico y visual del resto de la residencia intentando que aporte una sensación de bienestar y acogimiento (op.cit. p.109) o incluso las visitas se deben hacer en público (op.cit. p.42). Como resultados obtenidos, las verbalizaciones no aportan elementos que se alineen con las propuestas de Goffman (2004), incluso las contradicen. Es el grado de intimidad buscado lo que parece que conduce a la organización a que disponga estos espacios, donde no haya trasiego de otras personas, como dicen los entrevistados. En caso de no disponerlos, o bien de no satisfacer las preferencias de los familiares y/o ancianos, hay casos donde las visitas salen a la calle a hablar con los ancianos, tal y como refiere TRAB16. En cualquier caso, se puede inferir que no existe intencionalidad de las Organizaciones de las instituciones, estudiadas en nuestra investigación, para obstaculizar las relaciones entre ancianos y familiares tanto en horarios, como hemos visto en su apartado correspondiente más arriba, como en instalaciones.

10.5. PEDIR PERMISO

A modo de inicio de este subapartado, vamos a analizar elementos tales como la conciencia de encierro por parte del anciano-residente, o el pedir permiso para realizar cualquier interacción relacional, ya sea esta interna o externa.

Recordemos que Goffman defiende, tal y como hemos podido observar en el marco teórico de esta investigación, que el interno en la triste vida de mortificación de su yo es sometido por la institución total de manera que no puede ejercer ninguna actividad sin contar con el permiso de los guardianes (Goffman, 2004:39), en nuestro caso encarnados por los grupos de trabajadores y la Organización. Esto sumado al entorno normativo, en principio, puede dar la sensación por parte del anciano-residente de estar encerrado en la institución. Concepto este, el encierro, que trasciende la mera y preliminar aproximación lingüística para solaparse al concepto de residencia completándolo en ciertos momentos. Para la mejor comprensión del material recogido hemos dispuesto los resultados de tal manera que en primer lugar expondremos los resultados relacionados con el “pedir permiso”. Estas son las verbalizaciones por parte de los agentes entrevistados:

“Yo... si tengo que pedir, por ejemplo, agua, pues la pido y me llenan una botella, luego si dice el fisio de hacer gimnasia pues voy, con el psicólogo lo mismo, me gusta mucho porque preguntan cosas de antes, porque yo he hecho de todo, ¿sabes?”. (AR1)

“No lo necesito pero lo pido. Pido permiso, si es a la calle, pido permiso. Cuando viene mi hija que nos vamos a subir las dos digo “Loles, vamos para arriba mi hija y yo. Me gusta hacerlo.” (AR2)

Las verbalizaciones de los entrevistados, ancianos-residentes, no evidencian con claridad que tengan que pedir permiso. Lo que se hace es una muestra de cortesía y buena educación, sin alumbrar si es un hecho preestablecido por la institución o por *motu proprio*. Por este motivo, solo a efectos de tener un punto donde partir para posteriores discusiones se han reflejado estas verbalizaciones, sin poder afirmar que se cumpla o que se refute en las residencias, objeto de nuestra investigación, el modelo de institución total propuesto por Goffman en referencia a este aspecto (Goffman, p.34, p.51).

En el caso de los trabajadores, los discursos han sido los que siguen:

“(...) la televisión cuando ellos quieran, del teléfono siempre piden permiso, y te dan el número y “pues mira llámame a mi hijo”, y entonces si no está la coordinadora le llámanos nosotros, y si no la coordinadora,... ellos pueden llamar a quien ellos quieran, ellos están en su casa...” (TRAB13)

“En cuanto al teléfono si quieren hablar con un familiar se suele llamar, pero si es muy constante de todos los días “llama a mi hija” tampoco se puede estar... lo puedes llamar una vez y se les explica “has quedado aquí con tu hija”, “espérate que llame ella”. Porque si todo el mundo estuviera llamando a su hija todos los días sería una locura. También es el familiar el que tiene que preocuparse por llamar a su residente que está aquí.” (TRAB16)

De las verbalizaciones de las trabajadoras, podemos inferir principalmente que los ancianos no deben pedir permiso para realizar las actividades rutinarias tales como llamar por teléfono, utilizar el mando de la televisión, etc. Este argumento contradice los presupuestos esgrimidos por Goffman (op.cit. pp.34,51), como ejemplo de institución total, ya que los ancianos de las residencias, objeto de nuestra investigación, si bien no manifiestan ni una cosa ni lo contrario, tampoco parecen manifestar sentimientos negativos al respecto.

“Desde aquí, al no tener un teléfono público, es cierto que habría que hacerlo ya, pues si, cuando demandan hablar con sus hijos se les facilitan un teléfono y llaman. Es cierto que hay personas que inciden demasiado, personas que todos los días quieren llamar a la hija y obviamente Virginia tiene que mediar incluso días: “Mercedes, los martes llamamos a sus hijos”, obviamente son llamadas innecesarias para nosotros quizá para ellos no...” (ORG1)

Si recordamos que el propósito de la institución, en el modelo de Goffman (op.cit. pp.20-21), era aislar intencionadamente a los internos del mundo exterior, no podemos afirmar más que esto no es lo que se evidencia tras el análisis de los discursos de los entrevistados.

Vistos y analizados los resultados en torno al hecho de pedir permiso, nos llama especialmente la atención conocer si dentro de la práctica institucional hay límites a la interacción con el exterior. Ya hemos podido comprobar que no hay problema en el uso de dispositivos, tales como el teléfono, al menos en principio, pero no nos orienta hacia la capacidad del anciano a mantener contactos con el mundo de fuera de la residencia en persona.

10.6. UNA JAULA DE ORO

Si bien es cierto que en un primer momento podemos llegar a confundir el salir de la residencia con la capacidad de pedir permiso, la diferencia es importante. Si bien la primera aproximación hace alusión a la capacidad real de

salir de la residencia, independientemente de su capacidad funcional, la segunda haría mención al requisito formal previo a salir de la misma. Vamos a analizar la percepción que los ancianos-residentes tienen acerca de salir de la residencia, ya sea solos o acompañados:

“Soy autónoma y firmando puedo entrar y salir cuando quiera, pero yo no salgo mucho, compañeras me dicen de salir a pasear...”(AR3)

“Hombre... hay que pedir permiso... [Lo dice en un tono casi irónico]. Ahora si no tienes la cabeza buena, no te dejan salir. Si yo tengo la cabeza buena y puedo andar me dejan salir. Yo salgo pero tiene que venir una muchacha a por mi y entonces me dejan salir.” (AR6)

“Yo no me siento encerrado. Yo les digo “abridme la puerta que voy a salir a andar” y me abren la puerta. Pero a mi no me han puesto pretexto ninguno.” (AR8)

“Pero si, si se siente esa sensación de claustrofobia... ya se ha dado el caso de algunos que han intentado escaparse pero que al salir han perdido el norte.” (AR9)

“Hombre, pedir permiso para salir ahí, a eso no. Yo salgo, me abren la puerta, ¿quieres salir Felipe?, pues si, pues no y entonces salgo, me doy una vueltecica por ahí. A la calle hemos ido a tomar un café pero hay que firmar aquí para que me saquen.” (AR11)

Las verbalizaciones de los ancianos son muy clarificadoras. Por un lado, se entiende que los ancianos tienen que pedir permiso para salir de la residencia, lo cual, en un primer momento, habríamos interpretado, consideramos que erróneamente, que sería un encierro promovido por la institución residencial, siguiendo los presupuestos teóricos de Goffman (2004:20-21). Esto, lejos de parecer un encierro, nos orienta a un fenómeno por el que el anciano verbaliza que tiene la intención de salir, cuyo propósito no obedece a la iniciativa del anciano-residente sino a una disposición de la institución. La experiencia del autor de esta investigación le lleva a añadir que el Servicio de Acreditación, Registro e Inspección, en las inspecciones periódicas que realizan a las residencias de ancianos de la Región de Murcia, recomienda tener un libro de entrada y salida de ancianos, cuyo propósito no se conoce a día de hoy. Es lógico pensar que la única manera de saber cuando un anciano sale y entra es que éste lo comunique al personal, no siendo siempre este hecho bien acogido por el anciano, tal y como refiere AR6. Si hay algo muy interesante, por su relevancia con posteriores discusiones, es la aparente diferenciación en cuanto al rigor del control de la

salida y la entrada de la residencia por la presencia de ancianos con demencia. De hecho, AR6 refiere expresamente que, como él tiene la cabeza buena, con decir que quiere salir le abren la puerta y ya está. En este punto de la discusión, se nos ha creado la duda acerca de cuanto de influencia tiene el grupo de personas con demencia en la dinámica residencial institucional para determinar, si la determina, la libre circulación de ancianos de la residencia al exterior y viceversa. Sospechamos que el hecho de que haya que controlar la no salida de las residentes con demencia al exterior de la residencia ha determinado que la institución haya creado elementos de barrera que afecte a los que no están deteriorados cognitivamente, lo cual, en cierto sentido, es descrito por Goffman (op.cit. p.86), aunque con serias dudas respecto a los límites establecidos para éstos. El control de salidas y entradas, recomendado por parte de la Administración regional en materia de Inspección, no es suficiente para comprender que un anciano tenga que pedir que le abran la puerta, ya que este control podría hacerse visualmente. En este sentido, sí podemos afirmar que Goffman (2004) refleja claramente lo que parece pasar, al menos en cuanto a la aparente sensación de sentirse encerrado el anciano por comparación con lo que para él es estar afuera (op.cit. p.26). Lo que sí se ha evidenciado en el análisis de las verbalizaciones es que las salidas no están prohibidas, como podrían estarlo en las instituciones totales goffmanianas, bien al contrario, se facilitan tal y como refiere AR9. En cualquier caso, sí parece evidenciarse una relativa pérdida del control de uno mismo, como ya adelantaba Barenys (1993). Esto, si bien nos aleja primariamente del modelo de Goffman (2004), no nos permite estar tan seguros de que la distancia sea la suficiente para afirmar que las residencias objeto de nuestra investigación no son totales. Estamos seguros que las aportaciones del resto de los agentes sociales, objeto de nuestra investigación, van a arrojar mucha más luz a estas cuestiones tan relevantes para la misma. Continuamos con el grupo de los trabajadores:

“Sale el que puede. Por ejemplo Jesús y su hermano, ellos salen cuando quieren. Ellos firman, pero ellos deciden cuando quieren salir y entrar. Tienen que firmar, de lo contrario no pueden salir. Creo que firman para que a nosotras no nos pase nada.”
(TRAB2)

“Entonces controlamos porque sí que permitimos a una persona que tiene Alzheimer salir, pero siempre con un control de una auxiliar, sino no lo hace, aquella persona

que está capacitada y está bien sale y entra del centro sin problema ninguno, y siempre y cuando la familia o el familiar no nos haya dicho si puede salir o no, o no lo haya prohibido mejor dicho. Puede ser que tenga problemas de tipo de que beba, de que juego, porque sí que tenemos residentes que los hijos nos han prohibido que salgan.” (TRAB12)

“Hay muchos abuelos, eso es un medio de... protección porque abuelos hay algunos que no están bien, y se van a la calle y se pueden salir, entonces el código este yo lo veo bien [se refiere al código de seguridad que hay en las puertas de acceso]. A las personas que pueden salir nosotras les abrimos la puerta, pero no le decimos el código, porque nosotras somos responsables de los abuelos.” (TRAB13)

“Algunos sí, algunos sí pero yo creo que eso también es parte de la persona, de su vivencia anterior y de cómo él vea enfocado la actividad de una residencia y la vida que hay dentro de una residencia.” (TRAB17)

Las verbalizaciones de los trabajadores nos han resultado simplemente clarificadoras. Debemos destacar que los discursos de los trabajadores vienen a confirmar lo que ya afirmaban anteriormente los ancianos-residentes. Cabe señalar como elementos nuevos la inclusión de la familia como factor de “encierro” de los ancianos-residentes. Si bien es cierto que los ancianos son autónomos, en determinados casos, que no especifican suficientemente los relatos de TRAB2 y de TRAB12, el grado de movilidad fuera de la residencia va a estar condicionado por las instrucciones que dé la familia en torno a esta especial circunstancia. Si hay algo que las verbalizaciones de los trabajadores nos han enseñado es a diferenciar “pedir permiso” para salir con “avisar” al salir. Lo primero estaría ligado a la expectativa por parte de los ancianos-residentes de que los guardianes, en este caso los trabajadores de la residencia, ya veremos si siguiendo instrucciones de la organización, les dejen salir de la residencia. En el segundo supuesto, el anciano solo comunica el hecho inmediato de salir de la residencia sin necesitar aprobación alguna para ello. Esta situación, incluso la de “avisar”, va a ser vivida de diferente manera en función de las circunstancias, vivencias previas y otros aspectos de la vida del anciano, tal y como refiere TRAB17. Esto es así de manera tal que a veces esta situación puede suponer la salida definitiva del anciano de la residencia. La manera de materializar las trabas a la salida efectiva de la residencia se visibiliza por medio de distintos medios, tales como códigos electrónicos en las puerta cuya clave solo conocen las

trabajadoras y los miembros de la Organización, tal y como relata el TRAB13. Pero también, durante las visitas a las residencias, hemos podido comprobar que existen otros medios tales como un vigilante en la puerta o puertas cerradas con llave. Todo este escenario hace que algunos trabajadores piensen que los ancianos se sientan encerrados, tal y como refieren expresamente TRAB17. Como añadido final a esta parte de la discusión, podemos observar ciertos puntos clave que van a ser muy relevantes a la hora de comprender la dinámica relacional dentro de la residencia e incluso fuera de ésta. Estos son la inclusión de las familias como elemento que actúa contra la autonomía del anciano, y que coarta la libertad de movimientos de éste fuera de la residencia por motivos ajenos a la seguridad del propio anciano dentro de la residencia, como así ocurre en el caso de los ancianos con demencia o carentes de autonomía funcional y cognitiva. Siguiendo esta línea, otro de los elementos clave es la confirmación de las sospechas que veníamos adelantando en la inmediatamente anterior discusión de las verbalizaciones de los ancianos, y que se refiere a que los ancianos-residentes autónomos funcional y cognitivamente ven coartada, en mayor o menor medida, su libertad individual por la co-habitación con ancianos que requieren una supervisión mucho más estrecha, precisamente por su estado cognitivo. Los ancianos con demencia sufren diversos episodios sintomáticos de la enfermedad que padecen que les provoca desorientación; dicha desorientación va acompañada con trastornos de conducta de tipo psicótico, como es el deambular errático y la estereotipación de comportamientos tales como la búsqueda de un familiar (casi siempre su madre o padre) o la apertura de puertas buscando una salida (Alberca & López-Pousa, 2006: 75-76). Esta sintomatología va a requerir, como parte del tratamiento no farmacológico, controlar el entorno inmediato con la intención de proporcionar al anciano con demencia seguridad y confort (González, 2000: 216; Alberca & López-Pousa, 2006: 75-76). Este ambiente de seguridad, si bien puede resultar muy eficaz para las personas con demencia, puede coartar la sensación de libertad experimentada por los ancianos “sanos”, que son la minoría en las residencias estudiadas, alineándonos así con los presupuestos goffmanianos respecto a la totalización institucional (Goffman, 2004:80-87); de ahí la sensación de malestar experimentada por los mismos y manifestada en términos de encierro. En este sentido, este “encierro” vivido no estaría relacionado con el concepto de residencia, tal y como lo hemos estudiado previamente, pues mantener a los

ancianos reclusos dentro de la institución residencial no es la intención primaria de esta sino la manifestación de atender debidamente al grupo de ancianos que tienen demencia, que son mayoritarios en las residencias estudiadas, confirmando lo que refieren anteriores estudios (López, & López, Castrodeza, Tamames, & León, 2009). Por ello, la residencia, atendiendo bien a los ancianos con demencia, hace que los que no tienen demencia se sientan mal, encerrados. Esto no estaría exento de interpretaciones, pues si bien los ancianos que no tienen demencia sufren la institucionalización por culpa de los que tienen demencia, lo que estaría en duda sería la intención de la institución residencial de mortificar el "yo" del anciano con esta actitud, que es precisamente lo que no ocurre, como podemos comprobar atendiendo los discursos de los trabajadores.

Ya que hemos introducido la variable familia en la discusión de este nuevo punto, va a resultar no solo interesante, sino muy relevante, conocer las opiniones vertidas en las entrevistas por los miembros de la familia. Son las siguientes:

"Yo a mi hermana la saco y pido permiso. Me parece correcto el deber de pedir permiso cuando uno sale ." (FAM1)

"Creo que lo del timbre para entrar o salir es un acierto, es bueno que salgan porque hay un jardín maravilloso en la residencia." (FAM3)

"Permiso para entrar sí hay. Hay una puerta para entrar y que hay que tocar para entrar, sino no puedes entrar. Para salir igual. Hay dos puertas de cristales, una que se abre, pero la otra no. Hay personas que están bien, pero otras no están bien y no pueden estar esas personas de mala manera. La verdad, prefiero que estén con la puerta cerrada antes de que esté la puerta de la calle abierta. Y para nada se sienten encerrados. Si han querido salirse a la calle, se lo han pedido a los auxiliares y estas nunca se lo han negado." (FAM4)

"Pues mi madre dice que "esto es una cárcel" (FAM6)

"Me parece bien, si ellos tienen autonomía porqué no, porque de lo contrario la sensación de cárcel..."(FAM6)

"Sí, tú ten en cuenta que esta residencia está muy mal ubicada, es que está en la montaña." (FAM7)

"(...) el pintor no me digas...!, ¡madre mía como está! ¡Tirao! entonces a mi aunque sean personas independientes hombre es que son alcohólicos. Es una enfermedad."

Controlarlos un poco más, no darle salida, son personas pero cuando se iba se olía fatal, fatal, fatal.” (FAM7)

De las verbalizaciones de las familias, se han podido extraer varios puntos de discusión. Por un lado, hemos podido constatar que algunos familiares se sienten identificados con las prácticas institucionales en cuanto al control de los accesos y las salidas, tales como FAM1 y FAM3. Tal y como ya habían manifestado algunos trabajadores, las familias también se percatan de la necesidad de los controles por la co-habitación de diferentes tipos de ancianos, justificando las medidas tomadas, y en este sentido se ha pronunciado FAM4. Nos ha sorprendido que algunas familias, como el caso de FAM7, se pronuncien exactamente igual que algunos trabajadores, en cuanto al malestar experimentado al comprobar cómo ancianos con adicciones alcohólicas dan una mala imagen de la residencia cuando estos salen fuera de la misma, decantándose por un mayor control de los mismos. Una expresión clave la refieren FAM6 y FAM7 cuando verbalizan que la residencia podría ser vivida como una “cárcel” si no se permitiera la salida de los ancianos. Este último discurso nos permite inferir que las instituciones objeto de nuestra investigación se alejan del modelo goffmaniano de institución total, pero qué duda cabe que, siguiendo las propuestas de Barenys, (1993) el control de las salidas y entradas es vivida por los ancianos como una pérdida, en mayor o menor grado, de la “sensación de control”.

Como complemento a los elementos añadidos en este punto de la discusión, será interesante conocer las verbalizaciones de la Organización. En este sentido, estos refieren lo siguiente:

“Es una cosa chocante pero es que la residencias ni son prisiones ni son psiquiátricos, entonces si un anciano no está incapacitado legalmente pues puede entrar y salir cuando quiera, yo eso siempre le hago hincapié a los familiares. Intentamos por todos los medios que nuestras puertas siempre estén cerradas. Tenemos dos o tres contraportas que están cerradas más que nada por aquellas demencias que puedan intentar irse, pero lo que tienen que tener claro los familiares es que tú traes aquí a un anciano a la fuerza, y si se quiere ir se puede ir.” (ORG3)

“Puede haber... tenemos por ejemplo casos que la administración pueda mandar psiquiátricos y no están para estar en la residencia. Por desgracia tienes que tener un código porque la persona así no puede abrir la puerta y puede salirse entonces ahí si

que tendría problemas la residencia porque nosotros velamos porque ellos estén bien y porque no les pase nada.” (ORG8)

Las aportaciones de los miembros del grupo de la organización han añadido nuevos valores para la discusión. Así, ORG1 piensa que en la residencia, con el sistema expuesto de acceso y salidas de los ancianos, se le proporciona mayor seguridad a estos y que además es así percibida por los ancianos. Una verbalización muy interesante la ha aportado ORG3 pues diferencia claramente que, si bien hay que mantener un sistema que garantice la seguridad de determinados ancianos, esto no implica la obligatoriedad a que el anciano permanezca en la residencia si no quiere estar en ella. En este sentido, podemos inferir que este tipo de instituciones se alejan claramente del modelo propuesto por Goffman (2004) y nos ayudan a seguir aseverando que el control de entrada y salida de la residencia no es lo mismo que la obligatoriedad a vivir en la misma. Algunas instituciones no presentan tal problema, ya que arquitectónicamente tienen la posibilidad de tener diferentes módulos donde se alojan los ancianos, de manera que aquel donde viven los ancianos con demencia será el único con controles máximos de seguridad para neutralizar conductas de peligro de los ancianos; lógicamente, en el resto de pabellones estos controles serán los mínimos y la sensación de autonomía y libertad de los ancianos-residentes, que allí viven, será mucho mayor. Otros interlocutores verbalizan la total ausencia de prohibiciones de entradas y salidas de la residencia, aunque no especifican los casos más cruentos como son las personas con demencia. En este caso, si bien hay libertad de movimientos, lo que también evidencia es un régimen de horarios para hacerlo, que será más o menos estricto en función de la persona encargada. Esta situación refleja el papel modulador que juega la organización en esta situación. Para ORG6 la organización es plenamente consciente del control sobre la vida de las personas ancianas que en las residencias viven, alineándose así con la postura de Barenys (1993) en torno a la pérdida de control producida por la organización y la institución. Introduce un elemento muy interesante en la discusión como es la presencia de dilemas éticos en la organización precisamente por la constancia de estas situaciones ambiguas, donde por un lado se encuentra el proporcionar seguridad a los ancianos con demencia, y por otro el favorecer la autonomía de la persona mayor capaz de ejercerla. Esto en sí mismo es un factor de exclusión en la posible adscripción de esta significación institucional al modelo

total de Goffman (2004). ORG8 nos aporta un elemento que, si bien no es nuevo durante toda la discusión realizada hasta el momento, no deja de ser impactante, pues introduce a la Administración como órgano fundamental e imprescindible a la hora de “nutrir” a la institución residencial, a través de las plazas contratadas con ésta, de un perfil mayoritario de anciano muy dependiente, y con grandes problemas cognitivos, frente al perfil menos dependiente e incluso autónomo. En este sentido, la cuestión ya no es tanto si la institución es total o no, desde el punto de vista goffmaniano, sino si la institución residencial cumple los requisitos mínimos de idoneidad para acoger en un mismo espacio físico a tan diferentes grupos de personas. Por ello, siguiendo esta línea argumentativa no podemos ni afirmar ni refutar la totalización de las instituciones objeto de esta investigación, al menos desde el prisma del concepto de encierro o de pedir permiso.

10.7. PARTICIPACIÓN DE LA TOMA DE DECISIONES EN LA VIDA DIARIA

Es importante recordar, en este punto de la discusión, que las verbalizaciones de los ancianos provienen de aquellos cuyo nivel de capacitación cognitiva es normal, o al menos no patológico. Es decir, provienen del grupo de ancianos autónomos que viven en la institución residencial.

Acerca de la toma de decisiones, las verbalizaciones por parte de los ancianos han sido las siguientes:

“Echo de menos mi tierra, muchas veces digo a mi hija “si encontraras por ahí algo, cerca de la casa”, pero me dice que aquí estoy muy bien, conozco a la gente... y la verdad es que si...Yo todavía firmo mis cosas aunque sea con una firma de parvulitos como digo yo...”(AR3)

“El DNI, por ahí esta, lo deje aquí. A mi me dan pastillas y me las tomo. Yo lo que me dan me lo tomo. No..., yo no he visto obligar a nadie. Mi sobrina es buenísima, es buena zagala. Yo le dejo las perras, cuando necesito para arreglarme, pelarme y eso y me las da ella. Yo no le pido, me las da ella.” (AR8)

Las verbalizaciones de los ancianos son heterogéneas, de manera que no hay opiniones mayoritarias. Alguno, como AR3, evidencia que las decisiones al final las toma su familia, a pesar de que ella manifieste otras preferencias. Si bien a AR8 parece darle igual quien toma las decisiones, lo que se infiere de su discurso es una plena claudicación en la toma de las mismas ya que, por ejemplo,

ni siquiera tiene ni sabe donde está su DNI. AR6, en cambio, manifiesta abiertamente que la única que toma las decisiones sobre su persona es ella misma. Esta última verbalización nos crea la duda de hasta qué punto la institución participa de esta toma de decisiones pues una cosa es verbalizar que toma decisiones y otra bien distinta es que no le hagan caso. Para alumbrar estas cuestiones, continuaremos en la exposición de resultados del grupo de trabajadores:

“Tú convocas una reunión” vamos a tener junta de residentes, a las cuatro en tal sitio” y van esos cuatro, es decir, realmente son los que tienen esa capacidad o tienen esa autoridad o tienen esas ganas o esa necesidad imperante de imponer sus condiciones, entonces son los que van, los demás se quejan o manifiestan sus ideas pero nunca transmiten.” (TRAB7)

“Y luego en el caso de los que están capacitados pues las toman ellos, bueno a veces influimos nosotros en sus decisiones. Es importante que decidan, ellos están aquí institucionalizados, tienen unas normas que cumplir entonces si ya le quitas eso que le queda a la persona, es importante tener en cuenta su opinión.” (TRAB8)

“Su abanico de decisiones es bastante pequeño, no pueden decidir.” (TRAB10)

“Se hacen reuniones, sobre todo trabajo social con ellos para que se expresen, para que transmitan sus quejas o las mejoras pero suelen comentarlo todo en petit comité.” (TRAB10)

“Si es una persona autónoma y decide no comer y no toma la medicación [durante un tiempo], pues se le puede convencer al principio, se habla con el médico y con la familia “pasa esto, no quiere comer”, se les explica. Personalmente a una persona que no quiere comer, que es autónoma y que puede decidir por ella misma... tampoco puedes obligarla a que coma y tome la medicación.” (TRAB16)

“Si el paciente no presenta deterioro cognitivo y es autónomo y toma sus propias decisiones y sabemos que está en su derecho de tomar sus propias decisiones, pues no le podemos meter la comida a la fuerza.” (TRAB17)

Es muy interesante la introducción de nuevos elementos para la discusión que hacen los trabajadores. Tal es el caso de la existencia de una “junta de residentes”, como verbalizan TRAB7 y TRAB10, la cual parece servir para que los ancianos expongan sus problemas y cuestiones, entre las que se asoman las

preferencias ante diversas opciones. Por otro lado, la toma de decisiones es promovida incluso por los propios trabajadores, como verbaliza TRAB8, destacando que el planteamiento de las cuestiones expuestas por los ancianos va a depender del nivel cognitivo de los mismos, como manifiestan prolijamente TRAB8, TRABB16 y TRAB17. Solo TRAB10 manifiesta que los ancianos tienen un abanico muy estrecho de decisiones que poder tomar, partiendo de la regimentación de la institución. El mero hecho de que exista la posibilidad manifiesta y continua de poder ejercer el derecho a decidir acerca de las cuestiones que le atañen al anciano aleja el modelo institucional de las residencias objeto de estudio de la totalización institucional del modelo de Goffman (2004:22). Por otro lado, estas evidencias contradicen completamente la versión de Barenys (1993; 2012) acerca de la pérdida de control del anciano. Es muy relevante añadir que la Administración promueve esta actitud hacia los ancianos pues en la normativa básica reguladora del funcionamiento de las residencias en la Región de Murcia (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2005) viene claramente resaltada la importancia de crear canales de participación de los ancianos en la residencia, lo cual es erróneamente interpretado por Goffman (2004) como rasgo de totalización institucional (op.cit. p.104). A pesar de ello, la práctica diaria, aprehendida a través de la experiencia del investigador en el campo de estudio, nos expone una situación distorsionada de esta disposición pues si bien existen dichas juntas de participación o “junta de residentes”, su funcionamiento va a depender de otras variables (García & Gómez, 2010). Antes de ello, procedemos a exponer los resultados obtenidos de las entrevistas a las familias:

“Cuando había una excursión mi madre me preguntaba “¿me ha dicho Charo que hay excursión, ¿tú crees que me podría ir? – si te encuentras bien y te apetece, claro”. Ella ha tomado las decisiones, incluso, la de venirse a la residencia, todo esto cuando ella estaba bien” (FAM3)

“Los que tienen las cabezas buenas pueden dar su opinión. Es decir, el personal de la residencia puede proponerles a los ancianos alguna actividad, pero los que deciden si hacerla o no son los ancianos.”(FAM4)

“Ellos una vez que están aquí, me parece a mí que toman pocas decisiones. Pero si mi padre o mi madre me han dicho cualquier cosa, eso ha sido lo primero. Yo a lo mejor

no he compartido la opinión que han decidido, pero si ellos lo decidían así, lo respetaba.” (FAM5)

“Las decisiones son cosa nuestra, ella no. Lo que es la responsabilidad es nuestra las 24 horas, entonces para cualquier cosa se consulta a la familia.” (FAM7)

Las verbalizaciones, en el caso de la familia, están polarizadas, casi a partes iguales. Lo que no está tan claro es si cuando hablan de esta cuestión lo están haciendo por referencias a su propio anciano o a terceros. De manera muy clara en el caso de FAM5 y FAM7 las decisiones deberán ser tomadas por la familia, mientras que el FAM3 y el FAM4 defienden que las decisiones deban ser tomadas por los ancianos mientras puedan. En cualquier caso, la familia se introduce como un nuevo elemento que, atendiendo a las verbalizaciones que expresan, parece adquirir un cariz totalizador al más puro estilo goffmaniano. En cualquier caso, los discursos no nos permiten decantarnos por una única manera de intervenir con las familias, tal y como en cierta medida nos aconsejan Padierna (1994), Leturia, Inza y Hernández (2007) y García y Gómez (2010).

Esperamos entonces que las verbalizaciones de los miembros de la organización nos ayuden a aclarar, si se da, el papel de las familias, así como otros aspectos de la toma de decisiones. Sus aportaciones han sido las que se exponen a continuación:

“A veces también el anciano delega y se acomoda. No creo que esto empiece aquí, yo creo que esto empezó hace tiempo. Hay un momento en el que el padre empieza a estar enfermo y delega esa responsabilidad en los hijos y al final el hijo acaba contando poco o nada con la decisión del padre.” (ORG2)

“Tú nunca puedes puentear, es decir, aunque tú sepas que el anciano ha delegado en su hijo no puedes puentear e irte directamente al hijo. Igualmente tienes que informar, igualmente intentas que el proceso de decisión, aunque decida el hijo finalmente, estén los dos, cuando hay capacidad.” (ORG6)

“Normalmente en el tema sanitario el anciano ha dejado hace mucho tiempo de tomar decisiones mucho antes de venir aquí.” (ORG6)

“Hay una junta de residentes que ahí nos juntamos cada tres meses y entonces pues ahí expresan sus opiniones, sus quejas, nos dan sugerencias y generalmente sí que las

tenemos en cuenta. Se intenta como decimos que estén en su casa y que sean ellos lo más partícipes posible dentro del funcionamiento del propio centro.” (ORG8)

“Muchas veces lo que ellos quieren no es lo más adecuado para su estado sanitario, su estado social, entonces pues como te va a decir que no intentas un trabajo previo para que te diga que sí.” (ORG8)

Tras la atenta lectura de estos resultados, nos resulta digno de resaltar el hecho de que desde la organización prácticamente no hay verbalizaciones acerca de la restricción de competencias de los ancianos a la hora de tomar las decisiones, sus decisiones. Es más, cuando hablan del papel activo del anciano en este aspecto nos llama la atención el hecho de que solo cuando se trata de decisiones que entran dentro del ámbito sanitario el residente no toma las decisiones, y que este fenómeno ya viene siendo propio desde antes de ingresar en la residencia, tal y como refiere ORG6. Muy importante este testimonio ya que argumenta perfectamente el proceso de delegación de responsabilidades a terceros. Es muy interesante ya que a veces los ancianos ya llegan a la residencia con unos hábitos, en este sentido, que hace muy difícil trabajar la promoción de la autonomía. En este sentido, la residencia no es siempre la causante de la delegación de responsabilidades a terceros sino que es mero instrumento de un proceso que ya empezó previamente al ingreso y que, de forma mayoritaria, el anciano no quiere cambiar cuando ingresa. Es importante señalar igualmente el mecanismo por el cual el anciano delega sus decisiones por acomodamiento en sus familiares, como atestigua ORG2 y ORG8. Es importante lo relacionado con la junta de residentes, expresado por ORG8, que viene a complementar lo ya expresado por otros agentes sociales entrevistados con anterioridad. La organización procura que las preferencias de los ancianos se cumplan cuando éstas han sido planteadas como alternativas a los ancianos. Desde este punto de vista, si bien como hemos podido comprobar en otros apartados de esta discusión, la tensión relacional entre los ancianos con demencia y los autónomos condiciona el elenco de decisiones posibles a tomar por parte de los últimos; en este sentido, la organización adquiere un papel fundamental a la hora de promover una mayor participación de los ancianos en los temas que afectan a su vida institucional.

10.8. REGISTROS: ¿QUIÉN HA ABIERTO MI ARMARIO ÉSTA VEZ?

Debemos centrarnos ahora en lo que parece ser una práctica institucional de las residencias objeto de nuestra investigación y que, por su similitud, al menos terminológica, con el modelo de institución de Goffman (2004) y sus repercusiones en las aportaciones esgrimidas por Barenys (1993; 2012), debemos conocer con profundidad; nos referimos a los registros.

Las verbalizaciones en torno a esta práctica han sido las siguientes en el grupo de los ancianos-residentes:

“Está bien por si tienen algo que no es suyo, o te han quitado algo. No me sienta mal que lo hagan, lo que me sienta mal es que me quiten las cosas.”(AR1)

“Si, bolsos no te los registran, las habitaciones sí te las registran. ¿Qué voy a opinar...?. Eso es una norma de aquí, las registran porque hay gente que tiene comida en los cajones y escondida y entonces se la quitan, le quitan la comida.” (AR6)

“Pues como hay tanta gente lo veo hasta casi normal. Porque hay más curiosos, menos curiosos [ríe].” (AR8)

“Pues la verdad que no da gusto que le registren.” (AR10)

“Me acuerdo que entrasteis en la habitación y yo tenía unas galletas muy bien, curiosas, y dije “ahí tengo unas galletas de esas príncipe” y me dijisteis que no podía tener eso ahí que era perecedero y tal. Y en todo caso he tenido ahí las galletas que me han ido trayendo y un día me las cogieron y se las llevaron y a los dos día pasé y se lo dije a Inma. Le digo “oye, esto ha pasado” y me dijo “Felipe no te preocupes que..” y yo le dije “si ya lo sé, si a mi me gusta la disciplina”.” (AR11)

“Y lo veo muy correcto porque mmm... lo veo correcto. A mi no me estorba. Yo lo entiendo, por esas mujeres que llevan cosas en el bolso, peras y eso... yo lo entiendo...” (AR11)

Las verbalizaciones de los ancianos nos muestran en su mayoría expresiones de desagrado, tal y como más o menos explícitamente muestran AR6, AR10 y AR11, ya que si bien las aceptan esto no les gusta. A favor de esta práctica solo se manifiestan AR1 y AR11, mostrándose el resto de interlocutores indiferentes ante el hecho de que les registren los bolsos o los armarios. A simple vista, esta práctica es un clarísimo rasgo que caracteriza a la residencia como una institución total, tal y Goffman defiende de manera particular (Goffman, 2004: 35-36). Para poder seguir ampliando información al respecto es conveniente conocer

los contenidos de las verbalizaciones de los otros grupos. A continuación, vamos a analizar los resultados de los trabajadores:

“Muchas auxiliares nos dicen: “mira en este armario he visto que hay bolsas con comida”; entonces vamos y cuando se encuentra comida se le dice al residente: “mira esto no puede estar aquí”, se llama a la familia y le devolvemos y le decimos que por favor no le dejen aunque muchas veces no nos hacen caso.” (TRAB6)

“Se le miran los bolsos, y aparte hay un control de mesitas de noche y armarios, con lo cual vamos revisando y vamos sacando tanto comida como otras cosas que no deben de estar y las vamos quitando. Pienso que es necesario.” (TRAB12)

“Pues ellos piensan que les estás robando, que les estás dejando sin nada porque eso es su cosa que ellos tienen, es su comida, son sus servilletas, porque ellos creen que eso es imprescindible.” (TRAB12)

“Porque ellos se guardan comida y acuden las hormigas, los abuelos tienen el tema de guardar, de guardar: Servilletas, pañales, el pan, las galletas... Yo se que a los abuelos no les gusta, porque ellos aquí tienen su casa, es como su casa, y tienen sus cositas y no les gusta que les toquen sus cosas.” (TRAB13)

“Se hace una revisión de armarios y mesillas de noche y entonces todo lo que se va encontrando en cuanto a medicamentos y alimentos se va retirando por el peligro que conlleva porque incluso te encuentras alimentos estropeados.” (TRAB14)

“Hombre, a ver, que lleguen a un armario que se supone es tuyo, de tu propiedad, y lo abran pues te tiene que hacer poca gracia. Lo que hacemos en esos casos es que si esa persona está bien suba con nosotras a la habitación y esté mientras lo hacemos.” (TRAB14)

“Yo lo veo bien, sinceramente. Se registran los bolsos, por la medicación, por si hay algún medicamento que no es suyo o que no tiene porqué llevarlo se les saca, las habitaciones igual, si hay gasas, Betadine, suero, cualquier cosa que se pueda dejar en las habitaciones por un día se revisa: habitaciones, bolso y armario.” (TRAB16)

Los discursos de los trabajadores, además de confirmar lo ya expuesto por algunos ancianos-residentes, introducen nuevos elementos de discusión. Nos llama particularmente la atención las verbalizaciones de TRAB12 y TRAB14, que si bien se muestran a favor de esta práctica refieren considerar que a los ancianos les debe hacer daño moral la misma. Es decir, sabiendo que les hace daño la llevan a cabo. Esto no encajaría dentro de la tendencia de los discursos vistos hasta ahora en otros puntos de la vida institucional. Es difícil asumir por nuestra

parte, sin buscar más causas, que los mismos trabajadores que se mostraban muy a favor de la autonomía del anciano en la toma de decisiones puedan meter la mano en el bolso de un anciano sin mayor implicación moral por su parte. Para poder alumbrar esta cuestión se hace más necesario que nunca buscar explicaciones, si las hay, entre las verbalizaciones de los miembros de la organización:

“Parece que controlamos su voluntad, es decir, se coarta la libertad totalmente. Realmente no parece ético pero claro hay tantas cosas que tienes que velar por el resto, aquí lo que prima es la seguridad de tus residentes, está clarísimo.” (ORG1)

“Si normalmente van los lunes pues procuramos no ser el mismo lunes el día que vamos a quitársela, dejamos que la tenga un día, dos días, porque claro recién comprada que requisemos la comida pues... Dejamos aunque sea pasar un par de días con el fin de lo que haya podido comprar que no esté malo y se lo quitamos. Digamos que hacemos un poco la vista gorda.” (ORG2)

“Yo le tengo dicho a la limpiadora que cuando limpie por las mañanas pues que intenten un poco revisar ya, lo que más se suelen guardar mas que nada que objetos punzantes y tal son, pues no se, quizás comida, o magdalenas o algo así.” (ORG3)

“En la normativa viene qué objetos no tienen que estar en la residencia. Para mí es muy controvertido hacer un registro de habitaciones porque si es controvertido que yo tenga que saber todo lo que tú tienes... más controvertido aun es meterme en tu habitación y registrarte todo lo que tienes. Entonces lo que normalmente hacemos es con los residentes capaces es que esté el residente delante.” (ORG6)

“Tienes que guardar un poco la privacidad de ellos entonces tú no puedes ponerte a registrar un bolso por mucho que sepas que este ha salido y le ha traído a esta señora esto. No puedes decirle “venga, ahora te voy a abrir el bolso porque te quiero ver lo que te han traído”.” (ORG8)

Es fundamental para comprender esta práctica institucional detenemos en las verbalizaciones de ORG1, la cual introduce connotaciones autocríticas dentro del ámbito de la ética institucional. Solo esto ya es un elemento de contraste con el resto de grupos estudiados. Un segundo aspecto de las verbalizaciones de esta entrevistada apunta a la salvaguarda de la seguridad de otros residentes como causa primaria de esta práctica institucional. En este sentido parece ser que la cohabitación de personas con diferente grado de deterioro cognitivo en la misma residencia va a obligar a la institución a desplegar esta medida, la única que evoca

al mundo institucional de Goffman (2004: 35-36) de manera clara de cuantas hemos analizado. Probablemente por este motivo, ORG3 y ORG6 se muestran a favor de realizar los registros, ya que le ven una utilidad fundamental, tal como retirar alimentos en mal estado u objetos punzantes y/o cortantes y otros prohibidos por la Administración. Esta circunstancia, es decir, la prevalencia del imperativo normativo, es lo que hace que la institución se vea entre dos frentes: por un lado, defender la autonomía del anciano-residente y el derecho a la intimidad que promueve precisamente la normativa autonómica en cuanto condiciones funcionales mínimas (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2005), y por otro lado, el imperativo de esta misma norma legal a prohibir la posesión de objetos “peligrosos” entre los residentes. Ante esta dicotomía, la institución se decanta por la aplicación de la norma de manera que podemos observar distintas maneras de hacer los registros, en función de la finura de la institución o de la sensibilidad de quien los ejecuta. De este modo, las instituciones que así actúan estarían alineadas con los supuestos teóricos de Goffman (2004, pp.86-87). En este sentido, nos encontramos con las verbalizaciones de ORG2 que, si bien hacen los registros como el resto de instituciones estudiadas, lo llevan a cabo de manera que sea lo menos moralmente lesivo para el anciano. Así ORG2, por ejemplo, aun sabiendo cuando el anciano se ha provisto de alimentos externos a la residencia, prefiere esperar unos días antes de decirle que va a proceder a revisar las habitaciones. Algo parecido ocurre con ORG7 que puede llegar a permitir pequeños objetos prohibidos como navajitas pequeñas aunque retire el resto de objetos. Esta invasión de la intimidad, insistimos, sí nos acerca al mundo institucional de Goffman (op.cit. pp.35-36, 86-87), al menos aparentemente, pero no lo hace en sus mismos términos pues en aquel los registros persiguen desposeer al interno de todo cuanto le una con el medio externo de la institución. En nuestro caso, si bien hay una clarísima invasión de la intimidad del anciano, ésta es promovida por la normativa de la Administración, en un intento de defenderse ante posibles denuncias o sanciones reglamentarias. La práctica de los registros ejemplifica, como ninguna otra, la ambigüedad del mundo residencial en cuanto a su relación con el anciano-residente, ya que se dan en el mismo contexto institucional situaciones diametralmente opuestas, como es la promoción de la autonomía, por convencimiento de la organización, y la función de guardián de la observancia y

obediencia de la normativa impuesta a los ancianos-residentes, a través de los mecanismos institucionales residenciales. Dicho de otro modo, si bien la organización no está de acuerdo con los registros, debe hacerlos para hacer cumplir la normativa a los ancianos-residentes. Nuevamente aparece en escena la organización estructuralista de la realidad que rodea la vida institucional residencial, en general, y la del anciano, en particular. Por ello, si bien los supuestos teóricos de Goffman, anteriormente expuestos (op.cit. pp.35-36, 86-87), en términos absolutos, bien podrían asemejarse a la realidad observada en nuestra investigación, de manera relativa, no lo es tanto, ya que dudamos que en las instituciones donde se ha realizado nuestro trabajo se llevarían a cabo los registros si la Administración no les hiciera a éstas responsables de determinadas prácticas de los ancianos. En este sentido, no podemos afirmar que, en esta línea argumentativa, las residencias, objeto de nuestra investigación, compartan supuestos teóricos con Goffman alejándose de la totalización institucional.

10.9. ACTIVIDADES: LA GESTIÓN DEL ABURRIMIENTO

Con la clara intención de continuar ampliando el grado de conocimiento acerca del escenario institucional donde se están dando las relaciones, vamos a avanzar en dos puntos más, como son las actividades, en el más puro sentido goffmaniano. Comenzaremos por los ancianos-residentes:

“La gimnasia, las reuniones con José, el psicólogo, que me gustan mucho, manualidades... yo pienso que deberían hacerse más actividades, más veces. Muchas se quejan, no tienen ganas de nada, son muy gandulas.” (AR1)

“Hacen como dibujos muy bonitos, y obsequios muy bonitos para colgar. Hacen varias cosas bonitas. Sí participo, sí. Estoy para relajarme, vivir tranquila, no preocuparme, y ya está. Porque ya tengo 91 años, yo mi vida ya la he hecho. Y como ya tengo mi vida completa, pues ya que me dejen descansar.” (AR2)

“Hacemos gimnasia, cuando puedo hacerla que no esté cansada, bingos, manualidades, y más cosas...Están bien, algunas dicen de jugar a las cartas pero a mi no me gusta y tampoco se...”(AR3)

“Estoy muy bien, yo, aunque esté feo de decirlo, soy la que más hago todos los trabajos, que ninguna hace mandados por Yolanda y la que más trabaja, porque cuando hay una apretura yo le ayudo a Yolanda y lo sacamos.” (AR6)

“Hay un gimnasio, hay unas TV que ponen películas, y hay un bingo, y hay también que pintan. Hay misa también. Pero yo el rato que tenga lo que hago es probar a moverme.” (AR8)

“Nosotros cuando que nos mandan a hacer dibujos, viene el fisioterapeuta nos sube y nos hace que hagamos gimnasia, nos hace que hagamos cosas, él nos lo dice y nosotras, nos dice... pues vamos, a lo que nos diga, pues nosotras a obedecer. Si no quieres no vas, él nos dice pues vamos a hacer esto, pues vamos y nosotras como vamos dos o tres, pues de estar todo el día ahí sentada, vas comes, a sentarte, desayunas, a sentarte, no haces otro oficio nada más que estar sentada, moverse hay que moverse.” (AR10)

“Creo que no sea obligatorio. Creo que no sea obligatorio por lo que yo observo.” (AR11)

De las verbalizaciones manifestadas por los interlocutores, hemos podido inferir que a los ancianos parece gustarles las actividades que se realizan en la residencia, tal y como expresan AR3, AR6 y AR8, aunque está claro que hay ancianos que simplemente no quieren participar, aunque no expresan el motivo con claridad, tal y como lo verbaliza AR1. Los discursos que expresan la no apetencia por las actividades son escasas, solo lo hace AR2, y de manera muy concreta AR10 y AR11 dejan muy claro que la adscripción al grupo de actividades es totalmente voluntaria, aunque no exenta de esfuerzos por parte de los trabajadores para que participen. Todas estas verbalizaciones en su conjunto, y algunas en concreto, contradicen la teoría goffmaniana de que los internos realizan actividades siguiendo un plan trazado por la institución con el fin de privar de sentido su día a día (Goffman, 2004: 23). También parecen situarse estas verbalizaciones en el polo opuesto de lo defendido por Zarebski (2005:72), cuando afirma que una residencia sin actividades produce la “animalización” de sus internos, relegando su único interés a la espera del momento de la comida y de la defecación. La mera existencia de criterios de voluntariedad, y la expresión de los gustos y preferencias al respecto deslegitima a Goffman (Goffman, 2004:23), por lo que no podemos decir, al menos a tenor de los resultados obtenidos en el

grupo de los ancianos-residentes, que las residencias objeto de nuestra investigación realicen prácticas que nos permitan caracterizarlas como totales, primero porque existen un abanico de intervenciones que persiguen no solo entretener al anciano, sino que no pierdan su cariz terapéutico (por ejemplo, las actividades del gimnasio), lo cual de entrada va en contra de lo afirmado por Goffman (op.cit. p.78), cuando dice que las actividades solo persiguen fines compensatorios; más tarde, podemos apreciar que sigue sin poder aplicarse el modelo de Goffman cuando el carácter voluntario de las vistas en las residencias, objeto de nuestra investigación, contradice lo expuesto por el sociólogo cuando refiere que en las instituciones totales dichas actividades son obligatorias (op.cit. pp.20,35,52). De las verbalizaciones de los entrevistados, igualmente, no parece haber concordancia con el modelo goffmaniano, sobre todo cuando éste refiere explícitamente que las actividades no tienen sentido (op.cit. p.23), algo que en nuestra investigación no hemos podido constatar, al menos en el conjunto de las entrevistas a los ancianos. Siguiendo esta línea analítica en nuestra discusión, podemos afirmar que lo evidenciado en las verbalizaciones va en contra de lo aportado por Goffman cuando refiere que el autoaislamiento en que se encuentra el interno, los ancianos-residentes, produce en estos una crisis de esterilidad productiva, lo venimos a llamar aburrimiento, que si bien compartimos desde un punto de vista teórico no es desdeñable la voluntad de los ancianos-residentes en esta actitud, lejos de estar impuesta por la institución, que precisamente es el rasgo diferencial entre las instituciones observadas y las totales descritas por Goffman (op.cit. p.78).

Los discursos de los trabajadores nos van a permitir, presumiblemente, ampliar esta información. Así los resultados en este grupo de la residencia son:

“Hay ancianos que por más que le decimos que se vengán, no los podemos convencer. Una rutina para todos los días igual para ellos es mortal. Ellos tienen que tener su tiempo de diversión.” (TRAB2)

“Hay residentes que son muy cómodos, que están sentados, que no quieren salir de ese entorno. Pero cuando hablas con ellos y los puedes convencer, van.” (TRAB4)

“Tenemos actividades de ocio, se realizan fiestas. Tenemos actividades de estimulación cognitiva, actividades de rehabilitación, geronto-gimnasia, actividades de creatividad, talleres en los que por ejemplo se elaboran los trajes de carnaval o se

elaboran regalos para luego hacerlos para darlos en las fiestas que se hacen en la residencia.” (TRAB8)

“Son voluntarias, normalmente siempre se pide la opinión del anciano, quien no quiere no se le puede obligar.” (TRAB12)

“Mira... hay quien no va porque no quiere. Se insiste y le hablas y algunos te dicen “no, es que eso es para tontos”.” (TRAB12)

“Ellos deciden si las hacen o no las hacen.” (TRAB14)

De los discursos de los trabajadores, podemos observar que las actividades tienen cierta utilidad institucional, tal y como expresan TRAB11, TRAB15 y TRAB16, destacando la expresión “labor buena” utilizada por TRAB11 como atributo de la residencia al realizar estas prácticas con los ancianos. Las actividades recogen un amplio número de prácticas acordes con la mayoría de gustos y preferencias, según las aportaciones de TRAB8 y de TRAB12, aunque a pesar de ello habrá ancianos que, o bien no les guste, como refiere TRAB6, o bien nos les apetezca sin más explicaciones, como refieren en este caso TRAB4 y TRAB12. Tal y como pasaba en el grupo de los ancianos, para algunos de estos las actividades tienen un propósito interesante y otros simplemente no quieren participar, tal y como expresan TRAB2 y TRAB8. Al igual que ocurría en la discusión de las verbalizaciones de los ancianos-residentes, las actividades no parecen perseguir fines de entretenimiento exclusivamente. Asimismo, la apatía de algunos de estos a participar, y la utilidad manifiesta de las mismas nos alejan de los supuestos teóricos de Goffman (2004). Igualmente, la evidencia de la voluntad en la participación o en la no participación contradice los supuestos de Barenys (1993) a la hora de tener en cuenta la “sensación de pérdida de control”. De momento, las verbalizaciones de los ancianos y de los trabajadores se encuentran alineadas en cuanto a la directriz argumentativa utilizada. Veamos ahora qué nos aportan los familiares en las entrevistas en cuanto a actividades se refiere:

“Es para que ellos estén super entretenidos, pintan, cosen, juegan, cantan, salen, ... y se enorgullecen de lo que hacen, les gusta, y yo creo que eso es muy importante para ellos, física y mentalmente...”(FAM3)

“Para estar entretenidos, porque encima que están allí... y más en esta época en la que hace frío, no pueden salir a la calle. Pues hay que darles algo para que se

entretengan esas personas (recortar, dibujar, etc.), porque sino esas cabezas no paran de dar vueltas.” (FAM4)

“Y con esas actividades ellos se sienten útiles de ver que son capaces de hacer algo.” (FAM4)

“Nosotras participamos también en los talleres.” (FAM7)

“Pero yo creo que no se le obliga a nadie no, se le aconseja pero hay algunos que no van porque no quieren.” (FAM7)

No podemos negar, para comenzar la discusión de este grupo de verbalizaciones, las alusiones que hace FAM4 al único objetivo de ocio que tienen las actividades, lo cual nos llevaría a pensar, al menos preliminarmente, en un ambiente de pleno aburrimiento en el día a día. FAM3 y el mismo FAM4 contradicen este argumento al expresar claramente que los ancianos se enorgullecen de su papel en las actividades, lo cual ya en sí mismo contradice los supuestos teóricos goffmanianos, ya que la adscripción a las mismas es del todo voluntaria, tal y como refiere FAM7. Este mismo familiar introduce un nuevo elemento rico en matices para discutir, y que no es otro que la adscripción de los familiares en las actividades programadas por la residencia. No podemos negar las interesantes líneas argumentativas a que esta circunstancia nos lleva, ya que entonces la familia estaría mostrando su rol de cliente, según Padierna (1994), facilitado por la institución. También nos acercaría al mundo de las relaciones, pues una residencia que contemple a los familiares de los ancianos como parte a tratar, o abordar, qué duda cabe va a influir, no sabemos si positiva o negativamente, en las relaciones de éstos con el resto de agentes sociales de la institución. El escenario así intuido no se acerca al mostrado por Goffman (2004) en su tesis teórica. Tal y como hemos referido, las aportaciones de la organización, ahora más si cabe, son fundamentales para llegar a una imagen más concreta de la vida institucional, valorar su grado de adhesión al modelo de institución total de Goffman (2004), y los colores del escenario antropológico donde se van a desplegar las relaciones entre sus miembros. Estas aportaciones son las siguientes:

“Obligados no, porque hay que respetar si el usuario quiere o no quiere.” (ORG1)

“A la hora de la participación pues es muy escasa porque tienen sus limitaciones y otros días que también ellos de su propia boca dicen que no tienen ganas de hacer nada porque ya están cansados de hacer cosas, con lo cual tampoco creo yo que se

deba de valorar por si hacen muchos dibujos o pocos, sino más bien por su integración en la residencia y que cualquier cosa que ellos detecten nos lo puedan decir.” (ORG3)

“Personas es que no quieren hacer nada pero porque no quieren hacer nada no quiere decir que estén aburridos si no que no quieren.” (ORG7)

“Hacemos muchos tipos de actividades, tanto actividades grupales adaptadas al gran grupo, se intentan un poco también adaptar las características individuales de la persona.” (ORG8)

“Diferentes actividades para la incorporación de la familia dentro del mundo de la residencia, actividades más lúdicas con la familia o actividades también formativas a través de diversos programas como el grupo de autoayuda o el grupo de intervención con familias.” (ORG8)

Las verbalizaciones de la Organización no vienen más que a confirmar todo lo expresado anteriormente, por lo que deducimos que las vivencias en relación a este punto son plenamente compartidas, así como nuestras aportaciones en la discusión. Merece la pena centrarnos un poco más en la introducción de la familia como objeto de atención, decantándose las residencias objeto de nuestro estudio, o al menos una parte de estas, por un modelo institucional en el que la familia juega el rol del cliente, tal y como proponen Padierna (1994) y Leturia, Inza y Hernández (2007). Este punto es clave para entender el grado de innovación de este tipo de instituciones respecto al modelo de Goffman (2004) y a otros de tipo asilar, también contemporáneos. La familia, previamente, es claramente beneficiaria de los servicios prestados a los ancianos-residentes, al ser la que, al menos en principio, busca el recurso social residencial por un problema que le surge a esta como consecuencia del estado social y/o sanitario del anciano. El hecho de existir actividades nos lleva a escudriñar entre las verbalizaciones acerca del *status quo* de la residencia en cuanto a la percepción que los agentes sociales tienen de esta. La intencionalidad de las actividades más allá de las meramente terapéuticas, esto es por ejemplo, la gerontogimnasia, los talleres de psicoestimulación cognitiva, o la actividad física en piscina, que deben perseguir un objetivo concreto el cual no alcanzamos a aprehender con las anteriores verbalizaciones. Con este objetivo, hemos intentado atrapar, entre las verbalizaciones de sus discursos, referencias concretas a lo contrario de la actividad, es decir, al aburrimiento, pues esta situación es la que caracteriza según

Goffman (2004) a las instituciones totales. En este sentido, las verbalizaciones han sido las siguientes:

“A ratos me aburro, sí, pero vamos es pasable. Paso mucho en la calle y la calle distrae mucho, el aire te despeja y estamos bien.” (AR2)

“En algunos momentos sí se aburren. Por ejemplo, en la hora de la siesta, las mañanas se les hace largas hasta la hora de la comida.” (TRAB2)

“Se aburren mucho, sí, pero en parte es porque se niegan a participar en las distintas tareas (punto, baraja...) Lo mismo piensan que ya han trabajado bastante. No son nada participativos. Aquí se sienten aburridos, yo creo porque se les da ya todo hecho o casi hecho, no tienen que hacer nada.” (TRAB3)

“Yo no los veo que se aburran, nada más que si te los llevas y están una horita haciendo cosicas pues parece que también les gusta, aunque hay algunos que no, no quieren trabajar, no quieren colaborar, hay de todo.” (TRAB11)

“En parte, yo creo que se aburren porque ellos demandan ciertas cosas en las cuales es imposible aquí ni en ningún sitio, ellos demandan más tiempo de tí, lo cual hay veces que sí puedes y otras veces no, ellos demandan mucho tiempo, mucho afecto, que estés con ellos, en parte puedes estar, pero no siempre puedes hacerlo, entonces yo pienso que hay una parte que si que se aburren.” (TRAB12)

“Pues tienen sus momentos de aburrirse. Como dicen ellos mismos, a veces se aburren de la propia vida, la vida a veces cansa y pesa.” (TRAB14)

“Algunos se sientan y se tiran toda la mañana durmiendo o se están paseando de un lado para otro. A mí me han dicho muchas veces que se vienen conmigo a dar una vuelta. Están más felices que unas castañuelas.” (FAM4)

Hay verbalizaciones que se refieren al aburrimiento como algo que puede pasar durante algunos ratos al día, y en este sentido se pronuncian AR2, TRAB2 y FAM4, y no todos los ancianos, sino a un grupo de estos como refiere TRAB12. Si bien es cierto que en efecto hay un grupo que se aburre, y al parecer mucho, según TRAB3, esto se produce precisamente por no participar en las actividades. Las aportaciones de los entrevistados nos llevan a inferir que en las actividades se encuentra el verdadero *status quo* residencial, la base de su vida institucional, y que de producirse el aburrimiento se da en aquellos ancianos que por diversos motivos no quieren participar en las mismas, es decir, el aburrimiento sería una consecuencia de no querer participar en la vida institucional residencial. Desde este prisma, incluso los momentos de tranquilidad, como la siesta de media

mañana o después de comer, serían actividades pensadas para quien quiera adherirse, habiendo otras actividades alternativas. Visto así, la residencia está muy lejos de parecerse al modelo propuesto por Goffman (2004:76-78).

10.10. RELEVO DEL ROL: PASEN Y VEAN

El siguiente punto a tratar será la publicación periódica de una revista que, al parecer, Goffman asocia a manifestaciones concretas del mundo institucional total (op.cit. pp.101,103,105). Analicemos a continuación las verbalizaciones con ello relacionadas:

“Esa revista hay veces que trata de los años, por ejemplo, de sus años jóvenes de comidas, es una forma de recordar un poco su vida anterior. Pues yo pienso que esta bien para ellos, es agradable, porque a ellos les gusta mucho recordar, y es una forma también de revivir cosas de antes y que a ellos le es agradable, yo creo que sí. A ellos les gusta, les gusta porque a la vez de que están entretenidos también dan un poco de publicidad de sus cosas buenas, y les gusta.” (TRAB12)

“Que por cierto yo me la llevé y mi hija la leyó, y el caso de Juana me dijo mi hija “mamá qué lástima de esta mujer, fijate por todo lo que ha pasado”. Está muy bien esa revista, porque ellos te cuentan su vida, y ya tienen no sé, es un aliciente, si es que aquí lo tienen todo, muy bien, me gusta mucho esa revista.” (TRAB13)

“A mí me parece muy buena idea porque ellos también hacen entrevistas al profesional de enfermería o auxiliares. Son ellos los que te plantean los temas y te dicen “pues quiero hablar de esto y quiero hacérselo a estas enfermeras”. A mí me parece muy bien, todo lo que sean actividades para distraerse me parece bien.” (TRAB16)

Según Goffman (op.cit. pp.101,103,105), en su propuesta teórica, la revista es realizada por los internos pero, siguiendo estrechamente las instrucciones de los miembros del personal. Esto no es lo que parece evidenciarse del discurso de los entrevistados.

A continuación, analizaremos las verbalizaciones en torno a la celebración de jornadas de puertas abiertas. La visibilización de esta práctica, según Goffman, y que ya hemos tratado ampliamente en el apartado del marco teórico correspondiente, sería un rasgo de las instituciones totales. Veamos las verbalizaciones:

“Nosotros estamos abiertos 365 días al año. Están las puertas abiertas para los familiares, para todo el mundo que quiera. Obedece a que creo que es necesario que la gente de fuera y no solo los familiares, conozcan lo que es la residencia, y que nuestros mayores... Nos lo dijo [lo de hacer las jornadas de puertas abiertas] el IMAS, la administración. Que era conveniente que se hiciera un día de jornadas de puertas abiertas. Nosotros lo hacemos, pero hoy por ejemplo ha dado la casualidad de que hay una jornada de familiares de la residencia, donde vienen los familiares, están todos invitados a venir a la residencia. Que están el resto de año pero que se les ha llamado expresamente para que vengan.” (ORG2)

“El primer domingo de la primavera, siempre lo hacemos de puertas abiertas para familiares y para la sociedad.” (ORG3)

Tras la lectura de los resultados, podemos inferir que si bien se dan este tipo de prácticas, esto se produce, como refiere ORG2 y ORG3, por mandato de la Administración. En este sentido sería el Estado, a través de los organismos microsociales de la Administración, la que actúa como única institución total, al cumplir los supuestos teóricos de Goffman (op.cit. pp.107,110-111,114-115) al imponer verticalmente este tipo de tácticas, las cuales son cuestionadas tanto en la finalidad como en las bases morales que se contraponen con las de las instituciones residenciales. De hecho, nuestra experiencia en el campo de estudio nos permite añadir algún detalle que esperamos ayude a comprender este fenómeno. Desde hace algunos años, son los propios políticos quienes buscando un escenario de fondo para transmitir una imagen social impusieron en la Región de Murcia la celebración de un día, al menos, de puertas abiertas en que ellos visitaban las residencias previamente seleccionadas acompañados por un cortejo de periodistas de diferentes y diversos medios. Podemos comprobar como ORG2 y ORG3 manifiestan con orgullo que estas jornadas se celebran en sus instituciones cada día del año, pues precisamente el ambiente de apertura a la sociedad, tal y como hemos visto anteriormente, es al que aspira para poder cambiar la imagen de las instituciones residenciales.

11. RELACIONES

Tal y como hemos visto en apartados anteriores de esta exposición y análisis de resultados, hay aspectos en las relaciones sociales entre los agentes sociales que operan en la institución residencial que nos llaman especialmente la atención. Si bien en capítulos precedentes hablábamos de cuestiones relacionadas con el reclutamiento de los grupos, al menos de manera formal, esta información se ha ido ampliando conforme este trabajo ha ido tomando forma. A modo de ejemplo introductorio no cabe duda que, en los discursos de los entrevistados, es un tema recurrente la diferenciación de los ancianos entre personas con demencia y aquellos que no lo están. Como consecuencia de ello, se intuyen ciertas tensiones relacionales expuestas con mayor o menor especificidad por todos los agentes sociales, cuyos miembros han sido entrevistados. El interés de esta faceta es crucial para la discusión de los aspectos que atañen a las relaciones entre los diversos miembros de los agentes sociales, pues se añaden nuevas categorías, al evidenciarse la existencia de subgrupos en cada grupo, intuido por los propios miembros y por los del resto de grupos. Estas percepciones, indudablemente pertenecientes al terreno de lo etnográfico, dan pleno sentido a nuestra investigación habiéndose constituido en el objetivo general de la misma.

11.1. TIPOLOGÍA DE ANCIANOS

De las verbalizaciones de los entrevistados, podemos inferir que estos se clasifican en función de la capacidad cognitiva y funcional, derivada de la primera. Esta aproximación clasificatoria nos recuerda, aunque a *grosso modo*, a la que hacen otros autores al diferenciar a los ancianos seniles de aquellos jubilados (Fericgla, 2002). Así, los seniles serían aquellos con especiales necesidades de atención. De esta primera premisa se entiende que más tarde estos grupos pueden estar incluso confinados en espacios físicos delimitados, tal y como hemos podido comprobar durante la observación participante, ya sea por separado (diferentes salones) o juntos (en un mismo salón). De esta manera AR4, por ejemplo, nos

define claramente los tres grandes grupos que cognitivamente componen el gran grupo social de los ancianos-residentes. Serían los que están “*medio-medio*”, esto es los que funcionalmente tendrían alguna tara física (sillas de ruedas, incontinencias, enfermos de Parkinson, etc) pero cognitivamente estarían más o menos bien (pues en este grupo a veces incluyen a los ancianos con algún retraso mental leve, y a los que padecen algún cuadro depresivo mayor). Por otro lado, estarían los que están “*completamente*”, esto es lo que funcionalmente estarían bien, y por ello son autónomos para desempeñar sus actividades de la vida diaria completamente y gran parte de las instrumentales. Por último, nos encontraríamos con los que están “*completamente mal de la cabeza*”, esto es el anciano con demencia, aquella persona que padece algún cuadro de deterioro cognitivo manifestado por alteraciones comportamentales tipo deambular errático, gritos, discursos inconexos o delirios sistematizados entre otros (Román & López, 2006):

“Si hay rebeldes, será porque no tienen bien la cabeza...” (AR3)

“Están los que medio-medio, los que están completamente, y los que están completamente mal de la cabeza.” (AR4)

De manera análoga a como los ancianos-residentes se auto-clasificaban, el grupo de trabajadores también acude al estado funcional para hacerlo, dejando muy claro que las personas con demencia están en un lugar aparte del resto, y los autónomos, ya sea parcial o totalmente, estarían en otro lugar:

“Hay algunos que son más independientes, salen de la residencia y todo, se van al mercadillo. Hacen a lo mejor grupos según ellos se vean mejor, entonces las que cosen, las que hacen ganchillo, se van a su grupico, por ejemplo.” (TRAB1)

“Está el salón de los mas válidos, otro en el que están las personas con demencia.... Se trata de que estén lo mas a gusto posible.” (TRAB3)

“Los grupillos de los que se juntan en una mesa, los que comen juntos, los que tal, los que cual, y los que duermen juntos por supuesto, normalmente los que duermen juntos suelen sentarse juntos en el salón, y luego en el comedor.” (TRAB17)

Es interesante este tipo de aportaciones pues nos recuerda sobremanera los argumentos en la misma línea de Fieldhouse (1986:82), el cual afirma que la

comida constituye un medio para expresar sociabilidad y hospitalidad; así, la proximidad de las relaciones personales puede manifestarse mediante los tipos de comidas que cocinan juntos o la frecuencia de los encuentros para comer. Esto es precisamente lo que vemos en las expresiones de nuestros entrevistados. De estas verbalizaciones podemos inferir que, en un primer momento, al llegar a la residencia, un anciano nuevo se va a encontrar frente a dos grandes grupos, uno de personas con grandes problemas cognitivos, las personas con demencia, y otro gran grupo sin problemas cognitivos pero con más o menos taras funcionales. Este hecho se debe a la insistencia de los entrevistados en su referencia explícita a la comensalidad, esto es al grupo de personas que se forma en torno al acto de comer, lo cual podría ser una significación de los valores y estatus de las personas que conforman los grupos como veremos más adelante. Nos llama especialmente la atención las referencias explícitas del TRAB14 a la continuidad de criterios para formar los grupos que éste compara con la sociedad exterior, no evidenciando rasgos particulares en el caso de las residencias, alineándose así con las aportaciones de Goffman en este sentido (2004: 124,127). Desde nuestro punto de vista, este hecho aleja a la institución donde se dan estas prácticas de la totalización, pues su mismo argumento evidencia que dichos rasgos de totalización, que se resume en la formación de grupos de la misma manera a como se hacen en el exterior, serían los mismos que utilizaríamos cualquier conglomerado humano para establecer grupos, no siendo por ello necesariamente las instituciones que nos acogen instituciones totales. En este sentido, si bien los rasgos aprehendidos en nuestra investigación se asemejan al modelo de Goffman (2004), no podemos tomar este como referencia por no servir el mismo, al menos en este aspecto, como entidad diferencial.

En el caso de los familiares, se mantiene la clasificación del grupo de anciano-residentes, anteriormente expuesta por los grupos de ancianos-residentes y trabajadores, los discursos de las familias versan como sigue:

“En el primero está la gente que no se relaciona con nadie, solo con ellas mismas. Porque no les guste el trato de las personas anteriormente o porque tienen otras formas, maneras. Las ves más cursis, con más categoría. El de mi madre es muy distinto, donde va a parar.... Estas cada una hablan de su ambiente, se preguntan unas a otras “¿cuándo van a venir tus hijos?”, hablan entre sí “a ver esta noche lo

que nos toca de cenar". Cosas que no tienen importancia, pero entre ellas se lo comentan. Esto en el grupo de mi madre." (FAM4)

Tal y como veníamos intuyendo, el grupo de la organización apoya con sus verbalizaciones las propuestas de subgrupos de ancianos-residentes referidas por los anteriores grupos sociales entrevistados, aunque con algunas matizaciones que merece la pena resaltar:

"Sí que podríamos agrupar distintos a nivel general. Las personas que son más fuertes, diríamos, o que psíquicamente se encuentran mejor, son más fuertes. Tienen un nivel cultural distinto al resto, entonces diríamos un poco como la élite de la residencia. Luego tenemos otro grupo que, bueno, a lo mejor también psíquicamente están bien, y como que se apoyan un poco y diríamos los más débiles. Y bueno, ya tendríamos el grupo de personas con demencia que es el que el resto ve como "los pobreticos". (ORG2)

"Yo creo que ahí no hay clase, desde luego donde menos se ve la clase social, que en esta sociedad está todo dividido por clases sociales, clase media, clase alta, clase baja, yo creo que donde menos se distingue eso. Hay gente que viene marcada por su clase social y entonces incluso esas son la que peor lo pasan, porque ellos piensan que han nacido para tener servidores y claro ahí al llegar a la residencia y ver que son una más, entre todas pues es donde peor lo pasan." (ORG3)

"Sí, hay grupillos. "Yo estoy válido, y tú no, entonces yo no voy estar con esos viejos". Sí se hacen grupos algunos que están, pues como yo digo muy orgullosos, de estar válidos no se dan cuenta que dentro de tres días pueden ser ellos los que estén asistidos." (ORG5)

"El grado de dependencia lo está decidiendo un fisio y una terapeuta ocupacional [se refiere a la valoración que se hace por parte del IMAS para determinar el grado de dependencia], tampoco hay mucho más. En ese grado de dependencia entran muchas patologías y muchos estados diferentes. Y luego a parte tenemos el modelo "G"¹⁰, ya no solo los dependientes sino que hay un tipo de plazas que son de emergencia social que no tienen porqué ser dependientes que también pueden venir aquí." (ORG6)

¹⁰ El modelo "G" se refiere a la codificación del expediente administrativo de los ancianos por el IMAS. Este expediente concreto hace alusión a las plazas de emergencia social que no siguen los mismos criterios de baremación que las plazas de dependencia.

Confirmamos, como afirma Delgado (2004), que la tipología de los ancianos que viven en instituciones residenciales va a determinar los servicios que esta última ofrece, así como las motivaciones de las actuaciones particulares y generales. Es muy interesante la clasificación que ORG2 hace de los ancianos refiriéndose como los fuertes, débiles y los “*pobreticos*” refiriéndose a las personas con demencia. Esta, que sería una clasificación cargada de juicio moral en un primer momento, nos aporta ciertos matices de la caracterización global que la organización realiza de las personas atendidas. Hablar de las personas como fuertes o débiles nos lleva a un contexto asistencial más cerca de la compasión social, que podría llevarnos a evocaciones de la beneficencia. Particularmente, la clasificación de las personas con demencia como “*pobreticos*” nos confirma esta visión quizás un tanto paternalista de la organización. Lejos de hacer por nuestra parte un juicio de valor particular sobre el discurso del entrevistado, este tipo de expresiones no dejan de alejarnos, aunque no quede exenta de ciertos prejuicios de otra índole, del modelo goffmaniano de institución total. En estas últimas, el interno no es considerado más que como un individuo uniforme, sin merecimiento de caracterización alguna, objeto de una despersonalización selectiva y progresiva en lo que el autor canadiense viene a denominar el proceso de “*mortificación del yo*” (Goffman, 2004, p.33). Solo una de las personas entrevistadas, ORG3 nos hace referencia explícita a la inexistencia de grupos dentro de la residencia, existiendo para ésta un solo y gran grupo dentro de la misma, esto es el gran grupo de personas baremadas por la Ley de Dependencia con el Grado III de la misma (Gobierno de España, 2006a).

11.1.1. Reclutamiento

Una vez analizados los datos acerca de los subgrupos de ancianos, resulta igual de interesante ahondar en los mecanismos de reclutamiento, vistos por cada grupo social de los que operan en las residencias. Una vez evidenciado por todos los agentes sociales entrevistados que, efectivamente, existen diferentes grupos dentro del gran grupo social de ancianos-residentes, es muy interesante para nuestra investigación conocer cuales son los criterios no formales de adscripción a los mismos, esto es el reclutamiento, más si cabe cuando entre las formas de agruparse habían, en opinión de los entrevistados, rasgos muy ambiguos y

arbitrarios como la afinidad por carácter de los ancianos. Así, las verbalizaciones de los ancianos a este respecto son las siguientes:

“Porque a los que están peor los meten dentro, los que están peor de la cabeza. Y los que están mejor están aquí. Es que la gente se divide ella sola.” (AR6)

“Yo lo único que sé es que el día que yo vine me dijo una de aquí que se llamaba Encarna “Sacramento siéntate aquí”. Me senté en el sillón que estoy y hasta hoy...”(AR7)

Si bien los comentarios de los ancianos a este respecto no son abundantes, no es este motivo suficiente para no discutir determinados aspectos aunque sea de manera introductoria a la discusión del resto de agentes sociales. AR6 nos argumenta prolijamente que la capacidad relacional de las personas sería un criterio esencial, cuando no imprescindible, para entrar a formar parte de un grupo. De manera complementaria, AR7 introduce la figura de la líder del grupo, o grupos (todavía no lo sabemos), como determinante a la hora de adscribirse a un grupo de personas, en este caso de ancianos-residentes. AR7 refiere explícitamente que es esta líder la que le indica a un nuevo anciano que se siente en determinado lugar lo cual automáticamente la va a posicionar de cara al resto en un grupo u otro. Esta condición de asimetría en la negociación del estatus entre el nuevo residente y aquellos que le reciben adquiere dimensiones antropológicamente interesantes (Van Genep, 2008). Si bien el carácter y la afinidad era el criterio de cohesión de un grupo de ancianos sobre otro, esta nueva figura en los discursos, la líder, sería la que poseería la capacidad de discernir acerca de la conveniencia de la pertenencia de un grupo sobre otro. Este perfil, por el interés suscitado, se enfrenta al del nuevo anciano que entra, el novato, intuyendo al menos a priori conflictos y tensiones relacionales que más adelante analizaremos con detenimiento. Es muy interesante cómo, además del personal laboral y de los miembros de la organización, el rol del líder aparece como un nuevo condicionante a la libertad relacional del anciano recién internado, incluso aunque esta adscripción sea por su carácter.

Las aportaciones de los miembros del grupo de trabajadoras son las que se exponen a continuación:

“También como intentan ponerlos los compañeros siempre que se lleven bien que estén en la misma mesa y si hay algún problema enseguida lo decimos y los cambian

y ya está, si discute alguno que cueste un poquito más trabajo o algo pues ya lo ponen de manera para que no discuta y ya está” (TRAB2)

“Cuando le invitan a formar parte de sus rutinas diarias, el “vamos a la calle”, el “nos vamos al baño”, el “nos vamos a tal actividad o vamos a hacer tal taller o vamos a tal sitio” es cuando les comunican lo que en ese momento van a hacer o lo que en ese momento una persona en concreto va a hacer y entonces en ese momento le hacen formar parte de esa vida. Cuando al principio, el primer día, es como que todo el mundo busca información, pero cuando ya empiezan a llamarla para hacer cosas, empiezan a integrarla para hacer cosas, incluso la hacen que forme parte de sus rutinas diarias, es cuando yo pienso que ya en cierto modo está aceptada dentro del grupo.” (TRAB7)

“Es que el sitio de las mesas es curioso. Por ejemplo, porque no es que te acepten en tu mesa es que no te echen de otra. O sea, vamos a ver, hay ahora mismo un hueco en una mesa que es inocupable porque todos los ingresos que llegan y se sientan en esa mesa al final tienen que salir y que coincide con una de las líder de los salones.” (TRAB10)

“Siempre están juntos los mismos, y no dejan que se siente otra persona que no sea del entorno de ellos y eso si que se le riñe, se lo reñimos. A lo mejor se dan la razón uno al otro y se apoyan y a apoyarse se hacen un grupo, y a lo mejor si otra persona dice yo no pienso como tú o eso no me gusta, ya la rechazan, eso es normal entre el grupo de ellos.” (TRAB13)

Si bien los discursos de los trabajadores son prolijos en detalles y en extensión, no es vano el contenido aportado en los mismos. Siguiendo la estela discursiva dejada en anteriores aportaciones, la afinidad personal es lo que hace que los nuevos ancianos se aproximen de *motu proprio* a unos ancianos y no a otros, tal y como refiere TRAB13. Esto se entiende que es de manera voluntaria por parte de los ancianos. Pero no podemos confundir la aproximación al grupo con la aceptación al mismo. En este sentido, TRAB7 nos verbaliza cristalinamente este proceso según el cual un anciano se aproximaría a un grupo concreto elegido por él en un primer momento, pero luego son los ancianos, que en éste se significan, los que deciden aceptarlo o rechazarlo. La manera de intuir que ha sido aceptado es cuando los otros miembros del grupo toman la iniciativa a la hora de llamarle a formar parte de sus rutinas diarias, tipo ir al salón, salir al jardín, ir al

comedor, ir a los talleres, etc... Se entiende que el rechazo adquiriría la forma del desprecio por falta de consideración, esto es, le harían el vacío relacional, no lo llamarían para acompañarles e incluso le echarían de ciertos espacios. Siguiendo a Maslow (1991), no podemos obviar los efectos desastrosos que esta situación de desapego puede producir en la psique de cualquier individuo, que ya empezó, según aporta este autor, incluso antes del ingreso, o como muy poco tras el mismo, por ser *“separado de la propia familia y hogar, amigos y vecinos.”* (op. cit. p.29). No podemos olvidar, como refiere TRAB7, que los miembros del grupo al que postula adscribirse tampoco hacen una aceptación automática el primer día. Como ocurre en el día a día de todos los seres humanos, se produce un intercambio de información entre el que entra nuevo y los que ya viven en la residencia. A veces estos contactos relacionales iniciales solo tienen por objeto captar a la persona, intentar intuir como es y lo que pretende. Esto lleva a que a veces la adscripción a un grupo sea inmediata el primer día, pero conforme vayan pasando los días pueda haber un cambio de grupo, ya sea por preferencia del nuevo anciano-residente o por ser objeto de exclusión por parte del resto de miembros integrantes. Lo que sí parece instituirse como uno de nuestros más importantes hallazgos es la comensalidad como simbolización concreta de la organización social intrarresidencial, en el sentido teóricamente aportado por Van Gennep (2008:49-50) y, por ello, de los estatus de sus integrantes, lo cual se hace mucho más patente si cabe durante el proceso de reclutamiento, tal y como refieren TRAB2 y TRAB10. En un primer momento, la organización intenta ubicar al nuevo anciano en un lugar concreto en el comedor de la residencia y, dentro de éste, en una mesa concreta según sus capacidades funcionales e incluso ciertas afinidades supuestas por el personal. Pero esto casi siempre cambia. Lo que ocurre a continuación pertenece precisamente al objeto de nuestra investigación, esto es, la formación de grupos, roles y, en base a esto, ciertos estatus en la dinámica relacional de la vida institucional. Hay que tener en cuenta para aprehender esta cuestión el hecho indiscutible de que además del nuevo anciano, en la mesa habrá un grupo de antiguos ancianos. El choque entre caracteres de los unos y el otro es lo que hará que pidan que lo cambien a una nueva mesa o bien que se quede en aquella. Esto es precisamente lo que refiere TRAB10 cuando verbaliza que la cuestión no es que lo acepten sino que no le echen de la mesa. Esto nos permite confirmar lo afirmado por Van Gennep (2008) a este respecto.

Este fenómeno podría darse hasta que el nuevo anciano caiga en una mesa donde sea bien aceptado y por ello bien recibido. Es la mesa uno de los puntos de mayor simbolismo relacional, pues en ella se materializan igualmente las tensiones relacionales, de manera que problemas existentes fuera del comedor, esto es, en cualquier otro ámbito de la residencia, se ven manifestados en el grupo comensal. Este tipo de afirmaciones se linean con los aportados por Fieldhouse (1986), citando a Cohen cuando refiere que *“la proximidad o la distancia social (...), la definición de los alimentos, su distribución y su consumo tienen siempre lugar con relación a individuos en cuanto poseedores de estatus y de categorías dentro de agrupaciones institucionalizadas”* (op.cit, p218). Así por ejemplo, ancianos que hayan discutido durante el día por cuestiones que no han sido captadas por el personal, se negarán a comer juntos ya sea por poco tiempo o definitivamente. Esto permite intuir al personal ciertas tensionales relaciones que podrían dar lugar a mayores conflictos (acoso o maltrato) (Rueda & Martín, 2011), y es objeto de atención especial por parte de las trabajadoras sociales que suelen ser las figuras encargadas de la ubicación de los ancianos, tanto inicial como posteriormente. Vuelve a sobresalir en los discursos el rol del líder como elemento esencial en la toma de decisiones acerca de la aceptación o rechazo de un nuevo anciano en el grupo, de manera que esta figura va a ser la que decida si este nuevo anciano se queda, siendo aceptado por todos los miembros del grupo aunque no coman todos en la misma mesa, o rechazado, siendo también rechazado por el resto de miembros del grupo.

Los familiares añaden los siguientes:

“Siempre hay que tanto hombre como mujer, quieren ser más superiores. Pero yo lo he visto más entre las mujeres que en los hombres. Se ve que esa mujer tiene su tristeza de estar allí, su pena. Pero esa mujer es muy cómoda. A mi no me ha hecho nada, ni me ha levantado la voz. Pero en el carácter que ella tiene, se le ve. No le hacia gracia que habláramos con mi madre, le molestaba que mi hermano le hiciera algo a mi madre para que ella se riera, o si entraba alguien, algún auxiliar. Por eso nos salimos de ese salón y mi madre estaba más a gusto en el otro.” (FAM4)

Si bien las verbalizaciones de los familiares en este sentido son escasas, la aportada por FAM4 nos resulta especialmente interesante al incluir a las familias en la dinámica relacional entre ancianos, al vivir o sufrir las consecuencias de la no aceptación en un grupo de su madre. Evidencia precisamente la existencia de

un rechazo manifiesto de la persona no perteneciente a determinado grupo, lo cual adquiere un carácter sobresaliente cuando coinciden espacialmente en un mismo momento. La falta de conversación o las molestias, derivadas de la interacción de la anciana con sus hijos, se convierten en la manera de rechazar a la anciana que no pertenece a “su salón” lo cual lleva a dejar este tanto por la anciana como por sus propios familiares. Nadie les ha dicho que se vayan, pero se lo hacen ver de manera clara que no se encuentra dentro de “su grupo”. En este sentido, nuevamente estas aportaciones se alejan del modelo totalizador de Goffman (2004) pues éste manifiesta que los ancianos son obligados a permanecer juntos en el mismo espacio (op.cit. p.39), hecho éste que hemos podido comprobar que no ocurre. La familia se incluye dentro de esta dinámica intrarresidencial, nadie la incluye, se identifica como miembro de la misma. Esto nos abre el camino a intuir nuevas significaciones de la misma en el entorno residencial institucional.

Por último, los miembros de la organización añaden lo siguiente:

“Pues normalmente el día después, o los días después al ingreso, normalmente la persona que entra observa mucho el ambiente de la residencia. ¿Para qué?, pues para identificar los propios roles, las caras, los nombres, ver los comportamientos que hace uno, ver los comportamientos que hace el otro. Normalmente siempre intenta mantener a lo mejor un poquito más de relación pues con la persona que cuando tú le has presentado a los compañeros le ha dado un poco más de conversación el día del ingreso. Más que nada para que esta persona le sirva un poco de guía y le vaya ayudando en el tema de explicarle un poco. A ver, entre ellos se explican el funcionamiento pero no de normas, sino del grupo de iguales, cómo es este, cómo es la otra, y el resto de residentes con respecto a esta persona pues depende de si le cae más en gracia, de si le cae menos en gracia, aunque normalmente los primeros días como todavía no lo conocen mucho intentan ser simpáticos hasta que hay algún comportamiento de esta persona que ellos no lo consideran políticamente aceptable, entonces pues ya el líder le intenta hacer vacío y todos los demás residentes le siguen. Los líderes, normalmente, se llevan bien aunque a la espalda se critiquen, entonces hablan entre ellos, y que si es bien aceptado es bien aceptado por todas las figuras de líder que hay dentro del centro.” (ORG8)

Las verbalizaciones de los miembros de la organización no hacen más que respaldar argumentativamente lo que ya hemos ido infiriendo de las aportaciones del resto de entrevistados, aunque las concretan de una manera muy instructiva.

Así se refiere explícitamente la existencia de un rechazo del nuevo anciano por parte del resto de ancianos, no entendiendo un ambiente acogedor al menos los primeros días. Esto explicaría que el nuevo anciano intentaría mantener más relación con aquel anciano que le fue presentado por los miembros de la organización el primer día, independientemente de que luego llegue a formar parte de su círculo de nuevas amistades. Ahí precisamente estaría delimitado el verdadero papel de la organización en el reclutamiento del nuevo anciano, esto es, de carácter preliminar, presentándole al nuevo a alguna persona que por su carácter o afinidad personal más se acople al del nuevo residente y cuyo objetivo sea paliar la tensión inicial en la búsqueda de nuevas amistades y, por ello, de un grupo de ancianos al que pertenecer, tal y como defienden Maslow (1991:29) y Fieldhouse (1986). En este sentido, la organización sería una mera intermediaria entre el nuevo anciano y el mundo institucional, facilitando, pero no condicionando, las relaciones entre los ancianos, como hemos visto anteriormente. Aunque la organización se empeñe en esto, a través de las mesas del comedor, por ejemplo, los ancianos se encargarán de hacer sus propios grupos. De este modo, podemos confirmar que el reclutamiento de los ancianos a los grupos que operan en la residencia es cerrado, siendo las condiciones de entrada impuestas por el grupo, representado por la "jefa" (Nadel, 1974:167). Vuelve a sobresalir la líder como rol determinante en las relaciones entre los ancianos. Será ella, quien en base a una serie de criterios compartidos por los miembros del grupo que lidera, la que decida quien se incluye como nuevo miembro y a quien se excluirá. Así, ORG8 es muy explícito en cuanto a este comportamiento, de manera que si hay algo en el nuevo anciano que le disguste, ya sea por una conversación o una conducta, esta le rechazará y, en consecuencia, el resto de los ancianos que pertenecen a "su" grupo.

Para ahondar más en esta información es muy importante profundizar en los perfiles concretos de ancianos que se dan en estos subgrupos, con la intención no solo de conocer sin más, sino de buscar similitudes que nos ayuden en nuestra búsqueda de un modelo explicativo, si lo hay, de la dinámica institucional residencial. Para ello, es crucial analizar los datos relacionados con los "roles", que si bien no es una subcategoría, merece un espacio aparte.

11.1.2. Roles

Hemos podido aprehender de todas las verbalizaciones de los agentes entrevistados una serie de roles que, a pesar de repetirse más o menos en todos los grupos, emanan con ciertas especificidades sobre las que nos detendremos. Debemos insistir que la mayor cantidad de información extraída en este sentido ha sido de los grupos de ancianos y trabajadores, por lo que comenzaremos por estos:

“Por mi parte no, hay otras que sí, le paga un café, le da algo... muy de vez en cuando le doy un euro o dos porque todo lo que le digo se mata por hacérmelo.”
(AR1)

“Matilde, por ejemplo, creo de vez en cuando hace algunos recados. Creo que ayuda mucho a todos los de allí, yo no le mando nada, me arreglo sola.” (AR2)

“Hay una jefa ahí que quiere gobernarlos a todos. Ella se ha posicionado de su sillón y está allí los años que está aquí y eso que no se lo quiten a ella pero no le pongan tampoco ninguno que a ella no le guste al lado, tienen que ponerle a uno que le guste a ella. Y tiene atranques con la coordinadora, tiene atranques, pero es igual, hacen vista gorda.” (AR6)

“Hay uno que lo hace [trapichea] con la comida. Un poco polémico. Y otros con lotería, pero son cosas así, pequeñas.” (AR9)

“Se lo dice [las normas] la que este al lado nuestro, y le dice “mira eso no está bien hecho”, Mira yo ahora mismo no puedo decir que...”(AR10)

“Está muy bien identificada, e incluso está el que va a por el café y le invitan al suyo, el que hace recados y luego se le paga.” (TRAB7)

“Utilizan a gente que sale del centro para hacer cosas pero yo creo que el trapicheo, trapicheo, está aquí en el centro.” (TRAB7)

“También se dan los sumisos, que se da en la persona que más..., además recurren a ella directamente, o sea no es que alguien me haga un favor “por favor, ¿alguien me hace?”, no, no, es que dicen el nombre directo “fulanica ve y tráeme esto”, de recadera total, por supuesto.” (TRAB10)

Si bien anteriormente el rol del líder parecía más que aceptado por su naturaleza casi necesaria en todo grupo social (Esteva, 1973:62), la existencia de

otros roles igual de repetidos nos resulta muy atractiva por ayudarnos a explicar ciertos comportamientos ajenos a la mayoría.

En este análisis desglosaremos minuciosamente cada rol intuido de las verbalizaciones:

Rol del líder: es de los más referidos por los agentes entrevistados. Suele ser utilizado por los ancianos en términos similares al de mandona o jefa. Suele ser mujer, probablemente por ser el género femenino el más prevalente en las residencias. Impone su criterio, ya sea por antigüedad o bien valiéndose de su experiencia en la vida, que le aporta legitimidad frente al resto. Es la que da consejos y decide quien entra o sale del grupo. En este sentido, el liderazgo que hemos podido comprobar que ejerce este anciano es de tipo burocrático (Bock, 1997:123-162) ya que parece ejercerlo a través de la competencia y la antigüedad en la residencia. En el sentido más amplio del concepto, su desempeño responde a una alta especialización, tal y como refiere claramente Esteva (1973:62), cuando afirma que *“cuanto más especializado es el rol, más depende el individuo que lo ejerce de la totalidad social a la que pertenece”*. Para los trabajadores, definitivamente, se caracteriza más por ser jefe que líder. La manera en que llega a desempeñar dicho rol es a través de elementos externos que le hagan parecer, de cara al resto de miembros de su grupo, superior. El tener un familiar de prestigio o con poder, o bien el demostrar unas capacidades, ya sean relacionales o intelectuales, superiores al resto, sumadas a un carácter con tendencia al mando, le consolida como referente del grupo de ancianos. Estos son los que deciden cuándo se sale al jardín, o en qué canal se pone la televisión, o si se admite a nuevo miembro en el grupo o no. Lógicamente habrá uno o más líderes por cada grupo de ancianos que haya en la residencia. Hay que tener en cuenta que estos grupos, como hemos visto anteriormente, podrían cambiar con el tiempo, ya que se forman en función de capacidades cognitivas y, dentro de estas, por formas de ser y/o estar de la figura del jefe-líder. En este sentido, tampoco podemos obviar ciertos halos de liderazgo autoritario en los discursos emitidos, ya que estos líderes concentran en sí todo el poder y la toma de decisiones, estructurando el grupo de manera vertical (Bermejo & Martínez, 2009:69).

Rol de recadero: es la persona que se encarga de hacer pequeños encargos para el resto de los residentes. Estos encargos a veces pueden estar retribuidos con dinero, aunque siempre de manera voluntaria, por parte del que ordena el recado.

Las compensaciones por hacer esta labor pueden ir desde un café hasta algún euro. Es un rol totalmente voluntario. Los trabajadores complementan lo dicho por los ancianos-residentes y enriquecen este perfil social. El recadero tiene un papel esencial, que no es otro que poner en manos de los que no pueden hacerlo, por sí mismos, objetos o servicios que a veces están dentro del catálogo de objetos y servicios de la institución residencial. El motivo de la existencia de esta dinámica no sería solo paliar necesidades que la residencia asume. Lo que parecen buscar los ancianos que encargan un recado es la posibilidad de gobernarse a sí mismos, esto es, el no tener la necesidad de recurrir a los mecanismos de la institución para hacerlo. Es la recuperación de un control, perdido tal y como ya describe anteriormente Barenys (1993), que es de tipo personal y que contradice la manera en que el anciano de manera individual suele comportarse ante la institución. ¿Sería éste un nuevo tipo de ajuste secundario siguiendo las premisas de Goffman (2004)? Probablemente para el autor canadiense así podría ser, aunque no podemos estar más en desacuerdo, ya que para nosotros lo que para Goffman (2004: 70-72) sería un ajuste secundario que aliviaría la tensión relacional promovida por la institución, para nosotros no sería nada más que un contexto en el cual el anciano recuperaría precisamente el control perdido al que se refiere Barenys (1993) como característica de una institución asilar totalizadora. La clave para nosotros sería saber hasta qué punto la institución que acoge a estas personas y donde se dan estas conductas relacionales se enfrenta a las mismas o bien las promueve. Nuestra experiencia, y la falta de verbalizaciones en contra por parte de los entrevistados, nos lleva a inferir que las residencias de ancianos, al menos las que son objeto de nuestro estudio, si bien no manifiestan ni evidencian intenciones de que esto se dé, tampoco lo castigan. Solo lo consienten. Pero es que entendemos que no puede ser de otra manera, ya que los mismos principios morales de la institución, y los derechos de los ancianos-residentes promovidos por la normativa vigente al respecto (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2003, 2005), defienden la autonomía de las personas como una característica esencial y, en consecuencia, los comportamientos, en el sentido de lo verbalizado por los entrevistados, son totalmente legítimos y lícitos. Por ello, este tipo de comportamientos deben desligarse de la actividad institucional, no pudiendo ser ajustes secundarios, ya que éstos solo tendrían sentido en la institución total respecto a la institución

(Goffman, 2004), pero no desligada de ésta, como es nuestro caso. La observación participante nos ha permitido comprobar como casi en la totalidad de residencias, objeto de nuestra investigación, existen máquinas expendedoras de productos alimenticios que no están incluidos dentro de los menús de las instituciones, menús prescritos por un médico. Es decir, la misma institución, que, por un lado, dispone la ingesta de determinados productos o prohíbe la ingesta de otros, pone a disposición de quien quiera esos mismos productos prohibidos por un médico para una persona concreta dentro de su objetivo terapéutico. Así, podemos inferir que la institución, que hace lo anteriormente descrito, quedaría relegada del modelo Goffmaniano (2004), pues se entiende que, si bien cumple una misión terapéutica, no anula la capacidad volitiva del anciano a la hora de elegir entre lo que la institución dispone, desde el punto de vista de su salud, y lo que el anciano prefiere, en función de su libertad de elección.

Rol del trapicheador: es la persona que se encarga de hacer negocios con objetos o servicios. La mayor parte de estos están retribuidos económicamente o con productos en especie. La diferencia con el recadero es precisamente el ánimo lucrativo que mueve su acción. Mientras que el recadero lo hace con otros fines, aunque se encuentre con alguna recompensa por el camino, el trapicheador busca esta plusvalía desde el primer momento. Los trabajadores completan, a través de sus verbalizaciones, lo anteriormente aportado por los ancianos-residentes y añaden nuevas significaciones. Nos interesa, especialmente, lo que TRAB10 refiere en torno al concepto de traer cosas de fuera del entorno extrarresidencial. Para ella, los ancianos le dan mucha importancia a aquello que es traído desde afuera, que no está tocado con las manos de la institución. Es muy posible que esta sea una forma de mantener un contacto, al tiempo que cierto control, con el mundo de procedencia, el de afuera, donde se encuentran sus hijos, sus amigos, su casa de toda la vida, etc... Ejemplos de este trapicheo, tenemos la lotería, o el tabaco, o ciertos alimentos que están prohibidos en la residencia y tampoco están en las máquinas expendedoras, como embutidos, alcohol, picantes, salazones, etc... El trapicheador sabe el interés que esto despierta en los que están dentro de la residencia y es ahí donde adquiere valor, por ejemplo, un bote de guindillas picantes o una botella de vino. No es tanto el valor económico en sí, sino lo que significa para el anciano que está dentro, rodeado de una serie de normas y que no puede salir por sí mismo a adquirirlas y/o consumirlas. Al igual que pasa con

el rol del recadero, los ancianos objeto de este servicio tienen una característica que los diferencia del resto, esto es el poseer dinero. El hecho de poseer cantidades de dinero, aun no siendo de gran importancia, les va a permitir acceder a una serie de servicios y ventajas extrarresidenciales que otros no tienen. El dinero, como veremos más adelante, o la capacidad económica se va a convertir dentro de la residencia en una marca de clase, en una herramienta de significación de un estatus. A modo meramente ilustrativo las aportaciones de los entrevistados nos permiten conocer las cantidades necesarias para esto: 50 céntimos por ayudarlo en el desplazamiento en silla de ruedas al baño, comedor o al jardín; 1 euro por llenarle la botella de agua del grifo. El poder y no la necesidad estarían detrás de estos servicios. Al igual que el recadero, aunque con matices diferenciales, el trapicheador suele tener dinero en el bolsillo, con el que va a seguir sintiéndose libre de adquirir para su persona lo que quiera fuera de la residencia. Si el que ordena el recado o servicio adquiere poder al tiempo que adquiere el objeto y servicio, el que lo provee adquiere poder al proveerlo. De esta manera, ambos perfiles se complementan y alimentan. El trapicheo, y el trapicheador, son roles reconocidos por los trabajadores de la residencia y permitidos, tanto por estos como por la organización en sí, por lo que al igual que reflexionábamos e inferíamos en el caso de los recaderos, su existencia no puede considerarse una señal de institución total en las residencias donde aparezca sino más bien lo contrario.

Rol del sumiso: es una figura aparejada casi siempre al rol del líder. Suele recaer en personas con alguna discapacidad intelectual leve. Si bien es utilizada por el líder para hacer valer delante del resto su posición hegemónica, encuentra en éste un complemento a su existencia. No cobran por ello. Hay veces que puede coincidir el rol de sumiso con el de recadero. En ese caso, su perfil no busca tanto hacer un bien al resto por filantropía o plantear posibles escenarios donde lucrarse de vez en cuando, sino que más bien parece que busca la aprobación del resto y, por lo tanto, su aceptación continua dentro del grupo. En este caso, aparecería un nuevo mecanismo de reclutamiento a determinados grupos que no sería otro que la actuación servil, lo cual le hace estar a un nivel de utilidad y, por ello, necesario respecto al resto del grupo. No se han podido apreciar conflictos inter-rol en esta relación pues se evidencia la total identificación con el rol desempeñado, cumpliendo todas las expectativas que despierta, a pesar de que este desempeño

sea independiente de la persona que lo haga (Sánchez, 2002). Los discursos de los TRAB7 y TRAB10 amplían la información que conocíamos, ilustrando la interacción que se da entre jefe y sumiso, y que no vienen sino a confirmar lo ya aportado por el grupo de ancianos-residentes. El sumiso es prácticamente un recadero personal de la jefa del grupo, de manera evidente. Esto es así hasta el punto de que cuando los trabajadores se han percatado de la situación se han ofrecido a prestar el servicio solicitado, como llevarla al salón, o al jardín, y la jefa se ha negado. Cabe la posibilidad que de esta manera escenifique la posición de poder que consolide su rol de jefe y por ello por encima del resto. La cuestión es que, basándonos en la experiencia en el campo de estudio, este rol, el de sumiso, lo hace con gusto, insistimos, suelen tomar a la jefa como una figura personal que les falta o que necesitan, tipo rol maternal o paternal. Esta breve intuición, que quizás entraría más en el campo de la psicología que en el de la antropología social, explicaría como el rol del sumiso estaría casi siempre desempeñado por discapacitados intelectuales mayores, personas con retrasos mentales y carencias afectivas importantes.

Resultan muy interesantes las aportaciones de AR10, ya que éstas vienen de una anciana identificada por el resto como sumisa y recadera. La anciana justifica su "labor servil" desde un tono moral benéfico de cara al entrevistador, aunque obvia, en este discurso, las tarifas que cobra por los servicios que presta a sus compañeras de residencia y el interés lucrativo del mismo. Tampoco podemos juzgar esta labor, pues es alimentada por el resto de ancianas, como podremos comprobar, ya que buscan a alguien que les haga los recados sin tener que pedirselos a la organización y/o a las trabajadoras. Nos ejemplifica la manera en que el grupo se regula, al menos en cuanto al cumplimiento de determinadas normas. Es el propio grupo, representado por la líder-jefa, quien se encarga de decirle al anciano, ya sea nuevo o ya lleve tiempo en la residencia, qué se hace bien y qué no. En este sentido, el código de normas interno o informal sería distinto dependiendo del tipo y número de líderes-jefas, teniendo en cuenta que esta situación también puede variar en función de la residencia que las acoga. Los conflictos inter-rol no se han evidenciado de manera clara, por lo que asumimos que el sistema descrito es estable, según las argumentaciones de Vendrell y Ayer, autores citados por Sánchez (2002).

De manera monográfica, el grupo de los ancianos entrevistados nos aporta algunos roles de manera especial:

“Una como suele salir casi todos los días le trae a la gente tabaco, comida, cosas que le piden. Uno pide comisión, si, los demás no sé...”(AR4)

“El que va al periódico [se entiende que se refiere al quiosco] mismo sale todas las mañanas a recoger el periódico. Salen algunos a la calle.” (AR6)

Rol del que sale: si bien no podemos poner un nombre a este rol, se da en todas las residencias entrevistadas. A veces es un mero recadero y otras un trapicheador. La característica que lo hace único es que es totalmente autónomo para salir y sirve de puente simbólico entre el mundo de dentro (residencia) y el de afuera (comunidad). Esta posibilidad de su rol hace que a veces la propia institución pueda servirse de sus servicios tal y como refiere AR6, es decir lleva el periódico a la residencia cada mañana, lo cual le permite salir y hacer otros recados o trapicheos.

Análogamente, el grupo de trabajadores identifican ciertos roles de manera concreta:

“Hay una persona que si viene a nosotros a contarnos cosas “dicen esto, lo otro...” Claro las otras la tienen rechazada, pero ella se mete en el grupo quieran o no y lo que cuentan ella los dice luego.” (TRAB7)

Rol del chivato: este rol es novedoso en comparación con el listado aportado por los ancianos-residentes. Dicho rol es desempeñado con fines concretos y podría resultar útil para el personal laboral de la residencia. En este sentido, el chivato suele ser rechazado por el resto, a pesar de lo cual sigue desempeñando esta función. Posiblemente, la existencia de este rol sea el mejor argumento de un mundo paralelo de roles y relaciones entre ancianos que, salvo excepciones, es propiedad exclusiva de éstos. La manera de vengarse de una expulsión de un grupo, o la negativa a incluirle en otro cualquiera, podría ser, precisamente, la visibilización, ante los trabajadores y la organización en general, de aquello que el resto intenta ocultar deliberadamente. Para TRAB7 esta función se realiza por el mero hecho de satisfacer a un grupo de trabajadores con el objeto de adquirir mejor aprecio por parte de los mismos, lo cual es interpretado como marca de estatus respecto al resto.

Gozar del aprecio de determinados trabajadores, que ostentan puestos de responsabilidad respecto a las auxiliares u otros grupo de igual categoría, hace sentirse a estos ancianos, los chivatos, distintos al resto.

Los discursos de los familiares no nos aportan nada nuevo a lo que ya hemos analizado anteriormente, al menos en cuanto al tipo de roles que se manifiestan en la vida intrarresidencial. Sí nos llama especialmente la atención el discurso de FAM4, que sabe que hay una anciana que preste servicios a cambio de dinero, y no solo lo asume sino que, incluso, lo favorece, ofreciéndole dinero a su madre para que pueda pagar dicho servicio :

“A veces una mujer le saca comida de la máquina a mi madre como, por ejemplo, una bolsa de chucherías o la lleva al aseo. La pobre nunca lleva céntimos, mi madre sí, y si no lleva, me los pide para dárselo a la mujer, porque ésta le ayuda a mi madre cuando tiene ganas de ir al aseo o cuando se le cae la cabecera. La mujer se encarga de mi madre.” (FAM4)

Esta situación no está exenta de análisis por nuestra parte, pues la ambigüedad de la misma lo merece. Para el análisis deberíamos partir de lo que se supone sería “normal” en la residencia. Cuando una persona ingresa en una residencia, se supone que esto es debido a unas necesidades, mayormente de tipo funcional, las cuales requieren una satisfacción a través de unos servicios que presta la residencia, y que hemos estudiado en el marco teórico del presente trabajo de investigación. Por estos servicios la residencia obtiene una contraprestación dineraria. En la situación verbalizada por FAM4 se pueden ver claramente una serie de ambigüedades, a saber, primero, la existencia del sistema de recaderos por el cual su madre satisface a través de otro anciano una serie de servicios que ya ofrece la residencia (llevarla al aseo o mover la cabecera cuando se le cae, entre otros). Además, esta satisfacción cuesta un dinero que la familiar aporta a su madre para que los puedan contratar, con lo cual alimenta este sistema y lo legitima ante el resto de ancianos, trabajadores y miembros de la organización. Entonces, ¿Qué es lo que puede llevar a una hija a consentir y alimentar este sistema de necesidad-satisfacción fuera del servicio formal residencial?. Nuestra respuesta a esta cuestión auto-planteada no es otra que el sentimiento de culpa del familiar, y que otros autores antes que nosotros han identificado perfectamente en el género femenino con una mayor interiorización del rol cuidador (Rivera, Zurdo & Rivera, 1999). Esto, si bien no se manifiesta

aparentemente de manera “patológica”, se evidencia por la necesidad de reducir la distancia entre su madre y el mundo no residencial. Si bien es cierto, podríamos especular que la familiar piensa que “si tengo que tener a mi madre en la residencia porque yo no puedo atenderla, por los motivos que sea, al menos voy a acceder a sus pretensiones de obtener más poder respecto al resto, ayudando a que se salte algunas normas formales de la institución, aquella a la que yo he tenido que recurrir precisamente para que les procuren los servicios que ahora estoy ayudando a mi madre a evitar”. Como podemos intuir, el análisis de determinados comportamientos en un contexto social y antropológico, como es la residencia, puede ayudar a los que en ésta desempeñan su labor profesional a identificar posibles posturas o conductas de riesgo. En este caso, el sentimiento de culpa del familiar se manifiesta, aun de manera relativa, a través de la provisión de fondos del sistema de recadería de los ancianos de la residencia. Habría que reflexionar qué es lo que pasaría si esta familiar no pudiera o no quisiera darle dinero a su madre.

Al igual que hemos hecho con los otros agentes sociales entrevistados, el personal de la organización también nos aporta información de interés:

“Aquí hay gente que tiene sus negocios, sus historias y cobra sus comisiones por mandados que hace y por historias que hace y porque de lo contrario no lo haría. Si es que aquí si te pones borde, si intentas que todas las normas se cumplan al 100% esto sería un establecimiento carcelario y no puede ser, esto es una casa.” (ORG4)

“Es que esto es una mini sociedad, por lo tanto lo que se ha reproducido fuera tú ahora lo reproduces aquí exactamente igual, lo que pasa que es más pequeño y lo controlas más. Esto es como la vida misma, esto es como un vecindario o algo así, entonces sí que hay residentes que se prestan a este juego, hay otros que están ahí y hacen como que no lo ven, otros que lo ven y no les gusta.” (ORG6)

De las verbalizaciones de los miembros de la organización hemos podido aprehender una serie de novedades en comparación con las que previamente nos han hecho los ancianos-residentes, trabajadores y familiares. Este es el caso de ORG4, el cual refiere de manera muy explícita que la organización, si bien es conoedora del trapicheo, y manifiesta no estar muy de acuerdo con el mismo, entiende que no puede entrometerse en el mismo aludiendo a no ser “tan borde” a la hora de hacer cumplir las normas. Esta permisibilidad posiciona, desde nuestro

punto de vista, a las residencias objeto de nuestra investigación en un lugar alejado de los presupuestos de Goffman (2004) para caracterizar las instituciones totales, ya que es, precisamente, la intencionalidad de la institución residencial consentir ciertos comportamientos “no institucionales”, lo que no defiende Goffman (op.cit. p.24). Para ORG4 la residencia debe ser más una “casa” para evitar la sensación de “establecimiento carcelario”. En línea con este argumento, ORG6 nos expone un escenario estructuralista para explicar ciertos comportamientos como el rol del trapicheador. Esta entrevistada entiende que la residencia es una “*mini sociedad*” que reproduce las características y la dinámica social vivida y experimentada por sus miembros fuera de la misma, antes de su ingreso. Goffman (2004) defiende que la necesidad del interno de oponerse a la institución al pretender ésta anularle, desde el punto de vista psicológico y social, es lo que le lleva a mostrar determinados comportamientos, que éste caracteriza como propios de las instituciones totales. La falta de voluntad de la institución residencial para anular la capacidad volitiva del anciano, manifestado por el consentimiento de la misma ante la evidencia de conductas tales como el trapicheo, contradice diametralmente los supuestos goffmanianos (op.cit. p.24).

De manera complementaria a las aportaciones del resto de agentes entrevistados en los discursos de los miembros de la organización, aparece un nuevo rol, el del buen samaritano, que hemos venido a denominar así de manera arbitraria y sin ánimo de estereotipar:

“O sea, una persona que a lo mejor está mejor que otra a nivel cognitivo, que no tiene ninguna demencia, a otra persona que puede tener una demencia, se protegen entre ellos. Si ve que algo no está bien y le va a causar eso un daño le intenta solventar ese daño, le intenta quitar ese daño, entonces con el paso del tiempo la mayoría se va sintiendo bien, se va sintiendo en su casa, se sienten a gusto, establecen relaciones con el personal, confianza, el clima, se genera un ambiente de... ya te digo, un ambiente de cariño y afecto.” (ORG8)

El rol del buen samaritano: si bien es cierto que esta expresión no es utilizada por ningún interlocutor, no se nos ocurre otra que en poco espacio pueda resumir la actividad de dicho rol. Este estaría protagonizado por un anciano capacitado cognitivamente que cuida de otros ancianos por propia iniciativa, tal y como ejemplifica ORG8. Estos ancianos cuidados suelen ser las personas con demencia, aunque a veces pueden ser ancianos con cierto retraso mental. Su función

concreta va a consistir en tareas de cuidado en la comida, de protección ante un posible daño, etc. El residente que ocupa este rol es, a veces, el portavoz ante la institución y los otros grupos de ancianos del grupo de los que tienen demencia. Lo que no podemos afirmar con rotundidad es la motivación que un anciano-residente tiene para empezar a ejercer un día una tarea de cuidado de otros, que muy probablemente no podrán agradecerle ni moral ni materialmente este interés. En cualquier caso, la aparición de este nuevo rol es fundamental pues visibiliza un sistema informal de cuidados, así como un nuevo elemento en la red social de los ancianos. Qué duda cabe, siguiendo las afirmaciones de otros autores (Del Rey & Mazarrasa, 2006), que esta circunstancia supone una contribución a la mejora de la salud de las personas y, en definitiva, de los grupos. Probablemente, la razón resida en la propia necesidad del ser humano de ejercer una actividad, análogamente a como hacen algunos recién jubilados. Esto nos recuerda de manera argumentativa la necesidad de ciertas personas mayores de tomar la decisión de ejercer un papel activo dentro del medio que les rodea, a veces, como mecanismo de defensa ante el propio envejecimiento y falta de actividad, y otras como continuidad de un rol, que anteriormente era muy activo; a veces el no hacerlo así podría llevar al anciano a un estado de anomia (situación social en la que no existen normas bien definidas, ni el individuo posee relaciones significativas con los demás) (Mishara & Riedel, 2000, pp.64-65). Su objetivo es la protección global de las personas con demencia. La existencia de este rol, por fin, nos va a dar un nuevo perfil, de la misma manera que la existencia de un jefe nos dará como complemento el rol del sumiso. Estaríamos hablando del rol del demente.

Rol del demente: la persona con demencia va a estar condicionado desde el primer momento por su capacidad cognitiva, y por las alteraciones del comportamiento que manifieste. Es objeto de discriminación por parte del resto de grupos y personas mayores, excepto del rol del buen samaritano, que les protege. Suelen emplear términos del tipo *los locos, idos, pobreticos, los que están mal de la cabeza*, para referirse a estos. Si bien, a veces, algún residente demenciado puede llegar a estar con algún grupo de ancianos-residentes por motivos no relacionados con la relación social (lugar más fresco o más caliente, mejor iluminado, existencia de radio, etc) no son objeto de la consideración del resto, excepto del rol del buen samaritano, el cual no se da en todas las residencias, a diferencia del resto de

roles. Merece la pena detenernos en las verbalizaciones de ORG6 respecto a la conducta grupal de los ancianos, la cual nos evoca al fenómeno de línea intransigente definida por Goffman (2004, pp70-72) anteriormente, y al que se opone otro grupo de personas que se caracterizarían por su conformismo. Llegados a este punto, es importante remarcar que es muy interesante este testimonio por lo concreto de los perfiles, a pesar de su generalidad. En este sentido, podríamos hablar de dos grandes perfiles, dependiendo del grado de voluntariedad del ingreso, es decir, del grado de elección personal en la residencia como recurso. Así, estarían aquellos que a pesar de ingresar voluntariamente, desde un punto de vista legal, este hecho ha estado condicionado por la ausencia de apoyos sociales externos, derivados de una relación familiar disfuncional. Estos serían los “inconformistas”, es decir, aquellos que se quejan de la institución para llamar la atención a aquellos de fuera que a sus ojos no han querido cuidar de ellos. Por este motivo, la residencia tiene poco que hacer, ya que aunque cambiara los menús o hubiera una sola lavadora por persona para no perder la ropa, buscarían otro motivo, por nimio que fuera, para poder seguir coaccionando a los de afuera. Por otro lado, estarían aquellos que la entrevistada denomina “conformistas”, es decir, aquellos que a pesar de que hayan motivos para quejarse intentan no hacerlo para que los de afuera no se percaten de su incomodidad ya que entienden que de esta manera les preocuparían y esto sería lo contrario de lo que pretenden, ya que están en la residencia precisamente para aliviar la carga familiar, económica o social que soportaban sus familiares al hacerse cargo de estos en su casa.

A modo de síntesis, hemos podido comprobar cómo en el contexto institucional residencial se dan varios roles (véase tabla 11.a). Algunos roles son igualmente identificados, aunque con matizaciones, por diferentes agentes sociales. Enriquecedor también ha resultado descubrir que algunos roles solo han sido identificados por determinados agentes, al significarse únicamente en su contexto de actuación.

Tabla 11.a. Identificación de roles en los grupos de análisis

	Ancianos	Trabajadores	Familiares	Organización
Líder	*	*	*	
Jefa/e		*		*
Recadera/o	*	*	*	*
Trapicheador/a	*	*	*	*
Sumiso/a	*	*		*
El que sale	*			
Chivato/a		*		
Buen samaritano/a				*
Demente				*

Fuente: Elaboración propia

11.2. TIPOLOGÍA DE TRABAJADORES

Para iniciar la discusión en este punto, analizaremos las aportaciones de los ancianos:

“Hay unas más antipáticas que otras pero yo las veo igual a todas. Lo mismo es que como yo soy más independiente y me hacen menos falta... yo qué se, las veo muy atentas...”(AR3)

“Las hay que son más secas, más a lo loco, pero por mayoría, son cariñosas.”(AR5)

“Hay algunas que son muy cariñosas y otras que son un poco rasposas.” (AR6)

“Iguales no son todas pero yo no soy igual que tú ni igual que el otro, ni igual que nadie. Cada uno tenemos nuestras maneras pero a mi me gustan todas, a mi me gustan todas.” (AR7)

“Las hay más sensibles y comprenden que estar siempre aquí metido se hace pesado y siempre te apoyan, te dan facilidades, no ponen inconveniente, ninguno.” (AR9)

Resultan muy interesantes los criterios que los ancianos-residentes utilizan para clasificar a los trabajadores. Este criterio no es otro que el relacionado con el afecto, el cariño mostrado durante la interacción con el anciano. En este sentido,

nos encontraríamos con el grupo de trabajadores sensibles, que muestran un trato cariñoso y afectivo y aquellas que no lo muestran. El hecho de no mostrar este rasgo no quiere decir lo contrario, es decir, que sean antipáticas o poco cariñosas, tal y como refiere AR7. Analizando un poco más las verbalizaciones de los ancianos podemos inferir la importancia de la calidad relacional que atribuyen estos a las interacciones con los trabajadores. Esto posiciona a la residencia en un discurso moral, más que técnico, en cuanto a la satisfacción de las necesidades de los ancianos, y que nos recuerdan a afirmaciones más contemporáneas acerca de la persona como centro de la atención (Rodríguez, 2013). Esta circunstancia la acerca mucho más a la importancia de las relaciones en cuanto a objetivo a cubrir, más allá de la provisión de servicios técnicos que palién necesidades fisiológicas o sanitarias, por ejemplo. La posesión por parte de la organización de un catálogo de valores morales, y principios éticos, va a acercar a este tipo de organización no lucrativa a la satisfacción de esta necesidad más allá que otras organizaciones cuyo fundamento no está tan definido desde un discurso moral, sino más bien aséptico, ciudadano, tal y como son las empresas mercantiles y las públicas (Gómez, 2015). Este rasgo nos ayudará a entender posiblemente reacciones de los trabajadores y de los ancianos y sus familiares ante fricciones y tensiones relacionales. Igualmente, este mismo motivo sitúa a las instituciones residenciales no lucrativas, como las que son objeto de nuestra investigación, en una situación de evidente riesgo, tanto de arbitrariedad a la hora de aplicar dichos valores y principios, como de la pérdida de control a la hora de llevarlos a cabo. Una labor asistencial basada en la calidad y calidez interrelacional va a estar planificada por personas para satisfacer a personas y llevada a cabo por otras personas. Este planteamiento se aleja, no podemos dudarlo, de la seguridad que ofrecen los protocolos y los procedimientos consensuados, o lo que es lo mismo lo objetivo frente a lo subjetivo, lo cual sigue siendo una tarea que se deja en manos de las trabajadoras para materializarlo.

Seguidamente, analizaremos los resultados procedentes de los trabajadores:

“Aquí somos todas compañeras, pero cada una tiene sus maneras. Hay gente que solo viene a echar su sueldo, y la verdad que todas necesitamos el sueldo, pero que vienen solo a echarlo. Otras están porque de verdad, es lo que te he dicho antes, te tiene que gustar, porque si no te gusta...” (TRAB2-Gerocultora)

“Lo mismo no sabe hacer bien la cama, pero es más cariñosa con los ancianos y al contrario. Somos personas y claro, cada una somos de una manera.” (TRAB3-Gerocultora)

“No se implican [se refiere al grupo de los titulados universitarios: DUEs, médico, fisioterapeuta, trabajadora social, etc...] como nos implicamos nosotros, nosotros tenemos mas roce. A ellos los ven mejor que a las auxiliares.” (TRAB3-Gerocultora)

“Gente muy buena, muy competente, gente que bueno, es buena y lo hace bien pero no llego yo a verla aquí no sé si porque no le gusta o porqué, y luego veo gente que no estaría, no, directamente no estaría.” (TRAB6-Coordinadora-supervisora de Gerocultoras)

“Están las auxiliares, dirección, trabajadora social, enfermería y luego cocina y lavandería y por último mantenimiento que es con quien tengo contacto pero sería con el menos contacto tengo.” (TRAB6- Coordinadora-supervisora de Gerocultoras)

“Personal auxiliar, equipo técnico y directora. En el personal auxiliar pueden haber grupos dependiendo de su afinidad, no sé... el grupo de lavandería, el de limpieza... y entre el equipo técnico también, los que trabajamos en el mismo horario estamos más relacionados, unidos....” (TRAB7-Fisioterapeuta)

“Nos dividimos según el puesto de trabajo que tenemos. Por un lado tenemos las auxiliares y por otro lado los técnicos. Dentro del grupo de las auxiliares yo he observado que si que hay dos grupos y creo que va en función de las coordinadoras, hay grupos que van a favor de una coordinadora y grupos que van a favor de otra.” (TRAB8-Terapeuta Ocupacional)

“Están las altas cúpulas que está la directora, está la trabajadora social, el fisio,... que son los importantes y luego en medio, no somos tan importantes como dirección pero somos más importantes que ellas [se refiere a las auxiliares] ¿no? Que está enfermería. Luego dentro de las mismas auxiliares también hay grupos, eh... Dentro de las auxiliares también hay líderes y van sobre todo por turnos, hay turnos que están descabezados digamos, no hay líder y suelen funcionar bastante bien porque cada una se ocupa de hacer su trabajo y todo va bien, y hay otros turnos en los que todo gira entorno al líder.” (TRAB10-Enfermera)

“Unas tenemos vocación, y las otras vienen, echan su trabajo y ya está.” (TRAB13-Gerocultora)

La clasificación que hacen las trabajadoras de sí mismas resulta muy reveladora en cuanto a significación social. En este sentido, se confirman los supuestos de Goffman (2004) a la hora de describir la dinámica de las instituciones totales, aunque no podemos afirmar que por el mero hecho de existir subgrupos éste sea un rasgo de totalización, tal y como defiende Goffman (2004, pp99-100). En un primer momento, podemos inferir que dentro del gran grupo que compone el personal laboral de una residencia podemos encontrar cuatro grandes grupos, o subgrupos, más o menos manifestados por TRAB3, TRAB6, TRAB7 y TRAB8. Así, encontraríamos: el subgrupo de dirección, en el que a veces también se incluye a la trabajadora social; el subgrupo de equipo técnico, formado por todos los profesionales titulados superiores, como el médico, las enfermeras, el fisioterapeuta, el psicólogo y la terapeuta ocupacional, y algunos no superiores, como la monitora de ocio y tiempo libre y las coordinadoras de auxiliares; el subgrupo formado por las auxiliares de geriatría o gerocultoras; y, por último, el subgrupo de servicios básicos como las cocineras, lavanderas, limpiadoras y personal de mantenimiento.

Entrando más en el aspecto relacional, una gran parte de las entrevistadas se decanta por la clasificación de las trabajadoras en función del prisma con el que estas consideran que debe ser la labor que desempeñan. En este sentido TRAB2, TRAB6 y TRAB13 refieren que hay dos grandes grupos de auxiliares, aquellas que ven su trabajo como una mera manera de conseguir el sustento, y aquellas que aparte de esto último tienen un atributo, la vocación de servicio. Esta última circunstancia, vamos a poder comprobar, es recurrida en numerosas ocasiones por otros agentes sociales entrevistados, y que se alinearía más en el compendio moral de atributos de las organizaciones no lucrativas objeto de nuestra investigación. De manera complementaria, TRAB3 añade el criterio de aptitud frente a la actitud de las trabajadoras para ejemplificar situaciones en las cuales éstas demuestran grandes cualidades técnicas pero de poca capacidad relacional y viceversa.

No cabe duda que los subgrupos, y los tintes ciertamente morales que los rodean como un aura, van a producir previsiblemente tensiones relacionales, cuando no conflictos, entre estos subgrupos que analizaremos a su debido tiempo.

A continuación, conoceremos los resultados de las verbalizaciones de los familiares:

"(...) las que se plantan y dicen "no Luis, esto es lo que hay" y se ponen y le dan la comida pero otras pues no. Yo se lo digo a ellas, que le planten cara que no puede ser, él se desespera y no, no... son las trabajadoras las que tiene que estar, pero claro hay algunas que les cuesta más pero hay otras que lo entienden muy bien. Hay algunas más responsables y otras que, yo que sé, yo me llevo bien con todas y no quiero hablar mal de ellas, son muy responsables." (FAM2)

"Hay algunas que son más atentas que otras. Hay algunas que les sale ser así. Hay otras que van a su bola, a su trabajo porque vayan mas estresadas del trabajo o algo..."(FAM5)

"Yo creo que esto es como todo, unos son mas agradables y otros son menos agradables." (FAM6)

"Que hay unas que son más cariñosas y otras que son menos. Pero hay algunas que lo hacen vocacional y otra porque es su trabajo." (FAM7)

A diferencia de lo verbalizado por el grupo de trabajadores, y siguiendo lo verbalizado por el grupo de ancianos, la familia se decanta por hacer una clasificación de los trabajadores en función del grado de afecto, y cariño mostrado en las relaciones y el grado de responsabilidad en cuanto a su trabajo con los ancianos, o lo que es lo mismo su grado de implicación con la labor asistencial. Así, por un lado, nos encontramos con FAM2 y FAM5 cuyos discursos giran más en torno a trabajadoras más o menos responsables y, por otro lado, nos encontramos a FAM6 y FAM7 que sus verbalizaciones nos recuerdan los argumentos esgrimidos por los ancianos cuando hablan de trabajadoras más cariñosas o menos. Esto nos evidencia la importancia de aportar en este tipo de residencias, o al menos en las que han sido objeto de nuestra investigación, de un plus de moralidad como fondo donde se van a dar las relaciones interpersonales entre ancianos y trabajadores. Lo que denota el discurso de las familias es que si bien, como ya analizamos en el apartado del motivo de ingreso, lo que buscan inicialmente es un lugar que de cobertura netamente las deficiencias de cuidado de su anciano-residente, las expectativas se amplían notoriamente hasta aspirar a un "trato humano", más allá de lo profesional-técnico. Somos conscientes de que esta inferencia no está exenta de matices pues no podemos llegar a conocer cuales son los máximos y los mínimos en los cuales un trabajador pueda dar de sí como humano en la relación con los ancianos. De manera previsible, esta interpretación

personal del trato a los ancianos pueda dar lugar a fricciones entre ancianos y trabajadores, pero también de los trabajadores con el resto de agentes sociales, como los familiares y la organización. Llegados a este punto analizaremos los discursos de los miembros de la organización:

“Las gerocultoras son las más cercanas al residente siempre, para las buenas y para las malas. La mayoría son personas sin estudios y con horas de formación en geriatría pero muy poco curtidas, esa sí que es una parcela que hay que trabajar mucho.” (ORG1)

“Quizá las enfermeras son las más conformistas. A veces poco implicadas, vienen, hacen su trabajo y se van, ellas cumplen pero quizá te puedo decir que tengo gerocultoras con más implicación que enfermeras, muchas más.” (ORG1)

“Aquí ahora mismo yo creo que identificados hay dos grupos, que yo pueda identificar desde fuera, de auxiliares. Yo puedo identificar claramente al grupo de los técnicos, que entrarían pues el fisio, enfermería, un poco trabajo social, personal de despacho. Y luego lo que es el grupo de mayor peso de la residencia en cuanto a número que sería el personal auxiliar, de limpieza y todo eso; dentro de ese grupo también suelen haber grupos, que es a lo que me refería al principio. Siempre suele haber un par de líderes dentro de las cabecillas y suelen manejar. Suele estar dividido el personal un poco en base a simpatías.” (ORG2)

“Nosotras somos como un todo, las hermanas son las hermanas, y da igual que se llame Pepa, que se llame Antonia, las hermanas requieren un respeto, se requiere una forma de tratarlas. Por ejemplo a nosotras nos tratan de usted, a lo mejor entre ellas se tratan de tú, pero siempre cuando ellos detectan que eres una hermana te hablan de usted. Yo no soy cualquier trabajadora, yo soy una hermana que formo parte de esta comunidad.” (ORG5)

“Bueno, de lo que es grupos entre ellas hay un montón de grupos. Hay varios grupos. Estarían las auxiliares y lo que es el equipo técnico, y dirección.” (ORG7)

“Dos grupos, el equipo técnico y las piezas fundamentales del puzzle, aparte del equipo técnico, que son el personal auxiliar.” (ORG8)

La mayor parte de las verbalizaciones, destacando las de ORG2, ORG7 y ORG8, giran en torno a la clasificación del grupo de los trabajadores en los subgrupos del equipo técnico y las auxiliares. Es interesante resaltar que esta clasificación no la realizan en función de la capacitación profesional sin más, sino

más bien obedece al grado de interacción entre ambos grupos. Esto explicaría que los otros dos subgrupos, el de dirección y el de servicios básicos, aportados por el grupo de los trabajadores, no se hayan tenido en cuenta por estos interlocutores de la organización a la hora de enumerar los posibles subgrupos. Cabe señalar la existencia de grupúsculos dentro del subgrupo de auxiliares, con sus propios líderes en cada uno. Las características de estos líderes parece ser que giran en torno al nivel de conocimientos y antigüedad en la organización. No suelen ser líderes de cara a enfrentamientos con el resto de agentes sociales, esto es familiares, ancianos y la organización, sino de cara a su mismo grupo. En este sentido, son reveladoras las verbalizaciones de ORG1 que, de manera diferencial con el grupo del equipo técnico, caracteriza a las auxiliares de tener mayor implicación en la labor de cuidado de los ancianos. A partir de ahí, tanto ORG2 como ORG8 dejan claro que, efectivamente, existen grupúsculos de auxiliares, entre las cuales suelen haber ciertos rasgos diferenciadores, que no se manifiestan fácilmente y que, por lo visto, no afectan a la calidad del servicio prestado ni a la de las relaciones con el resto de agentes sociales. Una evidencia concreta de estas divisiones internas es la existencia en algunas de las residencias entrevistadas de diferentes grupos de Whatsapp© que coincidirían con los miembros de los citados grupúsculos. Tampoco deja de ser relevante la caracterización que hace ORG5, que recordemos trabaja en una residencia en la que parte del personal pertenece a una congregación religiosa, acerca de la diferencia de estatus existente entre las auxiliares sin más y las que desempeñan la misma labor pero son religiosas. En este último caso, refiere ORG5 que las religiosas prevalecen siempre por encima del resto, a las cuales les deben más respeto y obediencia por el mero hecho de ser religiosas.

11.2.1. Reclutamiento de las trabajadoras

Nos ha llamado la atención durante el proceso de entrevista y posterior transcripción de los datos, como tanto el grupo de trabajadoras como el de la organización hacen mención expresa a características que entendemos sirven como criterio informal de reclutamiento de las trabajadoras. Seguidamente analizaremos los resultados procedentes de los trabajadores:

“Lo que hace falta tener es, que tengas buen corazón y que te guste.” (TRAB4-

Gerocultora)

“Lo que hace falta tener es, que tengas buenas ganas de trabajar, eso lo primero. Que tengas buen corazón y que te guste. Yo creo que mucha empatía.” (TRAB6- Coordinadora-supervisora de gerocultoras)

“Tienes que ser persona y ser cariñoso con ellos que no cuesta trabajo, hombre profesional también pero prestarles cariño principalmente, ser amable y cariñoso con ellos, creo que es importante.” (TRAB8- Terapeuta Ocupacional)

“A lo mejor cuando entré decía “pues es que aquí pasa de mi todo el mundo y yo no sé hacer esto”. A veces llega el momento del café y a lo mejor al principio no te llamaban, luego pues a lo mejor ya te das cuenta que te dicen “vamos a tomarnos un café” digo yo que eso ya vas entendiendo tú que te van teniendo en cuenta más dentro del equipo.” (TRAB8- Terapeuta Ocupacional)

“Mucha paciencia, mucha, y saber llevar bien a los ancianos.” (TRAB10- Enfermera)

“Pienso que debería de tener, estar formada con el auxiliar de clínica. Hay que ser muy humana, muy paciente y eso no lo da el auxiliar de clínica.” (TRAB11- Gerocultora)

“Es muy importante que haya una buena formación, además eso se nota. Tiene que ser ante todo un carácter sincero.” (TRAB14- Coordinadora-supervisora de gerocultoras)

De las verbalizaciones de las trabajadoras hemos podido inferir una serie de datos que vienen a completar las afirmaciones que otros agentes sociales ya adelantaban más arriba. Para el grupo de trabajadoras es importante, de manera mayoritaria, tener una buena capacidad de relación interpersonal. Términos como *cariño, empatía, afecto, sinceridad*, sobresalen del resto y ejemplifican lo dicho. Son pocas aquellas que parecen poner más énfasis en la aptitud profesional que en la actitud, es decir, aquellos atributos personales que favorecen o no las relaciones entre las personas, ancianas, familiares, otros trabajadores y miembros de la organización. Se deduce de lo anterior que la pertenencia a determinados grupúsculos estará condicionada, pero no determinada, por la afinidad de caracteres y semejanzas en cuanto a los objetivos a cumplir en relación al anciano y sus familias. Si bien es cierto que el funcionamiento habitual de una institución se ayuda de herramientas de organización de los tiempos de trabajo, como

pueden ser las planillas del personal, y por esto obligar a trabajadores a estar juntos en el mismo espacio físico y temporal, la agrupación entre los mismos se realizará por afinidad de caracteres, siendo los dos criterios de reclutamiento en determinados grupúsculos la capacidad afectiva y la capacidad técnica. El grado que se interprete y asuma por las líderes de cada subgrupo y grupúsculo de ambas capacidades determinará las exigencias para entrar a formar parte de los mismos. Merece la pena destacar, por su reiteración simbólica, la comensalidad como recurso relacional recurrido también en el grupo de trabajadoras, tal y como refieren Fieldhouse (1986) y Contreras (1993), para hacer saber al nuevo en la plantilla que ha sido aceptado o no en determinado grupo, o subgrupo, o grupúsculo. Que te inviten a compartir un café, el que toman cada día con otras compañeras con las que hablan de cosas a veces prohibidas en el escenario público de la residencia, se materializa como el ritual de reclutamiento más significativo para hacer pasar los límites transliminarios y entrar a formar parte del grupo y, en consecuencia, experimentar la postliminaridad, en términos de Van Genep (2008:25).

Para finalizar este punto analizaremos los discursos de los miembros de la organización:

“Realmente, para ser trabajador de asistencia directa a un anciano de una residencia no tienes que tener vocación, tienes que tener vocación de que el trabajo te guste, tienes que tener vocación de ayuda a los demás, de servir a los demás, tienes que tener vocación de ser paciente, ser agradable, tener mucha mano izquierda con los ancianos.” (ORG4)

“Lo promueve la institución. Fíjate, a mi cosas que, creo que la institución tiene que ver cuando contrata a alguien en un tipo de centro como estos tiene que ver dos cosas que son fundamentales. Una que es que tenga formación suficiente, pero casi casi a la par que sea buena persona y que tenga habilidades sociales suficientes.” (ORG6)

Para la organización, los criterios no formales para formar parte del gran grupo de trabajadores de la residencia se resumen en uno solo, que es el equilibrio entre cualidades personales y destrezas profesionales. Esto, que parece a simple vista algo fácil de entender, tiene repercusiones dialécticas no exentas de complejidad pues la selección del personal en las residencias, objeto de nuestra investigación, obedece a criterios diferenciales de otro tipo de organizaciones, a

saber, las de tipo público y las de carácter mercantil, aunque estas últimas no tanto. Nuestra reflexión nos lleva a pensar que, en las organizaciones públicas, el reclutamiento se ciñe a normas extrarresidenciales basadas en la igualdad de oportunidades para el acceso al puesto de trabajo y alimentado por requisitos tipo experiencia temporal en el puesto y cantidad de horas de formación relacionadas o no con el puesto a cubrir. Dicho criterio, por ejemplo, puede llevar a una persona con un excelente *currículum vitae*, en cuanto a años trabajados y horas de formación recibida, a cubrir un puesto de auxiliar de geriatría o de clínica en una residencia pública por un derecho indiscutible. En este caso, partiendo de las verbalizaciones de las entrevistadas, podría darse la situación de que esta persona no tuviera destrezas interpersonales, ni manifestaciones de afecto y cariño hacia los ancianos pero el criterio de igualdad ante la Administración determinará el tipo y calidad de las relaciones entre ancianos y trabajadores. Parece ser, en vista a estas mismas verbalizaciones, que en las residencias, objeto de nuestra investigación, habría mayor preocupación por parte de la organización en cubrir esta parte del perfil profesional, siendo el criterio de reclutamiento no formal expuesto, esto es la compensación entre la actitud personal y la aptitud profesional, el punto de inflexión que permite caracterizar a las instituciones no lucrativas del resto garantizando, aparentemente al menos, criterios morales de atención a los ancianos. Probablemente, la moralidad de la organización sea, más que la naturaleza de la institución, la que determine la calidad relacional en la residencia. Por ello, habrá procedimientos no formales de seleccionar al personal en las entidades no públicas que las posicionen más cerca de objetivos no cuantificables, tal y como son la calidad y calidez de las relaciones entre los agentes sociales de la institución residencial. Afirmar esto no es afirmar que la Administración posee criterios inmorales, sino solo que la Administración no posee esos criterios de cara al beneficiario, que no es lo mismo que afirmar que va en contra del mismo. A modo de síntesis, podemos inferir que las organizaciones no públicas son morales mientras que la Administración es amoral, que no es lo mismo que inmoral. Dentro del grupo de las organizaciones no públicas, aquellas que desde su constitución se identifican por principios y bases de carácter ético y moral estarían más cerca de conseguir unos mínimos de trato afectuoso y de cariño hacia los ancianos que acogen (Gómez, 2015), lo cual no excluye la elección personal que cada trabajador de manera individual toma a este respecto, tanto en

las organizaciones públicas como privadas, sean estas últimas con o sin ánimo de lucro. En cualquier caso, no podemos obviar lo arriesgado de establecer criterios de selección morales. No olvidemos que la Administración no puede ejercer un papel moral frente al individuo, y esto es, precisamente, lo que la diferencia del resto de organizaciones. Esto no hace que el resto de organizaciones sean más o menos morales que la Administración, pues no olvidemos que los criterios de selección subjetivos, es decir, basados en percepciones y sensaciones por parte de la dirección de la organización no pública, estarían sujetos a otras variables. Las preferencias personales por un sexo sobre otro, por ejemplo, a la hora de contratar basadas en experiencias previas pueden ser interpretadas igualmente como criterios discriminatorios de un sexo sobre otro, en este caso a favor del sexo femenino. Solo si comparamos estas organizaciones, las públicas y las no públicas, respecto a su posición de cercanía del anciano que atiende, desde un punto holístico, las no públicas parecen estar más próximas. Es posible que esta cercanía a la persona sea la que las invista de un carácter moralizante respecto de las públicas.

11.3. TIPOLOGÍA DE FAMILIARES

Para iniciar la discusión en este punto analizaremos las aportaciones de los ancianos:

“Pues que algunas no saben que tienen aquí a los padres. Y otros pues vienen todos los días. Pero hay muchos... muchos... que vienen de uvas a peras. Ya se hacen a que están aquí bien cuidados y vienen poco.”(AR6)

La única verbalización que tenemos del grupo de ancianos-residentes nos orienta hacia una clasificación de tipo emocional en cuanto a la cantidad de relaciones efectivas, esto es, al número de relaciones que se materializan. Probablemente la sensación de los ancianos de estar abandonados por sus familiares en la residencia, que emana más o menos explícitamente de las verbalizaciones de los agentes sociales, hace que este criterio, el de ser visitados por sus familiares, se convierta en algo tan relevante como para poder clasificar a los mismos entre los que van y los que no van a ver a su parientes ancianos a la residencia. La última frase del fragmento seleccionado ejemplifica perfectamente la diferenciación que hacen los ancianos entre los servicios demandados, por una

parte los de tipo técnico y por otra los de tipo relacional; así cuando refiere que al parecer los familiares dejan de ir cuando ya se aseguran que sus ancianos están bien cuidados, se entiende que se refiere a los de tipo técnico, dejando descubierta una gran faceta que no es otra que la emocional, relacional en definitiva. Al ser algo tan trascendental para los ancianos, es lógico que la conviertan en argumento de extremado peso para clasificar a los familiares, como hemos comprobado, entre los que van y los que no van nunca o casi nunca.

Seguidamente, analizaremos los resultados procedentes de los trabajadores y de la organización por lo parecido de sus discursos:

“Hay familias buenísimas, que se desviven por ellos, otros más descuidados y que no se preocupan tanto, también muy “follonericos” que pienso que es para quitarse culpabilidad de encima, que te exigen...”(TRAB3)

“Los que siempre vienen que ves que se ocupan de su familiar, que siempre están aquí, te preguntan cómo va, cómo no va. Luego otros que solo aparecen como yo digo en las fiestas. Y luego otros que aunque están lejos se ve que tienen interés que cuando puede si no viene llama.” (TRAB6)

“Diría yo que tres tipos de familias: los que se interesan demasiado; los que tienen un punto medio que creo yo que es el correcto; y luego los que están totalmente desinteresados de sus mayores.” (TRAB8)

“La hija con muchos sentimientos, con mucha carga de dar sentido a su vida, hasta ahora había sido el cuidador, “ahora la ingreso porque ya no puedo dar más pero entonces pierdo mi papel ¿qué jerarquía adquiero ahora? Voy todos los días pero sigo asustada y quiero ir todos los días a que la vea el médico porque hoy le he notado esto para que luego no me digan que no estoy atenta a las cosas”. Después hay otras familias que son más equilibradas mentalmente, podríamos decirlo así, que se puede trabajar a otros niveles y que naturalmente eso se transmite, las hijas más ansiosas vienen probablemente de madres más ansiosas porque todo tiene que ver con la unidad familiar previa, pero claro que hay muchas tipologías de familia. Hay familias que no van a la residencia con conflictos enormemente potentes de muchos tipos.” (TRAB9)

“Complicadas, las familias son muy complicadas. Si un residente pues por lo que sea no quiere estar en la residencia, el sentimiento de culpa de la familia es tal que al final pues eso va a repercutir en la organización y va a repercutir en todo. Hay familiares a

los que se puede llegar muy bien, y hay otros a los que la solución de traer a su padre, a su abuelo, aquí a la residencia ya es complicada y hace que esa relación con nosotros pues sea más complicada y a lo mejor más a la defensiva. El sentimiento de culpa lo proyectan mucho con la residencia y a veces hacemos lo que hacemos no está bien hecho. Luego está la familia que pasa de todo. Y hay gente que viene, y cuando viene pues como yo digo, viene a hacerse notar y parece que los quieren más cuanto más se queja.” (ORG2)

“Siempre hay alguien que volvemos a decir otra vez lo mismo, hay alguien que se siente culpable por tener a su familiar aquí, a su madre, a su padre o a su tía. Se sienten culpables porque no han sido capaces de hacerlo ellos y luego quieren exigirnos a nosotros lo que ellos no han sido capaces de hacer, entonces ahí refleja muy bien la persona que acude a nosotros como complemento de ayuda a su ser querido y aquella persona que viene como al que le prestas un servicio. Hay gente que es demandadora pura y dura de servicios y otras personas que lo que quieren es que su madre esté atendida y que se encuentre como en su casa porque nos equivoquemos de chaqueta, nos equivocamos en nuestras casa y en la residencia...”(ORG3)

En cuanto a la tipología de familiares, los testimonios de los trabajadores nos permiten aprehender dos grandes tipos dentro del grupo de familiares:

“Los que siempre vienen que ves que se ocupan de su familiar que siempre están aquí, te preguntan cómo va, cómo no va. Luego otros que solo aparecen como yo digo en las fiestas. Y luego otros que aunque están lejos se ve que tienen interés que cuando puede si no viene llama.” (TRAB6)

“Hay familias colaboradoras, otras que admiran tu trabajo y otras que tienen tal sentimiento de culpa que nada les parece bien, todo mal, insuficiente. Lo que más abunda es la que tiene sentimiento de culpa de tener aquí a su familiar. Por norma general, la familia suele ser peor cliente que el usuario.” (TRAB7)

“La hija con muchos sentimientos, con mucha carga de dar sentido a su vida, hasta ahora había sido el cuidador, “ahora la ingreso porque ya no puedo dar más pero entonces pierdo mi papel ¿qué jerarquía adquiero ahora? Voy todos los días pero sigo asustada y quiero ir todos los días a que la vea el médico porque hoy le he notado esto para que luego no me digan que no estoy atenta a las cosas”. Después hay otras familias que son más equilibradas mentalmente, podríamos decirlo así, que se puede trabajar a otros niveles y que naturalmente eso se transmite, las hijas más ansiosas

vienen probablemente de madres más ansiosas porque todo tiene que ver con la unidad familiar previa, pero claro que hay muchas tipologías de familia. Hay familias que no van a la residencia con conflictos enormemente potentes de muchos tipos.” (TRAB9)

“Los que menos sentimiento de culpa tienen coincide con que son los más colaboradores. Luego están los menos implicados que suele ser porque no han tenido relación ninguna con el anciano, simplemente estuvieron con él para hacer el ingreso, los trámites para ingresar. Y luego están los que te demandan constantemente, nunca está todo para ellos, nunca está todo completo.”(TRAB10)

Según la relación que los trabajadores mantienen consigo mismos, estos se podría dividir, según TRAB10, entre exigentes y no exigentes. De las verbalizaciones analizadas, más que el grado de exigencia, esta percepción estaría relacionada con el grado de quejas respecto al servicio realizado por las trabajadoras, verbalizado por TRAB7, lo cual se acercaría a las argumentaciones de Padierna (1994) en cuanto a la tipología de familiares. Nos llama igualmente la atención cómo el grupo de trabajadoras comparten con el de los ancianos-residentes el criterio de ir o no ir a la residencia para hacer tipologías de familiares. En este sentido, son clarificadoras las aportaciones de TRAB6, que se ponen en línea con la verbalización de AR6, dando fuerza a este argumento. Se intuye un contexto moral en la opinión vertida por los trabajadores acerca de las visitas recibidas por los ancianos de sus familiares, lo cual evidencia la teoría de la naturaleza humana que subyace en el grupo de trabajadores sobre lo que está bien y lo que no. La familia se convierte así en un agente modulador de las percepciones de los ancianos y trabajadores en torno a la vida en la residencia e incluso, porqué no, al concepto de residencia propiamente dicho. La falta de teorizaciones a este respecto nos anima a desarrollar ciertas teorías o argumentaciones teóricas al respecto, apoyadas por el complejo de culpa que sienten los familiares (Rivera & Zurdo, 1999). Según TRAB9 este complejo vendría determinado por la salud mental previa del familiar al ingreso de su anciano en la residencia, lo cual nos acercaría a explicaciones más deterministas que conductuales de este proceso, y que nuestra experiencia profesional nos lleva a dudar. TRAB7 se decanta, en cambio, por la existencia de situaciones a veces explícitamente referidas como de culpa no siempre autopercebida por los familiares, lo cual explicaría siguiendo, la línea argumentativa de Padierna (1994),

ciertas quejas infundadas y situaciones de recelo injustificadas. Dentro de esta línea argumentativa entrarían también aquellas familias que son “*super colaboradoras*”, en boca de TRAB10, ya que nos costaría trabajo discernir entre los mecanismos compensatorios de un familiar para “purgar” la culpa por haber ingresado a su anciano en una residencia, de aquellos que desde el primer momento entienden su relación con la organización como colaborativa para cuidar a su anciano. En síntesis, el mundo del familiar, sus connotaciones positivas y negativas, así como el impacto de la institucionalización en las mismas se ha declarado, a raíz de nuestra investigación, como prioritario y fundamental en futuras investigaciones y trabajos que contemplen la residencia como conjunto y/o como escenario de investigación. Según el grupo de la organización, los familiares se clasifican siguiendo básicamente, en la mayoría de los entrevistados, el criterio de interesarse por el anciano y los que no se interesan por éste. Esta división ya amplía el rango de relación, visto en los otros agentes entrevistados, que va desde la mera presencia física en la residencia al contacto entre la organización y la familia siguiendo otros medios. Esta especial circunstancia supone un nuevo escenario de relaciones en la palestra, ya que se puede dar la situación de que un familiar no visite a su anciano-residente pero en cambio llame frecuentemente para interesarse por éste. Hay que tener en cuenta que cuando la organización se refiere a los familiares lo hace en sentido global, y no solo a los de los que están capacitados cognitivamente o lo que es lo mismo, de las personas que no tienen demencia. Este hecho hace que haya un punto de vista diferente pues se dan dos escenarios diferentes. La experiencia profesional en este terreno nos lleva a completar esta argumentación con el hecho de que posicionarse en un lado u otro de las relaciones anciano-familiar es un riesgo que un profesional no se puede permitir si pretende hacer su trabajo sin prejuicios morales, aunque esta situación se da a menudo.

A continuación, conoceremos los resultados de las verbalizaciones de los familiares:

“Lo que no puede ser es que lleguen y lo aparquen en la residencia como hacen muchos familiares, eso no lo veo correcto, y vengan aquí cuando hay una fiesta o cada dos o tres meses, que hay muchísimos que lo hacen, eso es abandonar al familiar, eso no se puede hacer. Los que estamos aquí todos los días, los que vienen todas las semanas, y los que no vienen.” (FAM2)

“Bueno, sinceramente hay hijos e hijas. Yo no tengo porqué decir nada de mis hermanos. Pero los hijos son muy distintos de las hijas. Yo soy la primogénita fui hija única, detrás de mí vinieron todos mis hermanos. Mis hermanos iban pero no sé, hay hijos que son muy cariñosos y otros que no son. Pero no es lo mismo los hijos que las hijas, porque cuando voy a verla a la residencia, estando allí me pregunta cuando voy a volver, para que no se me olvide volver. A mis hermanos no se lo pregunta...”(FAM4)

“Yo creo que hay gente que una vez que los deja aquí, dicen “buf, ya hemos dejado el paquete”. Porque yo hay gente que está aquí y no conozco a sus familiares; y yo vengo todos los días. Yo conozco a gente que está aquí unos cuantos años y no he visto a ninguna familia. Y algunos ya se han muerto. Otros que vienen más tarde porque viven lejos, pero cuando vienen se les nota que están encima de ellos y le dan cariño. Y otros vienen y más de cinco minutos no han estado. Los han visto y se han ido, y eso lo he visto yo.” (FAM5)

“Hay gente que no le habla. Literalmente hay gente que no le habla, y gente de la familia que... A esa gente yo ya le he dicho “es que vosotros no tenéis problemas de autonomía y como no tenéis problemas de autonomía y no se os ha presentado la necesidad ni el problema...” (FAM6)

Es trascendental para nuestro análisis asumir que las familias hacen un juicio moral sobre el que asientan su discurso. En este sentido, vemos que FAM2 y FAM5 clasifican a su grupo, el de familiares, en función de los que acuden a visitar a su anciano y los que no. Para ello, el discurso expuesto se alinea en gran medida con lo que nos refieren antes los otros agentes entrevistados, y viene a confirmar lo ya expuesto por estos. FAM6 hace una alusión clara al estigma de ser familiar de un anciano al que se ha ingresado en la residencia, ilustrándonos cristalinamente la exclusión social que llegan a sufrir frente a otras personas del mundo extra-institucional, incluso de su misma familia. De las verbalizaciones expuestas, se puede inferir cierto nivel de crítica interna, dentro del grupo de los familiares, entre los que van y los que no van a ver a su anciano. Lógicamente nos falta conocer las aportaciones de los que no van, a los cuales no se ha podido entrevistar precisamente por este hecho. Solo sabemos, de esta manera, las verbalizaciones, las opiniones de aquellos que sí van, que pueden estar

contaminadas por la intención de sobresalir del resto del grupo de familiares. Es por ello que estas opiniones deben ser contempladas con cierta prudencia.

A modo de síntesis, podemos afirmar que en los grandes grupos de ancianos, trabajadores y familiares, existen varios subgrupos, dependiendo de la amplitud de grupo (véase tabla 11a).

Tabla 11.b. Tipología de subgrupos identificados en los diferentes grupos de análisis

	Ancianos	Trabajadores	Familiares	Organización
Ancianos	<p>Completamente (funcionalmente bien)</p> <p>Medio-medio (discapacidad física pero relativamente conservados cognitivamente)</p> <p>Completamente mal de la cabeza (personas con demencia)</p>	<p>Sin problemas cognitivos</p> <p>Con grandes problemas cognitivos</p>	<p>Sin problemas cognitivos</p> <p>Con grandes problemas cognitivos</p>	<p>Fuertes</p> <p>Débiles</p> <p><i>Pobreticos</i> (personas con demencia)</p>
Trabajadores	<p>Trato afectuoso</p> <p>Trato correcto pero NO afectuoso</p>	<p><i>Aspecto técnico:</i></p> <p>Dirección</p> <p>Equipo técnico</p> <p>Gerocultoras</p> <p>Personal servicios básicos</p> <p><i>Aspecto relacional:</i></p> <p>Vocacionales</p>	<p>Trato afectuoso y con gran grado de implicación</p> <p>NO trato afectuoso y menos grado de implicación</p>	<p><i>Aspecto técnico:</i></p> <p>Equipo técnico</p> <p>Gerocultoras</p> <p>Se incluye al subgrupo de religiosas, con mayor carga emocional y vocacional</p>

		No vocacionales		
Familiares	Los que se interesan por sus ancianos Los que NO se interesan por sus ancianos	Exigentes No exigentes	Los que visitan a su anciano Los que NO visitan a su anciano	Los que se interesan por sus ancianos Los que no se interesan por sus ancianos
Organización	La organización ha sido abordada indirectamente en el capítulo 9			

Fuente: Elaboración propia

11.4. RELACIONES ENTRE ANCIANOS

Del estudio de los datos, tras las grabaciones y transcripción de los mismos, hemos podido encontrar tres grandes bloques de datos en esta subcategoría: los concernientes a la dinámica relacional general, los que se ciñen a los puntos de tensión, esto es los conflictos relacionales, y por último, las marcas de clase, esto es las marcas de estatus que los ancianos manifiestan en estas relaciones y, que de alguna manera, van a servirles para moverse por la estructura social, al tiempo que en ésta el estatus los posiciona.

11.4.1. Relaciones entre los ancianos en general

Para iniciar la discusión en este punto analizaremos las aportaciones de los ancianos:

“Me llevo bien con todos. Todos los que nos sentamos en el salón somos amigos más o menos. Hay dos o tres con las que me relaciono más. Con Maruja, siempre estamos juntas, cuando si y cuando no, hay veces que no.” (AR2)

“Muy poca con todos. Porque no están bien de la cabeza y no puedes hablar con ellos, no puedes tener conversación con ellos.” (AR6)

“Hay unos que son personas más moderadas y hay otros que son personas que no se puede resistir con ellos. Eso está por descontado, como en todas las cosas en el mundo entero.” (AR7)

“Hombre, yo... relaciones, yo ahora mismo mi relación es con los que estamos aquí que somos los que a lo mejor si hacen una cosa o vemos cualquier cosa nos decimos “oye, ¿pues tú te das cuenta de esto, te das cuenta de lo otro?, pues si, pues me doy cuenta o no me parece o no...”. Puedo comprender que los que están peor los retiren un poco de los tres o cuatro que habemos que estamos medio eso que estemos en otro lado.” (AR7)

“Las personas que hemos vivido en el corro que nos juntamos, en el círculo, pues claro, pues son personas mayores. Entre nosotros, no hay diferencia... somos personas mayores y el uno dice “pues siéntate aquí” y yo eso no lo uso... porque yo esa capacidad tengo, todavía...”(AR11)

“Porque, entre hermanos, que yo no los conozco, o conllevar un matrimonio, que no lo conozco tampoco, pero es muy difícil la convivencia.” (AR11)

Las aportaciones de los ancianos entrevistados, en concreto de AR2 y AR11, nos hablan de la existencia de relación entre los subgrupos de ancianos, aunque, como es evidente, esta relación intergrupala es menor que la que se da intragrupalmente. Tal y como ya hemos estado observando en los discursos de otros apartados, las verbalizaciones de los ancianos acerca de esta cuestión, en concreto las de AR6 y AR7, apuntan a que la existencia de ancianos con demencia condiciona sobremanera las relaciones y el tipo de estas que se van a dar en el contexto institucional residencial. Esto hace que el número de personas con las que establecer contactos relacionales sea escaso, y que viene a confirmar lo que otros autores ya refirieron en otros estudios (Blanca, Linares, Grande & Aranda, 2012a; Blanca, Linares, Grande & Jiménez, 2012b), acerca de la tendencia de los residentes independientes a no relacionarse con los dependientes. A pesar de ello, el grupo de los ancianos no hace especiales aportaciones a este respecto, de hecho tal y como verbaliza AR7 la comparan con el mundo exterior, lo cual nos lleva a recordar ciertas afirmaciones de ORG6 en torno a que la residencia no es sino una minisociedad. En este sentido, parece vislumbrarse tintes propios de una subcultura a pesar de las reticencias de Barenys a este respecto (Barenys, 1993). Nos resultan interesante las aportaciones de AR2 que evidencia la existencia de parejas en la residencia, lo cual se asemeja a lo aportado por Goffman en este sentido (Goffman, 2004, p68) y que este autor caracteriza como un rasgo manifiestamente totalizador de la institución si se prohíben por parte de la misma

(op.cit. p.69). No podemos estar más en desacuerdo, ya que el hecho *per se* de hacer parejas de afines no responde tanto a un mecanismo defensivo como al hecho de establecer relaciones más intensas en consonancia a relaciones igualmente intensas. Para los ancianos, la convivencia sigue siendo una cuestión a la que enfrentarse diariamente, tal y como refiere AR11, pero sin aportar rasgos distintos a los que se manifiestan en relaciones de tipo extrarresidencial, como entre hermanos o en el matrimonio. Estas verbalizaciones, sin conocer las aportaciones del resto de agentes sociales a este respecto, no nos podrían inferir, como consecuencia, la semejanza con el modelo Goffmaniano (2004).

Seguidamente, analizaremos los resultados procedentes de los trabajadores:

“Por ejemplo yo lo veo bien, que compartan la habitación porque una persona sola en su habitación son muchas horas y sin embargo se hacen muy amigas desde sus camisas. Si alguna fallece pues lo que tratamos es enseguida que se cambie de alguna manera porque hay algunas que cogen con su compañera, pues es como más que su familia.” (TRAB1)

“(…) incluso te voy a decir que entre ellos pues si a una abuela le falta que le subas los pies o le falta un cojín te lo va a decir otro abuelo que esté bien “oye que a esta no le habéis puesto no sé qué” “venga vamos a ponérselo”. Entre ellos son cómplices, yo los veo cómplices entre ellos, sobre todo cuanto más tiempo llevan y más se conocen.” (TRAB1)

“A mí por ejemplo una abuela me dice un día “yo no puedo estar con esta señora” digo “no te preocupes, pasa una noche que se lo decimos a la coordinadora y enseguida la cambian”. Ahí no hay problema, cualquier persona que te diga “no quiero tener a esa compañera en la habitación” no va a estar en la habitación porque se lo dice a la coordinadora y las cambian” (TRAB1)

“Ya buscan ellos [la organización] más o menos esa afinidad entre los abuelos para que más o menos no creen conflictos.” (TRAB1)

“Les tienen lastima [se refiere a las personas con demencia]. Dicen que para estar así, que prefieren no llegar.” (TRAB2)

“Tienen un tipo de carácter abusivo. A veces agresivo porque hasta José se ha tenido que ir al salón polivalente, por las composturas de estos residentes. Solo hablan los que se sientan juntos en la misma mesa.” (TRAB4)

“Yo creo que como esto es una gran casa pues tienen sus días buenos y sus días malos y a veces pues discuten por una cosa pero luego al día siguiente están bien no pasa nada, no ha pasado nada, estamos otra vez todos juntos y...”(TRAB6)

“Hay una relación como un poco, un poco así como, con envidia.” (TRAB12)

“La convivencia no es fácil. Tienen sus trifulcas, y a veces gordas, que te hacen llegar hasta intervenir.”(TRAB14)

“Cada uno es un mundo. Habrá algunos que no se integran bien, no les gusta la gente que hay o gente más autónoma que dice “aquí hay mucha gente que está ida y no puedo mantener conversaciones con ella”.” (TRAB16)

Las verbalizaciones de los entrevistados del grupo de los trabajadores nos aportan mucha más información que las del grupo de ancianos-residentes. En este sentido, podemos inferir tras el análisis minucioso de los discursos que la organización podría influir, al menos de manera preliminar, en el establecimiento de relaciones entre ancianos, tal y como verbalizan TRAB1. Parece que es la organización la que asigna al llegar el anciano una habitación al mismo, que en el caso de ser doble, como en la mayoría de los casos de las residencias objeto de nuestra investigación, va a influir en la intensidad relacional de un anciano recién llegado con un anciano que ya lleva tiempo en la residencia. Si bien esto se produce en un primer momento, luego serán los ancianos, precisamente como consecuencia de las previsibles y posibles tensiones relacionales, quienes podrán solicitar el cambio de habitación. Cuando esto se produce, según lo aportado por TRAB1, la asimetría es evidente. El mero hecho de solicitar un cambio unilateral supone un cambio de estatus dentro de la relación; cuando esta se produce por iniciativa del que quiere irse, al conseguir el cambio se pone en una posición superior respecto al otro, e incluso respecto al resto del grupo. Cuando el cambio se produce por la queja del compañero, la situación es contraria, el que se queda es el que adquiere mayor poder, y estatus, respecto al que se va. Estas situaciones se pueden ver diariamente en los cambios frecuentes que los ancianos-residentes solicitan, tanto para ellos mismos, como para sus compañeros, lo cual evidencia el grado de tensión y también conflicto que se da entre las personas ancianas que en la institución residencial viven, al menos las que están capacitadas cognitivamente. En cuanto un anciano refiere que no quiere tener a otro anciano en su habitación, la que él entiende que es suya, el personal tarda menos de 24

horas en reubicarlo en otra. Esto, si bien satisface las expectativas de una de las partes puede resultar traumático por la otra al existir la posibilidad de que pueda verse desplazado y rechazado, no solo por el anciano, sino por el resto de ancianos al ser materializado este desplazamiento por la propia organización. También se dan casos opuestos, esto es, la buena relación entre parejas de afines, y que como TRAB1 verbaliza, supone incluso nuevos elementos de la red de apoyo mutuo, confirmando así algunas afirmaciones de estudios anteriores (Blanca, Linares & Grande, 2011). Si bien la organización intenta satisfacer las necesidades individuales, no tenemos tan claro la manera en como esto se produce. Las relaciones entre los ancianos son, en palabras de TRAB6, TRAB12 y TRAB14 la manera como los ancianos van a significar su posición respecto al resto de ancianos y también hacia la organización. Los entrevistados manifiestan haber visto entre los ancianos actitudes como de “*envidia*” entre ellos, lo cual puede dar lugar a conflictos o “*trifulcas*”, como dice TRAB14, aunque en el fondo se entiende como algo propio de lugares donde hay mucha gente que tiene que convivir la una con la otra. Nos resultan interesantes las expresiones de pena hacia las personas con demencia, a los cuales no tienen en cuenta. Son considerados por los ancianos entrevistados, los capaces cognitivamente, como un grupo marginal, y en cierto sentido con pesar porque, tal y como refiere TRAB16, llega a condicionarles. Esto es fácil de entender pues teniendo en cuenta el gran número de personas con demencia que hay en las residencias, las medidas que se tienen con las mismas para cubrir las necesidades elementales de seguridad, por ejemplo, van a condicionar como ya vimos en otro apartado el grado de interacción del resto de ancianos, entre sí y con otros grupos, como los familiares.

A continuación, conoceremos los resultados de las verbalizaciones de los familiares:

“Hay comprensión, en ese sentido hay mucha comprensión. Yo he visto a independientes ayudar a otros más dependientes, que ayudan y comprenden la situación.” (FAM1)

“Son muy sargentos y empiezan a dominar unos a otros. Cuando no se pelean, yo que sé... Si es que es lo que está pasando, tienes que estar ahí porque es que se enganchan.” (FAM2)

“Algunas veces se pelean entre ellos, porque se tienen envidia. Muchas de las discusiones que tienen entre ellos es por eso. A ella le has dado esto y a mí no.”
(FAM4)

“Crean un vínculo entre ellos de amigos, entre Apolonia y Librada son amigas, se van se tiran se dicen pero siempre van juntas, entonces si...”(FAM7)

Son interesantes las aportaciones del grupo de familiares entrevistados porque vienen a confirmar en parte las aportaciones de los trabajadores. En este sentido, la envidia, como concepto, vuelve a sobresalir como argumento de la tensión relacional, aunque no manifiestan como antes tampoco hicieron los trabajadores, de qué se tienen envidia. También es interesante la verbalización de FAM1 que nos aporta un concepto interesante como es el de la solidaridad entre residentes que vendría a ser la manera de compensar la envidia. Esta solidaridad también fue vista cuando hablamos de los roles de los ancianos-residentes en boca de los miembros de la organización, y que nos atrevimos a denominar como “buen samaritano”. En este sentido, Goffman habla de que la institución total lleva a personas socialmente distintas a prestarse ayuda mutua (2004: 65), lo cual no solo no compartimos sino que no podemos considerar como “sintomático” de las relaciones dentro de un conglomerado humano. Esta reacción parece verse en otras relaciones no sujetas a la institucionalización en régimen de internado, como puede ser en un centro de día, o entre hermanos que se ayudan entre sí frente a sus padres cuando llegan tarde a casa, por ejemplo. Vuelve a ser señalada la creación de parejas de ancianos, con consecuencias muy beneficiosas para sus componentes, y que se encuentra en la línea de trabajos anteriores (Blanca, Linares, Grande & Aranda, 2012a), por lo que, contradiciendo a Goffman (2004), no se puede inferir que sea un rasgo claro de la totalización de la institución residencial. En cualquier caso, lo que es evidente es que existe un nivel de competencia entre los ancianos, aspecto sobre el que esperamos profundizar cuando analicemos las verbalizaciones en torno a las tensiones relacionales y los conflictos.

Para finalizar este punto analizaremos los discursos de los miembros de la organización:

“Es importante para ubicar también dónde va a estar, intentamos que las compañeras sean homogéneas. Obviamente tú haces una planificación pero luego el día a día es el que te dice si hay que cambiar, si no...”(ORG1)

“Son muy clasistas, son muy clasistas. Por ejemplo, si un anciano está enfermo o no eso ya es un escalón enorme. Luego hay ciertas conductas o síntomas normales de un demente. Entonces hay conductas que no las entienden, ni quieren entenderlas, porque se les explica pero no quieren entenderlo.” (ORG1)

“Quizá algún “refresque” de vez en cuando, sexualmente hablando.” (ORG1)

“Los ven [se refiere a las personas con demencia] como “los pobreticos”, como “estos pobres”, “estos enfermos”. Los ven distintos, los ven “los locos”, “los pobreticos”, “los enfermos”...” (ORG2)

“Como en la calle, los que hacen buenas migas se juntan entre ellos y tienen sus actividades comunes y salen a hacer sus cosas y a hacer sus compras y demás.” (ORG4)

“Aquí obligatoriamente tienes que convivir con la gente en dos momentos muy concretos: cuando vas a comer, y cuando te vas a acostar, si estás en una habitación doble.” (ORG4)

“Lo que sí hay son jerarquías en la convivencia de la propia habitación. Normalmente la persona que es más “echada pa'lante” prevalece sobre la persona que es más pusilánime y eso se da aquí fundamentalmente en las habitaciones.”(ORG4)

“Normalmente aquí la gente respeta y cuando al final pues terminan las trifulcas no suelen hacer las paces porque son gente en general que son muy orgullosos para dar su brazo a torcer, pero al final terminan más o menos llevándose bien.” (ORG4)

“(...) pero entre ellos, ellos son su grupo y que no venga ninguno de los que están mal [se refiere a las personas con demencia], que no se lo sienten al lado porque esa persona no es de ahí, porque es tonto o porque no está bien. Entonces entre ellos si hay...”(ORG8)

Tras el análisis de los discursos, podemos entender que los miembros de la organización asumen que la misma, como institución, influye en las relaciones entre los ancianos, tal y como verbalizan expresamente ORG1 y ORG4. Desde el lugar que van a ocupar cuando entran en la residencia, pasando por la habitación

que le asignan, tanto inicialmente como fruto de conflictos entre compañeros de habitación, pasan por la decisión de la organización. Aunque esto es así, tampoco debemos olvidar que la creación de parejas es el contrapeso que ejemplifica que no siempre la influencia de la organización es perjudicial, que es lo que afirma Goffman precisamente. Así, se pueden dar relaciones entre ancianos, que incluso llegan a la intimidad, tal y como refiere ORG1, que no son ni mal vistas ni prohibidas. Son muy relevantes las verbalizaciones en torno a la influencia que ejerce el grupo de personas con demencia en el gran grupo de los capaces cognitivamente hablando, lo cual incluso es verbalizado expresamente por ORG1 y ORG8. Los discursos de los miembros de la organización ponen de manifiesto los conflictos entre estos dos grupos. Así ORG8 incluso llega a verbalizar que las personas que no tienen demencia no consienten que los que padecen esta enfermedad estén ni siquiera a su lado, llegando incluso a echarlos de su presencia. Esto, que aparentemente parece ser un acto cruel de segregación, llega a un punto donde su interpretación debe ser cuidadosamente abordada. En ningún momento se refieren los ancianos capaces a las personas con demencia en tono peyorativo, sino más bien todo lo contrario, así ORG2 refiere explícitamente que los llaman “locos”, “pobreticos” e incluso “enfermos”. Esto evidencia un conflicto interno en los capaces cognitivamente que se manifiesta de manera que si bien, por un lado, no les tienen animadversión, por el otro, las personas con demencia se significan tanto como aquello que les coarta la libertad al tiempo que les recuerda cual podría ser su futuro. Esta sensación se palpa en el ambiente. Las personas con demencia son los grandes ausentes de las conversaciones de las personas que no tienen demencia. Si se encuentran en salones independientes estos no son frecuentados por las personas que no tienen demencia. Saben que su situación a nivel de libertad individual (salir pidiendo permiso, puerta cerradas con códigos, pastilleros bajo custodia de la enfermería, etc) es culpa de las personas con demencia, al igual que su mera presencia les recuerda lo que les podría pasar no dentro de muchos años. Pero esto no es suficiente, pues esto no es racionalizado por todos los capaces, lo cual no deja de ser motivo de segregación, que no discriminación, por lo que hemos visto algunos ancianos que están muy atentos a las personas con demencia, sin incurrir sin embargo por ello en los supuestos teóricos de Goffman (2004, p65). Esta situación es para algunos miembros de la organización comparable a la que se vive en el mundo exterior a

la residencia, lo cual compartimos en gran parte, y nos ayuda a dar peso a una organización estructuralista de la institución residencial tomando como base la sociedad en general.

11.4.2. Conflictos relacionales

Para iniciar la discusión en este punto analizaremos las aportaciones de los ancianos:

“Se formarían corrillos quizás y habría diferencias, habría comparaciones que son odiosas, habría cosas. Surgirían, siempre surge algo. Discusiones de poca monta, cosas sencillas.” (AR2)

“Yo lo que no aguanto son las cochinadas y gente así procuro mantenerla alejada.” (AR4)

“Oh!, unas peleas con los sillones.... Porque el que se pone en un sillón cree que es suyo ya y que no se lo quiten y arman unas peleas ahí en ese círculo que para qué. No lo quiere dejar, todos quieren coger el sillón, y hay unas peleas.” (AR6)

“Hay conflictos, hay algunos muy conflictivos. Hay ahí algunos que te quieren hasta pegar.” (AR6)

“Si a mi no me gusta una cosa me la callo. Nos llevamos bien, no me gustan las discusiones, y más aquí que tenemos que vivir juntos.” (AR6)

“La Josefa por lo que tiene también, pero al lado está el Tomás, el Pedro, lo veo normal que el hombre no está bien. Que entra uno que lo besa, que lo acaricia, que le traen caramelos, que le traen esto, que le traen lo otro. Al Tomás todo eso le da envidia, que yo lo veo.”(AR7)

“Y con un inteligente puedes hablar y no tienes un problema, nada, pero si se cree ser inteligente o es un tontuzo y se cree que es más inteligente pues entonces tú si eres inteligente te tienes que callar y entonces ya no tienes problemas, ¿me explico?” (AR11)

No podemos obviar que, en este nivel de análisis, las aportaciones de los ancianos son reveladoras. Así, podemos encontrar evidencias de la existencia de conflictos en las verbalizaciones de la mayoría de entrevistados, tal que AR2, AR4, AR6, AR7 y AR11 que, a veces incluso, pueden llegar más allá que a meras

palabras como refiere AR6. La mayoría de estos ponen en el centro de los conflictos la lucha por los sillones, o lo que es lo mismo, el lugar que ocupan estratégicamente en la residencia y que no deja de ser una significación más del estatus de los ancianos. Los sillones, más allá de ser muebles, son objetos que solo pueden ser utilizados por una persona, esto es el anciano-residente que lo ocupa, lo cual le da el atributo de propiedad, ya que “si aquí solo me puedo sentar yo este sitio es mío”. Recordemos a modo de contraste que la cama es su cama, pero que al estar en una habitación asignada por la organización no puede ser peleada por el resto. La silla de la mesa donde se sienta para comer puede ser cambiada por otra silla y la movilidad es mayormente aceptada como símbolo de pertenencia al grupo, pues lo que prima en la mesa es pertenecer a esta, junto a los otros tres compañeros, como significación de la pertenencia a un grupo preciso, pero no la silla concreta que se ocupa. Por tanto, solo les queda el sillón que van a ocupar durante el resto del día a excepción de la comida y la cena. Ante las movilizaciones, hay factores externos que pueden determinar la posición física del anciano en las instalaciones de la residencia, como un cambio de grupo (y por ello de mesa, o viceversa), o la reasignación de un salón concreto por parte de la organización (por haber aparecido, o agudizado, un problema de incontinencia por ejemplo, que le obliga a estar más cerca de los baños), sin embargo su lugar en el sillón es inapelable. El sillón que ocupa es “su” sillón, y por ello será defendido *con uñas y dientes* cuando éste es ocupado por otras personas, principalmente ancianos. Los sillones llegan a ser una prolongación de su espacio vital y, de hecho, como hemos podido observar durante la investigación en todas las residencias objeto de este trabajo, se convierten en el depósito de sus objetos de mayor valor, esto es, el bolso, el cojín que le trajo un familiar, una bolsa donde guarda alguna manualidad, etc... Las tensiones derivadas de la lucha por los sillones no puede ser contemplada como una lucha por un mueble sin más, sino como la defensa de todo cuanto todavía es el anciano-residente. En este sentido, los conflictos relacionales observados superan los derivados de las interacciones grupales descritos por Nadel (1974:181-185), quedando relegado el concepto de lealtad al grupo, al grado de observancia del espacio “interno” del anciano (íntimo), por parte del resto de ancianos o espacio “externo”. Este tipo de afirmación, probablemente, adquiere más contundencia si recordamos la existencia de la práctica de los registros de las instalaciones de los ancianos, tales

como armarios y cajones de la habitación, en busca de objetos, en principio prohibidos por el Reglamento de Régimen Interno de la Administración, aunque éste deba aplicarlo la organización de la institución residencial, con más o menos flexibilidad. Este punto de la discusión de los resultados ilustra perfectamente la oposición del modelo institucional observado en nuestra investigación con el defendido por Goffman (2004), pues si bien en este último al interno se le despoja de objetos ligados a su yo con una intención clara de mortificar su "yo" (op.cit. pp.30-32), en nuestro caso la organización no ejerce esa presión al menos en cuanto a su reubicación física en los sillones "personalizándolos". Ante tal falta de espacio vital donde significarse en la intimidad, su intimidad, es lógico inferir que objetos externos como los sillones sean su último reducto de propiedad personal, aun sabiendo que no son propietarios del mueble sino de la sensación de individualidad que les proporciona. En este sentido, nos encontramos posturas parecidas en otros autores, que hablan de cómo los ancianos van reconstruyendo su yo personal a través de "acotar un territorio o marcarlo simbólicamente" (Barenys, 1993: 163).

Seguidamente, analizaremos los resultados procedentes de los trabajadores:

"Yo me acuerdo que antes los sillones iban por nombres, pero que eso es una tontería. En este salón sí que me han venido abuelas y abuelos diciéndome que hay gente sentado en sus sillones." (TRAB2)

"Si alguien entra en un salón y se sienta en un sillón que no es el suyo habitualmente, los ancianos que siempre están en ese salón, nos llaman y nos dicen que nos lo llevamos que ahí ese anciano no puede estar. Ellos ven que cuando están en un salón se apoderan de ese sitio, de ese sillón, de esa silla. Lo echan y si no, quieren que las auxiliares lo echemos. Este no es de familiares, si quieres venir te tienes que ir al otro salón." (TRAB4)

"Normalmente cuando intentan castigar a alguien hacen comentarios en voz alta un poco despectivos "esta abuela huele a pipi. No se lava". Muchas veces son crueles, lo humillan públicamente." (TRAB6)

"Ha habido enfrentamientos verbales a causa de esto "que por qué dices esto, lo otro...". Claro, ella lo hace con afán de justicia. Las cosas que no veía bien las dice. Claro, crea rechazo, hasta con los más neutrales porque ellos creen que no debe hacerse eso supongo que para "proteger" al líder del grupo. Y esa persona lo llegó a

pasar francamente mal, por su actitud...Hasta el punto de no hablar con ella, pedir que se le cambiara de mesa en el comedor, a la hora de no sé... "¿queréis un café?", no preguntarle a ella. El traer un familiar algo y compartirlo con todos menos con ella. Era un rechazo sin disimulo, manifiesto. Ella al final optaba por levantarse e irse para evitar todo eso." (TRAB7)

"A veces sí que discuten, no llegan a más, son simples, pequeñas discusiones que entre ellas mismas al final se callan y no siguen." (TRAB8)

"El líder es el que hace los desplantes y entonces depende de la fuerza de la personalidad de la persona que llega. A ver, nadie los echa pero tú buscas estar cómodo, nadie te dice "vete de este salón" pero si notas que no te tratan bien o que cada dos por tres te hacen algún desplante pues te vas de allí, claro." (TRAB10)

"Siempre hay líderes, hay usuarios residentes que son líderes que consiguen generar conflictos y muchas veces aíslan. A ciertos usuarios los aíslan, quizá no comparten su pretensiones o sus inquietudes, otras veces no les siguen el ritmo." (ORG1)

"Hay gente que dice "ya se ha sentado en mi silla, ya se ha sentado en mi sillón" y se oye de vez en cuando alguna discusión fuerte. Pero es que pasa en la casa de uno, o sea, yo en mi casa tengo mi sofá y si yo llego a mi casa cansado y encuentro a alguien en mi sofá yo no digo nada pero nada más que me tiene que mirar la cara para saber que se tienen que levantar." (ORG4)

"Los conflictos van a ser muy parecidos a los que puede haber en una familia también o en un barrio. Entonces sí, si hay se queja de la comida y el otro ve que no es justa esa queja pues se suelen enfadar. Si yo estoy intentando que mi hijo vea lo bien que se come aquí, lo bien que se está aquí, no es justo que mi hijo tenga que oír que la otra está diciendo que la comida es basura, que aquí estoy mal... porque si encima lo oye mi hijo se preocupará por mi." (ORG6)

De los discursos de los trabajadores y los miembros de la organización, nos ha resultado destacable la evidencia de conflictos relacionados precisamente con la lucha por los sillones tal y como se reflejaba en las verbalizaciones de los ancianos-residentes. Nos ha llamado la atención el papel que adquieren los trabajadores en la gestión de los conflictos, en la misma línea que otros autores han descrito anteriormente (Nakrem, Vinsnes & Seim, 2011). Si bien no castigan comportamientos, ni juzgan si una cosa está bien o mal, se encargan de mediar

entre ancianos que se pelean. Este papel mediador, tal y como se puede deducir de los discursos, pone al trabajador en una tesitura moral, pues la mediación consiste en acercar posiciones o evitar confrontaciones que no es sino otra manera de influir en las relaciones, conformándolas de alguna manera. Es difícil esta disertación, pues no hay líneas claras entre el papel de facilitador que el trabajador puede tener para gestionar las relaciones entre residentes (Berglan & Kirkevold, 2008) y las consecuencias que dicha acción pueda repercutir en las relaciones entre ancianos, moldeándolas, e influyéndolas. Este aspecto, precisamente aleja a la institución residencial del modelo total de Goffman (2004), pues la actuación de las trabajadoras, el personal, contrariamente a los guardianes en el modelo goffmaniano, no buscan mortificar al yo del anciano, sino todo lo contrario, aunque debemos aceptar que esto no está exento de cierto riesgo. Muy relevantes nos han resultado las verbalizaciones de TRAB6, TRAB7, TRAB8, pues evidencia la existencia de castigos entre los ancianos que, por las aportaciones hechas por los trabajadores, podemos inferir que rozan la crueldad. Así, cuando alguien se desvía de la actitud aceptada por el grupo e impuesta por el líder, la manera de hacerle saber el desagrado con el que se ha recibido dicha acción va desde hacerle el vacío sin más hasta la ridiculización pública (decirle que echa olor a pipí, que huele mal, etc...). A todo ello hay que sumarle la manera en que a veces hacen prevalecer su estatus, que vendrá determinado como refiere TRAB8, a modo de castigo verbal, cuando el anciano dice esperar a un familiar y otro anciano le dice que éste no vendrá a verle. Estas acciones que rozan, como hemos dicho, aparentemente la crueldad, no deben ser observadas más que como un mero comportamiento social llevado a ciertos extremos. Como comprobaremos en el subapartado inmediatamente posterior, el que la familia lo visite o no es una marca de estatus y por ello, las disputas de este estatus pasan por defender esta postura o atacarla. A pesar de ello, TRAB8 refiere que los conflictos no tienen mayores consecuencias, y solo TRAB7 se refiere a ciertos comportamientos de castigo a quienes se desmarcan del resto a la hora de participar de una manera u otra en la dinámica de actividades de la residencia. Es decir, si bien Goffman (2004) indica la indisciplina colectiva como una manifestación del fenómeno de línea intransigente (op.cit. p.67), que hemos estudiado en profundidad en el capítulo correspondiente, ésta adquiere su sentido cuando se produce contra la institución o cualquiera de sus miembros. En el caso descrito por el TRAB7, si

bien hay una cuestión grupal de reticencia a realizar alguna actividad, la verdadera confrontación es contra el anciano que se desmarca del grupo para hacerla, no contra la institución. El análisis de los discursos de los miembros de la organización nos lleva a confirmar la existencia de conflictos entre los ancianos motivados por la posesión de los sillones. Esto viene a apoyar nuestras inferencias en relación a este aspecto de los conflictos, que no dejan de ser de la dinámica relacional entre ancianos-residentes. Resulta interesante la aportación de TRAB2 la cual se orienta hacia la uniformidad, es decir, entiende que un criterio justo es la igualdad en la posesión de los sillones de manera que los sillones serían de todos y de nadie y cada uno se podría sentar donde se le antojara cada día. Esto, reconoce, se encuentra con la oposición de los ancianos, precisamente por lo que argumenta al principio de su fragmento y que le da peso al nuestro, esto es, los ancianos buscan la individualidad donde pueden y la manera de hacerlo es apropiarse de elementos de la residencia que solo ellos puedan usar y no el resto. Como esto se sabe por el grupo, la líder hace uso de ello para hacer valer su estatus y su rol de jefa, según ORG1, eligiendo los sitios, es decir, los sillones de los nuevos ancianos-residentes, atribuyéndoles de esta manera su lugar en el grupo. Este no sería el único elemento de adscripción, pues como hemos visto en el subapartado de reclutamiento de los ancianos, la comensalidad sería uno de los más importantes, por su concreción y evidencia. La organización nos aporta datos acerca de los castigos infringidos entre ancianos, según las verbalizaciones de ORG4, que suelen ser a modo de aislamiento o vacío como ya nos refería el grupo de trabajadores. ORG6 nos refiere que hay conflictos entre grupos de ancianos que suelen coincidir con los grupos establecidos previamente en la residencia.

Entre las aportaciones más interesantes que realiza el grupo de familiares destaca aquella que hace referencia a las peleas por los sillones, tal y como ya verbalizaban los otros agentes sociales entrevistados, aunque añade otros motivos:

“Puede ser desde por política, por la edad, que si yo estoy peor.....No lo se, puede ser que la persona sea una insatisfecha, o tenga las facultades mermadas, o porque no tienen ya esa facilidad de controlar las cosas. A lo mejor también se pelean por eso, si tienen un sitio fijo...tienen la seguridad de que se van a sentar ahí. Hay personas que les rompes esos esquemas, costumbres y no pasa nada y otras que sí les molesta.”

(FAM1)

11.4.3. Marcas de estatus

Para iniciar la discusión en este punto analizaremos las aportaciones de los ancianos:

“Hay algunos que quieren irse, pero no se los quieren llevar... hay gente que no la llaman y no recibe visitas... Yo por suerte me llaman mis hijas todos los días y vienen a verme los fines de semana.” (AR1)

“Yo creo que la cultura y la educación. Con la educación ya puedes tratar a la gente. Hay grupos que la tienen, otros no...” (AR4)

“Esto es como las categorías, los de abajo y los de arriba. Pues el que tiene la cabeza buena estaría arriba, natural. Si no puedes entenderte con una persona porque tenga la cabeza mala...” (AR6)

“Yo ahora me han puesto a uno nuevo en la mesa que no me gusta. No me gusta porque se coge la comida con la mano izquierda, se la pone en la cuchara o en el tenedor y entonces se la come, y a mi, la verdad, no he comido con gente así, y no me gusta...” (AR7)

Las marcas de estatus, al menos las evidenciadas por los ancianos-residentes, se clasifican en tres grandes tipos, las relaciones afectivas con los hijos, la cultura y formación académica, y el estado cognitivo. Recordemos que los ancianos son conscientes de su detrimento debido a la autoconciencia del cambio, así como por la conciencia colectiva y social del cambio (Kalish, 1996). En este sentido, cuando hablamos de *relaciones afectivas*, tal y como ya hemos visto con anterioridad, las familias se visibilizan ante los miembros del grupo de ancianos-residentes a través de las visitas y/o las llamadas de teléfono. Tener visitas de los familiares es una señal, para los otros ancianos, de que los ancianos que las reciben son queridos. En este sentido, nos alineamos con las aportaciones de otros autores, que afirman que el modelo familiar es el más idóneo para el desarrollo de los sentimientos y de las relaciones personales (Parsons, 1970). Recordemos que lo que motiva el ingreso en la residencia es la falta de apoyo familiar, por varios motivos, que van desde problemas económicos al desapego voluntario hacia el anciano por parte de los hijos. Así, en el gran grupo de ancianos habrá algunos que hayan sido abandonados por sus familiares, otros que hayan ingresado “voluntariamente” para no causar un problema en la vida de los hijos y aquellos

que hayan ingresado verdaderamente por voluntad propia y consciente (que veíamos que eran una minoría). Estas circunstancias están claramente acompañadas de connotaciones morales que atañen a la imagen de los hijos respecto al resto de ancianos. Un hijo, por ejemplo, que va a menudo a ver a su madre, evidentemente no la ha abandonado en la residencia, al menos aparentemente; y por ello, lo contrario, es decir, que no vayan a verle significa que lo han abandonado o que no le quieren. Estas connotaciones morales, ligadas a las visitas y relaciones con sus familiares, llevan indefectiblemente al establecimiento de categorías relacionadas con el estatus. Se verá mejor, de cara al resto, el que es visitado por sus hijos que los que no son visitados, aunque esto, en otros contextos de convivencia, suponga un problema por las envidias surgidas a este propósito.

La *cultura y la formación académica* son, probablemente, las marcas de estatus más evidentes en las relaciones entre ancianos. La utilización de lenguaje coloquial puede marcar a algunos ancianos como de una clase inferior respecto al que no lo usa. Lo mismo pasa con los modales en la mesa, o las maneras de dirigirse al resto. En este sentido, las personas de mayor estatus serían aquellas que exhibieran mayores ritos de formalidad, tal como dirigirse a otros ancianos de usted, pedir permiso al entrar al salón que comparten, no coger la comida con las manos, no eructar en la mesa, no entrar en conflictos de otros, no criticar en público a otros, etc... La observación de las agrupaciones de ancianos en las residencias, objeto de esta investigación, nos ha permitido visibilizar algunas coaliciones claramente diferenciadas por este motivo.

La última marca de estatus que utilizan los ancianos, al menos por ellos verbalizada, es el *estado cognitivo*. Las expresiones que anteriormente hemos podido observar respecto a los ancianos con demencia, nos hacen inferir que estos se encuentran en un estatus inferior respecto a las personas que no tienen demencia o capaces cognitivamente. Llamarles "*locos*", "*pobreticos*" o "*enfermos*" tiene una carga moral y social más que evidente. Les producen pena, también rechazo, por lo que en definitiva no son bien vistos por el resto, al menos por la mayoría. La lucha por la autonomía hace que la aparición del rol del "buen samaritano", es decir, aquel que ayuda al que no puede hacerlo por sí mismo, convierta al dependiente en alguien de menor rango respecto al resto. AR6 lo verbaliza de manera ejemplar. Los que cognitivamente están mejor, si no bien,

estarían arriba y los que no abajo. Esta utilización de términos como “arriba” o “abajo” nos llevan a la consideración de una jerarquía entre los ancianos, independiente de los grupos a los que pertenezca y los roles que desempeñen en la dinámica social relacional.

Seguidamente, analizaremos los resultados procedentes de los trabajadores:

“Unos utilizan como arma arrojadiza aquello de que “yo voy más guapa”, “mejor vestida”, “yo puedo salir”...” (TRAB3)

“A la entrada hay alguien ahí que dice “esto es así”, “silencio” y tal y a lo mejor va a entrar alguien de otro salón y le ponen mala cara y le hacen el vacío, es que esto es así, es sociedad pura y dura. Y en el salón dos, el más alejado, aceptan a gente digamos, son más abiertos, les importa menos lo que haya en la tv, puedes estar sin hablar, hay como más confianza, yo lo veo como más casa, como más hogar. Las diferencias se notan, sociales, culturales y económicas en el primer comedor porque hay gente que ha viajado, que ha estado fuera, que ha trabajado en ministerios incluso y económicamente ha tenido solvencia, quizá ahora tienen menos solvencia, pero han tenido solvencia y han tenido una vida en la que se han relacionado con gente de un estatus un poco más alto. Y el otro salón económicamente hay gente que está mejor pero yo creo que por buscar la aceptación del grupo pues le da igual digamos la situación social de los demás, digamos que son menos clasistas. Estos son menos clasistas, no les importa si alguien viene a sentarse en su sillón o a ver su tv, mientras siempre haya silencio y no interrumpen la calma porque la calma tiene que seguir ahí para dormir la siesta y todas esas cosas, pero sí, son menos clasistas. La gente tiene un nivel cultural un poco menor y también tienen algún déficit sensorial. Es curioso porque en el salón uno que estábamos hablando no hay déficit sensorial, todos escuchan bien, todos ven bien porque también llevan sus gafas. Pero en el segundo salón, hay gente que no oye y pues supongo que por eso sienten afinidad por ellos mismos y por ayudar.” (TRAB10)

“Económicamente evidentemente hay gente que domina su dinero, que tiene su dinero y le gusta llevarlo encima, son pequeñas cantidades, cantidades simbólicas pero se sienten poderosos de esa manera y hay un trato de favor hacia ellos, no con el trabajador, incluso entre ellos mismos “porque es que esta tiene esto y me puede dar si alguna vez me hace falta” entonces se le tiene por encima y se le trata bien, entre los ancianos, entre los mismos ancianos.” (TRAB10)

Tal y como referían los ancianos-residentes, las marcas de estatus, como verbaliza TRAB10, se centran también en la economía, es decir, tener dinero disponible para gastar, según aportan TRAB3 y TRAB10. El dinero hace que los ancianos puedan adquirir productos tanto prohibidos como de fuera de la residencia. Esta capacidad, aportada por el dinero, les permite situar su estatus por encima del resto. Además puede trapichear con lo que compra, con lo que puede poner a sus pies la voluntad de otros, como llevarles de un lado para otro, o pagar por servicios que, a pesar de estar dentro del catálogo de los prestados por la residencia, les permite visibilizarse ante el resto como poderoso al ser más autónomos, al no necesitar de la residencia, institución que le recuerda con su mera presencia que su dependencia le ha alejado de su familia. Esta visibilización se hace más evidente por el aspecto físico. Por ejemplo, las ancianas que están mejor vestidas, con ropa de buen género, y cuyas melenas lucen frecuentemente un tinte o una permanente, acompañadas de algo de maquillaje, tienen un estatus frente al resto mucho más elevado. Como decíamos antes, esto que visibiliza determinados rasgos del estatus puede hacer que sufra en otros contextos debido a las envidias producidas entre las que no pueden costearse estos servicios. Podrá ir más guapa, y oler mejor por tener colonia de mejor calidad, pero no será tenida en cuenta en el taller de manualidades, será objeto del vacío grupal si la líder no tiene capacidad económica. Son muy relevantes las alusiones que las entrevistadas hacen en torno a términos como clase, que evidencian similitudes con la sociedad que acoge y alimenta a la residencia como institución, en definitiva el mundo de fuera. Al final lo que se hace en la residencia no es más que reproducir formas de relacionarse en el exterior, partiendo de las mismas premisas aunque a pequeña escala, compartiendo de esta manera las aportaciones de Barenys (1993) a este respecto a modo de una subcultura.

Para finalizar este punto, analizaremos los discursos de los miembros de la organización:

“Los capaces están en la cúspide y los no capaces son los que menos decisiones toman. Cuanto menos capaz eres más externalizadas serán las actuaciones que se hagan o menos voz y voto, a traves del familiar o a traves de tu representante residente que en la mayor parte de los casos no va a mirar por el residente no capaz. Se ve por encima de él. Son muy clasistas y el ejemplo es lo que te he comentado antes, que cuando

alguien está en ese grupo y deja de ser capaz lo que hacen es aislarlo y has dejado de pertenecer a este grupo, has dejado de tomar decisiones.” (ORG6)

Las escasas verbalizaciones de los miembros de la organización nos evocan ciertas apreciaciones que el grupo de ancianos ya refería respecto a la capacidad cognitiva, al tiempo que utiliza las mismas significaciones de jerarquía que algunos trabajadores. Tal y como ya afirmábamos con anterioridad, los ancianos que no tienen demencia están en la cúspide jerárquica mientras que los que lo están se encuentran abajo. Este comportamiento se puede apreciar, tal y como refiere la entrevistada, al cambiar el estado cognitivo conforme una demencia aparece y avanza o tras un deterioro cognitivo tras un ictus. Cuando esto ocurre el estatus del anciano cambia, pasa de estar arriba a estar abajo. Los antiguos compañeros de grupo lo aislarán, lo excluirán. Esto apoyaría la lejanía relacional que mantienen unos ancianos, los autónomos y que no tienen demencia, con otros, las personas con demencia.

Sintetizando, y teniendo en cuenta todas las aportaciones de los agentes sociales, los ancianos manifestarán diferentes estatus en función de determinados factores tales como el estado funcional y cognitivo, la capacidad económica, la formación académica y la cultura, y las relaciones con los hijos. Esto se puede ejemplificar a través de determinados fenotipos que lejos de establecerse en estereotipos nos ayudarían en un futuro a identificar situaciones de riesgo de maltrato (Pérez-Rojo, Izal M, Montorio, Regato & Espinosa, 2013), diferenciándolo del producto de las relaciones interpersonales entre ancianos-residentes. En este sentido, el que mayor estatus tendrá en la residencia será el anciano capacitado cognitivamente, aunque tenga mayor o menor autonomía física, también que posea dinero para trapichear y/o pagar recados, para vestirse mejor y para ir a la peluquería más veces, o lo que es lo mismo, significarse socialmente de una manera que recuerde el aspecto que se tiene fuera de la institución. También tendrá mayor estatus el que proceda de un ambiente social donde las buenas formas y las costumbres se encuentren en un rango dentro de lo que ellos consideran como educación y cultura; poder conversar de cuestiones relevantes con otros le hace interesante y por ello objeto de nuevas amistades entre los ancianos. Si además de todo ello, tiene familiares que le llaman por teléfono frecuentemente, y van a la residencia a verle a menudo estando tiempo suficiente como para que el resto de ancianos compruebe que realmente hay buena relación,

el rol de líder estaría a su disposición si lo quisiera ejercer en cualquier momento. Contrariamente, en el lado opuesto, se encontrará el anciano demenciado, que, desposeído de atributos que le hagan sobresalir del resto, adquirirá un papel más parecido a un objeto, a una cosa, para la mayoría del resto de ancianos. No podemos olvidar los riesgos de las caracterizaciones. Entre el estatus más elevado y el más bajo, se encuentran una serie de estatus que irían, análogamente a la escala de grises, entre el blanco y el negro, acompañados de atributos en función de la manifestación de los roles. En este sentido, siguiendo las caracterizaciones, el anciano que sale a la calle tiene un estatus más elevado que los que no pueden hacerlo, aunque no tenga dinero, no tenga familia e incluso no tenga mínimos culturales y de educación. El motivo es que, al final, las marcas de estatus, que hemos visto, son la manera de visibilizar la autonomía funcional y la independencia social respecto de la residencia, pero dentro de ésta. El anciano, que puede salir por sus propios medios al exterior, es aquel que a ojos del resto no está institucionalizado del todo, en el que no se ha consumado el acto de institucionalización que se produce al estar confinado en el espacio físico de la residencia.

Tal y como hemos referido, el rol de líder o jefa, como hemos podido comprobar, no estaría ligado exclusivamente a aspectos que vienen del exterior, sino que cuando hay más de una anciana que puede reunir las características expuestas se da un choque entre lideresas o jefas. A veces pueden llegar a convivir las dos dentro del mismo grupo pero hay que reconocer que estos son casos excepcionales y no exentos de conflictos frecuentes.

11.5. RELACIONES ENTRE ANCIANOS Y TRABAJADORES

Análogamente a como ocurría con los ancianos-residentes, los resultados han podido agruparse en bloques cuya temática sería: las relaciones en general, la existencia de un sistema de privilegios y castigos y los conflictos relacionales entre ancianos-residentes y trabajadoras.

11.5.1. Las relaciones en general

Para iniciar la discusión en este punto analizaremos las aportaciones de los ancianos:

“Yo creo que nos tratan a todos igual.” (AR2)

“Nos tratan a todos iguales, hombre hay veces que algunos ya se pasan y les tienen que decir algo.” (AR3)

“En personas que tienen palabras malsonantes entre ellas, malos modos. Todo eso está prohibido completamente.” (AR9)

“Aquí se basa mucho en las personas y depende de la estructura de ella. Las hay que no han tenido cultura, educación y tienen que adaptarse también a ese tipo de personas que son incultas, que no dan más de sí.” (AR9)

“Esto es como una cárcel, saben más los presos que los funcionarios.” (AR9)

“Yo con las trabajadoras tengo poca confianza también, pero las que van a nuestra habitación y todo eso son simpáticas, nos tratan con cariño, y nosotras pues a ellas tenemos que respetarlas también, porque si no las respetas, si no te haces de respetar, no te respetan.” (AR10)

De las verbalizaciones de los ancianos, en concreto de las de AR9, podemos inferir un interés de la organización en disponer unas normas mínimas de convivencia entre ancianos y trabajadores. Así está reflejado en el Reglamento de Régimen Interno, lo cual acerca la institución residencial al modelo goffmaniano, aunque con la salvedad de que el Reglamento referido no está elaborado por la organización sino por la Administración. Si bien éste es impuesto por ésta, la residencia lo aplica en función de ciertos criterios morales como vimos en el análisis de los resultados relacionados con las normas. En este sentido, entonces, la residencia quedaría exenta de la tipificación de total según los presupuesto goffmanianos. También el Convenio Colectivo Marco (Gobierno de España, 2012) que regula el funcionamiento laboral de las trabajadoras de las residencias, entre las que se encuentran las que han sido objeto de esta investigación, llega a regular algunas relaciones entre las trabajadoras y los ancianos, lo cual ejemplifica nuevamente la disposición macrosocial de las normas que deben ser respetadas en una residencia, por muy pequeña que ésta sea, descargando en la Administración, en el Estado, la totalización de la atención. AR10 refiere tener buena relación con las trabajadoras pero sin entrar en la valoración personal de las mismas ya que utiliza términos como simpatía para calificar las emociones de las trabajadoras, aunque a cambio refiere claramente el respeto mínimo y propio

que merecen las personas. Este discurso no es el habitual entre los ancianos-residentes, como más tarde veremos. Enlazando con el sistema de privilegios, aunque sin entrar en este en detalle, AR2 y AR3 nos refieren que el trato, es decir, las relaciones de las trabajadoras hacia los ancianos se definen por su uniformidad, lo cual nos acercaría indefectiblemente a las premisas del modelo goffmaniano. Se argumenta perfectamente el papel que juega la organización en la regulación de las relaciones entre los ancianos. Si bien es cierto que hay autonomía para establecer estas relaciones, al parecer la organización se encarga de que esta autonomía no se ejerza desde el despotismo y la marginación entre ancianos. En este sentido, la carga moral de la institución es innegable ya que si bien en un primer lugar esta función reguladora externa parece ser un buen modo de frenar conductas radicales, no están tipificadas dichas conductas de manera imparcial y externa, salvo por los propios responsables de cada institución. Esto nos llevaría a pensar en diferentes maneras de regular las relaciones entre los ancianos en función de la carga moral y “moralizante” que cada institución signifique. Esta sería una más de las diferencias que existirían entre las residencias del mismo tipo no lucrativo y con claros tintes filantrópicos.

Seguidamente, analizaremos los resultados procedentes de los trabajadores:

“Pero nosotras los tratamos a todos por igual, luego algunos son más cariñosos, pues sí que es verdad que ellos son más cariñosos. Pues tú, te dicen una cosa buena pues le contestas igual pero no porque nosotras les hagamos un trato diferente.” (TRAB1)

“Aquí estamos como si estuviéramos en familia. Los abuelos es como si fueran parte nuestra, porque se les coge mucho cariño. Sí que es verdad que hay ancianos que se les coge mas cariño y otros menos.” (TRAB2)

“El residente siente la clase de persona que puedes llegar a ser. Se ríen, a lo mejor te quieren dar la mano. Hay otra gente que se echa para atrás, como si les tuviera miedo. El residente como que le tiene miedo. No se... todo eso está en la persona.” (TRAB4)

“Hay gente que considera a las auxiliares como una parte más baja y de hecho en su trato se nota que es super clasista. La auxiliar es como la persona que me sirve. La enfermera tiene un poco más de formación entonces cuando entra a la habitación se dirige a ti de diferente manera e incluso de diferente tono o intenta utilizar palabras más técnicas y ya cuando entra el médico, aparte que es médico que tiene mucha más

formación y que es hombre, pues entonces ya es el cúmulo de la generosidad y de la amabilidad y de todo.” (TRAB10)

“Nosotros venimos aquí a trabajar cada día y para empezar cuando ellos te ven entrar tú eres aire nuevo porque ellos han estado aquí todo el tiempo y tú vienes de fuera y tienes información.”(TRAB10)

“Ellas están muy contentas conmigo. “María qué buena que eres” y yo me pongo chocha perdida, cuando me dicen eso es que qué quieres que te diga, trabajo muy a gusto. Son cosicas que algunas las hacemos, otras no, entonces ya pues a lo mejor “estas son malas, estas son buenas”, pero no es que sean malas ni sean buenas es que es el bien de nosotros y de ellos.” (TRAB11)

“Unos demuestran el cariño de una forma y otros de otra manera, siempre tienes más aprecio por unos que por otros, es normal que al estar con ellos diariamente tengas un poco más de cariño con unos que con otros.” (TRAB16)

“Yo en principio soy igual con todo el mundo, pero sí que es verdad que con el tiempo que ellos están aquí y yo estoy aquí, les vas dando cariño, pero ellos no te responden. Pues no te da ese cariño que a lo mejor tú has visto que se lo da a otras personas, pero no te lo da a ti, pues no le das tanto cariño.” (TRAB16)

Si todas las verbalizaciones seleccionadas tienen aspectos de relevancia, no podemos dejar de señalar las de TRAB4, y TRAB16, pues ponen el énfasis en el cariño y afecto como rasgos esenciales en las relaciones entre ancianos y trabajadores. No es obvio que las trabajadoras no se comporten con los ancianos de manera aséptica, uniforme, como verbalizan además TRAB1 y TRAB10, incrementando la carga emocional de sus relaciones de manera recíproca a como son tratadas por aquellos. En este sentido se dan los casos expuestos por los trabajadores referidos en que hay trabajadoras “preferidas” por unos ancianos, e incluso por ciertos sub-grupos, en función además del turno o la clave que le toca desempeñar, tal y como verbalizan TRAB4 y TRAB11. Así, habrá ancianos que busquen a una determinada auxiliar para que les asee y a otras para que les ordene el armario. Estas relaciones, por duraderas en el tiempo, y que las diferencia con otros contextos asistenciales como pueden ser un hospital de agudos, hacen que el grado de empatía entre ancianos y trabajadores de lugar a situaciones de manera casi especial llevando a sufrir el duelo al morir un anciano, como verbaliza TRAB2. Esta misma trabajadora refiere que al fin y al cabo la

residencia es como una casa y por ello las relaciones se dan en los mismos términos, lo cual no podemos dejar de inferir que es arriesgado por las implicaciones que esto tiene. El cariño de un trabajador puede ser percibido por algunos ancianos como el sustitutivo del que un familiar no ofrece, llevando esto a conflictos más propios de familiares que de trabajadores, siempre en un contexto profesional como telón de fondo. Algunos trabajadores, como TRAB10, incluso refieren recibir diferente trato por parte de los ancianos en función de su categoría profesional lo cual intuimos puede llegar a enfrentar a estos subgrupos dentro del grupo de los trabajadores, si no se maneja bien esta situación. Además el trabajador, más allá de las connotaciones asistenciales que conlleva y percibidas por el anciano, debe sumar, según TRAB10, la de ser un elemento externo, aquel que puede servir de recadero, e incluso traer información de afuera, lo cual le sitúa en una posición ambivalente, por un lado de respeto por ser el medio de comunicación con el exterior y que lo iguala a su familia o amigos, y por otro, objeto de afinidades, ya sea por aspectos personales, como el cariño, las simpatías innatas o retribuidas, o ya sea por el estatus que intuimos ostenta en función de la categoría profesional que ejerce. Esta selección de trabajadores por parte de los ancianos es referida además explícitamente por parte de TRAB16.

A continuación, conoceremos los resultados de las verbalizaciones de los familiares:

“Igual que en la vida , hay sus competencias, sus tira y afloja, hay sus juicios entre unos y otros, depende del carácter de cada uno.. A mí, hay quien les habla bien, otros dicen “para eso te pagamos”, pero ojo... hay cosas pagadas, otras agradecidas, y cosas que no tienen precio. Hay quien le da las gracias, otras no.” (FAM1)

“Se encabezona muchas veces [se refiere al anciano] con ellas y tengo que decirle “no, es que vosotros...” Porque es muy cabezota y entonces digo “tenéis que plantaros [las trabajadoras] porque si no...”. Es que se monta encima de ellas, es que no, quiere ser él y él y eso no puede ser y ellas si se andan un poco blandas es que no puede ser...”(FAM2)

Si bien es cierto que las verbalizaciones de los familiares no son extensas, estas están cargadas de información muy relevante. En este sentido resulta interesante las referencias de FAM1 que sale en defensa de las trabajadoras al hablar de las relaciones entre éstas y los ancianos. Este papel mediador, también

manifestado por FAM2, nos lleva a reforzar el argumento de que las relaciones entre ambos agentes sociales no están exentas de matices positivos y negativos, que intentaremos abordar de manera más profunda cuando tratemos el tema de los conflictos. Es importante tener en cuenta que la familia, como agente externo, adquiere un papel intermedio hasta el punto de hacerse necesario. Esto no debería ser así en instituciones donde las relaciones fueran realmente asépticas o exentas de carga emocional como las que defiende Goffman (2004). Por otro lado, este tipo de relación entre trabajadores (representantes de la institución) y familiares (proveedoras de cuidados en el domicilio) para regular el cuidado del anciano nos recuerdan las aportaciones de otros autores (Cantor, 1991) cuando se refieren a estructuras *quasi-formales*, estructuras intermedias entre las que identificamos a las residencias de personas mayores. En estas se daría, entonces, una mezcla en la provisión de servicios, de manera que a pesar de estar el anciano institucionalizado, la familia condiciona y regula, en parte, los cuidados y las relaciones que las trabajadoras mantienen con los ancianos.

Para finalizar este punto analizaremos los discursos de los miembros de la organización:

“Tengo conocimiento de algunos residentes que han tenido relación con algunos trabajadores de aquí, fuera de aquí. Yo como organización, como directora, no lo veo bien, mi opinión personal es que no lo veo bien. A la hora de trabajar no me puede suponer a mí un problema el que ellos tengan ese tipo de relación fuera, a mí eso no me puede marcar.” (ORG2)

“Las trabajadoras ahí tienen una misión muy importante en no crear ni guetos ni tampoco soledades.” (ORG3)

“Las auxiliares son pies y manos del residente. Se saben todos sus problemas, todo... A veces es bueno, tiene sus cosas buenas que son las más y luego tiene algunas cosas malas como que a veces acaban siendo como un familiar más, y lo que les decimos, otra vez, toman decisiones por ellos.” (ORG6)

“No se da cuenta de esos detalles como lo que decíamos, como si estuviera en su casa o como si fuera tu familiar.” (ORG6)

“Los residentes y la familia empatizan más con el trabajador, con el auxiliar, que trabaja mucho, que se cuenta los problemas, se cuentan a veces más de lo deberían saber unos y otros, que hay una cierta relación de colega. A mí no me va a dar la

misma información un residente o familia que la información que le pueda dar a un auxiliar.” (ORG6)

“Hay a lo mejor un abuelo al que le tienen que cambiar el pañal y esa persona no le cae bien o no le hace gracia a lo mejor por su condición sexual y entonces pues esa persona no puede.” (ORG8)

“Es un trato cercano, es un trato afectivo en la mayoría de los casos, y ya te comento, o sea, en vez de, si a uno no le dicen “cariño”, pues le dicen “venga, vamos a hacer esto”, y otras que a lo mejor pues aparte de decirle “cariño” pues coge y le da un beso, a lo mejor otra no le da un beso pero tiene un trato muy, que es un trato cercano, es un trato llano.” (ORG8)

“Igual que el auxiliar puede decirle “cariño” o darle un beso, hay con ciertos ancianos que el equipo técnico o yo, te puedo hablar como trabajadora social, que me sale hacerlo con este anciano y a lo mejor con otro no me sale darle un beso pero no significa que por eso no vaya a hacer mi trabajo o no vaya a cumplir mi intervención igual de bien.”(ORG8)

Las verbalizaciones de los miembros del grupo de la organización evidencian lo que ya intuíamos anteriormente, al analizar los discursos de los ancianos-residentes y los trabajadores. Estas relaciones pueden dar lugar a situaciones donde el trabajador experimente una transformación del rol, de trabajador a familiar. En este sentido, ORG6 describe cómo los trabajadores se adentran, más o menos voluntariamente, en el espacio más íntimo de los ancianos, probablemente propiciado precisamente por el tipo de cuidados que se les presta, y que se caracterizan por la higiene personal y los cuidados íntimos, como pueden ser los cambios de absorbentes de orina, o la higiene. Esto puede hacer que, en determinadas ocasiones, el conocimiento de detalles personales de la vida del anciano ponga más todavía al trabajador en una posición de hegemonía que puede desdibujar las fronteras o límites entre la relación personal y la relación profesional. Aunque sobre las desventajas y ventajas de esta circunstancias podríamos hablar, justamente este argumento rebate la tesis goffmaniana de que el personal mantiene muy cercado su espacio personal y separado del profesional, lo cual recuerda al anciano que él no tiene esa diferencia de espacios y por tanto vivida de manera “total” su estancia en la residencia ya que no hay separación espacial ni temporal de los ámbitos personal y profesional,

como ocurriría por ejemplo en la consulta de un médico. Es importante destacar que estos espacios se comparten, a diferencia de lo promulgado por Goffman (2004), por voluntad del anciano, en contra del modelo del sociólogo que parte de la base de que el personal sabe, conoce detalles de la vida del anciano sin el consentimiento de éste y que en no pocas ocasiones son motivo de vergüenza para el anciano (op.cit. p.35). Hasta qué punto las relaciones sociales entre ancianos-residentes y trabajadores estaría influenciada por el objetivo de sustituir a la familia podría leerse de manera arriesgada con un doble mensaje. Por un lado, se podría interpretar como un ajuste secundario que la propia institución propicia para sustituir sin más contemplaciones el lugar de la familia en la residencia respecto al anciano, sin más moderación. Pero, por otro lado, y teniendo en cuenta lo que en otro apartado nos dicen los entrevistados respecto al tipo de familiares y papel que estos juegan en la residencia, que según estos es más bien escaso, se puede entender como una ajuste secundario que persigue cubrir una carencia afectiva sin más con todos los riesgos que ello conlleva; en este sentido, la tendencia no sería para nada totalizadora, en el prisma goffmaniano, ya que la idea no es separar al anciano de la sociedad, sino cubrir un hueco producido precisamente por esa misma sociedad. Un extremo de este tipo de tendencia a la *familiarización* de los trabajadores sería el mantenimiento de las relaciones incluso fuera de la residencia, algo que ORG2 no ve adecuado por sobrepasar las fronteras de lo profesional, que es precisamente el contexto natural de la relación anciano-residente y trabajador. Afirmando lo ya expuesto anteriormente en la discusión de los ancianos y trabajadores, se evidencia, según ORG8, las afinidades personales entre un grupo y otro, así como las diferencias de trato hacia los trabajadores por parte de los ancianos en función de la categoría profesional de estos. Si bien es cierto que las trabajadoras afirmaban anteriormente que el trato era igual para todos los ancianos, a lo que se añadirían pluses afectivos, la organización, al menos las verbalizaciones de ORG3, nos llevan a otras inferencias pues éste defiende el trato personalizado como objetivo terapéutico, más allá del relacional. Sobre este aspecto, es decir, el trato personalizado y el sistema de privilegios hablaremos a continuación al tener más información para su análisis.

11.5.2. Sistema de privilegios y castigos

Seguidamente, estudiaremos las verbalizaciones de los entrevistados en torno a la posible existencia de un sistema de privilegios y castigos en las relaciones ancianos-residentes y trabajadoras. Para iniciar la discusión en este punto analizaremos las aportaciones de los ancianos:

“Dicen que la coordinadora tiene a su preferida, pero yo no sé nada...”(AR1)

“Privilegio siempre suele haber en algún sitio pero aquí si los hubiera no son notables para notarse. No sé si los habrá. Privilegiada no... normal.” (AR2)

“No sé, yo por ejemplo a Lucia que la tratan con mucho cariño, no sé, diferente al resto.” (AR3)

“Aquí nadie se siente ignorado. Aquí todos están marcados por un mismo patrón, no hay discriminación.” (AR9)

“Yo creo que debían, si no se lo dan debían de dárselo.” (AR10)

La existencia de dicho sistema de privilegios recurrido por Goffman, ampliamente descrito como rasgo de la totalización de la institución (2004: 58-61), queda manifiesta por las verbalizaciones de todos los entrevistados excepto AR9. Dicho residente siente que todos son tratados por igual sin discriminación entre ancianos. Esta situación si bien hace evidente la existencia del sistema de privilegios y castigos, no nos aporta más información en cuanto a motivos ni tipos. Posiblemente el grupo de trabajadores nos aporte más información al respecto.

Seguidamente analizaremos los resultados procedentes de los trabajadores:

“Es que a toda la que le hables... Todas tenemos nuestra abuelica, entre comillas, y nuestra abuelica es a lo mejor la que más nos recuerde a un familiar nuestro. Pero tu abuelica es como una complicidad que tenemos pero sin tener preferencias.” (TRAB1)

“La verdad es que a todos no los tratas igual, tienes que aprender mucho cómo tratar a cada uno, hay algunos que parecen que necesitan un poco más de atención.” (TRAB6)

“De hecho, muchas auxiliares a veces se han llevado a residentes a ver una cabalgata o a llevárselo a tomarse un café a desayunar porque quieren.” (TRAB6)

“Ellos piden que los trabajadores hagan eso [hacer de recaderas], y alguno incluso tenemos constancia de que lo hacen, pero creemos que es importante separar, o sea, supongo que lo vemos como un poco trato de favor hacia la gente que puede pagarlo y hay otra gente que no puede pagarlo entonces no nos parece que está en igualdad de condiciones.” (TRAB10)

“Cuando tú pides algo diez veces a lo mejor podríamos dejarlo de lado pero cuando lo pides cuarenta veces pues al final hay que hacerlo porque es que no me dejas trabajar, tengo que hacerte esto, entonces es injusto, es verdad, pero a lo mejor hay gente que le hace falta algo y no lo pide por prudente y hay otra gente que pasa y entonces se ve como un trato de favor, si, entre ellos “es que a esta siempre le hacen eso” o “a la otra cada vez que acuden muy rápido porque tal.” (TRAB10)

“A Rocío se le deja el periódico por ejemplo para evitar el conflicto, o sea, porque te monta un conflicto en un segundo espectacular, y entonces sabes que lo va a hacer, intentas que no lo haga y le dejas el periódico. Y María si es un poco más adaptativa, María es una de esas personas que no siente la residencia como suya, sabe que podría no estar aquí pero su situación social le hace estar aquí y es una manera de decirle – toma, te cuidamos y estamos contentos contigo y mira, toma el periódico-.” (TRAB10)

“En cuanto a ciertas actividades que se hacen en el centro, me refiero a actividades como excursiones por ejemplo, pues sí, antes que a otros nos referimos a ellos y si se les puede hacer entender que “esto es por esto” casi también.” (TRAB14)

“Yo creo que sí, también es algo bueno para que ellos se den cuenta de que no están en su casa, que están en una institución con mucha gente y tienen que comportarse, es también “como 1 punto que te doy por hacer las cosas bien”. (TRAB16)

Como esperábamos, las verbalizaciones de los ancianos nos aportan más luz en esta cuestión de modo que un buen número de entrevistados manifiesta la existencia de un sistema de privilegios en la residencia mostrándose a favor del mismo TRAB6, TRAB14, y TRAB16 y en contra TRAB10. Este sistema de discriminación entre ancianos es útil en boca de los trabajadores también a modo de castigo, es decir, esta discriminación puede ser tanto positiva como negativa, ya que según estos es la manera de hacer visibles las normas impuestas por el Reglamento de Régimen Interno. Esto tiene una lectura más profunda de lo que aparentemente se muestra, pues los que se muestran a favor de este sistema

llegan a confundir el sistema de privilegios con lo que se denomina trato personalizado, como refiere particularmente TRAB6. En este sentido, a veces la realización de determinados servicios a quien los pide constantemente, como refiere TRAB10, hace que más adelante la reacción del trabajador sea la de hacer las cosas a determinados ancianos para evitar lo reiterativo de la queja por parte de los mismos. Posiblemente, en esta situación nazca el verdadero sistema de privilegios en la residencia, que no deja de ser discriminatorio para el resto. Así, podemos diferenciar dos tipos de sistema de privilegios, aquel que persigue premiar de manera particular por parte de un trabajador o grupo de trabajadores, que no por la organización, la conducta y/o el trato de un anciano o grupo de ancianos; y aquel que se encuentra enclavado en un plan de atención personalizada tal y como recomienda la normativa vigente al respecto (decreto 69/2005), promovido por la organización. A modo de ejemplo, nos podemos encontrar con una anciana que es la primera en leer el periódico que se lleva a la residencia cada mañana porque de lo contrario se pondrá a gritar de manera caprichosa hasta que se lo den; siguiendo el ejemplo del periódico, lo contrario sería el caso de un anciano que por problemas de depresión con tendencia al autoaislamiento se le ofrece el periódico el primero a modo de consideración que le haga sentirse especial. El primer ejemplo sería lo más parecido a la caracterización del sistema de privilegios goffmaniano aunque no termina de parecerse al expuesto por éste. El segundo ejemplo sería la intervención recomendada dentro de un plan de cuidados personalizado e individualizado, por parte de un psicólogo. Siguiendo estas argumentaciones, se manifiestan TRAB1, TRAB6 y TRAB10. Ejemplos concretos de privilegios en la residencia podrían ser, partiendo de lo manifestado por los entrevistados, la salida en excursión, la salida a actos festivos y lúdicos acompañados por trabajadoras, el hacerles recados, el uso de elementos comunes tales como el periódico, etc. Por oposición, la falta de iniciativa de los trabajadores para sacar a los ancianos fuera de la residencia, o a excursiones puede interpretarse como un castigo. Resulta igualmente interesante la argumentación de TRAB1, ya que aunque la trabajadora intenta racionalizar el argumento, no podemos obviar la claridad con la que describe un sistema de preferencias. Nos resulta difícil entender cómo se puede tratar igual a "su abuelica" que al resto de ancianos, aunque la trabajadora intente

justificarse después, queda evidentemente claro que existe un riesgo de hacer un trato diferenciado con ciertos ancianos..

Las familias, si bien no han sido muy prolijas en cuanto verbalizaciones en torno a este tema, nos refieren conocer la existencia de este tipo de sistema pero sin dar detalles sobre lo que entienden por privilegios.

Para finalizar este punto, analizaremos los discursos de los miembros de la organización:

“Lo interpretan pero no porque nosotros lo hagamos conscientemente, sino porque están con mucha necesidad de atención, y entonces al tener tanta necesidad de esa atención, pues en cuanto te pones con una a hablar, pues enseguida sienten ese celo de que no son ellas el centro de atención. Sobre todo yo creo que es por el efecto soledad que les hace saltar por ahí.” (ORG3)

“A todo el mundo no se le puede tratar igual, entonces si sabes sus “puntos débiles” o sus necesidades pues puedes trabajar sobre ello y de alguna manera mejorarle la calidad de vida en la medida que nos sea posible.” (ORG3)

“Cuanto más competente, más capacidades tenga cognitivas esa persona vamos a considerar más sus necesidades. Cuando una persona no es capaz de decidir por si mismo quizá es cuando menos flexibilidad tenemos.” (ORG6)

“El residente que más se queja es el que más beneficios tiene, igual que la familia, por así decirlo... Eso sería otra de las cosas de la institucionalización.” (ORG6)

“Intentas premiarlos de alguna manera. Pues dándole unas tijeras, otro tipo de tijeras, o dejándole como comento, la navaja para un momento puntual si se va a pelar ahora una naranja. Que ellos no vean... a ver es una institución y tenemos que cuidar del bienestar de todos pero que ellos tampoco se sientan... pero hombre, es lógico, no pueden tener unas tijeras.” (ORG8)

“Y siempre intentas, o sea, las intervenciones a todos por igual pero eso no quita que después pues te apetezca “venga pues vámonos a dar un paseo”, o “vamos a hacer esto”.” (ORG8)

“Sí que es verdad que hay ciertos residentes pues que si no, no es que los premies, pero si no cumplen las normas y son por las características un poco como niños, pues si tienes que decirle “pues mañana no te vas a venir de excursión. Entonces intentas ahí un poco que él entienda que esa conducta no ha estado bien.” (ORG8)

Entre los miembros de la organización también se han evidenciado verbalizaciones en torno a esta cuestión, aunque algunos manifiestan, en línea con las opiniones de los trabajadores, estar de acuerdo con este sistema. Es más, por ejemplo, ORG8 incluso lo ve necesario por varios motivos. Entre estos estaría la necesidad de aliviar la presión institucional a través de pequeñas concesiones como el poseer ciertos objetos prohibidos que entiende no son tan peligrosos como la Administración dispone. Por otro lado este mismo entrevistado nos aporta una información muy relevante cuando verbaliza que el sistema de castigos no es sino la manera más leve de aplicar las sanciones cuando la convivencia entre los ancianos se ve alterada, como ocurre cuando se pegan entre ellos, por ejemplo. En este caso, el castigo se vería materializado en la exclusión de actividades que supongan salir fuera de la residencia. Este ejemplo aportado por ORG8 nos evoca aquel apartado donde se discutía sobre la importancia de sentirse dentro o fuera de la institución aunque no hasta el punto expuesto por Goffman (op.cit. pp.20-21,26), ya que una cosa es no invitar al anciano a participar en una excursión, a modo de sanción por pegarle a otro anciano, y otra distinta es prohibirle salir de la residencia, que es precisamente de donde parte Goffman. En este sentido, si bien no podemos estar muy en línea con el argumento del castigo como hace ORG8, tampoco podemos afirmar que por ello la institución es total, ya que la salida de la residencia está garantizada si el anciano así lo quiere. Es importante resaltar de nuevo la diferencia que se debe hacer entre sistema de privilegios y trato personalizado, según un plan terapéutico, tal y como verbalizan ORG3, ORG6 y ORG8.

11.5.3. Conflictos entre ancianos y trabajadoras

Para concluir la discusión de este punto, analizaremos los resultados relacionados con los conflictos en las relaciones ancianos-residentes y trabajadoras. Para iniciar la discusión en este punto analizaremos las aportaciones de los ancianos:

“No es que los traten mejor, pero es que ellos tampoco tratan bien a las muchachas, al servicio, ¿comprende?. Y yo les digo, se lo regaño algunas veces. No, que no me parece bien. Cuando hablan de las muchachas digo “no, no llevas razón. Porque tú tenías que besarle las manos, después que te están limpiando las grillicas – digo – si

tú en pañales te comes todo lo que te dan, en pañales solos. Gastan lo poco que pagas aquí, porque aquí no pagas nada comparado con otras residencias, si que te lo quitan de la pensión pero tú no tienes que sacar dinero y encima te dejan un poco. Anda corre y vete a otro sitio, vete a otra residencia". (AR6)

"No, ni más ni menos, me tratan bien y nada más. Hay quien les dicen palabras ofensivas y discuten con ellas pero yo no discuto con ninguna." (AR6)

"Pues un trabajo que tienes que estar limpiando la mierda de los demás pues no es demasiado agradable. Y aguantar las contestaciones de los que no están bien de la cabeza... Eso es normal, pasa aquí, pasa en La Virgen del Alcázar, eso es normal..."(AR8)

"La entereza de enfermeros y auxiliares que aguantan por su trabajo a internos que los hacen objeto de malos tratos por sus enfermedades." (AR9)

"Que es un trabajo muy... que no es pagado. Es un trabajo muy malo, muy delicado. Para mí tiene un mérito muy grande. Porque claro, hay personas que les dicen disparates y entonces tienen que tolerar eso y tal. Eso para mí es delicado, para mí que tengo mi cabeza en orden, es delicado."(AR11)

Las verbalizaciones de los ancianos son del todo interesantes por la inclusión en los puntos de debate del concepto de maltrato a las trabajadoras y es reconocido directamente por algunos de los entrevistados, como AR6, que se manifiesta por verbalizaciones ofensivas de algunos ancianos-residentes, no todos, a las auxiliares, es decir, no a todas las trabajadoras por igual, sino solo al subgrupo de auxiliares gerocultoras de la residencia. Es muy interesante cómo en el grupo de los ancianos aparecen ciertos estereotipos para designar al grupo de las trabajadoras. Así, aparece en este párrafo el término "servicio" para denominar a este grupo de la institución. Esta palabra, más allá de un término más, encierra toda una conceptualización sobre la asimetría en la relación anciano y trabajadoras, en este caso de manera inversa a como estamos acostumbrados a contemplarla. En este sentido, el papel subalterno de las trabajadoras queda manifiestamente reconocido, además de para el grupo de la organización, también para el grupo de los ancianos. En este caso, el entrevistado haciendo gala de cierta consideración hacia la labor del personal laboral de la residencia defiende, más que a este grupo, a toda la cultura de la institución. Podría ser una evidencia como hemos visto anteriormente de cierta colonización, aunque

también podría ser una mera defensa del grupo de las trabajadoras. Esta sensación de los ancianos-trabajadores es extensible al grupo de ancianos con demencia, como refieren AR8, AR9 y AR11, lo cual ya excluye la intencionalidad expresa de infringir un daño consciente al personal laboral auxiliar. Observamos que las referencias siempre son hacia terceros, lo cual, no cabe duda, introduce en este punto la perspectiva hermenéutica de los ancianos. Esperamos que algo tan interesante pueda ser profundizado con las aportaciones del resto de agentes sociales entrevistados. Los entrevistados muestran la carga moral de la relación de los ancianos con las trabajadoras aunque sea de manera indirecta. Nos describen este tipo de relación entre los trabajadores y los ancianos que les tratan mal, ya sea inconscientemente (las personas que tienen demencia) o plenamente, conscientes. Esto supone un nuevo sufrimiento moral para el anciano ya que se encuentra en una situación que le hace sufrir, al ser espectador de algunos conflictos. Toda esta argumentación nos habla del trato humano como valor fundamental en la relación entre las personas de los distintos grupos de las residencias.

Seguidamente, analizaremos los resultados procedentes de los trabajadores:

“Sacramento, pues un día por una tontería, porque no había pera ese día, que le apetecía una pera, pues nos insultó pero luego te pones a hablar con ella y le falta el mundo.” (TRAB1)

“A ver..., si alguno es agresivo entiendes que es por su enfermedad.” (TRAB1)

“Esta mañana lo estaba afeitando y te dice, lo mínimo que te dice es “puta” porque lo estaba afeitando con crema con un cuidado que vamos... Ni espuma, le he echado crema en la cara. Pero es así ese hombre, yo pienso, pues yo que sé la vida que habrá llevado ese hombre, no le puedes decir “cariñico” te está diciendo eso pues intentas hacerlo “venga José, no te pongas así”.” (TRAB1)

“Para nosotros son como una familia, aunque a veces no te traten bien. Quien tiene la cabeza un poco mal, pues da lo mismo pero los que la tienen bien...” (TRAB3)

“Te ven como parte integrante de esta casa y un poco a su servicio, se vuelven un poco tiranos y es como “es que ese es tu deber” o “yo estoy aquí y tú tienes que hacerme esto porque esta es mi casa” o “porque a ti te pago yo” porque son muy tiranos a veces cuando quieren las cosas.” (TRAB10)

“Hay alguno que otro desagradable, pero pienso que tampoco puedes tomarles en cuenta todo eso porque estás en un centro, y eso cuestiona mucho eh, que habría que estar aquí y pasar por lo que están pasando ciertas personas, y entonces te puedes poner en su lugar, primero hay que ponerse en el lugar de ellos.” (TRAB12)

“Incluso cuando se te dirigen en una mesa si estás en el comedor y hay una persona que te ha pedido el desayuno por favor y otra te está diciendo “nena qué estás haciendo que no me traes el desayuno”. Te acercas a llevar el desayuno a quien te ha hablado bien y le dices “qué gusto da hablar con personas como usted fulanica, ¿ha sido usted siempre así?”. (TRAB14)

“Creo que un día malo lo podemos tener todos, pero también forma parte del carácter de esa persona. Ellos creen, nos ven a nosotras más esclavas que profesionales que le ayudan, entonces hay personas que se toman libertades y contestaciones y faltas de respeto que no deberían de tener.” (TRAB17)

Los discursos de los trabajadores, tal y como adelantábamos, nos han aportado información de extrema relevancia e interés para nuestra investigación. Así, TRAB1 expresa en su discurso paciencia ante la reacción de la anciana. Esto se contrapone un poco a lo aportado por algún anciano que sufre por el tipo de trato que padecen las trabajadoras por determinados ancianos. Durante el discurso no expresa en ningún momento rencor o desagrado, si no más bien todo lo contrario. Probablemente, el resto de discursos por separado en base a los problemas que intuyan entre los ancianos y su familia, así como los motivos de ingreso, pueden conformar una teoría de la naturaleza humana del anciano que justifique este tipo de comportamiento por parte del personal. Algunos trabajadores explicitan sufrir cierto maltrato por parte de los ancianos-residentes capaces, tal y como refieren TRAB3, TRAB10 y TRAB14. Concretamente TRAB3 muestra su desacuerdo y su malestar por este tipo de comportamientos de algunos ancianos, e incluso TRAB10 llega a emplear un término como poco interesante desde el punto de vista del análisis, como es “tirano”, para caracterizar a algunos ancianos. Por el contrario, TRAB1 argumenta de manera concreta y concisa una teoría de la naturaleza que explicaría perfectamente los motivos de dichos comportamientos. Este fenómeno explicativo no deja de ser interesante por suponer en si mismo una manera de bloquear la capacidad volitiva del anciano, en general, excluyendo a priori la mala intención de un

anciano determinado, adjudicándoles, como tipo, un carácter desordenado por la propia institucionalización. Posiblemente se trate de una manera “blanda” de despersonalizar al anciano, aunque también cabe la posibilidad de considerarlo un mecanismo de defensa psicológico de la trabajadora ante comportamientos agresivos de algunos ancianos. Curiosa la manera en que las trabajadoras desarrollan su propia teoría de la naturaleza humana dando una explicación racional a los comportamientos excedidos de una parte de los ancianos. Al final, no nos queda otra opción más probable que la de que el afecto es un valor añadido. Esto se entiende cuando a modo de respuesta ante un trato ofensivo por parte del anciano, las trabajadoras entienden que el trato debe seguir siendo el correcto, es decir, aséptico, sin afecto, aunque con cierta comprensión. Esta comprensión, pero el no compartir de manera evidente la moralidad de la acción del anciano, es lo que nos ayuda a entender que las trabajadoras han desarrollado su propia teoría de la naturaleza humana, en este caso relacionada con los ancianos-residentes. En este sentido, se decantan las verbalizaciones de TRAB12 y de TRAB17. Lo complejo de estas conductas requeriría un análisis más profundo de estas relaciones en las que entrarían aspectos psicológicos que, desde esta investigación antropológica, no alcanzamos. En cualquier caso, este tipo de conflictos no es suficiente para adjudicar su origen exclusivamente a la institucionalización, considerando de este modo, si así fuera, a las residencias estudiadas totales, desde la visión de Goffman (2004). Esto claramente no es suficiente para hacer tales afirmaciones por lo que, como poco, este punto lo debemos de poner en duda. Las causas de los conflictos suelen ser proyecciones del malestar sufrido por los algunos ancianos-residentes, causado por la institucionalización, al menos a priori; también la preferencia por algunas trabajadoras que los ancianos-residentes entienden les hacen mejor las técnicas y/o los cuidados básicos. Del discurso emana que el valor relacional máspreciado es el trato afectuoso, tanto por parte de los ancianos como por parte de los trabajadores. En este tipo de relación, no existen monedas de cambio como en el caso de la relación entre los ancianos, en la que el ansia de independencia, la proyección de la sensación de abandono, o el hecho de tener más poder de decidir sobre uno mismo que el resto se convierten en elementos de clase. En cambio, cuando hablamos de la relación con las trabajadoras, estos elementos desaparecen y queda exclusivamente el afecto.

Para finalizar este punto analizaremos los discursos de los miembros de la organización:

“Ha habido algún conflicto, no a gran escala, insultan a los auxiliares, el caso de una persona bastante déspota que las humilla, son personas que saben contra quién tienen que atentar. La Dirección interviene, se les ponen las cartas encima de la mesa y si la cosa no mejora tiene que abandonar el centro.”(ORG1)

“La cercanía es tanta que al final es inevitable que entre el grupo de auxiliares a veces hayan roces que un poco extrapola lo profesional y entran en el plano de lo personal. Cosas que dice un residente que me han sentado mal, que afectan en mi trabajo, pero creo que esto es inevitable, que son muchas horas y es mucho tiempo y son muchos años los que se conocen.” (ORG6)

“Establecen vínculos más relacionales en temas afectivos, de confianza, y con eso y todo ese tema de sentimientos con un grupo en concreto porque simpatizan más, porque le caen mejor, porque le dice a lo mejor lo que quiere oír aunque no lleve la razón porque a nivel cognitivo está muy bien, te dicen lo que tu quieres oír y no te ponen un poco de pegas como le puedo poner yo, y entonces, pues, tú eres mala, tú eres buena, porque me llevo muy bien contigo, porque he hecho muy buenas migas contigo.” (ORG8)

“(…) porque no se puede llevar bien contigo y si tiene algún motivo de peso, justificado, bueno, se toman las medidas pertinentes y si por ejemplo son medidas que no van más allá porque no hay ninguna falta ni hay nada que atente sobre la persona mayor pues a lo mejor haciendo un cambio de clave, que este anciano lo atienda esta auxiliar porque se lleva bien.” (ORG8)

Las verbalizaciones de la organización no son tan prolijas como esperábamos en un primer momento. Esto se debe, probablemente, a la confidencialidad y al nivel de intimidad en que se producen algunas relaciones ancianos-residentes y trabajadores. A pesar de ello, la organización confirma el trato disfuncional que sufren algunos trabajadores por parte de los ancianos-residentes, tal y como afirma ORG1, aunque nos refieren la manera en que son solucionados, o al menos abordados por la organización, lo cual no deja de ser interesante. ORG1 y ORG8 nos explicitan que la expulsión del anciano del centro, en casos extremos, cuando este problema viene del anciano de manera activa, o el cambio de clave de la trabajadora para que no coincida con el anciano-residente,

en casos menos extremos, parecen ser las maneras en que la organización pone en marcha el sistema de medidas correctivas. Esto cuando no suponga el despido disciplinario del trabajador cuando los casos puedan ser más extremos. No podemos dejar de resaltar que este abordaje supondrá una nueva influencia de la organización en las relaciones entre los agentes sociales que operan dentro de la institución residencial, con los riesgos que ello supone. Pero tampoco podemos polarizar el discurso a un lado, puesto que lo contrario, es decir, la no regulación institucional, pondría en serio peligro la integridad de anciano y trabajadores, al menos desde un punto de vista potencial. Sin profundizar en este último aspecto, su discusión nos llevaría al apartado de “normas” que hemos abordado previamente. A pesar de ello la organización, en general, normaliza los conflictos evidenciados tanto por las trabajadoras como por la observación del investigador, tal y como refieren ORG1, ORG6 y ORG8. Según los miembros de la organización, la preferencia de un anciano-residente por una determinada trabajadora, que sigue siendo la auxiliar por lo que se desprende de los discursos, suele ser la causa de los conflictos. La cuestión de los conflictos en una institución estaría claramente influenciado por el grado de relación de las trabajadoras con los ancianos. El pasar mayor tiempo con el anciano hará que haya una mayor probabilidad de aparecer conflictos entre ambos.

11.6. RELACIONES ENTRE ANCIANOS Y FAMILIARES

Para iniciar la discusión en este punto analizaremos las aportaciones de los ancianos:

“La relación con mi familia es buena. Sí, tan estrecha que mejor. Ahora tienen más ganas de verme, vienen más y me halagan más. Todo muy bien.”(AR2)

“Aquí viene mucha gente de fuera, familiares... y me hablan muchos, me traen cosicas... la gente que viene es como si viviese en mi calle...”(AR3)

“Es que mi hija tiene un carácter muy fuerte, discutimos por tonterías, unos zapatos, unas medias,... ella lo complica todo mucho, yo lo veo más fácil.” (AR3)

“Hay casos de ancianos que no tienen cinco céntimos porque sus hijos no les dan. Cobran la paga, pagan aquí y lo que sobra se quedan con ello y ya no les dan a los viejos ni una perra. No tienen ni una perrica para comprarse una bolsa de pipas. Yo

mi hija siempre "¿mamá tienes falta de dinero? Toma", "Mari no me dejes que llevo dinero". (AR6)

"Bueno, yo lo que pasa que ellas vienen y no puedo decir nada porque me dicen que yo tengo la culpa [de estar en la residencia], es lo único, claro. Porque no quise ir, porque con esto que tengo en la boca que no puedo masticar, ¡como iba a casa de mi consuegra...!". (AR7)

"Y la familia pues... cada uno tiene lo suyo. Tiene su trabajo, han ido a verme cuando han podido. Ya saben que estoy fuera de peligro y ya no vienen tanto, todos tienen su profesión, su trabajo, sus hijos..."(AR9)

"Las hijas cuando vienen también se portan bien conmigo. O sea que aquí se portan bien, todo el mundo se porta bien porque yo me llevo bien con todo el mundo. Pero cuando vinieron las hijas de esa señora "uhh la compañera de mi madre uhh" pero se portaron también muy bien las muchachas." (AR10)

"Hay los que también tienen muchos hijos y llega el día del cumpleaños o eso y a lo mejor viene uno o no vienen. Tiene sentimientos, sentir, ¿lo entiendes?. Yo lo puedo contar porque lo oigo." (AR11)

Llegamos a un punto del análisis complejo, por su carga psicológica y por las limitaciones evidentes que aparecen cuando se trata de debatir sobre relaciones, en la actualidad, sin conocer las experiencias previas que hayan podido influir en las mismas. Aun y con eso, podemos hacer una serie de discusiones en torno a estas relaciones, con la prudencia correspondiente. Algunos de los ancianos, en concreto AR3, AR6 y AR10, parecen expresar, más o menos explícitamente, que la relación que mantienen con sus familiares una vez están institucionalizados es buena, aunque hay otros, unos pocos menos, que la califican de mala, como refiere AR7, aunque AR6 y AR11 hacen referencias negativas de otras relaciones de otros ancianos-residentes con sus familias. Una buena medida del efecto de la institucionalización en este tipo de relaciones, y expresamente referido por Goffman (2004) en su modelo de totalización institucional, sería el cambio a peor de estas relaciones después del ingreso. Esto no puede ser evidenciado, ni lo contrario, al menos contundentemente, por las aportaciones de AR2 y AR9. Las limitaciones de este análisis caen por su peso, ya que, tal y como venimos reiterando en las divagaciones de las relaciones ancianos y familiares durante toda la discusión, las experiencias previas al ingreso son

determinantes ya que se pueden dar situaciones paradójicas y complejas. Así, nos podemos encontrar con determinados ancianos que se encuentren realmente bien y satisfechos con las prestaciones recibidas por la institución residencial y en cambio se sientan abandonados por su familia en la residencia, influidos por aspectos culturales. Estas verbalizaciones quedan cortas para poder hacer un mayor análisis de esta cuestión por lo que esperamos que las aportaciones de los trabajadores y de los propios familiares nos ayuden a inferir aspectos importantes e interesantes desde el punto de vista antropológico.

Podemos inferir que no hay pronunciamientos mayoritarios acerca de una buena o mala relación entre ancianos y familiares, según los trabajadores:

“Me di cuenta en una abuela que sí, ahora ha decaído más, Remedios, pero me di cuenta que le cambiaba la cara cuando venían los hijos. A esa mujer le cambio la expresión de la cara, en cuanto se fueron los hijos se quedó a gusto. Es como si tuviera, no lo sé, es como si tuviera algún problema de familia o algo.” (TRAB1)

“Cuando estás en una residencia la familia se aparta mas de ti. Tu familia es como si no te quisieran y eso para un residente es fuerte. Parece que no los quieren.” (TRAB4)

“En general buena, van a visitarlos, aunque algunos si se olvidan. Unos van casi todos los días, la mayoría los domingos. Otros, pues, hay que llamarlos, porque los ancianos preguntan por ellos, y claro...”(TRAB5)

Así, mientras que TRAB5 nos refiere aspectos positivos, TRAB1 nos los refiere negativos. No cabe duda del interés que nos ha despertado la expresión “llamada de atención”, pues llega a constituir una verdadera teoría de la naturaleza humana. Concretamente, TRAB1 culpabiliza de manera muy sutil al anciano de la situación en la que se encuentra por haber llegado hasta la residencia. ¿hasta qué punto se sabe cuándo hay un maltrato económico de los hijos hacia el padre y que después de descubrirlo el padre retira la palabra a los hijos? Este es un ejemplo de situaciones que salen de la teoría de la naturaleza humana convencional pero que cualquier diario de prensa nos pone a prueba cada jornada. La trabajadora hace su propia reconstrucción de los hechos con el riesgo que esto supone al disponer de una serie de elementos relacionales y comportamentales en función de las expectativas creadas por este relato. Esto podría ser, insistimos, la instauración de una teoría de la naturaleza humana según el grupo de las trabajadoras, con los

riesgos que ello supone al crear estereotipos y modelos comportamentales que podrían servir de justificación para todo. De ahí que a veces se haga un uso indiscriminado de la expresión “llamar la atención” para justificar un modo de reaccionar de los ancianos. Con el discurso de TRAB1 no podemos afirmar que la relación sea o no patológica. No podemos afirmar que sean los hijos los culpables de que la anciana se sienta mal cuando van a visitarla, por algún hecho pasado. Como tampoco podemos afirmar si la anciana construye esta representación comportamental a modo de “venganza” para hacerles sentir culpables por el mero hecho de haber propiciado su ingreso en la residencia. Lo que sí parece evidente es que las trabajadoras son conscientes de pleno de estos cambios comportamentales y por ello construyen ciertos relatos relacionados con la moralidad de las acciones observadas y las no observadas. La manera en que se hacen evidentes estos conflictos relacionales, objeto de nuestro análisis, parece manifestarse a través de los sentimientos, unas veces verbalizados por los ancianos y/o sus familias y otras intuitos por las trabajadoras. Así, ejemplos de estos son las verbalizaciones de TRAB1, que explicitan ver a los ancianos como más tristes, más apagados, expresan dolor, expresan sensación de abandono, etc. Acerca del impacto de la institucionalización en cuanto a la calidad de las relaciones ancianos-residentes y familiares, la opinión más generalizada por los entrevistados es que será igual o incluso peor, llegando además a realizar juicios de valor, como es el caso de TRAB4, cuyas aportaciones nos llevan más a la construcción de estereotipos en lo que respecta al familiar del anciano-residente que a una verdadera explicación de la relación.

Para las familias la relación con los ancianos es buena, de modo que incluso verbalizan junto con la organización que ha mejorado ostensiblemente tras la institucionalización:

“Yo vengo todos los días a la hora de la comida [ríe] a darle, porque claro como se atraganta intento estar todos los días. Ya tiene que venirme muy mal para no venir, y cuando hay alguna actividad de algo y me necesitan ellas me tienen aquí y lo saben.”
(FAM2)

“Para bien. ¡Que si ha cambiado...!. Mi madre está muy contenta y está muy bien. Pero llegó un punto que me dijo que no se venía a mi casa. “M^a Carmen, yo no me voy a ir contigo porque aquí me encuentro muy bien y me tratan muy bien. Y lo mismo me da que sean fiestas o que sea lo que sea” Ya ella, se ha ambientado a estar

ahí con sus compañeras y se encuentra muy bien. Eso es lo que ella me dice a mí, y yo lo veo.” (FAM4)

Muy pocos expresan haber empeorado la relación, al menos respecto al grupo que afirma lo contrario. El análisis de estas afirmaciones es en sí mismo interesante, más allá de las inferencias que se puedan extraer, pues supone poner frente a frente las verbalizaciones directas de ancianos y familiares. En este sentido, los familiares opinan contrariamente a como lo hacían los ancianos en muchos aspectos, algunos más evidentes que otros. Este es el caso del impacto de la institucionalización en la relación con su anciano. Es lógico pensar, habiendo analizado previamente los resultados procedentes del motivo de ingreso y de la voluntariedad del ingreso, que los familiares sienten alivio cuando el anciano ya ha sido ingresado en la residencia. Este “alivio” posiblemente se manifieste por la desaparición de otros conflictos y tensiones relacionales que se hayan podido dar en el domicilio, o en el ámbito pre-institucional, consecuencias de las circunstancias que hayan dado lugar al planteamiento de la residencia como solución. Así, se entendería, al mismo tiempo, que los ancianos no vean la institucionalización como un alivio, según al menos lo por ellos verbalizado, sino más bien un cambio de estatus y rol. En esta nueva situación, el familiar es el que mejor está predispuesto a enfocar la relación interpersonal, intentando incluso mejorar la vida de la persona institucionalizada con más visitas, o llevándole regalos a la residencia. Esta es una nueva manera de contemplar estas relaciones, esto es, como la manifestación de la confirmación de las causas del ingreso, de los motivos. La residencia, entonces, no solo es la institución al servicio del anciano, sino también al del familiar, alineándonos de esta manera con lo ya expuesto en el marco teórico por parte de Padierna (1994), Bermejo (1997) y Leturia, Hinza & Hernández (2007), requiriendo el despliegue de todas aquellas acciones preventivas e intervenciones necesarias para su correcto abordaje. Nos llama la atención comportamientos que sobrepasa el ámbito de relación interpersonal con su anciano y lo amplía a otros ancianos de la residencia, conformándose así un nuevo rol en las familias: *el familiar sustituto*. Efectivamente, para la organización la relación anciano-familiar mejora al ingresar el anciano en la institución residencial, cómo puede apreciarse en las siguientes verbalizaciones:

“Tiene un montón de hijos y ninguno se ha hecho cargo y dices tu “podrían venir a verlo” o cosas así... o el anciano decir una cosa y luego la familia dice otra y al final el anciano por no tener ese conflicto le hace caso a la familia... cosas así...”(ORG6)

“Ha cambiado, pero para bien. Porque primero cuando viene aquí se tira un poco de la familia también. Se alivia un poco la sobrecarga, a lo mejor sigue siendo cuidador, sigue habiendo una carga psicológica pero ya no física. El familiar que era cuidador ya no va, le limpia, le da de comer... simplemente esta con él. Entonces eso también hace que se relaje un poco y pueda disfrutar un poco mas del tiempo.” (ORG6)

Tal como refiere ORG6, la relación anciano-familiar mejora al ingresar el anciano en la institución residencial, lo cual se produce porque se resuelve el motivo que precipitó el ingreso del anciano en la residencia. Esto es muy interesante pues se observa incluso que algunos familiares abren su espectro relacional hacia otros ancianos, conformando un nuevo rol a desempeñar por las familias que no es otro que el de la familia sustituta ante el que no va a ser visitado, o bien cuando el anciano no tiene familiares. Resulta muy interesante conocer, confirmado por nuestra experiencia profesional en el campo objeto de estudio, la reacción de aquellos ancianos que no son visitados asiduamente por sus familiares a los cuales se empeñan en excusar. Esta reacción será independiente de si el familiar tiene o no motivos para ir con asiduidad o no, ya que lo que le preocupa al anciano, tal y como vimos en el apartado de marca de estatus, es no perder esta última respecto al resto de ancianos de su grupo, para lo cual justifica la ausencia para diferenciarse de aquellos ancianos que no tienen familiares, o bien los tienen pero los han abandonado en la residencia.

11.7. RELACIONES ENTRE ANCIANOS Y ORGANIZACIÓN

Para iniciar la discusión, las verbalizaciones de los ancianos, en este sentido, son muy escasas. Las que hay nos orientan a que la organización está abierta al acceso por parte de los ancianos. Esto, sin más apoyo argumentativo verbalizado, nos lleva a inferir que las propuestas teóricas de Goffman (2004) respecto a que en las instituciones totales los internos no pueden acceder a la dirección (op.cit. p.121), salvo a través del consentimiento del personal, no se puede aplicar en este caso, al menos en la residencia donde vive este anciano. Esperamos que las

verbalizaciones del resto de agentes nos ayude a dar más argumentos a esta cuestión, ya sea a favor o en contra.

Seguidamente, analizaremos los resultados procedentes de los trabajadores:

“Se sienten ofendidos. No solo al que se le regaña, sino todos los demás. Por ejemplo el caso de Matilde, “con lo buena que es Matilde, siempre se la carga ella.” (TRAB4)

“Yo sé que muchas veces ellos me han dicho “si, hacemos reuniones” pero se cortan. Muchas veces digo “pero, ¿por qué no lo dices cuando estás con Pilar, la trabajadora social, o con Inma?” “es que me acosan ahí delante”. Van allí y se lo cuentan en su despacho solos pero en grupo no suelen ser muy abiertos.” (TRAB6)

“Muchas veces esa es su forma de manifestar su desacuerdo con estar aquí y por eso no participando en nada es como que llamas la atención. Piensa que tú no te has dado cuenta, quiere que tú te des cuenta, quiere que le preguntes y su forma de manifestar que está mal y para que tú te des cuenta de que está mal es no participando contigo o no saludándote. O si es una persona que normalmente sueles ver y te suele dar conversación la saludas y te dice “hola” y sigue hacia delante y tú dices “Huy, aquí pasa algo”.” (TRAB7)

“Hay que colaborar y trabajar por el bien de ellos, hacerles percibir que no es una amenaza para ellas sino una opción, como una de tantas, que no es nada negativo y colaboren e interactúen con nosotros, nos den ideas... hacerles ver la cantidad de horas que pasan sin hacer nada, que no lo hagan como rutina diaria.” (TRAB7)

“Como una especie de castigo que nos quieran hacer. No participamos y le chafamos la actividad. Es una forma que tienen de responder a lo que nosotros decimos, que no les gusta, y otras veces por inadaptación bárbara y brutal. Si la que no está conforme es la líder en cuestión pues lleva a todo el grupo a su idea, que es la de boicotear.” (TRAB7)

“Los residentes cuando quieren hablan con la directora sin problemas. Hombre, no siempre está disponible, pero por lo general no suele haber problemas y entre los trabajadores y dirección también, siempre que lo necesitamos podemos.” (TRAB8)

“Sí, eso, cuando damos la comida y no les gusta, entonces sí que hay un grupo de las cuatro que hay “vamos a hablar con la directora porque esto es...” y nosotras le decimos “pero si aquí coméis como reyes, que siempre sois el mismo grupito, nadie se queja nada más que vosotros...””(TRAB13)

“Hay un grupo con los que más problemas tenemos que se les suele preguntar por las comidas porque para ellos las comidas de aquí son malas, no se porqué pero lo que es verdad es que han perdido un poco el gusto de los alimentos. Para ellos todas las comidas son malas. Entonces les preguntamos “¿qué pondría? ¿qué os gustaría que hubiera en el menú o qué no os gusta?” son los que más se quejan porque tú ves que es la misma comida para el Comedor 1 y para el Comedor 2 y en el 1 se la comen estupendamente, que da gloria verlos cómo comen, y ves el 2 diciendo “es que a mí no me gusta esto...”, te vuelven locas pero sí, hay un grupo al que se le suele preguntar.” (TRAB16)

Las verbalizaciones de los trabajadores, en este sentido, dejan muy claro que la organización pretende la participación de los ancianos, la cual si bien es promovida legalmente por los preceptos legales de la normativa vigente (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2005), la manera en que son verbalizadas nos lleva a pensar en un interés de la organización más allá del mero cumplimiento legal. Esto, expresado por TRAB7 y TRAB16, se materializa, según TRAB6, en las llamadas juntas de participación, esto es, reuniones de los miembros de la organización con los ancianos para conocer sus expectativas en materias concretas (menús, por ejemplo) o generales (satisfacción con los servicios, por ejemplo), descritas por Goffman (2004) como *“ciertas variedades de autogobierno”* (op.cit. p.104). Nos llama la atención sobremanera la verbalización de TRAB7, pues nos habla de una aparente línea intransigente de los ancianos de manera grupal, a modo de indisciplina colectiva, la cual cuando es promovida por la líder es seguida, en principio, por los miembros del grupo que dirige; esta situación, según la entrevistada, no parece obedecer a una cuestión de rechazo a la organización, que dispone por ejemplo un paquete de actividades, sino al hecho de estar institucionalizados, ya que, según TRAB7, si bien al principio pueden manifestar esa actitud, cuando al fin acuden a la actividad ésta les gusta y satisface; por ello, el rechazo entendemos que no se produce hacia la actividad en sí, que de hecho se podría dar lógicamente, sino al estar inmerso en una institución que puede disponer su tiempo. Tal y como veíamos en la discusión de las actividades, en el apartado de la vida en la residencia, estas son voluntarias y por lo visto bien acogidas entre los ancianos, lo cual contradice los argumentos en este sentido de Goffman (op.cit. p.67). Esto no exime que se manifieste la solidaridad intra-grupal cuando algún miembro del grupo es regañado por la

organización, por el motivo que sea, tal y como manifiesta TRAB4, lo cual Goffman describe erróneamente como síntoma de la totalización de la institución (op.cit. p.65). Este error de grado en las exposiciones del sociólogo canadiense proceden, desde nuestro punto de vista, de la generalización de algo tan complejo como las relaciones interpersonales, pues esta solidaridad se manifiesta en otras instituciones sin que por ello sean objeto del calificativo de total, tal que la familia en su amplio sentido. Por ello, si bien no podemos afirmar rotundamente que las verbalizaciones de los entrevistados desmonten totalmente las tesis de Goffman (2004) sobre su modelo de institución total, estas mismas nos permiten intuir escenarios en los que las relaciones adquieren muchos más matices que los expuestos por el sociólogo, por lo que, como poco, su modelo es dudoso, y no nos sirven en este sentido como referencia de comparación. De los discursos de los trabajadores podemos inferir, según refieren TRAB8 y TRAB13, que la organización está plenamente abierta y accesible para acoger las aportaciones diarias de los ancianos e incluso sus familias, lo cual contradice diametralmente las aportaciones teóricas de Goffman (2004).

Para finalizar este punto analizaremos los discursos de los miembros de la organización:

“Ellos a mí, como Directora, me ven como una figura que soy la que va a solventar todo tipo de problema, y soy la que pone medidas para rectificar ciertos comportamientos de algún auxiliar, de algún profesional que en un momento dado haya podido interpretar algo que no le ha sentado bien o que ellos exigen algo, que no se les atiende, que mi personal no quiera, porque haya cosas que no estamos dispuestos a cumplirlas.” (ORG1)

“Se tutea, sigue habiendo ese mecanismo de sobreprotección o quizá el personal obviamente cuando tú tuteas eres más cercano al residente.” (ORG1)

“Hay una junta de participación que se lleva a cabo cada tres meses o cuando es necesario donde se reúnen una serie de residentes capacitados y manifiestan sus sugerencias, sus quejas, las demandas.” (ORG1)

“Como parte de la organización, para mí esto supone a veces dilema, porque por un lado no tengo que tolerar determinados comportamientos como echarte a patadas de un sillón porque no tienes capacidad y no puedes estar aquí. Pero sin embargo, tengo que entender también que esta es su casa y que a veces tienen que jugar con

determinadas normas tuyas, tengo que dejar un poco de margen. La organización hace un poco como que mira a otro lado porque necesitamos que ellos también tengan su desahogo de sus normas, con respecto al trapicheo, por ejemplo, no puedo tolerarla abiertamente pero a veces sí que tengo que mirar hacia otro lado porque también dejó esa libertad de ellos.” (ORG6)

“Me llevo bien con todos ellos, les tengo cariño. Como he comentado también, hay muchos abuelos que me salen y les doy un beso pero por las características específicas de cada uno. Pero también juega un poco de papel, un poco soy la mala en determinados casos. Entonces es una relación buena pero a la vez también es un poco conflictiva porque les tengo que poner una serie de normas a ellos, o sea, tengo que velar un poco porque entre ellos se lleven también bien a parte de con la dirección.” (ORG8)

La organización se ve a sí misma, en la relación con los ancianos, como mera receptora de quejas de estos, más que objeto de valoración global, esto es incluyendo aspectos negativos y positivos, lo cual, según se deduce del discurso de ORG1, le supone un cierto grado de malestar. Este sentimiento es precisamente una característica de este tipo de organizaciones, las entrevistadas, las no lucrativas, ya que se fundamentan en valores morales cuyo arraigo se basa en la atención a personas más allá que a meros clientes (mercantil) o ciudadanos (públicas), tal y como afirma Gómez (2015). En este escenario, se entiende el discurso de ORG8 que se ve a sí misma como organismo corrector ante desviaciones de las normas, pero sin esconder su apetencia por relaciones personales que van más allá de los meros requisitos profesionales y/o laborales. La organización, según ORG1, quizás se excede en esa misión personal cuando aparece el “tuteo” a las personas mayores, lo cual es mal visto por este miembro de la organización. El acceso a la dirección está garantizado por parte de la misma, lo cual apoya las verbalizaciones de los ancianos y los trabajadores. La tolerancia mostrada por la organización, y referida más o menos directamente por ORG6 y ORG8, nos llevan a inferir que este tipo de organizaciones, al menos las que son objeto de nuestro estudio, no se ajustan a los presupuestos de Goffman en este sentido (2004: 121) y por ello no se pueden interpretar como totales.

11.8. RELACIONES ENTRE TRABAJADORES

Para analizar la relación entre trabajadores, vamos a analizar, en primer lugar, los resultados de los ancianos-residentes:

“Hay de todo, yo las veo que no, no, no, no hay mucha comunicación aunque se ayudan pero siempre tienen queja de que una trabaja más, la otra trabaja menos. Pero, claro, ellas no lo dicen enfrente nuestro pero veo yo que están siempre...”
(AR6)

Las aportaciones de los ancianos dejan entrever, no demasiado evidentemente, que entre el grupo de las trabajadoras existen ciertas “tiranteces” o conflictos, que si bien no son especificados en este punto esperamos que así sea en el análisis del resto de agentes sociales.

Seguidamente vamos a analizar las verbalizaciones de los miembros del grupo de los trabajadores:

“Los días aquí son siete horas, las noches son muy largas. Y que tu estés con una compañera con la que te lleves bien, pues vale; pero si te tienes que tirar diez horas con una compañera que no te llevas bien o que no le puedas decir nada...” (TRAB2)

“Hay compañeras que me dicen “espantajo”, pero que no me digan “espantajo”. Porque me sale del corazón, y las cosas que salen de ahí te da igual lo que te digan.”
(TRAB4)

“Nos consideran los “vigilantes”, los que buscamos en qué se equivocan. No nos ven como compañeros de trabajo sino como supervisores, nos excluyen. En Navidad por ejemplo hicieron una comida y evitaron decirnos nada. Antes todo esto se notaba menos pero ahora mucho más... Nosotros realizamos todo para el buen funcionamiento de la residencia, para el bien de todos, nos ven como “jefes”, “supervisores”, una extensión de la directora. Ellas piensan que nosotros no hacemos nada, que no tenemos trabajo y ellas lo hacen todo.” (TRAB7-Coordinadora gerocultoras)

“He observado que cuando nos ven que entramos al salón o nos subimos a la planta siempre están más alerta de lo que hacen por miedo a lo mejor que lo comuniquemos a dirección creo yo...”(TRAB8- Coordinadora gerocultoras)

“Entre ellas yo sé que hay veces que si pudieran matarme lo harían sin piedad, seguro. Porque no nos olvidemos que le estás mandando, ellas van sobrecargadas de trabajo, ellas tienen mucho trabajo y llevan una carga muy importante de la residencia. Y tu lo único que haces es mandarle algo más extra, entonces lo hacen porque es su obligación y lo delegas en ellas pero no les gusta nada.” (TRAB10- Coordinadora gerocultoras)

“A mí ¿es que te crees que no me critican a mí? porque a lo mejor me voy a los viajes con los ancianos para allá y para acá, pues si a mí me gusta, ¿y lo contenta que me pongo yo cuando me dicen las ancianas?. Algunas dicen “también me iba a ir yo”.” (TRAB11)

Las aportaciones de los trabajadores nos orientan, efectivamente, a la existencia de ciertos conflictos entre las trabajadoras que parecen darse a dos niveles: uno entre auxiliares y otro entre auxiliares y equipo técnico. En el primero, TRAB2, TRAB4 y TRAB11 refieren que estos conflictos entran dentro de lo que consideran normal. Parecen fundamentarse más en aspectos personales que en aspectos profesionales. Llamarse “*espantajo*” por bailar con los ancianos o vestirse de carnaval, o denunciar el “*peloteo*” a la organización por colaborar en estas fiestas o excursiones parecen evidenciar, decimos, aspectos más relacionados con la envidia en relación al trato o afecto recibido por la organización que por los beneficios que se puedan hacer a los ancianos-residentes. En el segundo nivel de conflicto, recordemos, entre los grupos de auxiliares y equipo técnico, las matizaciones son más evidentes. Tal y como veíamos en el análisis de los tipos de grupos, el equipo es contemplado de manera diferente al resto; suelen ser llamados “*vigilantes*” de las auxiliares por estas, según TRAB7, lo cual ya nos orienta a la percepción que de ellos tiene el grupo de gerocultoras, habiendo de hecho incluso enfrentamientos verbales, como refiere TRAB10, y posturas defensivas ante la mera presencia del equipo técnico, como verbaliza TRAB8. Esto afianza nuestra postura en torno a que el equipo técnico estaría más cerca de la organización que del resto de grupos profesionales de la residencia, y esto conlleva fricciones más concretas que entre las auxiliares y la organización. Es posible que, de cara a las auxiliares, los miembros del equipo técnico sean la representación micro de la organización como institución y estos enfrentamientos se tengan que ver como un conflicto entre auxiliares y organización. Esperemos que las verbalizaciones de la organización termine de

aportarnos más información a este respecto, puesto que de la única verbalización de las familias en torno a este tema, podemos deducir que los conflictos no son evidentes para estas.

Para finalizar este punto vamos a analizar los discursos de la organización a este respecto:

“La relación de los trabajadores entre sí es una relación muy corporativista.”
(ORG4)

“Realmente con los que menos relación hay son con los profesionales universitarios, el fisio, el enfermero, la enfermera, el médico, el trabajador social, ahí nosotros es verdad que nos relacionamos más entre nosotros que con el resto de trabajadores, y el resto de trabajadores se relacionan más entre ellas que con nosotros.” (ORG5)

“Ellas lo que dicen es que lo que se cuece en la residencia solo lo saben ellas. La verdad es que tienen toda la razón, porque ellas están, como yo digo, en el uso diario, ellas están mañana tarde y noche. El roce continuo con el anciano, roce continuo con las demás trabajadoras, con las hermanas, o sea ellas están tocando todos los flancos, y los demás unas veces tocamos unos, otras veces tocamos otros, pero ellas están en continuo contacto con todo el sistema de la residencia.” (ORG5)

La organización manifiesta abiertamente la existencia de conflictos relacionales entre trabajadores, tanto a nivel del grupo de auxiliares como a nivel de auxiliares y equipo técnico. Ante esto, sus verbalizaciones nos llevan a inferir que la actitud de las auxiliares es “corporativista”, esto es de cubrirse las unas a las otras frente a la organización. Se asume que hay conflictos con el equipo técnico de la residencia, lo cual confirma lo ya manifestado anteriormente. Nos llama sobremanera la atención la expresión que ORG5 utiliza para ejemplificar el mundo relacional de los trabajadores, cuando refieren que lo que “se cuece”, lo que pasa en la residencia solo ellas lo saben. Es importante señalar como, en este punto de la discusión, podemos intuir un nuevo grupo a medio camino entre las trabajadoras (gerocultoras y equipo técnico) y la organización, que sería el representado por la religiosas que hacen su labor en residencias cuya congregación participa en la gestión, siendo esta competencia primaria de entidades no religiosas (Fundaciones y Asociaciones). Cuando esto ocurre podemos observar que este perfil se encuentra significando rasgo de uno y otro grupo, lo cual le demarca como sub-grupo. Desde el prisma de la organización,

las religiosas son la representación constante de los valores de la institución, en el día a día, en cada acción, pero no, por ello, pierden su faceta de trabajadoras pues éstas realizan su labor junto con el resto no religiosas.

11.9. RELACIONES ENTRE TRABAJADORES Y FAMILIARES

Vamos analizar en primer lugar los resultados de los miembros del grupo de los trabajadores, ya que no hay constancia de resultados en el grupo de los ancianos-residentes:

“Sinceramente, trae una botella de vino y yo le digo muchas veces “a mi no me hace falta que traigas...”. La primera que vino con una botella de vino decía “yo esto...” me dicen “esto lo hace a muchos, lo hace a todas, cuando entráis nuevas os da una botella de vino” . Está pendiente de su mujer, que si la bufanda, el cojín, un montón de cosas que hay que hacerle, lo pide a las coordinadoras...”(TRAB1-Gerocultora)

“Sentimiento así con la familia, es cuando se muere alguien. Ahí sí que se pasa mal, cuando tienes que llamar por teléfono y decirle a la familia que se ha muerto su madre o su padre, sí que se pasa mal.” (TRAB2-Gerocultora)

“Hay familias que se les coge mucho cariño, porque se portan muy bien con nosotras. Pero se portan muy bien con nosotras, porque ellos también saben el trato que le podemos dar nosotras a ellos, porque ellos mismo lo sienten.” (TRAB4-Gerocultora)

“Yo puedo llevarme muy bien con un familiar pero yo no veo tomándome una cerveza ni yéndome a comer con ningún familiar, pienso que se podría mezclar y malinterpretar cualquier cosa en mi trabajo.” (TRAB6-Coordinadora-Supervisora de gerocultoras)

“Está un familiar en la mesa con un residente y un familiar en la mesa de al lado y está viendo cómo damos los del primer turno y entonces lo está viendo, está viendo cómo nos comportamos, cómo le hablamos, como le damos, están viéndolo todo, entonces ellos se dan cuenta también del tipo de auxiliar.” (TRAB6- Coordinadora-Supervisora de gerocultoras)

“Por nuestros horarios solemos coincidir poco con las familias, tenemos horario de visitas pero te puedo contar con los dedos de las manos las llamadas de algún familiar. Unos llaman para informarse por el estado de salud del familiar, pero

normalmente somos nosotros quienes llamamos a los familiares para hablar con ellos de algo. Yo diría que en el equipo técnico, el psicólogo es el que más relación tiene con el familiar, más que el fisio, enfermera.... Muchas veces la familia busca sacar información y se dirigen al personal auxiliar, generalmente hay buena relación.”(TRAB7-Fisioterapeuta)

“Hay que saber también llevarlos y los familiares tienen que estar también contentos con nosotros porque ¿qué ganas tú con enfadarte con un familiar?.” (TRAB11-Gerocultora)

Las verbalizaciones de los trabajadores nos han aportado matices de las relaciones que, si bien no mantienen un consenso, nos ayudan a entender el espectro relacional entre familiares y trabajadores. Algunos trabajadores, como TRAB1, entienden que algunos familiares llegan a utilizar la fórmula del soborno para intentar conseguir contraprestaciones de los trabajadores. Las familias parecen entender como moneda de cambio, en el caso de la relación con las trabajadoras, los objetos y prebendas materiales. En este sentido, parece entenderse del discurso de esta trabajadora que algunos familiares intentan alcanzar un trato de favor de las trabajadoras a cambio de regalos (en este caso una botella de vino). La cuestión es a cambio de qué. Entendemos del discurso que del mero servicio a prestar, sin excepciones. Hay que recordar que la norma legal que rige hasta cierto punto algunas pautas comportamentales del personal laboral en una residencia (Gobierno de España, 2012) considera como una falta a sancionar el aceptar regalos ya sea de los ancianos y/o sus familias, sobre todo a cambio de unos servicios que deben ser prestados por la residencia como institución. Algunos trabajadores, como TRAB6, entienden la relación como meramente profesional, posicionándose contrariamente a como veíamos que lo hacían algunas de sus compañeras que llevaban las relaciones con los familiares hasta el exterior de la residencia. Para los trabajadores, en concreto TRAB7, estos son tratados por parte de la familia de manera diferente en función de su pertenencia al equipo técnico o al de auxiliares, siendo mejor tratados los primeros que los segundos por las familias. Se hace evidente algunas fricciones con las familias, como verbaliza TRAB11, y de manera análoga el enfoque institucional respecto a la unidad de cuidado que comprende tanto al anciano como al familiar, lo cual es innovador respecto al clásico enfoque centrado en el anciano de manera exclusiva, y que apoya los planteamientos, primero, de

Padierna (1994) y más contemporáneamente de Leturia, Inza y Hernández (2007). Dentro de este enfoque, TRAB2 y TRAB4 nos refieren verbalizaciones en las que podemos observar como emanan sentimientos compartidos con las familias, tanto en el caso de las defunciones, como las manifestaciones de cariño, más allá de las técnicas básicas de cuidados.

A continuación, vamos a discutir acerca de las aportaciones de los familiares:

“Hombre, lo que puedo hacerle aparte de lo que le hacen ellas yo es que se lo hago, como cortarle el pelo, yo que sé, lo que tenga que hacerle, cuando le veo así, cortarle las uñas, todo lo que veo que ellas van más corriendo que no les da tiempo y todo lo demás se lo hago yo a mi padre, a mi padre y a mi madre.” (FAM2)

“Lo que pasa es que hay familias que son un poco exigentes y entonces da la sensación de que están mas atentos a ellos pero no. Deben pensar que sus abuelos estén bien, coman, tomen su medicación, estén limpios... Por lo demás que más da si está el sillón aquí o allí, eso es todo secundario para mi.” (FAM3)

“Madre mía, eso no está pagado en este mundo. Porque cuando mi madre estuvo mala, la cuidaban y la trataban con mucho agrado. Las vi como la cambiaron y eso era lo más grande del mundo, con agrado, cariñosas; y si siempre lo hacen igual, mi madre está estupendamente.” (FAM4)

“Es que nosotras como a las chicas las conocemos las tratamos como si fueran de la familia. Ahora con el personal estamos mejor, venimos a reuniones con el psicólogo y entonces te ayuda a entender mejor la enfermedad.” (FAM7)

“Sí, yo aquí soy agradable e intento ser lo mas cordial y lo mas educada con todas, eso le va a reflejar en beneficio de mi madre.” (FAM8)

Es muy relevante la aportación grupal de las verbalizaciones de las familias entrevistadas pues nos han permitido inferir como las instituciones, que les acogen a ellos y a sus ancianos, manifiestan, no somos conscientes si de manera voluntaria, comportamientos institucionales que se acercan a las posturas de Padierna (1994) respecto a la familia colaboradora en los cuidados, según FM2, y la familia como cliente, según FAM3 y FAM7. Estas verbalizaciones nos llevan a conceptualizar un tipo de institución que no se separa de las familias, que las interioriza en el funcionamiento y dinámica institucional, incorporando este

grupo al de agentes sociales que operan dentro de las residencias. Las interacciones entre trabajadores y familiares persiguen el objetivo unilateral, por parte de los segundos, del trato afectuoso de su anciano, más allá incluso de las técnicas de cuidados básicos (aseo, vestido, alimentación, etc). La interacción con perfiles profesionales, como el psicólogo, no incluidas en la normativa vigente respecto a condiciones mínimas funcionales (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2005), es interpretada por los familiares como beneficiosa y nos abre un nuevo escenario institucional en cuanto al contexto asistencial de la institución residencial. La mera verbalización al psicólogo, y no tanto a las auxiliares o enfermeras, por ejemplo, nos refieren a necesidades más allá de las meras asistenciales básicas, y nos lleva al mundo de lo subjetivo, de lo interpretativo en la vida relacional dentro de la residencia, al menos por parte de las familias.

Para finalizar este punto vamos a analizar los discursos de la organización a este respecto:

“Y con los familiares pasa lo mismo, hay familiares que están aquí desde las tres de la tarde hasta las... están aquí hasta que se acuestan o que ayudan, o que son del pueblo, que se conocen, que... y al final a veces cuando tratas los conflictos en el despacho te das cuenta que siempre hay algo personal ahí y que no todo es profesional. Es difícil pero a veces se mezcla.” (ORG6)

“Una relación como de familia, de confianza, de conocerla. Pero de confianza buena, con un respeto, una educación, tanto la trabajadora como la familia. Bueno, luego tengo familias que se dirigen muy vulgarmente a las trabajadoras como si fueran criadas de los abuelos pero la mayoría no, la mayoría es con respeto y bien. Yo he tenido fuera relaciones con los familiares. De irnos a tomarnos un café o de vernos por la calle y de irnos a tomarnos el aperitivo, sí...” (ORG8)

Siguiendo las argumentaciones esgrimidas, en el análisis inmediatamente anterior, podemos inferir que el cariño del personal al anciano es el objetivo de la relación familiares y trabajadores, más allá de la técnica de cuidados, al menos según ORG6. Estas relaciones, por su espacial amplitud y rango, pueden llevar a conflictos precisamente por traspasar lo que ORG6 y ORG8 entienden como profesional. Podemos entender lo difícil que puede ser para organizaciones, cuya potencialidad y especificidad se focalizan en los aspectos más personales de la convivencia humana, centradas en los ancianos, arbitrar en conflictos colaterales.

El ir más allá de prestar servicios exclusivamente técnicos, de enfermería, por ejemplo, abre la puerta a un contexto de calidad y calidez lejos del concepto goffmaniano de institución total, y del asilo no tan decimonónico. De hecho, otras autoras entienden que la atención a familiares debe contemplarse de manera estructurada (Allen, 1999), alineándose así con las verbalizaciones de estas entrevistadas. Pero también entran por esa puerta las significaciones diarias y permanentes de las relaciones personales entre los agentes sociales que, a veces, dependiendo del grupo profesional al que pertenezca serán más personales que profesionales, con todo lo que ello supone. Es difícil, insistimos, fijar unas normas de comportamiento entre los grupos de personas, más si cabe si sobre estos no recae sospecha alguna sobre su capacidad cognitiva, como son los familiares y trabajadores. El empeñarse en normalizar estas relaciones podría acercar a la institución residencial al modelo total de Goffman (2004). A modo de ejemplo de lo expuesto, nuestra experiencia en el campo de estudio nos aporta que si bien en el Reglamento de Régimen Interno de la residencia (ver anexo), como en el régimen sancionador del convenio colectivo que rige las condiciones laborales de los trabajadores en las residencias privadas (Gobierno de España, 2012), será objeto de sanción el aceptar regalos procedentes de los ancianos o las familias, este comportamiento es parcialmente permitido por la organización, lo cual la coloca en una situación paradójica pues si bien a ésta, por lo expuesto, no le gusta los excesos relacionales, esto es, que se den estas relaciones más allá de los límites de la residencia, permite que estos excesos se den dentro. Dentro o fuera se dan, finalmente, lo cual evidencia el convencimiento más o menos expreso y manifiesto de las organizaciones, al menos las que han sido objeto de nuestra investigación, de que lo que realmente se busca es la relación personal entre trabajadores y familiares, pero no se sabe donde posicionar los límites, por ello, estos actualmente están situados en la frontera de la residencia, es decir, el exterior.

11.10. RELACIONES ENTRE TRABAJADORES Y ORGANIZACIÓN

Vamos a analizar, en primer lugar, los resultados de los miembros del grupo de los trabajadores:

“Realmente trabas no hay, yo diría que incluso es un acceso directo. Influyen mucho las reuniones periódicas con la organización. Podemos hablar de calidad, de los cambios posturales... esas reuniones facilitan la comunicación con la organización. Las auxiliares buscan más a alguien con la que poder comunicarse con la organización, no lo hacen directamente, por ejemplo, nos lo dicen a nosotros y nosotros a la directora, a las auxiliares como que les da más reparo.” (TRAB7-Fisioterapeuta)

“Al 100% no se cumple nada. Tú puedes tener una visión y unos valores con los que intentas hacer que la organización funcione. Nunca se cubre todo al 100% pero es a lo que aspiras y a lo mejor muchas veces esa visión y valores se nos olvidan pero siempre pretendemos cumplir esa misión en base a esos valores.”(TRAB7-Fisioterapeuta)

“Ellos [se refiere al grupo de auxiliares] ven que tenemos [equipo técnico] un trato más directo con dirección. A veces creo que tienen miedo de que vayamos y le digamos cosas que nosotros observamos o incluso a veces he visto que nos tratan mucho como intermediarios.” (TRAB8-Terapeuta Ocupacional)

“Cuando dirección está en la residencia, de hecho está casi siempre con la puerta abierta y si no esta haciendo una llamada que diga “espérate un momento” ellas [las gerocultoras] tienen accesibilidad total a la dirección.” (TRAB10-Enfermera)

“Siempre las cosas teóricas llevadas a la práctica nunca se materializan 100%, yo creo que si que se intenta conseguir. Se hacen reuniones, se mira como mejorar, tenemos reuniones de equipo semanales, tenemos reuniones con dirección.” (TRAB10-Enfermera)

“Tenemos un personal directivo, una dirección que puedes abrir la puerta, la puerta está abierta siempre que quieres, si tienes algo que decir, puedes venir y decirlo.” (TRAB17- Enfermera)

“Los fines, no conozco los fines, pero vamos yo creo que el fin directo es que la persona mayor sea tratada como tal y que reciba los cuidados que se merece una persona mayor. Me identifico en que creo que las personas tienen que estar cuidadas.” (TRAB17- Enfermera)

A la hora de analizar estos resultados, debemos señalar, a modo introductorio, que la relación trabajadores-organización gira en torno a dos

niveles interpretativos: por un lado, la relación directa entre organización y trabajador, esto es, con el director/a o trabajador/a social; por otro, estaría la relación simbólica, que se da entre el trabajador con la organización, en su sentido más institucional, y que está arbitrada por un sistema de valores y principios éticos. En este sentido, la mayoría de los trabajadores entrevistados se identifican con los valores de la organización donde trabajan, exceptuando a TRAB17, que no sabe qué son los valores morales, pero no por ello, no va a dejar de manifestarlo en un momento dado. De esta manera, se oponen a los supuestos teóricos de Goffman (2004, p86,92) y, por ende, a su modelo totalizador. Estos trabajadores verbalizan de manera más o menos explícita este aspecto de modo que los que no lo hacen lo verbalizan de manera indirecta. Entrando en un nivel menos simbólico de interacción, los trabajadores manifiestan que los contactos entre organización, dirección, y los trabajadores son reales, a través de reuniones de trabajo, como refieren TRAB7 y TRAB10, o atendiendo directamente los problemas que puedan surgir de manera individual, según TRAB17. En este sentido, a veces la información o quejas o petición de ayuda llega a través del equipo técnico, que si bien a efectos relacionales con las auxiliares no es muy estrecha, utilizan al mismo a modo de intermediarios con la dirección, como refieren TRAB7 y TRAB8. El ambiente laboral, si bien sujeto a normas y procedimientos muchas veces secundarios a los propios de las intervenciones de carácter técnico (movilizaciones en cama, transferencias, cambios de absorbentes, etc...), parece ser más interactivo y dinámico que el referido por Goffman, ya que, según éste, los trabajadores, el personal, se encuentra en una posición intermedia de poder, de manera que a la organización solo le llega aquello que le interesa de los internos, lo cual no parece cumplirse en las residencias objeto de nuestra investigación (op.cit. pp.86,92).

No podemos dejar de lado las verbalizaciones de algunos trabajadores en torno a los valores que debe dispensar la institución, representada por la organización, y que se materializa cada día en el cuidado a los ancianos. En este sentido, se expone a modo de ejemplo la relación que se mantiene a veces con ancianos. La trabajadora entiende como valor de intercambio, por una buena relación interpersonal con los ancianos, el cariño y el afecto mostrado por estos hacia ellas como personas y como trabajadoras. La trabajadora habla de lo que le compensa a ella, sin entrar en que gana la anciana con dicho comportamiento, que

no es otra cosa que cariño. Es la anciana quien le pide un beso, es decir, cariño, y es la trabajadora quien se siente querida, es decir, con cariño, cuando la anciana se lo pide a ella.

Para finalizar este punto vamos a analizar los discursos de la organización a este respecto:

“La institución, evidentemente, sería un poco tonto decir que no influye pero sí que influye. Aunque luego evidentemente los valores de la institución influyen pero yo creo que al final son las horas de trabajo, el tiempo en el que están con ellos.” (ORG6- Trabajadora Social)

“Creo que se ha conseguido lo que se pretendía que es que los ven como suyos, pero son de la organización. Es decir, no sabrían detectar cuales son los valores de la organización y cómo han llegado hasta ellos pero sin embargo sí que los consideran como suyos: la solidaridad... Son valores que a lo mejor sí que es una línea transversal que se ha trabajado aquí desde la organización y que ellos ya lo han visto como algo suyo propio, que eso es positivo, para mí era la finalidad. Ahí es cuando ves que los valores de la institución están calando...” (ORG6- Trabajadora Social)

“La dirección del centro confía en tí y a mí me gusta que confíe en mí porque me halaga, o sea, a mí me gusta la responsabilidad. Les coges cariño, tienes sentimientos hacia ellos, lo pasas mal cuando causa baja, por cualquier motivo alguna persona mayor, fundamentalmente si es por algún exitus [defunción], entonces adquieres como una relación personal que muchas veces dices “no tengo porqué llegar a estas alturas porque después la que lo pasa mal eres tú” pero es inevitable que los sentimientos personales sobretodo salgan.” (ORG8- Trabajadora Social)

Probablemente, en un intento de aproximarnos al análisis minucioso de las relaciones sociales entre los agentes sociales, la relación entre los ancianos-residentes y las trabajadoras se ve influenciada por el tipo de ayuda que deban prestar a los ancianos, lo que ésta supone para ellos, y la “familiaridad” que derive de todo ello; en esa línea, se entiende que la institución *per se* no pueda planificar ni disponer estrategias organizativas en este sentido por el mero hecho de ser una institución, aunque si abordarla en una serie de principios éticos. Así, se podría entender cómo en un mismo espacio físico y ante un mismo escenario profesional, la satisfacción de necesidades básicas e instrumentales de los ancianos puedan convivir diferentes tipos de relación entre las trabajadoras y los ancianos. De las

verbalizaciones de ambas entrevistadas se infiere que no hay divergencia de criterios respecto a lo que se entiende como cumplimiento e identificación con los fines, esto es, valores morales de la organización, lo cual aleja estas instituciones del modelo goffmaniano, pues éste refiere explícitamente que hay evidencia de pensar unos valores y poner en práctica otros, no identificándose con lo que la institución pretende desde el punto de vista moral (Goffman. 2004. pp.86,92).

11.11. RELACIONES ENTRE FAMILIARES

Vamos analizar, en primer lugar, los resultados de los miembros del grupo de los trabajadores, junto al de las familias, ya que no hay resultados del grupo de ancianos-residentes:

“Se crean aquí incluso vínculos y grupos entre los familiares de los residentes. Los que vienen más a menudo y están aquí prácticamente todos los días.” (TRAB6)

“Nosotros vamos con los que más nos hablan o se dirigen más a nosotros. Nos hablamos y hacemos una conversación entre ellos. No conversaciones negativas, sino conversaciones positivas con respecto a los ancianos y a la residencia en general. En común tenemos que están aquí nuestros familiares. Es lo más común que podemos tener.” (FAM5)

Las relaciones entre los familiares, a ojos de los trabajadores, son conflictivas, dándose diferentes subgrupos. Los familiares entrevistados verbalizan con claridad, reforzando lo expuesto por los trabajadores, que efectivamente hay subgrupos de familiares con tipos de relaciones diferentes también, al menos es lo verbalizado por FAM5. Interesante en extremo es el punto común que les hace a todos actuar de una manera u otra, esto es, según FAM5, el tener a un anciano en la residencia, solo eso. No hay otros vínculos más fuertes que ese. Esto es lo que hace que en determinados momentos haya subgrupos de familiares que se enfrenten a otros defendiendo unos y acusando otros a la organización por los motivos que sean. La manera de entender el ingreso y la vida de un anciano en la residencia va a dar lugar a posicionamientos que proyectarán mejor o peor frente a la organización.

Para finalizar este punto vamos a analizar los discursos de la organización a este respecto:

“Las relaciones interfamiliares una vez que el anciano está ingresado aquí también mejoran, ellos mismos lo confiesan cuando tenemos entrevistas con ellos.” (ORG4)

“Lo que pasa es que hay una relación puramente residencial, dentro de la residencia, fuera de la residencia no. Incluso hay familiares que ha fallecido su anciano aquí y siguen visitando a los ancianos, o sea, los familiares muchos de ellos también se meten en lo que es el trato de gran familia que tenemos aquí, o sea la gran familia que tenemos aquí no son solo los trabajadores y los ancianos sino también son algunos familiares de los ancianos, y saben de las historias y saben de las cosas y saben de las angustias de otros...”(ORG4)

“Puede haber alianzas pero enfrentamientos no, porque el familiar que participa activamente, que viene a ver a su familia y que está integrado, no suele entrar en el juego del familiar que viene buscando polémica. No suele haber enfrentamiento entre ellos.... no sé como explicártelo.” (ORG6)

“A lo mejor te puede llegar una familia en una situación familiar que hayan malas relaciones y te pueden llegar hoy unos familiares que traen a la abuela al centro y muy bien, y los ves que verdaderamente están mal, lo están pasando mal y al día siguiente vienen otros hermanos y se ponen a hablarte de lo mal que se llevan, que si sus hermanas son unas perras judías, que si mi familiar esto, que si lo otro, que si voy a hacer esto que si voy a hacer lo otro, entonces pues son personas a las que ves que verdaderamente no les importa nada por mucho que digan el familiar que tiene allí y lo que tienes que hacer es pararle los pies porque, o sea, te vienen en una actitud un poco altiva, un poco prepotente.” (ORG8)

Para la organización, contrastando con las opiniones de los familiares, el motivo que une a las familias es la presencia de todos en la residencia, promovida y facilitada por la organización para poder realizar algunos cuidados continuados, tal y como refiere teóricamente Padierna (1994). En este sentido, la organización facilita la creación y la dinámica relacional de los grupos de familiares siguiendo también, en este sentido, las recomendaciones de Leturia, Inza y Hernández (2007). Un punto muy interesante es que la relación entre los familiares de un mismo anciano mejora con el ingreso, tal y como refiere ORG4, lo cual no puede interpretarse más que como una prolongación de lo ya expuesto anteriormente en el apartado correspondiente, y no tanto como una interacción pura entre familiares que, previamente al ingreso, no tenían nada en común. Los

vínculos entre las familias se van materializando, como refiere ORG6, confirmando lo ya expuesto en este sentido por los trabajadores y las familias, al igual que la presencia de conflictos entre familiares de diferentes ancianos, como asumían las familias previamente. Es muy interesante el rol del familiar sustituto, como ya hemos visto anteriormente, que sale continuamente de entre las verbalizaciones de los agentes sociales, y nos llevaría a pensar en la posibilidad de considerarlo como un producto de la institución, de no ser porque también se puede dar la posibilidad de que aparezca entre los familiares la figura del “buen samaritano” que ya vimos en los roles de los ancianos.

11.12. RELACIONES ENTRE FAMILIARES Y ORGANIZACIÓN

Vamos a analizar en primer lugar las aportaciones de los familiares:

“Sí, a mí me llaman mucho cuando hay cosas así, salir a la excursión y Yolanda cuando tiene que hacer algo y yo que sé, me lo dicen. Pilar y Yolanda me lo dicen cuando tienen que hacer algo, como estoy aquí todos los días o me lo dicen o algunas veces me llaman.” (FAM2)

“A mí, cuando hay lo mas mínimo, me llaman o me mandan cartas diciendo qué es lo que le pasa a mi madre. Ellos con lo mas mínimo avisan al familiar, aunque el familiar vaya o no vaya, eso es cosa de ellos. Yo al menos, en ese aspecto no tengo queja.” (FAM4)

“Nunca me han puesto problemas para recibirme. He pedido mi permiso...”(FAM4)

“Las veces que he ido, he preguntado cuándo podía venir y me han dicho cuando podía.” (FAM5)

“Nosotros pintamos en la residencia, primero por nuestros padres. Cómo te diría yo. El estar interesado en su salud, bienestar, si están bien, bien atendidos, bien cuidados. Cuando han tenido que hacer alguna cosa, siempre han contado conmigo. Si ha habido que llevarla al médico, les digo que me lo digan a mí para llevarla yo; y cuando eso, me lo dicen.” (FAM5)

“A mi me llaman por teléfono para cualquier cosa, 24 horas.” (FAM6)

“No es la palabra apoyada, sino que te tienen en consideración. Que yo veo a familiares o he oído a familiares despotricar y no es que yo diga... que no le doy la

razón. Pero bueno las cosas también hay que verlas desde otra perspectiva y quizás al trabajar yo también en un.. porque yo trabajo en un hospital.” (FAM8)

Según las verbalizaciones de los familiares, la organización es la que promueve el contacto con las familias tanto por parte de los ancianos como del resto de agentes sociales, como dicen FAM2, FAM4 y FAM6. Uno de los objetivos más manifiestos de este contacto es la propia comunicación, al menos es lo verbalizado por FAM5. En este sentido, tal y como refieren FAM2 y FAM8, la comunicación entre familiares y organización es estrecha, habiendo una total accesibilidad a la organización cuando la familia así lo estima oportuno, según lo referido por FAM4 y FAM5. Si bien en el modelo teórico de Goffman (2004), sobre instituciones totales, no hay referencias expresas a este tipo de relación podemos afirmar como argumento, en contra del mismo, que en las instituciones totales, por éste descritas, la impermeabilidad es una característica fundamental, desplegando en caso necesario todo un cortejo de actitudes para impedir que haya un trasiego de información entre el mundo de afuera y el institucional. Siguiendo esta argumentación, siempre desde un prisma hermenéutico, podemos afirmar que las instituciones que incluyen a nuevos agentes en su dinámica, que proceden de fuera, y que van a infundir aspectos dinámicos en la estructura y en la organización social que simboliza la residencia de ancianos, no podrían ser caracterizadas como totales en el más puro sentido goffmaniano, pues su finalidad se contradice a la que el sociólogo defiende como baluarte de su modelo total de institución.

Para finalizar este punto vamos a analizar los discursos de la organización a este respecto:

“Desde mi punto de vista, mucho sentimiento de culpa, o de rabia, de sensación de carga que le supone el padre o la madre. Llega un momento que la implicación es tanta con el residente como con la residencia, o sea no se implican, pues muchas veces, las veces que se sientan contigo, pues es para cualquier tipo de queja, que también eso es norma, se tienen que quejar ¿no?, pero realmente no hay una implicación como tal.” (ORG1)

“El control de las visitas es uno de los objetivos de esta residencia, concretamente, de que los ancianos tenga las visitas de sus familiares y queremos conseguir el máximo, el de visitas y acompañamiento, porque queramos o no queramos, nosotros les queremos muchísimo y les damos muchos besos pero los besos de los hijos son

diferentes. El familiar es un sujeto que hay que tenerlo presente, yo creo muchísimo en el trabajo con los familiares, yo creo que si se trabaja con los familiares el residente está mejor.” (ORG3)

“A veces cuando la familia, ves dilemas éticos que ves cosas que no te gustan de la familia, de situaciones con el anciano, o... que ahí sí que hay veces que te vas un poco a tu casa diciendo “¿por qué tiene que pasar esto?”. Hay cosas que no, ancianos que llegan aquí por situaciones injustas.” (ORG6)

“A ver... que tiene que estar también bien la familia porque así se consigue un clima de armonía, por eso te comento, y además forman las dos partes dentro de la propia residencia, la intervención con familiares y con residentes, yo considero que los dos son clientes finales al final.” (ORG8)

Las verbalizaciones de los miembros de la organización nos llevan a inferir que la implicación de la misma se encuentra dentro de un espectro moral de la interacción, no queriendo sustituir a la familia en el cuidado del anciano, contrariamente a como verbalizan algunos trabajadores, entendiendo que la relación con la familia suele ser buena desde una perspectiva de cliente, confirmando así las tesis de Padierna (1994). Esta forma de interactuar con las familias no está exenta, en cualquier caso, de fricciones y problemas pues, tras todo lo que hemos visto y analizado, la confluencia o divergencia de enfoques asistenciales es lo que va a condicionar lo que los agentes vienen a definir como buena o mala relación, respectivamente.

Haciendo un esfuerzo de síntesis de todo lo anteriormente expuesto y discutido, podemos afirmar que el mundo institucional de las residencias de ancianos es rico en aspectos que nos ayudan a intuir un mundo oculto a ojos del profano (Barenys, 1993; Bazo, 1992, 1996). La interacción entre ancianos, trabajadores, familiares y los miembros de la organización van a dar lugar, a modo de producto, una serie de significaciones sociales fundamentadas en las posiciones que ocupan unos y otros manifestadas en los diferentes estatus (Esteva, 1973) y roles (Bermejo & Martínez, 2009) que hemos podido constatar que existen en la dinámica institucional residencial. Estos aspectos, a su vez, son las premisas fundamentales en las que se basan las relaciones interpersonales, aun cuando algunas no hemos terminado de conocer si son causa o efecto. Además, se ha podido constatar la presencia de aspectos de las relaciones en las instituciones

residenciales que merecen un estudio más amplio que el que nos ha permitido nuestra investigación; hablamos entonces de las familias y su conexión con los otros agentes que se han manifestado en la residencia; igualmente, supone un reto futuro trabajar más profundamente acerca del papel que ejerce la familia en torno a la decisión de ingresar a un anciano en una residencia, y cómo esto le afecta, reconfigurándose en estos nuevos roles que antes del ingreso en la institución residencial nunca se dieron.

12. CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en cada fase de nuestra investigación hemos podido extraer una serie de conclusiones, que a nuestro juicio, permiten sintetizar los aspectos más relevantes que dan respuesta a los objetivos inicialmente planteados:

Objetivo general. Analizar las relaciones que operan entre los agentes sociales que conforman una residencia de ancianos en el ámbito de la Región de Murcia.

Los agentes sociales que operan en las residencias objeto de nuestra investigación se significan a través de las relaciones que se dan entre ellos, poniendo el énfasis en el anciano, como punto central de donde salen el resto de relaciones como los radios de una circunferencia. En este sentido, las relaciones entre los ancianos y la organización como tal no se hacen de modo particular, sino más bien a través de sus elementos directos como son las trabajadoras de las residencias, habiendo una relación más directa con el personal que les procura cuidados básicos, elementales (aseo, alimentación, vestido, deambular), que con aquel que precisamente se encarga de planificarlos, esto es enfermera, fisioterapeuta, trabajadora social, etc. Esta situación nos ha permitido aprehender que la moneda de cambio de las relaciones ancianos-trabajadoras es el afecto, el cariño, y no tanto un cuidado específico. Las relaciones entre los ancianos y sus familiares se miden más en criterios de calidad que de cantidad, pues más que la visita asidua por parte de los mismos los ancianos piden un interés más afectuoso por su estado en general, quieren no sentirse abandonados por sus familiares, convirtiéndose esta variable incluso en una marca de clase entre los ancianos procurándoles un estatus respecto al resto. Las relaciones de los ancianos entre sí merecen una mención especial pues esta investigación nos ha permitido conocer un enjambre de relaciones basadas en la utilidad social del otro, aunque también en la solidaridad frente a la institucionalización. Esto se da en un juego constante de roles, que se repiten en gran medida en todas las residencias investigadas y que, de manera

entendemos que inaudita, se puede utilizar para establecer estrategias de atención social a estas personas.

Objetivo específico 1. Analizar el concepto de residencia.

La residencia como concepto abarca diferentes acepciones no solo semánticas sino simbólicas. Su significación social responde actualmente a diferentes usos sociales, que se resumen en dos tipos, a saber, sociales y sanitarios. Esta situación no es nueva, pues en la historia del recurso que es la residencia, aun con denominaciones diferentes, entre las que destaca "asilo" como referencia, la residencia nunca ha sido socialmente concebida como un recurso únicamente social, sino como lugar donde van a parar los marginados sociales, aquellos que en distintas épocas de la historia no han tenido cabida en una sociedad cada vez más utilitarista, manifiestamente capitalista y consumista. Esta situación es la que condiciona en gran medida el número y calidad de relaciones vividas dentro de la residencia tal y como hemos podido aprehender y analizar, diferenciando claramente entre residencias públicas y privadas, y dentro de estas últimas aquellas de carácter no lucrativo, entre las que se encuentran también las de gestionadas por congregaciones religiosas, ya sea de manera directa o indirecta.

Objetivo específico 2. Comprender el proceso histórico de conceptualización de la residencia de ancianos como recurso asistencial.

La residencia es un recurso semánticamente reciente. Esta procede como resultado de diferentes transformaciones sociales de los antiguos asilos de la Europa occidental, que nace en los siglos XVI y XVII con la aparición de los Hotel Dieu en París, y la Mason de la Charité en Lyon. Los iniciadores de esta conceptualización fueron religiosos, y de manera paralela la Sociedad Civil, hecho constatado en estudios recientes. El proceso de reconocimiento e instauración legal en España es relativamente reciente, en el siglo XIX, con la publicación de la Ley de Beneficencia en el año 1849 y su Reglamento posterior, que si bien fue criticada en su época ha sido la normativa que más o menos conscientemente se ha ido utilizando generación tras generación social y política, ya sea conservadora o progresista. Esta situación ha cambiado muy recientemente con la acepción del

término residencia por los organismos públicos con el ánimo de separar ideológicamente Iglesia y Estado en la provisión de los Servicios Sociales, y evitar las connotaciones negativas que antropológicamente se asocian al término "asilo". La publicación de las Leyes de Asociaciones y de Fundaciones, ambas del año 2000, junto a la publicación de la Ley 39/2006, más conocida como Ley de la Dependencia, ha terminado de fraguar la conceptualización de residencia aunque para asociarla más bien a un beneficiario concreto, los ancianos, que para concretar su utilidad social, que queda desdibujada al reconocerle utilidad en los ámbitos sociales y sanitarios.

Objetivo específico 3. Conocer cada uno de los agentes sociales que operan en una residencia tanto a nivel interno como externo.

Los agentes que aglutina la residencia de ancianos, como recurso social institucional, son: 1) los ancianos, que si bien parecen ser los beneficiarios nuestra investigación ha dejado muy claro que esto casi siempre no es así, en beneficio de los familiares que son los que realmente buscan la residencia; 2) los trabajadores, que conforman una verdadera subcultura en la provisión de cuidados que a diferencia de otros sectores sanitarios se impregna de un aura moral característica de las organizaciones no lucrativas; 3) las familias, que en nuestra investigación se han descubierto como los grandes desconocidos del recurso social, ya que tanto los trabajos anteriores son escasos teóricamente, y las experiencias de campo son casi nulas; se conforman como los beneficiarios ocultos del recurso residencial, al configurarse la residencia como la salida a sus problemas; y 4) la organización es el cuarto agente social que a diferencia de las publicaciones clásicas de los autores relacionados con esta temática, se manifiestan en la investigación como grandes pensadores de las instituciones pues ponen en tela de juicio constantemente la hegemonía del Estado contra los ancianos frente a la utilidad real de la residencia como institución social que acoge a personas, más allá de ciudadanos.

Objetivo específico 4. Conocer el gerotipo de la persona mayor demandante del recurso social que es la residencia de ancianos.

Las observaciones realizadas nos permiten aprehender el perfil del anciano-tipo que actualmente vive en las residencias, al menos las que han sido objeto de nuestra investigación. Estas observaciones han dado como fruto, no unas características uniformes para todos los residentes, sino unos subtipos de anciano institucionalizado en residencias. Padecer una gran dependencia funcional parece ser la característica fundamental de estas personas, al menos en su mayoría. La demencia es la enfermedad más prevalente en los ancianos que viven en este tipo de instituciones, la cual les inviste de una serie de características más de tipo patológico que social o cultural. Otro tipo de residente es aquel que precisamente no padece demencia, y por ello se sitúa en el otro extremo de la caracterización de los ancianos institucionalizados. Estos, los que no sufren demencia, se encuentran alienados por las condiciones que la organización dispone para el buen control de los que sí la padecen, lo cual les produce frustración y malestar. Dentro de este último grupo hemos podido observar que los ancianos se dividen en diferentes grupos, y tipos, en función de características mucho más socioculturales, como pueden ser el estatus económico, el social, y el físico; la dependencia funcional es una de las características atribuidas por elementos ajenos a la institución que marca la posición social de los ancianos que no padecen demencia. Poder ser autónomo funcionalmente, y por ello, ser capaz de moverse por la residencia o salir de esta sin la ayuda de nadie faculta al anciano de un halo de poder superior al que tiene el resto. El contacto con el exterior también faculta al anciano de unas características que le diferencia del resto; recibir la visita de sus familiares o el que estos vayan a la residencia para llevárselo a comer, es una diferencia muy marcada con el resto de personas mayores institucionalizadas.

Objetivo específico 5. Comprender la relación entre el gerotipo de la persona mayor usuaria de una residencia y la transformación de la misma en el espectro de recursos sociales y sanitarios.

El gerotipo del anciano que vive en la residencia, al menos las que han sido objeto de nuestra investigación, condiciona gravemente el tipo de atención que se va a procurar en este estamento social, que si bien se ha concebido como esto mismo, es decir, social, la demanda de servicios de los ancianos que en ella viven son más de tipo sanitario. Incluso podemos afirmar después de realizar nuestra investigación que este tipo de perfil asistencial, el sanitario, condiciona a su vez a aquellos ancianos que están en la residencia por causas sociales exclusivamente, de manera que puede llegar a hacer su vida mucho más institucionalizada en el sentido goffmaniano que si lo fuera exclusivamente social. La residencia, como prestadora de servicios sanitarios *ad hoc* no está preparada para hacer frente a este tipo de servicio, pues pone en tela de juicio su propia esencia social, lo cual crea constantemente en los agentes que ella operan situaciones de disconfort y conflictos, no solo entre estos sino con los recursos de tipo sanitario, especialmente los de Atención Primaria de Salud, cuyos profesionales se niegan a ir de manera mayoritaria a las residencias a ver a sus pacientes.

Objetivo específico 6. Conocer el contexto sociocultural actual en el cual se conforma la residencia de ancianos como recurso.

La residencia se configura como un servicio de doble utilidad en el contexto sociocultural investigado. Por un lado, se convierte *de facto* en una proveedora de servicios sanitarios, no tanto al anciano en sí sino a la Administración sanitaria en la Región de Murcia, sin serlo por naturaleza; y por otro lado es la solución social no a problemas del anciano, que hemos podido comprobar que son mayormente sanitarios, sino a los de las familias de los mismos; esta es una de las mejores aportaciones de nuestra investigación pues las familias se encuentran indefectiblemente sometidas a los imperativos del Estado en cuanto a la posibilidad real de cuidar de otros, como ya ocurre por ejemplo, en el caso de la maternidad. La utilidad social de la residencia es acoger a personas que se han convertido en un obstáculo para que la población activa, sus hijos, pueda seguir

produciendo para el Estado. Esto explicaría fácilmente la diversidad de perfiles asistenciales que acoge la residencia como recurso institucional, pues **lo que le interesa al Estado no es tanto atender necesidades específicas de los ancianos sino tener un lugar donde los ciudadanos que ya no producen puedan estar acogidos para que no dificulten la actividad productiva de sus familiares.** Este escenario pone en tela de juicio la utilidad social que tradicionalmente se atribuía a las residencias, más si cabe en los últimos años como consecuencia de la normativa específica, la Ley 39/2006, que materializa la posibilidad de ejercer un papel de prestadora de servicios sanitarios y sociales, creando esto una verdadera crisis de identidad en las organizaciones que pusieron en marcha el proyecto social de cuidar de ancianos.

Objetivo específico 7. Evaluar el grado de compatibilidad que la residencia de ancianos muestra en relación al modelo de institución total propuesto por Goffman (1970).

Las evidencias obtenidas en nuestra investigación contradicen, salvo contadas y discutibles ocasiones, los preceptos teóricos de Goffman (1974) en cuanto al modelo de institución total. De hecho entendemos a raíz de nuestro trabajo que este modelo ya no sirve para ejemplificar el modelo residencial, tal y como hacen algunas teóricas contemporáneas, lo cual concluimos que es erróneo, proponiendo más que un modelo un anti-modelo consistente en alejarse del propuesto por Goffman. De manera más amplia, podemos comprobar que la residencia en sí no es la institución que permite comparar el grado de totalización de la misma, pues en la configuración jurídica de esta hay elementos pertenecientes al exterior de la residencia, al ambiente macrosocial de la misma, esto es el Estado, o sus vertientes autonómicas, que es el verdadero totalizador de la atención, hecho que provoca conflictos de identidad en las organizaciones que gestionan las residencias, las cuales incluso incumplen ciertas normas con el fin de proveer de más libertad al yo del anciano institucionalizado.

Consideraciones finales

El mundo de la institucionalización de personas mayores continúa siendo oscuro y con grandes lagunas que iluminar. La historia del internamiento de ancianos en asilos y residencias está impregnada de procesos sociales y políticos que en la mayoría de las ocasiones se fraguan fuera de los muros de la institución.

La vida de los ancianos en una residencia es, en la mayoría de las ocasiones, el final de un proceso que comenzó años atrás. La fractura social que obliga a las mujeres a trabajar, y a los hombres a echar más horas en el trabajo, eficientemente oculta por un velo de integración social y progreso ha ido deshaciendo las cuerdas que durante siglos sujetaba fuertemente varias generaciones de una misma familia. No podemos negar la gran utilidad social que una residencia reporta a la sociedad. Pero no podemos olvidar que la sociedad la forman personas. La residencia parece vislumbrarse como un recurso sociosanitario, a pesar de no saber muy bien qué es todavía, que dará respuesta, probablemente cambiando su denominación, a situaciones de índole sanitario. Será probablemente el lugar donde atenderemos a los ancianos enfermos que no pueden serlo en su casa por lo difícil de su situación, ni en un hospital, por el carácter no agudo de la misma.

Mientras esto ocurre habrá que diseñar estrategias y herramientas que permitan acceder a este perfil sanitario de anciano de manera rápida y eficiente. Al mismo tiempo, no podemos permitir que ancianos que podrían ser atendidos en su casa vayan a parar a una residencia de manera innecesaria para ellos. No podemos permitir que la sociedad empuje a los familiares a situaciones en las que el anciano es tan víctima, como sus familiares, de un fenómeno de desvinculación moral por parte del Estado hacia sus ciudadanos.

Independientemente del acceso a la residencia, la vida en ésta debe subjetivarse para que el anciano sea parte integral de la misma, donde éste sea el que pone las normas y las reglas de manera mancomunada. Debemos ser conscientes, primero, de que en las residencias actuales cabe un serio peligro de contemplar al anciano como un mero objeto, mediante el cual poder alcanzar diferentes objetivos de la organización, algunos más morales que otros; también, en segundo lugar, las organizaciones se deben personalizar mucho más para que el anciano deje de sentirse como un residente, o un paciente, y se vea en los ojos

de sus cuidadores como una persona.

Líneas futuras de investigación

No puedo dejar de resaltar que después de trabajar durante unos pocos años de mi vida en este trabajo de investigación, sigo tan entusiasmado con el contexto residencial como en aquellos años donde empezó a engancharme. Una puerta abierta me ha llevado a estancias donde he podido contemplar otras puertas cerradas, esperando a ser abiertas, si no por mí por otros. Entre las líneas de investigación futura yo destacaría las siguientes:

- Todo lo concerniente al mundo de la familia en las residencias de personas mayores. La bibliografía consultada es escasa en comparación con las enormes lagunas existentes. El estigma de las familias de los ancianos en las residencias, su papel en las mismas, o las formas de significar su estado de ánimo en la interacción con los otros agentes sociales son campos apasionantes que esperamos poder abordar en poco tiempo.
- El concepto sociosanitario en el contexto de la atención a las personas mayores en las instituciones residenciales. Nuestra investigación nos ha permitido conocer la gran cantidad de indefiniciones de los sociosanitario en general, y en la atención a nuestros mayores, en especial. El papel que juega la residencia en el sistema estructurado, y rígidamente conformado en la dinámica social, de la sanidad en nuestro país es un reto. Cómo se integran los sistemas público y privado en la provisión de servicios sanitarios, sobre todo cuando nuestra constitución así lo dispone, es otro gran reto para aquel que quiera tomarlo.
- El papel de las instituciones privadas en la provisión de servicios sociales es otra línea de investigación que nuestro trabajo ha mostrado como incompleta por la falta de evidencias y el exceso de subjetividades sin analizar. A partir de lo público, visto este como un centro, existe actualmente un debate acerca de la posición radial y centrífuga que ocupan las instituciones no lucrativas, con su discurso moral acerca de la persona e individuo, y las lucrativas o mercantiles, con su discurso probablemente utilitarista. Hace falta saber cuánto de verdad tienen estas suposiciones.

13. BIBLIOGRAFIA

AAVV. (1995). *Cuidados en la vejez. El apoyo informal* 1ª ed. Madrid:IMSERSO.

AAVV. (2005). *Salud y residencias geriátricas*. Barcelona: Glosa, 148-149

A.A.V.V. (2010a). *Hacia un modelo de residencia*. Barcelona: Institut de l'Envel·liment de la Universitat Autònoma de Barcelona.

A.A.V.V. (2010b). *Situación del Servicio de Atención Residencial en España*. [en línea] Madrid: PriceWaterHouseCoopers. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pwc-situacion-1.pdf> [consulta 12 Enero 2010].

AA.VV. (2014). Constitución Española. 19ªed. Tecnos: Madrid, 40.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)*. 5ªed. Barcelona: Editorial Médica Panamericana.

Abades, M. y Rayón, E. (2012). El envejecimiento en España. ¿Un reto o problema social. *Gerokomos*, 23(4), 151-155.

Abellán, A., Esparza, C., Castejón, P y Pérez, J. (2011). Epidemiología de la dependencia de la vejez en España. *Gaceta Sanitaria*, 25 (supl 2), 5-11.

Adams, T. (1996). Informal family caregiving to older people with dementia: research priorities for community psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 703-710.

Adroher Biosca, S. (2000). *Mayores y Familia*. 1ª ed. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas-IMSERSO.

Aguilar, M. (2010). La huella de la beneficencia en los Servicios Sociales. *Zerbitzuan*, 48, 9-16.

Alberca, R. y López-Pousa, S.(2006). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. 3ª ed. Madrid: Panamericana, 230.

Allen, R.L. (1999) The socio-spatial making and marking of "us": toward a critical postmodern spatial theory of difference and community. *Social Identities*, 5(3), 249-277.

Alonso, A., Garrido, A., Díaz, A., Casquero, R. y Riera, M. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Atención Primaria*, 33, 61-68.

Alonso, N. (2002). Problemática social de la demencia. *Geriátrika*,18, 21-22.

Álvarez, O. (2014). Medición del nivel de dependencia en las residencias de mayores de la Comunidad de Madrid. Perfil del nuevo residente e impacto de la institucionalización. Tesis Doctoral no publicada. Murcia: Universidad Católica San Antonio de Murcia.

Álvarez, O., Hernández, H., Galán, C.M y Echevarría, P.(2014). Idoneidad de baremo de valoración de la situación de dependencia para determinar el ingreso en una residencia pública de la Comunidad de Madrid. *Gerokomos*, 25(1), 23-27.

Amezcuca, M. (2000). El trabajo de campo Etnográfico en Salud. *Index de Enfermería*, 30, 30-35.

Amezcu, M y Gálvez, G. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 226-236.

Aranda, F. y Grajales, T. (2001). El debate epistemológico entre investigación cuantitativa y cualitativa a partir de la oposición paradigmática entre modernidad y postmodernidad. *Revista Internacional de Estudios en Educación*, (2), 63-72

Arrero, M. (2010). "Lucha de sectores". *Negocios & Gestión Residencial*, Abril, 23

Atkinson, P. y Hammersley, M. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. 2ª ed. Barcelona: Paidós.

Badía, X., Lara, N. y Roset, M. (2004). Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Revista de Gerontología* ,(34), 170-177.

Barenys, MP. (2012). Los geriátricos, de la institucionalización al extrañamiento. *Revista Kairós Gerontología*, 15(8), 7-24.

Barenys, MP. (1992). Las residencias de ancianos y su significado sociológico. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 40,121-135.

Barenys, MP. (1993).Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 63:155-172.

Bazo, MT. (1996). Los cuidados familiares en salud en las personas ancianas y las políticas sociales. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73, 43-56.

Bazo, MT. (1991). Institucionalización de personas ancianas: un reto sociológico. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (53), 149-164.

- Beauvoir, S. (1983). *La vejez*. 1ª ed. Trad. Barcelona: Edhasa.
- Beck, U. (1986). *La Sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Madrid: Paidós Surcos 25, 215-225
- Berjano, E. (2005). Dependencia y calidad de vida en las personas mayores. *Revista Multidisciplinar Gerontología*, 15 (3), 144-154.
- Bermejo, J.C. y Martínez, A. (2009). *El trabajo en equipo: vivir creativamente el conflicto. Cuadernos del Centro de Humanización de la Salud*. Santander: Sal Terrae.
- Bermejo, J.C. (1997). *Humanizar la salud: humanización y relación de ayuda en enfermería*. Madrid: San Pablo, 97-99.
- Blanca, J.J., Grande, M.L. y Linares, M. (2013). Las experiencias de las personas mayores que viven en hogares para ancianos: la teoría de las díadas de intercambio. *Revista Aquichan*, 13(1), 41-56.
- Blanca, J.J., Linares, M y Grande, M.L. (2011). El concepto de bienestar en las residencias de personas mayores. *Evidentia* [en línea] 8(36), 12-43. Disponible en <<http://www.index-f.com/evidentia/n36/ev3600.php>> [consulta: 09-11-2014]
- Blanca, J.J., Linares, M., Grande, M.L & Aranda, D.J (2012a). Las relaciones personales que se establecen en los residentes de un hogar de ancianos. *Enfermería Global*, 11(4).
- Blanca, J.J., Linares, M., Grande, M.L., Jiménez, M.C & Hidalgo, L. (2012b). Relación del cuidado que demandan las personas mayores en hogares para ancianos: metaestudio cualitativo. *Revista Aquichan*, 12(3), 213-227.
- Bock, P. (1997). *Introducción a la moderna Antropología Social*. México: F.C.E, 123-162.

Bott, E. (1990). *Familia y red social: roles, normas y relaciones externas en las familias urbanas*. 1ª ed Español. Madrid: Thaurus.

Bover, A. (2004). *Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario: percepciones y estrategias de cuidado ligadas a género y a la generación*. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears.

Burgess, E. (1960). *Aging in Western Societies*. Chicago: Chicago University Press.

Burton, L.; Kasper, J.; Shore, A.; Cagney, K.; Laveist, T.; Cubbin, C.; German, P. (1995). The structure of informal care: Are there differences by race?. *The Gerontologist*, 35 (6), 744-752.

Calvo, J. (1989). Depresión en la vejez. *Zerbitzuan*, 7:47-53

Campos, B. (1996). La construcción de una política social de vejez en España: del Franquismo a la normalización democrática. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73, 239-263.

Campos, J.; Ardanaz, J.; Navarro, A. (2004). Depresión en pacientes de edad avanzada. Dos ámbitos: un centro sociosanitario y un programa de soporte domiciliario. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 39(4),232-9

Camus, A. (1949). *El extranjero*. Buenos Aires: Emecé editores, S.A.

Cantor, M.H. (1991). Family and community: changing roles in an aging society. *Gerontologist*, 31(3), 337-46.

Carnevali, D. y Patrick, M. (1996). Retos de la vida diaria y del desarrollo en etapas tardías de la vida. *Tratado de Enfermería Geriátrica (Vol I)*. Madrid. Panamericana,9

Castejón, P. y Abellán A. (2009). *Estado de Salud. CSIC. Informe 2008..* Barcelona: Fundación IGEMA,69-132

Cicerón. *Catón el viejo o de la vejez y Lelio o de la Amistad*. 1ª Ed. Clásicos en castellano (1981). Madrid: Juventud.

Chappel, N. & Blanford, A. (1991). Informal and formal care. Exploring the complementarity. *Ageing and Society*, 2, 299-317.

Clyburn, L.D., Stones, M.J., Hadjistavropoulos, T. y Tuokko, H. (2000), Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology*, 55, 2-13

Collins, C. y Jones, R. (1997). Emotional distress and morbidity in dementia carers. A matched comparison of husbands and wives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, (12),1168-1173.

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (1994). Decreto 31/1994, de 25 de Febrero: sobre ingreso y traslado en centros residenciales de la Administración Regional para personas mayores. Boletín Oficial de la Región de Murcia de 5 de Marzo de 1994 (53), 2083-2091.

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (2002). Decreto nº 60/2002, de 22 de Febrero: por el que se modifica el Decreto nº 31/1994, de 25 de febrero, sobre ingreso y traslado en centros residenciales de la Administración Regional para personas mayores. Boletín Oficial de la Región de Murcia de 4 de Marzo de 2002 (53), 3321-3331.

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (2003). Ley 3/2003, de 10 de Abril: Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia 2 de Mayo de 2003 (99), 8760-8773.

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (2005). Decreto 69/2005, de 3 de Junio: por el que se establecen las condiciones mínimas que han de reunir

los centros residenciales para personas mayores de titularidad pública o privada. Boletín Oficial de la Región de Murcia de 13 de Junio de 2005 (133), 14167-14181.

Comunidad autónoma de la Región de Murcia. (2009). Ley 3/2009, de 11 de Mayo: Derechos y deberes de los usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia 20 de Mayo de 2009 (114), 22639-22674.

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (2013). *Coordinación Sociosanitaria Área IX. Guía para Profesionales*. [En línea] Murcia :Consejería de Sanidad. Disponible en <http://www.murciasalud.es/espacioss.php?seccion=dependencia> [Consulta: 15 Diciembre 2015]

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (2014). Decreto nº 2/2014, de 24 de Enero: por el que se desarrolla la regulación de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos y productos sanitarios de los centros sociosanitarios de la Región de Murcia. Boletín Oficial de la Región de Murcia de 28 de Enero de 2014 (22),3520-3534.

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (2015a). Decreto nº3/2015, de 23 de Enero, por el que se regula la autorización, la acreditación, el registro y la inspección de entidades, Centros y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y se establece la tipología básica de los mismos, 2307

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (2015b). *Coordinación Sociosanitaria-enlaces. Recursos sanitarios y sociales-Carteras de Servicios*. [En línea] Murcia :Consejería de Sanidad. Disponible en <http://www.murciasalud.es/espacioss.php?seccion=dependencia&ver=enlaces> [Consulta: 15 Diciembre 2015]

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (2015c). *Informe Estadístico del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. [En línea] Murcia :Consejería de Sanidad. Disponible en

<[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=9223&IDTIPO=100&RASTRO=c883\\$m5878](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=9223&IDTIPO=100&RASTRO=c883$m5878)> [Consulta: 10 marzo 2015]

Contreras, J. (1993). *Antropología de la alimentación*. Madrid: Eudema.

Cordero, P. (2006). Situación Social de las Personas Mayores en España. *Humanismo y Trabajo Social*, 5, 161-195.

Corral, J. (2006). Proveer asistencia social y sanitaria integrada a la personas mayores en situación de dependencia: una solución a los problemas de continuidad. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 41(5), 255-257.

Crespo, M. y López, J. (2007). Cómo mantener su bienestar. Un programa de apoyo psicológico a cuidadores de familiares dependientes. *Revista Alzheimer*, (47), 6-8.

Cumming, E. y Henry, W. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. Nueva York: Basic Books.

Cyntia, A. y Pertti, J. (1979). Organización social. En: *Guía para el estudio de la antropología cultural*. Ed. por Cone, C. FCE. Madrid: FCE, 69-70

De Haro, A. (2011). La ética del cuidado entre las personas mayores. Un estudio etnográfico en una institución residencial. *Gazeta de Antropología*, 27(1)

De la Cuesta. (2006a). La teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de los cuidados*. 2º Semestre,(20), 136-140.

De la Cuesta, C. (2006b). Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Nure Investigación*. (25). Disponible en http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetod_25.pdf [Consulta: 22 Diciembre 2014]

De la Serna, I. (2003). *El fenómeno del envejecimiento*. Madrid: Gedisa, 23-36.

Del Campo, S.(1991). *La nueva familia española*. 1ª ed. Madrid: IMSERSO.

Del Rey, F. y Mazarrasa, L. (2006). Cuidados informales y autocuidados. En *Enfermería en Atención Primaria*. Ed. por Martínez Riera, J.R. y Del Pino Casado,R. 1ª ed. Madrid: DAE, 709-30.

Delgado, A.M. (2004). Calidad de vida de las personas mayores: el internamiento. *Portularia*, 4, 209-218.

Delgado, ML. (2001). Intervención psicosocial en residencias de personas mayores. *Cuadernos de Trabajo Social*, 14:323-339.

Díaz de Rada, A. (2003). La construcción teórica de la totalidad etnográfica. *Revista de Dailectología y tradiciones populares*, 58 (1), 237-262.

Díaz. C. (1993). *Concepción Arenal: el visitador del pobre, la beneficencia, la filantropía y la caridad*. Madrid: Atlas.

Díaz, M.L., Ramos, C. y Ortiz, M.D. (2000). Programa de adaptación en centros de personas mayores. *Papeles del psicólogo*, 76, 13-21

Díaz, M.D. (2002). Trastornos afectivos en el anciano. *Multidisciplinar Gerontológico*, 12(1), 19-25

Díaz, R.; Abellán, A.; Lorenzo, L.; Pérez, J.; Martínez, R.; Ruíz-Huerta, J.; Del Barrio, E.; Sancho, MT. (2012). Datos estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. En: *Informe 2010-Las Personas Mayores en España*. Tomo II Ed. por Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad-IMSERSO. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad-IMSERSO, 445-470

Domínguez, J.A y García, B. (2011). Edad, dependencia y consecuencias sociosanitarias. *Gerokomos*, 22 (1), 13-19.

Dupâquier, J. (1997). Demografía, familia y cambio social. En: *Para comprender el cambio social*. Ed. por V. Vázquez de Prada, V., Olábarri I., y Caspistegui, F.J. 1ª edn. Barañáim: Eunsa, 263-287.

Elósegui, E., Goñi, M.J., Elizalde, B., Lertxundi, N., Bustinduy, A. y Calvo, J.J. (2013). Modelo de Atención Sanitaria y su financiación en centros residenciales de personas mayores dependientes de la CAPV. *Zerbitzun* (53),29-38

Ember, C.R., y Ember, M. (1997). Asociaciones y grupos de interés. En *Antropología Cultural*. Ed. Por Ember, C.R. Reino Unido: Prentice Hall, 236-237

Engle, V.F y Graney, M.J. (1993). Stability and improvement of health after nursing home admission. *Journal of Gerontology*, 48, 17-23.

Esteva, C. (1973). *Cultura y personalidad*. Redondo editor: Barcelona.

Eugenio, E. (2013). Programas de respiro familiar-Un recurso para el cuidador. *Senior*, (140), 54

Fariña, E. (2015). El reto de la asistencia sanitaria en las residencias de ancianos. *El Médico* (1168), 16-21

Federación Lares. (2014). Presupuestos, Dependencia y permanencia en el tiempo. *Revista Lares-Hogares para la vida*, (48), 5

Feito, R. (1993). *Estructura social contemporánea. Las clases sociales en los países industrializados*. Siglo XXI Editores SA: Madrid

Fericgla, J.M. (1992). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. 1ª edn. Anthropos: Barcelona.

Fericgla, J.M. (2002). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. 2ª ed. Herder: Barcelona.

Fernández, E. (2010). Rasgos asilares en residencias para mayores: una propuesta de terapia institucional con análisis transaccional. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 62, 46-55.

Fernández, JN.(2105).*Las Personas Mayores en España. Informe 2014*. IMSERSO: Madrid

Fieldhouse, P. (1986). *Food and nutrition. Customs and culture*. Croom Helm : New Hampshire.

Firth, R. (1971). Significado de la antropología social y Estructura y organización en una comunidad pequeña. En: *Elementos de Antropología Social*. Ed. Por: Firth, R. Buenos Aires : Amorrortu, 19-98.

Foucault, M. (1964). *La historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de cultura económica, 75-125.

Foucault, M. (1969). Médécins, juges et sorciérs au XVII siècle. *Medecine de France*, (200).

Foucault, M. (1973). *La Sociéte punitive* . Cours au collége de France (1972-1973). Hautes Études.

Gálvez, M., Ríos, F. y García, A.M. (2013). Crecer cuidando. El rol cuidador en las hijas de madres dependientes. *Index de Enfermería*, 22(4), 237-241.

García, M.M., Mateo, I. y Gutiérrez, P. (1999) *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. 1ª ed. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

García, M.M., Mateo, I. y Eguiguren, A.P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18,132-139.

García, M.M., Mateo, I. y Maroto-Navarro, G. (2004), El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18, 83-92.

García, A. y Gómez, C. (2010). *Manual de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores*. Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz: Murcia.

García, E. (2009). La Dependencia y los mayores. *Altaban: Albacete*, 279-289

García, S. (2015). *Enfoque de la Dependencia. Balance de la Dependencia*, (51) 24

Garrido, A. (2003). Cuidando al cuidador. *Geriatría y Gerontología*, 38 (4), 189-191.

Gehrig, R. y Palacios, J. (2014). *Guía de criterios básicos de calidad en la investigación cualitativa-cuadernos metodológicos ICUALI-1*. UCAM-Servicio de Publicaciones: Murcia, 13

Gil, E., Escudero, M., Prieto, M.A. y Frías, A. (2005). Vivencias, expectativas y demandas de cuidadoras informales de pacientes en procesos de enfermedad de larga duración. *Enfermería Clínica*, 15(4), 220-6.

Giraldo, M. (2011). Abordaje de la investigación cualitativa a través de la Teoría Fundamentada en los datos. *Actualidad y nuevas tendencias*. II (6), 79-86

Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine de Gruyter

Globerman, B.G. (1994). Balancing tensions in families with Alzheimer's disease: the self and the family. *Journal of Aging Studies*, 8(2), 11-32

Gobierno de España. (1962). Memoria de la Comisión de Sanidad y Política Social del Ministerio de la Gobernación del Movimiento. Madrid Boletín Oficial del Estado.

Gobierno de España.(1986). Ley General de Sanidad. Ley 14/1986, de 25 de abril. *Boletín Oficial del Estado*, 102, 15207-15224.

Gobierno de España. (2001). Resolución 5156, de 27 de Febrero: Convenio Colectivo Laboral de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de Marzo de 2001 (64) 9686-9705.

Gobierno de España. (2002a). Ley Orgánica 1/2002, de 22 de Marzo: Reguladora del Derecho de Asociación. *Boletín Oficial del Estado*, 26 de Marzo de 2002 (73) 11981-11991.

Gobierno de España. (2002b). Ley Orgánica 50/2002, de 26 de Diciembre: de Fundaciones. *Boletín Oficial del Estado*, 27 de Diciembre de 2002 (310) 45504-45515.

Gobierno de España.(2003a). Resolución 15333 de 7 de Julio: Convenio Colectivo Estatal de Residencias Privadas de Personas Mayores y del Servicio de Ayuda a Domicilio. *Boletín Oficial del Estado*, 30 de Julio de 2003 (181) 29626-29644.

Gobierno de España. (2003b). Ley 16/2003, de 18 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado* (128) 20567-20588

Gobierno de España. (2006a). Ley 39/2006, de 14 de Diciembre: Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de Diciembre de 2006 (299) 44141-44156.

Gobierno de España. (2006b). Resolución 14287, de 4 de Julio: Convenio Colectivo Marco Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal. *Boletín Oficial del Estado*, 4 de Agosto de 2006 (185) 29417-29434.

Gobierno de España. (2008). Resolución 5925, de 26 de Marzo: Convenio marco Estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de

la promoción de la autonomía personal. *Boletín Oficial del Estado*, 1 de Abril (79) 18281-18305.

Gobierno de España. (2009). *La participación de la Administración General del Estado en el Sistema para la Autonomía y Atención a situaciones de Dependencia*. Madrid: Ministerio de Presidencia-Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios.

Gobierno de España. (2011). Decreto 174/2011, de 11 de Febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la autonomía Personal y atención a las personas en situación de Dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 18 de Febrero (42) 18567-18691

Gobierno de España. (2012). Resolución de 25 de Abril VI Convenio marco Estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal. *Boletín Oficial del Estado*, 18 de Mayo (119), 36236-36306.

Ministerio de Economía y Competitividad (2014). Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de diciembre de 2013. *Envejecimiento en Red* [En línea] (7). Disponible en <<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadiscasresidencias2013.pdf>> Consulta: 23-04-2015

Goffman, E. (2004). *Internados*. 1ª Ed. 8ª reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu.

Goldthorpe, J. (1993). Sobre la clase de servicio: su formación y su futuro.. En *Teorías contemporáneas de clases sociales*. Ed. Por Carabaña, J., De Francisco, A. Madrid: Fundación Pablo Iglesias, 229-263

Gómez, C. (2015). Atención centrada en la persona: ¿un concepto nuevo? *Lares Revista*. [En línea] Disponible en

<<http://laresrevista.org/reflexiones/atención-centrada-en-la-persona-¿un-concepto-nuevo%3F/>> [Consulta:14 Marzo 2015]

González, M.J. (1997). *Metodología de la investigación social. Técnicas de recolección de datos*. Alicante: Aguaclara.

González, R. (2000). *Enfermedad de alzheimer-Clinica, tratamiento y rehabilitación*. Masson: Barcelona, 95

Guasch, O. (2002). *Observación participante. Cuadernos metodológicos* (20). 2ª Ed. Centro de Investigaciones Sociológicas: Madrid,35-46

Guzmán, F., Moscoso, M., y Toboso, M. (2010). Porqué la Ley de Dependencia no constituye un instrumento para la promoción de la autonomía personal. *Zerbitzuan*, (48), 43-56.

Iglesias de Ussell, J.I y López, D. (2014) *Participación Social, formas de vida, relaciones sociales y la forma de envejecer* En: *Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Informe 2012. Ed. Por: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 165-171

IMSERSO.(2000). *Personas Mayores y Residencias. Un Modelo Prospectivo para Evaluar las Residencias*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales.

IMSERSO. (2010). *Documento de posicionamiento de la Consejería de bienestar Social del Principado de Asturias*. [En línea] IMSERSO. Disponible en <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/.../asturias-familia-01.pdf>> [Consulta: 25 Marzo 2011]

IMSERSO. (2016). *Estadísticas y Evaluación de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación del IMSERSO*. [En línea] Madrid: IMSERSO Disponible en

<<http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20160430.pdf>> [Consulta: 12 Mayo 2016]

Instituto Nacional de Estadística. (2014). *Anuario estadístico de España 2014*. [En línea] Madrid: INE Disponible en <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario14/anu14_05salud.pdf> [consulta: 17 marzo 2015]

Izquierda, J. L. (2011). *Voluntariado y tercer sector. Cultura, participación cívica y organizaciones solidarias*. Madrid: Tecnos.

Jiménez, F. (2001). *Evolución de la institucionalización de los ancianos en España*. Barcelona: Editorial Glosa.

Kalish, R.A. (1996). *La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano*. 2ª ed. Madrid: Pirámide.

Kaufmann, A. y Frías, R. (1996). Residencias: Lo público y lo privado. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (73),105-126.

Krause, M. (1995). La investigación cualitativa-Un campo de posibilidades y desafíos. *Temas de Educación*, (7), 19-39

Laforest, J. (1991). *Introducción a la Gerontología: el arte de envejecer*. Barcelona: Herder.

Lázaro, V. y Gil, A. (2010). Cómo perciben los ancianos que viven en ambientes residenciales sus relaciones sociales con el mundo exterior. *Revista de Humanidades Cuaderno del Marqués de San Adrián*,(7), 29-40

López, J.J. (1992). La Jubilación: opción o imposición social. *Revista de Investigaciones Sociológicas*. (60), 91-126.

López, F. (1998). Evolución de los vínculos del apego en las relaciones familiares. En *Familia y desarrollo humano*. Ed. por Rodrigo M.J. y Palacios, J. 1ª ed. Alianza: Madrid,117-139.

López, R., López, J.A., Castrodeza, F.J., Tamames, S. y León, T. (2009). Prevalencia de demencias en pacientes institucionalizados. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44(1), 5-11.

López, R.(2009). Actualidad Sector Solidario. *Revista Lares*, 31(11).

López, J.A. (2013). Enfoque de la Dependencia. Balance de la Dependencia, *SENDA* (35), 15

Lorenzo, L. y Castejón, P. (2009). Formas de convivencia, relaciones personales y la experiencia de envejecer. En *Las personas mayores en España. Informe 2008*. Ed. Por IMSERSO: Barcelona, 225-268.

Madrugal, A. (2014). Servicios sociales dirigidos a personas mayores en España. En *Informe 2012 Personas Mayores en España*. Gobierno de España. Ed. Por Fernández, J.N . Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 199-235

Mairal, G. (2000) Una exploración etnográfica del espacio urbano. *Revista de Antropología Social*, (9), 177-191.

Martín-Zurro, A. (2003), *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. 5ª ed. Madrid: Elsevier.

Martínez, M.P., Polo, M.L. y Carrasco, B. (2002). Visión Histórica del concepto de vejez desde la edad media. *Cultura de los cuidados*, 11, 40-46.

Martínez, R. (2010). El espacio sociosanitario a debate. *Revista Lares*, (34) 30.

Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 30-32.

McEwen, C. (1980). Continuities in the study of total en nontotal institutions. *Annual Review Sociology*, 2(3), 24-33.

Menéndez, E. (1993). Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde las perspectivas de la Antropología Médica. En *Familia, Trabajo, Salud*. Ed por Mercado, F. CIESAS: Guadalajara (México), 131-161.

Menéndez, E. (1998). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. *Cuadernos médico sociales*, 73, 5-22.

Mira, S. (2010). *Las personas mayores atendidas por los servicios Sociales de Atención Primaria. Análisis de los datos del SIUSS (1996-2007)*. Informe de posicionamiento de Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. [En línea] Madrid: Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. Disponible en <<http://www.carm.es/psocial/analisisdatosius>> [Consulta 15 Julio 2011]

Mishara, B. y Riedel, R. (1986). *El proceso de envejecimiento: aspecto social del envejecimiento*. Madrid: Ediciones Morata, 63-87.

Molero, M.M., Pérez, M.C., Gázquez, J.J. y Sclavo, E. (2011). Apoyo familiar en mayores institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1(1), 31-43.

Molina, A. (2011). *Los requisitos de Acreditación de residencias para personas mayores-normativas autonómicas sobre ratios y formación mínima del personal para residencias privadas para personas mayores*. Madrid: Lares Federación.

Molina, C., Meléndez, J.C. y Navarro, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de psicología*, 24(2), 312-319.

Moreno, E. (2011). Servicios de mayores. *Balance de la Dependencia*, (10)44-45

Moreno, C. (2013a). AP, Geriatría y médicos de residencias. Ventajas e inconvenientes de la atención al mayor a tres bandas. *Balance de la Dependencia* (35), 33

Moreno, C. (2013b). Coordinación Sociosanitaria - Cuidado de pacientes crónicos en las residencias de mayores. *Balance de la Dependencia*, (30), 25

Moreno, C. (2013c). Necesidades y retos en los pacientes con Alzheimer. *Balance de la Dependencia*, (35),39

Moreno, C. 2015. Enfoque de la Dependencia. Conclusiones del IV Foro Sociosanitario. *Balance de la Dependencia* (51),7

Nadel, S.F,. (1974). Agrupaciones. En *Fundamentos de Antropología Social*. Ed. Por Nadel, S.F. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 161-201.

Nakrem, S., Vinsnes, A.G. y Seim, A. (2011). Resident's experiences of interpersonal factors in nursing home care: a qualitative study. *International journal of nursing studies*, 48(11), 1357-66.

Núñez, L.(2002). *¿Quién dijo viejo?*. Madrid: Grupo Editorial Bruño.

O'Connor , D.W., Pollit, P.A., Brook, C.P.B., Reiss, B.B. y Roth, M. (1991). Does early intervention reduce the number of elderly people with dementia admitted to institutions for long term care?", *British Medical Journal*, 302, 871-875.

Ochoa, E. (2010). Ciudadanos residentes. Sobre la condición de ciudadano en residencias de ancianos. ¿prevalece la condición de ciudadano sobre la de residente?". *Documentación Social*, 157,165-186.

Ors, A. & Maciá, L. (2013). Mayores institucionalizados. Valoración de la satisfacción y el bienestar en una residencia geriátrica religiosa. *Gerokomos*, 24(1), 18-21.

Parsons, T. (1970). La estructura social de la familia. *La familia*. Barcelona: Península, 64.

Pascual de Sans, A., de Miguel, V. y Solana, M. 2007. *Las redes sociales de apoyo: la inserción de la población extranjera*. 1ª edn. Bilbao: BBVA.

Pérez, A. y Palacios, D. (2000). *Incontinencia, en Cuidados de enfermería geriátrica en residencias asistidas*. Madrid: Editorial Síntesis. Madrid,78

Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I., Regato, P. y Espinosa, J.M. (2013). Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. *Medicina Clinica*, 141, 522-526.

Puig, M., Lluch, M.T. y Rodríguez, N.. Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. *Gerokomos*, 20(1), 9-14.

Linton, R. (1936). *The study of man: an introduction*. New York. Prentice Hall.

Ramos, P. (2009). El sector solidario. *Revista Lares*, 28, 14-15

Raymond, E. (2005). La teorización anclada (grounded theory) como método de investigación en ciencias sociales: en la encrucijada de dos paradigmas. *Cinta de Moebio*, (23)

Real Academia Española de la Lengua. (2006). *Diccionario esencial de la lengua española*. Madrid: Espasa Calpe.

Reino de España (1865). *Ley de Beneficencia y el Reglamento General*. Oficina tipográfica de los Asilos de San Bernardino. Madrid.

Requejo, A. (2000). *Planes gerontológicos y proyectos de animación sociocultural para las personas mayores*. *Teoría Educativa* (12). Dicciones Salamanca: Universidad de Salamanca, 85-105

Requena, F. (1989). El concepto de red social. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 48,137-152.

Ribera, J.M. (2015). Residencias de ancianos e investigación en gerontogeriatría. *Balance de la Dependencia*. (51), 4

Riquelme, A. y Buendía, J. (1997). Fuentes de estrés residencial, bienestar subjetivo y adaptación a la institución en usuarios de residencias geriátricas. *Geriátrika*, 13(10):441-447.

Rivera, J. (2001). *Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia*, 1ª ed. Madrid: Consejo Económico y Social. Comunidad de Madrid.

Rivera, J.; Rivera, S. y Zurdo, A. (1999). El cuidado informal a ancianos con demencia: análisis del discurso. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 9, 225-232.

Rodríguez, P. (1999). *Residencias para personas mayores*. Madrid: Panamericana, 255

Rodríguez, P. (2007). Residencias y otros alojamientos para personas mayores. Madrid: Panamericana, 47-51.

Rodríguez, A. (2010). ¿Cómo son los mayores de hoy? *Negocios & Gestión Residencial*, 79, 29-30

Rodríguez, P. (2011). Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir. *Actas de la dependencia*, 3, 5-40.

Rodríguez, P. (2013). *La atención integral y centrada en la persona..* Madrid. Fundación Pilares para la autonomía personal

Rubio, J.R. (2013). El reto del envejecimiento y la cronicidad. Opinión-*Balance de la Dependencia*, (35), 5

Rueda, J.D., y Martín, F.J. (2011). El maltrato a personas mayores: instrumentos para la detección del maltrato institucional. Alternativas. *Cuadernos de Trabajo Social*, 18,7-33

Ruíz, T. (2012). Síndromes geriátricos. En: *Enfermería y envejecimiento*. Ed. Por García, M. y Martínez, R. Barcelona: Elsevier, 67-68

San Román, T. (2009). Sobre la investigación etnográfica. *Revista de Antropología Social*, 18, 235-260.

Sánchez, J.(2002). *Psicología de los grupos*. Madrid: McGraw Hill.

Sánchez, C., Trianes, M.V. y Blanca, M.J. (2014). Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(3), 124-129.

Sancho, M. (2010). Nuevas perspectivas para el sector. *Negocios&Gestion Residencial*, 74, 26-27

Santaolalla, J.I.(2009). El Papel del mayor. *Revista Lares*, 29,21-24

Santaolalla, J.I. (2011). Análisis de las necesidades de las residencias de mayores. *Balance de la Dependencia*, 10, 30-31

Santo, R. (2010). Nuevas fórmulas de solidaridad. *Revista Lares*, 32, 5

Sautu, R. (2001). Acerca de qué es y no es investigación científica en ciencias sociales. En: La trastienda de la investigación. Ed. Por Wainerman, C. y Sautu, R. . 3ª ed. Buenos Aires: Ediciones Lumiere, 70-82

Schiller, N.G. (1993). The invisible women: caregiving and the construction of AIDS health services. *Culture, medicine and psychiatry*, 17 (4), 487-512.

Sheakespeare, W. *El Rey Lear*. 4ª Edición en Castellano (2010). Barcelona: RBA Ediciones.

Spradley, J.P. (1980). *Participant Observation*. 1ª ed. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Taylor, S. y Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 257-283..

Toseland, R.W., Labrecque, M.S., Goebel, S.T. y Whitney, M.H. (1992). An evaluation of a Group program for spouses off rail elderly veterans. *Gerontologist*, 32, 382-390.

Valderrama, E.; Ruíz, D.; Fátima, J.; García, C.; García, PA.; Pérez del Molino, J. (1997). El cuidador principal del anciano dependiente. *Revista de Gerontología*, (7), 229-233.

Valdivieso, C. (2010). Los problemas de la dependencia. *Negocios&Gestion Residencial*, 75, 5.

Vallés, M. (2009a). *Entrevistas cualitativas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Vallés, M. (2009b). Hacerse investigador social: testimonios del oficio y artesanía intelectual del sociólogo. *Política y Sociedad*, 46(3),13-36

Van Gennep, A. (2008). *Los ritos de paso*. Madrid: Alianza Editorial, SA.

Vasilachis de Gialdino, I. (1992). *Métodos Cualitativos I – Los problemas teórico-metodológicos*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, 46

Velasco, H.; Díaz de Rada, A.; Cruces, F.; Fernández, R.; Jiménez, C.; Sánchez, R. (2006). *La sonrisa de la institución. Confianza y riesgo en sistemas expertos*. Madrid: Editorial Ramón Areces

Vilalta, J. (2006). *Depresión, psicosis y alteraciones conductuales en la enfermedad de Alzheimer*. En: *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Ed. por Alberca, R. y López-Pousa, S. 3ª ed. Madrid: Panamericana, 253-260

Villa, J. (2009). *El presupuesto de Sanidad y Política Social. Sesenta y más*. 285,6-7

Villar, V. (1997). *Historia de la hospitalidad Santa Teresa*. Cartagena: Caja de Ahorros de Murcia.

Ward-Griffin, C. y Marshall, V.W. (2003). *Reconceptualizing the relationship between "public" and "private" eldercare*. *Journal of Aging Studies*, 17, 189-208.

Wright, M. (1956). *White color: The American middle classess*. London: Oxford University Press.

Zarebski, G. (2005). *Hacia un buen envejecer*. Buenos Aires: Editorial Universidad Maimónides, Científica y Literaria.

Zárraga, J.L. (2009). *Por qué, qué y para qué investigamos: la trastienda de la investigación social*. *Política y Sociedad*, 46(3),37-56

14. ANEXOS

Anexo 5.a. Estudio jurídico de 1929 sobre la puesta en funcionamiento de un Asilo en Abarán.

ESTUDIO JURIDICO SOBRE ASILO ANCIANOS DE ABARAN.-
-ine estabopu/ ,ortisge" las nolesacion el "egitro" in

ESCRITURA DE COMPRA DE 19 septiembre de 1929:

Se trata de escritura de compra a favor de una institucion benefica llamada: "ASILO PARA ALBERGUE DE POBRES Y HUERFANOS DESVALIDOS DE ABARAN"

Representa a esta Institucion al momento de comprar el terreno a doña Isabel Gomez y otros, el Sr. Alcalde de Abaran, que por su cargo ostenta la representacion de la entidad benéfica.

En esta escritura que se inscribe a favor de la Institucion "ASILO PARA ALBERGUE DE POBRES Y HUERFANOS DESVALIDOS DE ABARAN", no se limita el derecho al vuelo.

Se trata de compra a favor de institucion benefico y para sus fines.

Procede REINSCRIBIR esta escritura a favor de la institucion ya dicha, única titular de esta finca.

Para esto, basta con presentar la primera copia de escritura que se conserva, al Registro de la Propiedad de Cieza. Al presentar en el Libro Diario del Registro, ya se puede certificar sobre esta finca y esa certificacion hace falta para unirla al expediente en solicitud de SUBVENCIÓN ante la Direccion Gral. de Asistencia Social.

Segun el Co. Civil Español, arts. 353, 358, 361 y concordantes, lo edificado sobre aquel solar, pertenece a la Institucion "ASILO PARA ALBERGUE DE POBRES Y HUERFANOS DESVALIDOS DE ABARAN".

La escritura de 29 de agosto de 1.934, nos lo confirma, en cuanto se dice en la clausula A) que "don Antonio Garcia Candel hace declaracion de obra nueva del edificio a sus expensas construido y LO DONA PURA Y LIBREMENTE a la institucion benefica "ASILO PARA ALBERGUE DE POBRES Y HUERFANOS DESVALIDOS DE ABARAN".

Segun esta escritura, el suelo y el vuelo, siguen siendo del ASILO, nó de la Junta de Beneficencia Municipal. Sin embargo, en ella se comienza diciendo que el Alcalde actua como representante de esa Junta local de Beneficencia, pero no veo problema ni inconveniente en que el ASILO siga reconociendosele PERSONALIDAD PROPIA, sin perjuicio de que por su fin, esté vinculado a la Junta local de Beneficencia, cuya aspiracion en el orden benefico es identic a la del Asilo.

Anexo 5.b.ii Convenio entre el Asilo-hospital de Abarán y la congregación de las Hermanas Terciarias Regulares de Ntra. Sra. del Carmen (Folio 2)

62 Este Convenio se hace por el tiempo de un año, pudiendo ser modificado, si se estimare conveniente, por ambas partes.

Y para que así conste, firman por duplicado el presente convenio con objeto de que cada parte conserve uno de éstos originales, en Orihuela a veintiocho de enero de mil novecientos treinta y cinco.

Don Joseph Albert *Jose M^e Martnez*

Anexo 8.1. Estructura de la entrevista realizada a los agentes sociales

1. Concepto residencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>¿Qué opina usted de las residencias?</i> 2. <i>¿Ha estado usted en alguna residencia antes de venir a vivir a esta?</i> 3. <i>¿Cree que hay diferencia entre una residencia y otra?</i> 4. <i>¿Es esto lo que usted esperaba cuando le dijeron de ingresar? ¿Qué esperaba encontrar?</i>
2. Concepto de adaptación	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>¿Cree usted que está adaptado a la residencia? ¿Porqué?</i> 2. <i>¿Como se sabe cuando alguien se ha adaptado o no a la residencia?</i> 3. <i>¿Qué entiende usted por adaptación?</i>
3. Concepto de vejez	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>¿Qué piensa usted de la vejez?</i> 2. <i>¿Qué cosas buenas ve usted de la vejez?</i> 3. <i>¿Y cosas malas?</i>
4. Concepto de anciano residente	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>¿Cómo se siente usted en la residencia?</i> 2. <i>¿Qué papel cree que juegan los ancianos en las residencias?</i> 3. <i>¿Qué papel cree que juega usted en esta residencia en concreto?</i>
5. Sobre el motivo de ingreso en una residencia-anciano	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>¿Porqué vino usted a la residencia?</i> 2. <i>¿Quién decidió que debía venir a una residencia?</i> 3. <i>¿Porqué eligió usted esta residencia y no otras?</i> 4. <i>¿Tomo usted la decisión solo?</i> 5. <i>Si pudiera volver a su casa, ¿lo haría?</i> 6. <i>¿se encuentra usted marginado a veces del resto de personas de la sociedad por el mero hecho de estar viviendo en la residencia?</i> 7. <i>¿porqué cree usted que están aquí los otros ancianos?</i>
6. Sobre los ritos preliminar es al ingreso	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>¿Qué pasos siguió en la elección de este recurso?</i> 2. <i>¿Visitó usted la residencia antes de elegirla?</i> 3. <i>¿En que se basó para elegirla?</i> 4. <i>¿Cómo supo usted que iba a ingresar en una residencia? ¿quien se lo dijo?</i> 5. <i>¿Pudo traer cosas de su casa?</i> 6. <i>¿Cómo se sintió al salir de su casa? ¿Y la noche anterior?</i>
7. Sobre los ritos translimin ares del ingreso	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>¿Me puede relatar como fue el día del ingreso?</i> 2. <i>¿Cómo se sintió?</i> 3. <i>¿Qué sensaciones tuvo usted respecto a su familia?</i> 4. <i>¿Se sintió bien acogido por los otros ancianos?</i>
8. Sobre las normas de convivenci	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>¿Qué tipo de normas existen en la residencia?</i> 2. <i>¿Quién las ha puesto? ¿alguien les ha informado de estas? ¿han contado con usted para implementarlas?</i>

a	<ol style="list-style-type: none"> 3. <i>¿Qué pasa si se incumplen?</i> 4. <i>¿hasta qué punto considera usted que estas normas son rígidas?</i> 5. <i>¿tiene usted que pedir permiso para hacer algo (teléfono, hacer operaciones bancarias, etc...)?</i> 6. <i>¿Está usted obligado a tomar las pastillas? ¿Qué pasa si no se las toma, le dicen algo, le riñen?</i> 7. <i>¿Puede usted salir y entrar de la residencia cuando quiera?</i> 8. <i>¿Le dieron a usted algún tipo de documento el día que ingresó con esas normas?</i> 9. <i>¿Quién se encarga de hacer cumplir las normas?</i> 10. <i>¿Qué tipo de normas hay entre ustedes (residentes)?</i> 11. <i>¿hay registros en la residencia? ¿que opina sobre estos?</i> 12. <i>¿puede usted tener pertenencias de su propiedad en la residencia? ¿que opina sobre esto?</i> 13. <i>¿puede usted acceder a cualquier dependencia de la residencia cuando quiera? ¿que opina sobre esto?</i> 14. <i>¿se trata a todos los ancianos por igual o hay algunos que parecen tener más privilegios que otros?</i> 15. <i>¿tiene usted una habitación individual? ¿que hay que hacer para tener una?</i>
9. Sobre la vida en la residencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>¿Se aburre usted en la residencia? ¿porqué? ¿a que se dedicaba usted antes de entrar a la residencia?</i> 2. <i>¿Qué tipo de actividades se hacen en la residencia? ¿participa usted en ellas? ¿porque? ¿que opina usted sobre estas?</i> 3. <i>¿Qué y como sabe usted del mundo de fuera de la residencia?</i> 4. <i>¿Cómo se comportan los ancianos tras el ingreso los primeros días?</i> 5. <i>¿hay ancianos que no quieren ir a su casa? ¿porqué?</i> 6. <i>¿ha pensado alguna vez que es posible que esta sea su casa hasta el fin de sus vidas? ¿como se siente por ello?</i>
10. Relación con otros residentes	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>¿Cuál es su relación con los otros residentes?</i> 2. <i>¿Podría hablarme usted un poco más de ella?</i> 3. <i>¿Tiene amigos dentro de la residencia?</i> 4. <i>¿Cómo y porqué llegaron a ser sus amigos?</i> 5. <i>¿Qué tienen en común entre ustedes?</i> 6. <i>¿Porqué hay diferentes salones?</i> 7. <i>¿Hay alguno de ustedes que les haga los recados? ¿lo hace gratis?</i> 8. <i>¿Cuántos tipos de residentes hay en este centro?</i> 9. <i>He podido comprobar que hay personas con demencia en la residencia, ¿Qué opina de que estén todos juntos?</i>

	<p>10. <i>¿hay conflictos entre los residentes? ¿como se suelen solucionar?</i></p> <p>11. <i>¿Qué define usted como meterse en un lío en la residencia? ¿como se corrige eso aquí? ¿y si ese lío pasa entre los residentes?</i></p> <p>12. <i>¿Cómo reaccionan ustedes antes las deslealtades dentro de su grupo (chivatazos, pe.)?</i></p>
11. Relación con la familia	<p>1. <i>¿Qué tal es la relación con su familia?</i></p> <p>2. <i>¿Hay algunas decisiones que tomen en su nombre?, si es afirmativa: ¿Y qué opina usted sobre esto?</i></p> <p>3. <i>¿Hasta qué punto cree usted que difiere a la que tenían antes de ingresar?</i></p> <p>4. <i>¿Cómo cree usted que la residencia ha influido, si lo ha hecho, en esta relación?</i></p> <p>5. <i>¿Qué opina sobre los horarios de visita que hay en la residencia? ¿Si usted pudiera organizar este aspecto como lo haría?</i></p> <p>6. <i>¿cree que hay diferentes tipos de familia?</i></p>
12. Relación con la organización	<p>1. <i>¿Quiénes son las personas que dirigen esta residencia? ¿quién manda aquí?</i></p> <p>2. <i>¿Cómo describiría su relación con estas personas?</i></p> <p>3. <i>¿Cómo es la organización de esta residencia? ¿conoce usted a los "jefes"?</i></p> <p>4. <i>¿Cómo se organiza el trabajo en la residencia?</i></p> <p>5. <i>¿Hay diferentes tratos hacia los ancianos según se porten?</i></p>
13. Relación con los trabajadores	<p>1. <i>¿Qué opina usted de las trabajadoras?</i></p> <p>2. <i>¿Qué opina usted del trabajo que hacen?</i></p> <p>3. <i>¿Cómo describiría usted la relación que mantiene con ellas?</i></p> <p>4. <i>¿Cómo son las trabajadoras de esta residencia?</i></p> <p>5. <i>¿Cuántos tipos de trabajadoras cree que hay?</i></p>