

ANTROPOLOGÍA

El cuidado de la persona mayor ante la enfermedad y el dolor. Una etnografía de la ancianidad en residencias de una Congregación religiosa Internacional

**The care of the elderly person before disease and pain.
An ethnography of old age in old people`s home of an Internacional and religious
Congregation**

**O cuidado do idoso frente à doença e à dor.
Uma etnografia da velhice em residências de uma Congregação Religiosa
Internacional**

Alejandro De Haro Honrubia¹

¹Profesor Titular de Universidad. Departamento de Filosofía, Antropología, Sociología y Estética. Universidad de Castilla-La Mancha y Profesor-Tutor en la UNED. Doctor en Filosofía y en Antropología Social. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1936-3920>. Correo electrónico: Alejandro.Haro@uclm.es

Correspondencia: Departamento de Filosofía, Antropología, Sociología y Estética. Universidad de Castilla-La Mancha. Campus Universitario s/n. Edificio Benjamín Palencia 02071 Albacete

Para citar este artículo: de Haro Honrubia, A. (2021). El cuidado de la persona mayor ante la enfermedad y el dolor. Una etnografía de la ancianidad en residencias de una Congregación religiosa Internacional. *Cultura de los Cuidados*, 25(61). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.61.10>

Recibido:09/07/2021 Aceptado: 08/09/2021



RESUMEN

El objetivo de este trabajo es estudiar las acciones de ayuda y cuidado ante la enfermedad y el dolor entre un colectivo de ancianos de instituciones residenciales para mayores privadas, sin ánimo de lucro y de carácter religioso -también se han visitado algunas residencias públicas y de carácter laico tanto en España como en el extranjero- de la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha (España) y que pertenecen a la “Congregación Internacional de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados”, fundada en 1873, que cuenta con infinidad de residencias por los siguientes cuatro continentes: Europa, Asia, África y América. Al tratarse de una investigación etnográfica de campo, la metodología utilizada no puede ser otra que la observación participante, las conversaciones informales y las entrevistas semiestructuradas abiertas. Los resultados son los siguientes: En las residencias de esta Congregación, la enfermedad y el dolor, se afrontan, tanto si hablamos de personas “válidas” como “asistidas”, siendo el espacio de referencia de estas últimas la enfermería, tanto en clave biomédica como también en clave religioso espiritual, es decir, desde la medicina farmacológica (*cure*), así como también en base a un conjunto de creencias que pivotan en torno a la idea del amor a Cristo como fuente de sanación/curación. Como conclusión, afirmamos que en los procesos de ayuda/cuidado/curación se funden tanto el tratamiento técnico biomédico (*cure*) como el afectivo humanitario (*care*), evitando el exceso de *cure* y el déficit de *care*.

Palabras clave: Vejez; etnografía; cuidado; dolor; enfermedad.

ABSTRACT

The objective of this work is to study the actions of help and care in the face of illness and pain among a group of elderly people from private, non-profit and religious residential institutions for the elderly - some public and private residences have also been visited. layperson both in Spain and abroad- from the Autonomous Community of Castilla La Mancha (Spain) and who belong to the “International Congregation of the Little Sisters of the Helpless Elderly”, founded in 1873, which has countless residences for the following four continents: Europe, Asia, Africa and America. As it is an ethnographic field research, the methodology used cannot be other than participant observation, informal conversations and open semi-structured interviews. The results are as follows: In the residences of this Congregation, illness and pain are faced, whether we speak of "valid" or "assisted" people, the latter being the reference space for the latter, both in biomedical terms. as well as in a religious spiritual key, that is, from pharmacological medicine (*cure*), as well as based on a set of beliefs that revolve around the idea of love for Christ as a source of healing / healing. In conclusion, we affirm that both the biomedical technical treatment (*cure*) and the humanitarian affective (*care*) merge in the help / care / cure processes, avoiding excess cure and deficit of care.

Keywords: Old age; ethnography; care; pain; disease.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é estudar as ações de ajuda e cuidado diante da doença e da dor entre um grupo de idosos de instituições residenciais privadas, sem fins lucrativos e religiosas para idosos - também foram visitadas algumas residências públicas e privadas. . Leigos na Espanha e no exterior - da Comunidade Autónoma de Castilla La Mancha (Espanha) e que pertencem à “Congregação Internacional das Pequenas Irmãs dos Idosos Desamparados”, fundada em 1873, que conta com inúmeras residências nos quatro continentes seguintes : Europa, Ásia, África e América. Por se tratar de uma pesquisa de campo etnográfica, a metodologia utilizada não pode ser diferente da observação participante, conversas informais e entrevistas abertas semiestruturadas. Os resultados são os seguintes: Nas residências desta Congregação enfrentam-se a doença e a dor, quer falemos de pessoas "válidas" ou "assistidas", sendo estas últimas o espaço de referência para as últimas, tanto em termos biomédicos. Como numa chave

religioso-espiritual, isto é, desde a medicina farmacológica (cura), bem como a partir de um conjunto de crenças que giram em torno da ideia do amor a Cristo como fonte de cura / cura. Concluindo, afirmamos que tanto o tratamento técnico biomédico (cura) quanto o afetivo humanitário (cuidado) se fundem nos processos ajuda / cuidado / cura, evitando o excesso de cura e o déficit de cuidado.

Palavras-chave: Velhice; etnografia; cuidadoso; dor; doença.

“Sólo cuando uno se haya vuelto viejo recurrirá al cristianismo y a la religiosidad. Si uno pudiera ser siempre joven, no tendría la más mínima necesidad ni de cristianismo ni de religión” (Kierkegaard, Sören: *Mi punto de vista*. Madrid: Aguilar, 1987, pp. 41 y 43).

INTRODUCCIÓN

La ética del cuidado (“caring”) entre el colectivo de ancianos. A propósito de un trabajo de campo etnográfico.

La información contenida en este artículo de investigación recoge algunos de los resultados de un trabajo de campo etnográfico realizado en residencias para mayores de la Congregación Religiosa Internacional de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados. Versa sobre las acciones de cuidado entre el colectivo de personas mayores. El cuidado en la vejez o ancianidad ha sido y es una temática ampliamente estudiada no solamente desde el punto de vista geriátrico/gerontológico, sino también desde el campo de las ciencias sociales como, por ejemplo, siendo el caso que nos ocupa, la antropología.

Algunos trabajos de carácter antropológico etnográfico que abordan esta temática son los siguientes: Betancourt (2012) nos ofrece un estudio en que se ocupa de la transculturación en el cuidado de enfermería gerontológica comunitaria. Por su parte, también es digno de mención, el trabajo de Rueda y Soto (2013), donde se estudia la dimensión emocional del cuidado en la vejez, atendiendo a la mirada de los adultos mayores. Otra aportación relevante es que la realizan Souza, Menezes, Hisako, Martorel y da Silva (2017), al ocuparse del abordaje antropológico y el cuidado de la persona anciana hospitalizada. Asimismo, también aporta datos interesantes el manuscrito de Osorio-Parraguez, Navarrete, Barrales (2018), donde los autores analizan las diferentes

perspectivas socioculturales de la autoatención y provisión de cuidados hacia personas nonagenarias y centenarias en zonas rurales en Chile. Otro trabajo relevante desde el punto de vista etnográfico es el de Gonzalvez, (2018), ya que atiende a las ideas de género, cuidados y vejez en mujeres «en el medio» del trabajo remunerado y del trabajo de cuidado en Santiago de Chile. También resulta interesante el estudio de Torralbo, Guizardi, Ramírez y Cano (2019), ya que estos autores llevan a cabo una etnografía sobre cuidados comunitarios entre mujeres mayores en Independencia (Chile). Finalmente, nos gustaría poner en valor el trabajo de Cesanelli y Margulies (2019), pues las autoras presentan los resultados parciales de una investigación etnográfica efectuada entre 2011 y 2013, en Francia e Italia, con seis mujeres diagnosticadas con Alzheimer, con el propósito de explorar la experiencia de vivir con esta enfermedad y la importancia de los cuidados.

El trabajo que aquí presentamos ofrece algunas particularidades que no encontramos en estudios de esta naturaleza, ya que deriva de una investigación etnográfica realizada entre los años 2008 y 2019 en instituciones residenciales para mayores privadas, sin ánimo de lucro y de carácter religioso –también se han visitado algunas residencias públicas y de carácter laico tanto en España como en el extranjero– ubicadas en la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha (España) y que pertenecen, como ya hemos adelantado, a la “Congregación Internacional de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados”, fundada en 1873, que cuenta con infinidad de residencias por los siguientes cuatro continentes: Europa, Asia, África y América.

Actualmente posee 210 casas, donde son acogidos unos 26.000 ancianos (15.300 en España y 10.000 en los restantes países): son 17 las naciones (España, Portugal, Alemania, Italia, México, Cuba, Puerto Rico, República Dominicana, Colombia, Venezuela, Ecuador, Perú, Bolivia, Argentina, Chile, Brasil, Mozambique) en que se ubica esta congregación, siendo todas sus residencias de carácter mixto, incluyéndose en ellas tanto a personas “válidas” como “asistidas” –denominación que se sigue utilizando en las residencias del territorio español–, necesitando estas últimas, siendo el espacio que ocupan, la enfermería, de vigilancia permanente –o casi permanente, debido a su alto grado de dependencia– por parte de un equipo médico, así como de la ayuda del personal de la propia institución (cuidadores formales) para aquellas labores cotidianas como lavarse, moverse o comer, aunque también reciben la ayuda de cuidadores informales,

personas que altruistamente y externas a las residencias se ofrecen para ayudar a los ancianos en peor estado.

Como en una ocasión me dijo una cuidadora formal, de profesión enfermera: “En la enfermería están mejor las ancianas que están mal, están mejor cuidadas, hay más personal” (mujer de 50 años, comunicación personal). A los que están en la enfermería, sobre todo mujeres, muchas de las cuales sufren de una demencia muy avanzada, se les identifica, por parte del resto de ancianos internos, con expresiones como las siguientes: “los que peor están”, “los que están mal”, “está mal de la cabeza, como casi todas las de enfermería”; “casi todas ellas están mal de la cabeza”; “Cuando las ponen así es porque tendrán que estar así. Las que están enfermas pues tienen que estar solas. Y las que estamos un poco medio bien, digamos, también tenemos que estar juntas, cada una pues con lo que tenga que ser, las que están enfermas que están en enfermería”. Muchos mayores proyectan su rechazo hacia la vejez –lo que se conoce como “edadismo” (“*ageism*”) (Véase De Haro, 2014: 450)– o al proceso ineludible de envejecer a través de determinadas expresiones que emiten sobre otros/as compañeros/as mayores a los/as que ven como más viejos/as, o “seniles” como diría Jacobs (1990), citado en Freixas Farré, 2009).

Se trata de expresiones que es fácil escuchar entre el resto de residentes “válidos”, que señalan a aquellos otros de sus compañeros/as que se encuentran en un estado de senilidad tan avanzado que conlleva, como me dijo un cuidador residencial, que carezcan incluso del sentimiento de “estar enfermos”, y que les limita para vestirse; ir al lavabo; desplazarse; alimentarse, o también presentan más dificultades en el control de esfínteres, aunque como me dijo un informante: “el 90 por ciento de los ancianos y ancianas utilizan pañales y también muchos llevan sonda para evitar problemas de infección de orina. Todos los ancianos lo saben, es *un secreto a voces*”. Otro de los problemas más acusados es la sordera o presbiacusia (déficit auditivo)” o “pérdida del oído en la zona de las altas frecuencias”, de tal manera que como me dijo otra informante: “Algunas ancianas se dejan, en la medida en que están sordas, los grifos abiertos, a veces, no oyen y se dejan los grifos abiertos y tenemos que ir detrás de ellas cerrándolos, con ellas es una lucha constante, diaria”. A esto se suma que la sordera puede provocar reacciones paranoides en los mayores. Es posible que las personas de edad que no oyen muy bien “acaben por interpretar equivocadamente ciertas declaraciones y atribuir a los demás intenciones

hostiles o agresivas”. Las reacciones paranoides “aumentan durante la vejez” (Mishara y Riedel, 1986: 168).

Se trata de personas afectadas en muchos casos por una polipatología crónica, es decir, no una, sino varias enfermedades o dolencias tanto de orden físico como mental que las limitan en su quehacer diario o cotidiano. Como la vejez es por excelencia, dice S. de Beauvoir (1983), “el campo de lo psicosomático, las enfermedades orgánicas dependen también estrechamente de factores psicológicos”, lo que hace que carezcan de autonomía. En el campo de la gerontología y de la geriatría, se entiende por esta la capacidad humana de gobernar las propias acciones y la propia vida, ejercer la voluntad propia. Su opuesto es heteronomía (y no dependencia, como habitualmente se emplea), que se refiere al hecho de ser gobernado por los otros, “que los demás decidan por uno”. Por independencia nos referimos, sin embargo, a la capacidad de la persona para desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria (capacidad de vivir en comunidad recibiendo poca o ninguna ayuda). Su opuesto, la dependencia, indica la necesidad de ayuda que requieren las personas para estas actividades cotidianas. Lourdes Bermejo García dice que la praxis profesional de gerontólogos y geriatras debe estar orientada al logro de dos metas: la promoción de la autonomía (prevención de la heteronomía) y la promoción de la independencia (prevención de la dependencia). Esto queda englobado bajo la idea del envejecimiento activo que implica una concepción de la vejez como una etapa menos pasiva, más dinámica, creativa y estimulante. El envejecimiento activo supone, por tanto, fomentar o promover la independencia y autonomía y prevenir la dependencia y la heteronomía (Véase Bermejo García, 2009: 132 y s.).

Una joven voluntaria de 23 años, estando en el gimnasio de una de las Residencias de la Congregación que visité, donde las personas mayores generalmente hacen rehabilitación, le dijo a un anciano de 78 años que iba en una silla de ruedas y con una máquina de oxígeno para poder respirar y que no puede, según dice él mismo, vestirse sin ayuda: “quiere que le haga un masaje en la espalda”, “estoy para ayudar adonde me llamen...., para eso me envían de la iglesia del Sagrado Corazón” (Mujer de 23 años, comunicación personal). Se trata de acciones de ayuda/cuidado que podríamos incluir en lo que denominamos una ética del “caring”, es decir, una ética humanitaria del afecto y del cariño hacia el mundo de los mayores cada vez más necesitado de estas acciones de cuidado. Acciones de cuidado, afecto y cariño que apuntan a la idea de un *ethos* del *caring*

y que las personas voluntarias, como es el caso de aquella joven, pero también de muchas otras que visitan las residencias y dentro de estas sobre todo la enfermería, llevan a cabo desinteresadamente sobre todo con personas altamente dependientes o asistidas, también denominadas frágiles o de riesgo –el concepto de *fragilidad* y *riesgo* en el anciano ha sido estudiado, entre otros, por Pérez Hernández (2009)–. Los cuidados integrales son sobre todo demandados por las personas asistidas de enfermería, más proclives a los dolores y enfermedades que las personas válidas.

Si el *care*, el cuidado y el vínculo social, es –como dice F. Saillant– una práctica, el *caring* será la esencia en la que la práctica del *care* se concreta: funcionaría a semejanza de una categoría que trasciende la dicotomía *cure* (tratamiento técnico) / *care* (cuidados y aspectos relacionales) (Saillant, 2008: 191 y 199-200).

El cuidado del otro exige la ayuda desinteresada hacia el otro. En esto consiste la ética del cuidado: el cuidado como competencia humana que posibilite una existencia conjunta en paz, como así ocurre con el ejemplo mencionado en relación con la ayuda voluntaria que reciben las personas mayores por parte de cuidadores informales en las Residencias de la Congregación que he visitado.

Y es que una de las competencias más importantes del ser humano es la capacidad para cuidar. Una capacidad que lo es de índole ética ya que nos predispone para mostrar nuestro afecto y compasión hacia el otro fortaleciendo así la convivencia interpersonal. La ética del cuidado sería también una ética de la compasión, de la afectividad y de la intimidad y no de las “grandes respuestas establecidas de antemano, ni de los códigos deontológicos”. Una ética de la compasión “es una ética netamente antropológica”, una ética desde la experiencia “que supone el encuentro con el otro que demanda de mí una respuesta”. Es así como una ética de la compasión “es una ética “responsiva” (Mélich, 2010: 132-133).

Una de las ancianas de una de las Residencias de la Congregación, una mujer de 76 años me ha comentado en varias ocasiones que ella ayuda a otra anciana, cuyo nombre omitimos, “y a la que sea cuando me lo pidan”, pues ella está en la Residencia “para ayudar a quien lo necesite”. El rol de esta anciana es “el de ayudar a los demás”, me dijo un terapeuta ocupacional, que considera que esta anciana es una líder, siendo como son los/as líderes “personas válidas y dentro de los válidos de los que mejor están de la cabeza”, dice aquel, es decir, los más “capacitados o menos afectados psíquicamente”,

añade. Se trata de una anciana que en las conversaciones que he mantenido con ella me ha dicho que “disfruta ayudando a las demás”, que ella está “para ayudar a las demás”. Es, dice ella misma, “buena persona aquel que se dedica a ayudar a los demás, sobre todo a aquellos que peor están”, “quien me ha pedido ayuda yo le he ayudado”, así como también me ha comentado que, “Yo ayudo a la que puedo, es bueno ayudarse mutuamente”. La reciprocidad consiste en dar y recibir, como fundamento de la convivencia y de la ayuda mutua. Esta anciana es una persona dispuesta a vivir éticamente, estando pendiente del sufrimiento del otro como persona que es, “tener algo infinitamente pendiente con él/ella” (Mélích, 2010: 93). Otra anciana de 79 años, en una conversación informal me dijo que considera necesaria “la ayuda o el cuidado mutuo entre ancianas” (anciana de 79 años, comunicación personal). Como me dijo un cuidador de una de las Residencias: “En general, son muy solidarias, se ayudan unas a otras, pero siempre hay alguna que..., que es punto y aparte y aquí también sucede. Y con los ancianos igual”.

Las acciones de cuidado que reciben los ancianos, es algo que ellos mismos tienen muy interiorizado. El hecho de cuidar a los demás es para ellos, sobre todo para el colectivo de mujeres (debido a la feminización de las acciones de cuidado), un imperativo que formaría parte de la educación generacional que han recibido. Ahora bien, la ayuda/cuidado que unas ancianas reciben de otras, ha generado lo que uno de mis informantes denominó “celopatías”. Según este informante, los celos se dan principalmente entre las mujeres y no tanto entre los hombres, así como no todos ellos tienen tan interiorizado el valor de la ayuda/cuidado, pues como me dijo un anciano de 78 años de una de las Residencias: “Sí, muchos ayudan a otros, pero no todos ayudan, algunos pasan y van a lo suyo, se dedican a criticar y a chillar, a crear problemas a todas horas” (Hombre de 78 años, comunicación personal). Sin embargo, otro anciano de 82 años me dijo lo siguiente: “Mi padre tenía una herida en la pierna y le dio gangrena, lo operaron y estuvo hasta que se murió en una habitación de su casa con las dos piernas cortadas, que a veces desprendían un olor insoportable. Aun así, yo y mis hermanos le cuidamos, cada cierto tiempo le cuidaba uno de nosotros, a pesar de la situación tan fea que vivíamos diariamente mis hermanos y yo con mi padre. Ahora han cambiado mucho las cosas, mis hijos pasan de mí, no quieren atenderme. Antes los ancianos eran más valorados social y familiarmente” (Hombre de 82 años, comunicación personal).

Es esta una situación que evidencia el desarraigo social (la denominada “muerte social”), aislamiento u ostracismo que viven muchos de nuestros mayores en nuestras sociedades que no sienten o perciben que se les cuida, sino, muy al contrario, que se les margina (Véase Santos – Olmo, 2016, Pinazo, S. y Donio, M. 2018 y Rueda 2018). Ellos reclaman ese cuidado y que quien lo lleve a cabo lo sienta como tal para que sea más eficaz.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN ETNOGRÁFICA DE CAMPO

Lo que aquí presentamos es una investigación etnográfica de campo, por lo que la metodología utilizada no ha sido otra que la observación directa y participante, las conversaciones informales y las entrevistas semiestructuradas abiertas.

El término etnografía se refiere a dos cosas distintas: 1. Por un lado a una estrategia de investigación, a un modo de investigar propio de los antropólogos, a lo que también podemos denominar etnografía de campo; 2. Y, por otro lado, a unos resultados, presentados habitualmente en forma de monografía o informe escrito (aunque, evidentemente, puede tener otros soportes, como el audiovisual). De modo, que el término etnografía, no se restringe a lo segundo, a los resultados de la investigación que realizan los antropólogos. Podemos resumir diciendo que la etnografía es: 1.- El resultado de un determinado proceso/estrategia de investigación. 2. Ese proceso/estrategia de investigación, que a su vez: No es lo mismo que (sino que incluye) el trabajo de campo. No es lo mismo que (sino que incluye) la observación participante (Véase Delgado y Gutiérrez, 1995: 141-173; Véase también Jociles (2018)).

La observación directa y participante, las conversaciones y entrevistas realizadas durante el proceso de investigación en los centros religiosos para mayores de la “Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados” se han realizado fundamentalmente en las salas de ocio de los ancianos, el comedor, la cafetería, los pasillos, la enfermería, el gimnasio, la peluquería y también en los espacios religiosos/iglesias de las residencias. Se han realizado 50 entrevistas en profundidad a personas mayores con edades comprendidas entre los 60 y 90 años y personal institucional, así como se han mantenido conversaciones de carácter más informal (se ha conversado con un total de 150 mayores, hombres y mujeres, así como con personal de los diferentes centros para la tercera edad: enfermeras, cuidadores formales e informales,

“hermanas” o monjas, terapeutas ocupacionales), lo que nos ha permitido “acceder” a lo que Hammersley y Atkinson denominan en su obra *Etnografía. Métodos de Investigación relatos orales nativos* (Hammersley y Atkinson, 2009). Con otros muchos mayores se han intercambiado algunas palabras sin llegar a ser conversaciones.

Las expresiones utilizadas en este trabajo para referirnos a los individuos de este grupo de edad son las siguientes: “personas mayores” o “ancianos/as”, si bien estos utilizan los términos “viejo” o “vieja”. Así dicen, según yo he escuchado decir a varios de ellos: “somos viejos”, “estamos viejos”. La vejez es definida por los propios actores sociales en términos de dependencia e incapacidad, enfermedades, dolores, quejas, aflicciones, o estorbo para los demás, contraponiéndola a juventud. Sobre la base de estas situaciones y/o relaciones diseñan su propio imaginario social sobre la vejez o ancianidad.

DESARROLLO DEL TEMA

Dependencia y dimensiones del cuidado entre los ancianos “válidos” y “asistidos”, incapacitados o demenciados.

El estado de ayudabilidad es consustancial a la situación dependencia de las personas mayores, tal y como he podido comprobar. Se trata en su mayoría de personas ancianas con algún grado de dependencia, que se intensifica en el caso de las personas asistidas, incapacitadas o demenciadas (Véase sobre la demencia fruto de la “enfermedad de Alzheimer” el trabajo etnográfico de Cesanelli, Violetta, & Margulies, Susana. (2019)). Se trata, en este caso, de personas frágiles o vulnerables al tener un alto grado de dependencia, por lo que sobre ellos recae no solo una mayor atención o cuidados (Véase el completo trabajo de Alcañiz Garrán, 2015), sino también una vigilancia extrema, sobre todo en la enfermería de las Residencias que es donde se encuentran. Su libertad de movimientos es muy limitada, como me dijo uno de los cuidadores de una de las residencias de la Congregación: “Toda persona que no esté incapacitada puede salir, ahora, si están incapacitados no, porque una persona que no sabe adónde va no se la puede dejar salir” (Informante, comunicación personal).

Por lo tanto, las personas incapacitadas o “asistidas”, muchas de ellas demenciadas, requieren de una vigilancia extrema. Se trata especialmente de mujeres, pues, aparte de que son más, como me dijo un cuidador de una residencia, “las mujeres se demencian más que los hombres, la demencia senil está más relacionada con las mujeres” (Informante, comunicación personal).

La dependencia, por lo tanto, afectaría en mayor medida a las personas “asistidas”, incapacitadas o demenciadas. Si recurrimos a la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia* aprobada en el año 2007, diríamos que aquellas están afectadas con un grado 3 de dependencia –o gran dependencia– que es cuando la persona por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita la presencia indispensable y continua de otra persona para las AVDs (actividades de la vida diaria). Por el contrario, cuando hablamos de personas “válidas” nos referimos a residentes que pueden hacer por sí mismos sus tareas cotidianas sin perjuicio de ser atendidos, llegado el caso, por el equipo médico y el personal de la propia institución residencial. Podríamos decir que en las personas “válidas”, muy al contrario de lo que ocurre en el caso de las personas “asistidas”, el sentimiento de *estar sano* va parejo a la conciencia de sentirse capaz de realizar personalmente las actividades básicas: comer, beber, pasear, conversar, trabajar... Es la vivencia “de la espontaneidad silenciosa del día a día, a pesar de una conciencia de límite natural” (Boixareu, 2008: 134).

En las residencias de la Congregación Internacional de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados, el cuidado tanto de personas “válidas” como de personas “asistidas”, se lleva acabo tanto en clave biomédica o más convencional, como también en clave religioso espiritual, es decir, recurriendo tanto a la medicina farmacológica o tratamiento técnico (*cure*) –y así me dijo un informante que en las residencias “la medicación va con prescripción médica, entonces se hacen grandes pedidos y los clasifica la enfermera. La enfermera las pone por cajetines de cada anciano en las horas en que tiene que tomarlos, y entonces esos cajetines se mandan a las monjas de cada sitio. La monja es la que administra las medicinas a cada anciano; sin embargo, la medicación es más fuerte entre las asistidas, entre las demenciadas o de enfermería”, pero también como parte de las acciones de cuidado a nivel más técnico se llevan a cabo actividades grupales englobadas bajo el rótulo general de gerontogimnasia y otros talleres de ejercitación psíquica o cognitiva, taller de cálculo, talleres de vocación léxica, terapia retrospectiva, taller de compras, estimulación táctil, lectura y comentario de noticias de periódico, taller de memoria, taller de euros o con otras monedas, así como otros talleres como: adivinanzas, poesía, canciones y recetas de cocina. Todos los talleres se plantean desde el punto de vista más lúdico posible, con actividades estimulantes (estimulación cognitiva

y táctil) y atractivas para la persona mayor. Pero también terapia de orientación a la realidad, orientación espacial y temporal...–, como también a un conjunto de creencias que pivotan en torno a la idea del amor a Cristo como fuente de sanación, es decir, como camino de salvación/curación que es lo que se transmite a los mayores en las celebraciones litúrgicas que se llevan a cabo en el interior de las iglesias que encontramos en las residencias.

En los procesos de ayuda/cuidado/curación se funden, por lo tanto, el tratamiento técnico biomédico (*cure*) y el afectivo humanitario religioso (*care*), evitando el exceso de *cure* y el déficit de *care*, siendo en esto en aquello en que se diferencian de las residencias públicas de carácter laico que he visitado. Las personas que dirigen estas instituciones residenciales tratan de potenciar esta última dimensión que fomenta la conexión y los vínculos humanitarios y sociales y que, por ejemplo, Francine Saillant (Saillant, 2008) identifica –como vimos– con el *caring*, que en el caso que nos ocupa quedaría vinculado a la idea del amor a Dios como fuente de curación o salud/sanación.

Y así, una de las Madres Superiores refiriendo los “Anales de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados” me dijo: “*La finalidad de nuestra obra es en palabras de nuestro Fundador, don Saturnino López, ser continuadoras de la misión de Cristo, que pasó por el mundo haciendo el bien; concretado en acoger, cuidar y prodigar todo género de asistencia, inspirada en la caridad evangélica, a los ancianos necesitados*”.

El cuidado como imperativo religioso/humanitario en las residencias de la Congregación internacional de los Hermanitas de los Ancianos Desamparados.

En las residencias de la Congregación internacional de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados existe un vínculo muy estrecho entre la vejez o ancianidad, el binomio salud/enfermedad y el sistema de creencias religiosas católico-cristianas que conforman la vida moral que impera en la vida institucional. Podríamos recurrir a la idea que planteara tiempo atrás el sociólogo Erving Goffman, que dice que, entre los fines declarados de las instituciones totales –y las residencias de esta Congregación entrarían a formar parte dentro de esta denominación, pues, según él, “hay instituciones erigidas para cuidar de las personas que parecen ser a la vez incapaces e inofensivas: son los hogares para ciegos, ancianos”– se encuentra la “purificación religiosa” y es que, como dice más adelante el eminente sociólogo canadiense, en cada institución total, como son los hogares de ancianos, podemos ver “en miniatura, el desarrollo de algo análogo a una versión funcionalista de la vida moral” (Goffman, 1988: 83)

Una vida moral teñida de religiosidad que caracteriza las residencias de aquella Congregación a nivel internacional, cuya dirección o gestión compete a personas religiosas como son las Madres Superiores –cuya vestimenta las identifica, siendo como es símbolo o marca distintiva de su condición ritual, de su estado ritual de pureza–, y es que en las instituciones totales “hay una escisión básica entre un gran grupo manejado, que adecuadamente se llama de internos, y un pequeño grupo personal supervisor” (Goffman, 1988: 17). Como me dijo una de las Madres superiores en una entrevista de campo: “Nosotras, tengo que decirlo, como religiosas que somos, nuestro móvil es Dios y lo hacemos por amor a Dios, por amor a Dios reflejado en los ancianos, nuestro único móvil es el amor a Dios y pues hacer vida del Evangelio” (Madre Superiora, comunicación personal), así como otra religiosa que trabaja en una de las residencias me dijo que, “Es la gracia de Dios la que actúa en nosotras, y lo tengo que decir porque es que así lo siento, hay momentos muy difíciles, pero te das cuenta como tienes esa fuerza que te viene de Dios” (Informante, comunicación personal).

En las residencias de la Congregación, impera una concepción o “visión cristiano-católica del hombre y el mundo”. Según su normativa: “La Iglesia Católica como institución religiosa está detrás de esta Congregación a nivel nacional e internacional”. El dominio absorbente que estos valores religiosos ejercen en el conjunto de la vida institucional nos permite hablar, recurriendo nuevamente a la teoría de E. Goffman (1988), en términos de *institución total*. Toda institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo un mundo propio, una determinada cosmovisión. Toda institución tiene, en síntesis, “tendencias absorbentes” que se hacen sentir, en lo que a la religiosidad se refiere, en las distintas personas que conforman la comunidad o el conjunto de residencias de esta Congregación internacional. Su impacto, no obstante, es mayor en las personas del sexo femenino que en base a aquella hacen del cuidado un imperativo o mandamiento humanitario/religioso, de tal manera que podríamos decir que entienden que no se puede sanar el cuerpo sin conocer el alma, “más aún, como dice Gadamer, sin conocer la naturaleza del todo, la unidad del ser en sí” (Gadamer, 2001: 130).

Aquel imperativo es vivido con mayor intensidad –como decimos– por parte del colectivo de mujeres, en quienes observamos una mayor permeabilidad en relación con el mundo religioso, pues, como me dijo una de las Madres Superiores que dirige una de

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

Y el vínculo entre el hecho religioso y el ámbito de la salud y del cuidado lo puso de manifiesto esta última persona cuando me dijo en el transcurso de una entrevista de campo semiestructurada abierta que: “*En nuestros hogares reina la máxima de nuestra Santa Teresa Jornet, "cuidar los cuerpos para salvar las almas"*, así como que “el hecho religioso reporta a los mayores un beneficio psicológico” (Madre Superiora, comunicación personal). El hecho religioso, a través de uno de los mensajes que con él se transmite, como es el “amor al prójimo”, *al estilo de Cristo que "nos amó hasta el extremo"*, sufrir y/o padecer con él, interfiere a la hora de abordar los problemas relacionados con el dolor y la enfermedad. Este “padecer con el otro”, lo podemos entender en términos fenomenológicos, lo que respondería a la idea de “sentir con el otro” lo que conduce a la empatía, que es, pues, una forma de co-sentir o “sentir con el otro”, El contenido de la experiencia empática “no me pertenece: es la alegría o el dolor del otro, que sin embargo siento y vivo en mi interioridad. Experimento en mi interior una experiencia que, después de todo, no es mía, no me pertenece en cuanto tal, pero la vivo como si fuera mía. Es, por lo tanto, la capacidad de trascendencia, es decir, de salir del propio yo (*Hinaushegen*) para ir al yo del otro” (Torralba, 2008: 259-260).

Se trata de una capacidad que es curativa, pues como me dijo una mujer de 79 años, que conocí como “válida”, pero que se encontraba como “asistida” en la enfermería por una dolencia física: “¡Ay! hijo mío, mira como estoy, una pena, me caí y me rompí el coxis, y me duele toda la espalda, no siento nada, me duelen los brazos, las piernas, todo,, pero agradezco mucho tu visita hijo mío” (Mujer de 79 años, comunicación personal). J. Vilar y Planas de Farnés afirma que estar bajo la ley del dolor provoca un

sentimiento creciente de soledad y despierta el deseo de encontrar a alguien, con quien poder comunicarse y hacer partícipe del propio sufrimiento. De modo inmediato descubre el ser humano a su prójimo en el que “es capaz de con-padecerse, en el que entiende su dolor, se transforma con él y ayuda. El dolor se convierte así en una forma de relación humana mutua”. El dolor es un lenguaje para dar expresión a la propia necesidad y para ser receptivo a la necesidad del prójimo doliente” (Vilar y Planas de Farnés, 1998: 137).

Otro de los días que visité la enfermería de una de las Residencias, una de las personas mayores, una mujer de 77 años, que conocí como “válida”, y que ahora estaba con la pierna malherida, al verme me dijo en su “rol” de “asistida”: “no me voy a recuperar, me ponen calor en la espalda, pero no noto mejoría hijo mío, me duele todo mucho, pero muchas gracias por venir a visitarme y que Dios te lo pague”. Con esta expresión refiere aquella que Dios me recompense con su gracia -lo que se podría entender en forma de protección/cuidado/salud- por la visita dispensada.

CONCLUSIONES

Tipos de dolor en la vejez y el cuidado como forma de contrarrestarlos.

En este trabajo de investigación nos hemos ocupado de un tema notablemente relevante en nuestros días en que sufrimos los efectos de una pandemia que ha azotado especialmente al colectivo de personas mayores, muchos de los cuales no han tenido tiempo de despedirse ni de sus familiares. El tema a que me refiero es –como hemos visto– el cuidado en la vejez, que en este artículo hemos focalizado, a partir de un trabajo de campo etnográfico, en un colectivo de personas mayores de una Congregación religiosa internacional con residencias por cuatro continentes y por gran diversidad de países.

La principal aportación del trabajo no ha sido otra que mostrar cómo las acciones de cuidado no solo se llevan a cabo desde el punto de vista técnico o biomédico, lo que se conoce con el término “cure”, sino especialmente desde el punto de vista afectivo humanitario o “care”, que conduce al “caring” o acción, con una dimensionalidad ética, que en el caso de las residencias de la Congregación de las Hermanitas de los Ancianos Desamparados presenta una vertiente religioso, centrada en la ayuda/cuidado del otro, y que no es sino la esencia en la que la práctica del *care* se concreta.

Son comunes entre el colectivo de mujeres ancianas las referencias a Dios, buscando ayuda/cuidado/protección bajo el manto de la religión, a la que recurren persiguiendo una mejora que podríamos entender en términos de salud frente a la enfermedad y el dolor.

Los ancianos de las instituciones residenciales en que he realizado mi trabajo de campo aprecian las acciones de cuidado especialmente de tipo afectivo humanitario, como, por ejemplo, el que los demás se preocupen por ellos y por su situación personal en lo que respecta a las enfermedades o dolencias que padecen, algunas de las cuales, les limitan enormemente. Los mayores con los cuales he conversado o entrevistado hablan fundamentalmente en términos de dolores de espalda, de coxis, de piernas, de rodillas, de riñones, dolor de ciática, artrosis: “Me duele de los pies a la cabeza”, pero también “me duele todo, hasta el alma”, decía una anciana, aun cuando suele ser una expresión muy común en ellos.

El dolor del alma remite a un dolor de tipo moral/emocional al que en ocasiones se refieren principalmente las ancianas a raíz de una dolencia o varias de ellas de índole somático-corporal. Atendiendo a la dimensión antropológica del dolor (Véase Breton, 1999), también se podría analizar la tendencia que algunas ancianas tienen a “democratizar” los dolores, pues como me dijo una anciana de 64 años: “dolores tenemos todas, a todas nos duele algo”. Es lo que Francesc Torralba denomina, “el dolor por sugestión”, pues “el dolor no es un hecho puramente individual. La interacción con el otro puede ser generadora de dolor” (Torralba, 2008: 252). El grupo social puede asimismo actuar como agente activo ante la enfermedad y el dolor, sea este real o ficticio: “Los padecimientos, dice Eduardo Menéndez, presentan un eje individual y colectivo” (Menéndez, 1994: 72).

También hay ancianos que pueden llegar a utilizar su dolor y/o enfermedad para conquistar el interés y el aprecio de los demás, del prójimo. Este fenómeno se conoce como “síndrome de Münchhausen” que consiste en, por ejemplo, con ayuda de la mentira, refugiarse en enfermedades imaginarias –uno de mis informantes me habló de “dolores imaginarios” en los mayores– con las que se pretende ser objeto de cuidados. Se trata, por supuesto, como dice Vilar y Planas de Farnés (1998), de casos extremos, aun cuando en el mundo de los “mayores” no resulta difícil encontrarse con estas situaciones.

En una de las residencias en que he investigado como observador participante, he podido comprobar cómo algunas ancianas son criticadas por otras compañeras bien por

el hecho de estar continuamente quejándose, o bien por fingir, según aquéllas, dolores o enfermedades, lo que se podría entender en términos de “delirio” (el “dolor delirio” de que habla Johannes Vilar y Planas de Farnés, 1998), aunque también puede responder a una situación de hipocondría que se manifiesta mediante una preocupación angustiosa por ciertas partes del cuerpo que el sujeto cree lesionadas o enfermas. Esta reacción exagerada de angustia puede servir para justificar la necesidad de dependencia respecto de otros: “Cuando se trata de ayudar a un hipocondríaco, resulta inútil tratar de persuadirle de que no tiene la enfermedad que cree padecer” (Mishara y Ridel, 1986: 167). Una anciana de 81 años me dijo en el transcurso de una conversación respecto de otra anciana de 74 años lo siguiente: “Se queja mucho, siempre se está quejando con el tema de la pierna, quieren que estemos encima de ella, que las monjas estén encima de ella. María – nombre ficticio– tiene artrosis y la pierna un poco mal, pero ahora la tiene mejor que nunca, no era para ir al médico, pues le han tocado y tiene la pierna bien. Ella piensa que tiene cáncer, que tiene algo malo y que se va a morir, siempre está diciendo que le duele y que cuando va al médico no le dicen nada” (Mujer de 81 años, comunicación personal). Y también me comentó otra anciana de 75 años que “María se queja mucho, piensa que tiene una enfermedad mala, que se va a morir, que tiene cáncer, se piensa que sólo tiene ella dolores y que las demás no tenemos nada” (Mujer de 75 años, comunicación personal).

Uno de los cuidadores de una de las residencias me ha referido en alguna ocasión el caso de una anciana de 80 años, que “es un poco hipocondríaca, está siempre de médicos y muchas veces se oye: ésta está siempre de médicos”, así como también me ha dicho que esta anciana suele repetir muchas veces “que mala estoy y además su tono de voz es de una persona muy depresiva, su tono de voz es de lástima, y tiene también labilidad emocional, tiene el llanto muy fácil, siempre quiere que se preocupen de ella. Lo que tiene se conoce como *indefensión aprendida*, que es como hacerse una victimización a sí misma. Yo creo que es algo así lo que tiene ella y ya da por hecho que se tienen que preocupar por ella y el preguntarle cómo está y el ir siempre como de víctima” (cuidador, hombre de 35 años, comunicación personal). Pero no solamente ocurre con las mujeres, pues un anciano de 78 años, en el sector de hombres, también me comentó en una ocasión que “hay ancianos que se hacen las víctimas un poco, que podrían hacer más de lo que hacen”. Para algunos mayores, aquellos de sus compañeros/as que

no se mueven y se hacen las víctimas quieren gozar de ciertos privilegios, sobre todo que se interesan más por ellos, que estén más pendientes de ellos. Desde el punto de vista gerontológico, la victimización se interpreta como fruto de cierta indefensión (Véase Freixas Farré, 2009: 144). Para contrarrestar toda esta situación, en las Residencias de la Congregación se recurre a acciones de ayuda/cuidado de la persona mayor, sobre todo de índole afectivo humanitario que hemos englobado bajo la denominación de “caring” o el cuidado afectivo/emocional que en el caso de las instituciones de aquella Congregación internacional adquiere una dimensionalidad religioso espiritual, a través de la cual se transmite, por ejemplo, que el dolor no se debe ver como algo estrictamente negativo, sino que, como dicta la ética cristiana, Jesucristo fue aquel sufrió el mayor dolor. Es el misterio del sufrimiento de Cristo y de “nuestra participación en él”. El sufrimiento como unión con Cristo doloroso: “En todo cristiano hay un hombre de dolores y es éste que es Dios. El cristiano es hijo de Dios, hermano de Jesucristo, coheredero con él..., pero con tal de que padezca con él” (Vilar y Planas de Farnés, 1998: 121-123).

Uno de mis informantes recurrió durante una entrevista a una de las enseñanzas que se siguen en las residencias y que también aparece impresa en los “Anales” de la Congregación: *Un gozo profundo y resistente se muestra capaz de vencer y superar incluso el dolor no soportado simplemente, si no superado y abrazado con alegría. El cristiano sabe por la fe que allí donde hay más dolor y prueba en esta vida habrá más gloria en la otra. En consecuencia, considera el dolor como una gracia y bien escatológico porque además de otros efectos positivos, nos permite apreciar, pensar y desear más íntimamente los bienes eternos.*

BIBLIOGRAFÍA

- Alcaniz Garrán, M.M. (2015). *Significado de la experiencia de cuidar durante la vejez a otra persona anciana dependiente*. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante. Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10045/53126>.
- Arroyo Rueda, M., & Soto Alanís, L. (2013). La dimensión emocional del cuidado en la vejez: la mirada de los adultos mayores. *Cuadernos De Trabajo Social*, 26(2), 337-347. doi: https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n2.41333.
- Bermejo García L. (2009). Gerontología y envejecimiento activo. Aportaciones desde las ciencias de la educación. En Pedro J. Castañeda García, (Coord.), *Vejez*,

- dependencia y salud. Guía práctica de gerontología* (pp. 132-152). Madrid, Editorial Pirámide.
- Boixareu, R. M. (2008). *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Barcelona: Editorial Herder.
 - Cesanelli, Violetta, & Margulies, Susana. (2019). La alzheimerización de la vejez. Aportes de una etnografía de los cuidados. *Desacatos*, (59), 130-147. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607050X2019000100130&lng=es&tlng=es
 - Comins Mingol, I. (2009). *Filosofía del cuidar. Una propuesta coeducativa para la paz*. Barcelona: Editorial Icaria.
 - De Beauvoir, S. (1983). *La vejez*. Barcelona: Edhasa.
 - De Guzmán Pérez Hernández, D. (2009). Implementación de servicios geriátricos. En Pedro J. Castañeda García, (Coord.), *Vejez, dependencia y salud. Guía práctica de gerontología* (pp. 61-74). Madrid, Editorial Pirámide.
 - De Haro Honrubia, A. (2014). El estigma en la vejez. Una etnografía en residencias para mayores, *Intersecciones en Antropología*, 15 (2), 445-459. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1795/179534132012.pdf>.
 - Delgado, J. M. y Gutiérrez, J. (1995). Teoría de la observación, *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 141-173). Madrid, Editorial Síntesis.
 - Dos Santos Souza, A., Menezes, M. do Rosário de, Hisako Takase Gonçalves, L., Martorell Poveda, M. A., & Almeida da Silva, V. (2017). El abordaje antropológico y el cuidado de la persona anciana hospitalizada. *Index de Enfermería*, 26(1-2), 62-66.
 - Recuperado en 10 de agosto de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962017000100014&lng=es&tlng=es;
 - Freixas Farré, Anna (2009). Vejez y género. En Pedro J. Castañeda García, (Coord.), *Vejez, dependencia y salud. Guía práctica de gerontología* (pp. 139-146). Madrid, Editorial Pirámide.
 - Gadamer, H. G. (2001). *El estado oculto de la salud*: Barcelona: Editorial Gedisa.
 - Goffman, E. (1988). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
 - Gonzalvez, H. (2018). Género, cuidados y vejez: Mujeres «en el medio» del trabajo remunerado y del trabajo de cuidado en Santiago de Chile. *Revista Prisma Social*, (21): pp. 194-218.
 - González Torralbo, H., Lube Guizardi, M., Ramírez, A., & Cano, C. (2019). El club como trinchera. Una etnografía sobre cuidados comunitarios entre mujeres mayores en Independencia (Chile). *Revista De Antropología Social*, 28(1), 137-166. <https://doi.org/10.5209/RASO.63770>.

- Hammersley, M., y Atkinson, P. (2009). *Etnografía. Métodos de investigación*, 2ª edición revisada y ampliada, Barcelona: Paidós.
- Jociles, M. I. (2018). La observación participante en el estudio etnográfico de las prácticas sociales. *Revista Colombiana de Antropología*, 54(1): 121-150. doi: [http:// dx.doi.org/10.22380/2539472x.386](http://dx.doi.org/10.22380/2539472x.386).
- Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- Llanes Betancourt C. (2012). La transculturación en el cuidado de enfermería gerontológica comunitaria. *Rev. cuba. enferm.* [Internet]. [citado 10 agosto 2021]; 28(3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/23>.
- Kierkegaard, S. (1987). *Mi punto de vista*. Madrid: Aguilar.
- Lewis, C. S. (2004). *El problema del dolor*. Madrid: Ediciones Rialp.
- Mélich, J. C. (2010). *Ética de la compasión*. Barcelona: Editorial Herder.
- Menéndez, Eduardo (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?, *Alteridades*, 4 (7), 71-83. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711357008.pdf>.
- Mishara, B.L. y Riedel, R.G. (1986). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Morata.
- Osorio-Parraguez, P., Navarrete Luco, I. y Briones Barrales, S. (2018). Perspectivas socioculturales de la autoatención y provisión de cuidados hacia personas nonagenarias y centenarias en zonas rurales en Chile. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología* 31: pp. 45-63. <https://doi.org/10.7440/antipoda31.2018.03>.
- Pinazo Hernandis, S. y Donio Bellegarde Nunes, M. (2018). *La soledad de las personas mayores*. Valencia: Fundación Pílares.
- Rueda Estrada, J. D. (2018). La soledad de las personas mayores en España. Una realidad invisible, *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, 43-64. Recuperado de <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/6199>.
- Saillant, F. (2008). Cuidados, deseos vinculares y utopías terapéuticas: un análisis del concepto de caring. En J. M. Comelles, M. A. Martorell y M. Bernal (Ed.), *Enfermería y antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados* (189-218). Barcelona: Editorial Icaria.
- Santos – Olmo, A.B. (2016). *Personas mayores en situación de aislamiento social*. (Tesis de doctorado no publicada). Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid: Madrid. Recuperada de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/37539/>
- Torralba, F. (2008). Sufrimiento: Una exploración conceptual. La cuestión del sentido. En Rosa M. Boixareu Barcelona (Coord.), *De la antropología filosófica a la antropología de la salud* (pp. 251-263). Barcelona: Herder.Q
- Vilar y Planas de Farnés, J. (1998). *Antropología del dolor. Sombras que son luz*. Navarra: Ediciones de la Universidad de Navarra.