

## Los geriátricos, de la institucionalización al extrañamiento

*Geriatric residences, from institutionalization to estrangement*

Maria Pia Barenys

**RESUMO:** En este artículo se valida la hipótesis de que las residencias geriátricas son centros totalizadores, es decir que cumplen las características que Erving Goffman describió, en su día, para este tipo de centros: recogen en su seno la vida de los internos y, al mismo tiempo, los expulsan de la sociedad. La vida cotidiana se ha dividido en varias etapas: el ingreso, la adaptación o integración, el proceso de mortificación, la vida diaria, el control social, las relaciones sociales, las estrategias de adaptación secundarias, la aculturación o subcultura propia, la institucionalización y la totalización. Apartados que se exponen, en una segunda parte del artículo, para poder cotejar y validar, de nuevo, la hipótesis de la totalización con protocolos de actuación. Para ello se aportan documentos de reciente factura (2012-2013) que dan las claves para que la vida cotidiana en estos centros no sea degradante. Es decir, se aportan alternativas o consejos para “humanizar” y priorizar a los individuos, internos y trabajadores, que lejos de desaparecer, aumentan.

**Palavras-chave:** Geriátricos; Totalización; Internos.

**ABSTRACT:** *In this article the hypothesis that geriatric institutions are totalizing centers is validated, in other words, they have all the qualities which Erving Goffman once described for this kind of centers: they keep their interns life, and, at the same time, they expel them from society. Everyday life has been divided in several stages: entry, adaptation or integration, the process of mortification, daily life, social control, social relationships, secondary strategies of adaptation, the acculturation or the own subculture, the institutionalization and the totalisation. These section are displayed, in a second part of the article, in order to make possible the comparison and validation, again, of the hypothesis of the totalisation with standard operating procedures. For this, some recent documents (2012-2013) are shown in order to give the clues to discover how to avoid the degradation of life in these centers.*

*Summarizing, this article gives some alternatives and advices to "humanize" and prioritize individuals, interns and workers, who not only aren't disappearing but increasing, are given.*

**Keywords:** *Geriatric residences; Totalisation; Interns.*

## **Introducción-Historia de una investigación**

El tema de la vejez no me ha abandonado desde que era veinteañera y pionera en estos temas. Me inicié en la investigación en los años 60, analizando la organización de la vida cotidiana en los asilos de ancianos por encargo del Ayuntamiento de Barcelona. Visité centros públicos y privados, téngase en cuenta que en su conjunto, en aquella época, no llegaban a la docena. Aquellas primeras indagaciones me colocaron ante una serie de situaciones problemáticas y varias cuestiones quedaron sin resolver desde el punto de vista sociológico. Más adelante, al plantearme un tema para la tesis, vi la oportunidad de volver a los geriátricos para estudiar con mayor profundidad la vida cotidiana en estos centros y establecer un marco teórico de referencia para su análisis científico.

Por otra parte, en los años 80 llegó el boom de los geriátricos a Barcelona. La abundancia indiscriminada de estos se había convertido en un fenómeno social, en sí mismo, a estudiar. Además, el descubrimiento del texto de Erving Goffman, 'Internados' (1970), me dio el marco teórico para sentar las bases de la hipótesis que me planteé: ¿Los geriátricos son o no instituciones totales? ¿Y en qué grado? Es decir cumplen las características que este autor señala para este tipo de instituciones TOTALES:

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 objetivos propios de la institución.

En 1991 se publicó mi tesis doctoral: “Residencias de ancianos de Barcelona. Análisis sociológico” que obtuvo el Premio Duocastella, 1990, a una investigación sobre ancianos de la Fundación Caja de Pensiones. Desde entonces, este tema ha estado siempre presente en mis áreas de interés como docente y como investigadora. Además, mi colaboración, en el año 1997, en el Consejo de Bienestar Social del Ayuntamiento de Barcelona, a través del Grupo de Trabajo de Adultos Mayores, me permitió conocer de primera mano la preocupación que este colectivo había ido expresando a lo largo de los años por el trato que reciben los residentes en este tipo de institución.

Por último, considero importante reseñar también mi participación en el I Congreso Latinoamericano de Gerontología, celebrado en la ciudad de Buenos Aires del 17 al 19 de noviembre de 2011, en el que tuve ocasión de presentar la comunicación que ahora nos ocupa.

Hoy, en la distancia, renovadas visitas a residencias me llevan a ratificar no sólo la vigencia sino también la persistencia de las conclusiones a las que llegué en su momento, pudiendo comprobar que la marcha de la organización institucional sigue pasando por delante de los individuos institucionalizados. Así mismo, la impartición de cursos, durante más de veinticinco años, a personal directivo, sanitario y auxiliar de las residencias geriátricas me ha permitido validar mis hipótesis a través de la confrontación de sus experiencias en debates abiertos.

### **Primera parte: Estado de la cuestión**

Toda la experiencia citada anteriormente me ha llevado a conclusiones que presento concretadas en diez puntos, que creo que resumen y ratifican el trato totalizador de las residencias de ancianos desde el punto de vista goffmaniano. Él mismo señala en el primer grupo de instituciones totales las que se dedican: “a cuidar de las personas que parecen ser a la vez incapaces e inofensivas: son los hogares para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes”. Como ya me ocurrió en la primera investigación que realicé, en los años sesenta, buscando el grado de internamiento, a través de los contactos con el exterior y la rigidez de los reglamentos, McEwen (1980), encontré, por este orden, primero **la pérdida de control (institucionalización) y, segundo, el aislamiento progresivo del mundo exterior (extrañación)**, que son, a mi modo de ver, las dos caras de una misma moneda que el individuo, la persona anciana en este caso, o sus familiares, deben pagar por la institucionalización. Estos serían, resumiendo, los diez puntos mencionados:

1. **El ingreso.** Cuando una persona anciana ingresa en una residencia aparecen una serie de personajes “galería”, como les llama Goffman, que confirman, a ella o a sus familiares, que esta medida es la mejor o única posible. Estas intervenciones dan como resultado que la mayoría de las personas institucionalizadas no se encuentren forzadas, pero sí con una actitud de voluntariedad resignada, que hace que, dadas determinadas circunstancias, acepten esta situación como la mejor posible para ellas. Esta actitud es también la que acompaña a los hijos cuando deben decidir el ingreso de sus padres en una residencia, porque ya no pueden seguir ocupándose de ellos. Y para este trance no está prevista la ayuda psicológica, simplemente se deja a la buena voluntad de los directores y de la galería de consejeros hacer más o menos llevadero este paso, que conlleva, sin duda, un cúmulo de pérdidas. El lugar que ocupe y desde el que se defina – Foucault (1978) - no depende de su elección sino del último lugar que haya quedado vacío y de su estado de dependencia.
  
2. **La adaptación o integración,** para quienes la consiguen, se ha comprobado que requiere un período de dos años. Durante este tiempo, la persona institucionalizada va modificando su personalidad en aras de adaptarse mejor a la voluntad del centro (expresada en el régimen interno, la autoridad de la dirección, las directrices del personal, la presión de los demás internos, la presión medioambiental - como comenta Rocío Fernández Ballesteros - y la de los familiares). El interno intuye que en este proceso, comparable a la carrera goffmaniana, no hay vuelta atrás. Podríamos aplicar aquí aquella máxima del campo sanitario según la cual el mejor interno es el más dócil.
  
3. **El proceso de mortificación.** La modificación de la personalidad en aras de la expectativa del centro conlleva un proceso de anulación maleable para ser más querido, más aceptado. Tras las pérdidas de la casa, del lugar, de la habitación propia, de los enseres que se han dejado, el interno tiene que adaptarse a otros condicionamientos materiales, a otras personas desconocidas hasta el momento, y abandonar sus costumbres, hábitos, manías para los demás, rasgos que apuntalaban hasta ese momento, como explica Neugarten, su personalidad. La queja es interpretada como síntoma de inadaptación y rechazo por parte del personal cuidador; el etiquetaje es muy común en este tipo de instituciones, y al revés que en el mundo exterior, su modificación es muy difícil.

El anciano no hace llegar su queja a los familiares para evitar disgustarles, y a su vez, el personal no entra en detalles con los familiares para no poner en duda la buena marcha del centro. Los sentimientos de soledad, impotencia y anulación, llegados a este punto, son muy importantes.

4. **En la vida diaria** se da una pérdida progresiva de control sobre la cotidianidad. Horarios impuestos, actividades en grupo. Todo está previsto. Todo está decidido ya antes del ingreso. No pensando en las necesidades o en la felicidad de la persona internada, sino con la voluntad humanitaria de llevar a cabo el encargo social institucional de atender y cuidar a los allí internados. La homogeneización y la despersonalización son la tónica de las organizaciones, analizada desde Weber (1922) a las más recientes fórmulas que prometen el éxito en los distintos ámbitos de la comunicación de masas.
5. **El control social llega**, se introduce, invade la intimidad del interno. Ya no maneja las razones que quiso explicar de su ingreso ahí, pronto empezarán a circular rumores, otras versiones que ya no puede controlar. Su imagen se irá adaptando al entorno; el día que toca peluquería, lucirá el pelo recortado o rizado en exceso como los demás. No se percibirá, si no va a salir, el cambio de su vestuario entre la mañana y la tarde. Si sale, tendrá que adaptar los horarios de la vida civil externa a los de la institución. Se sabrá si recibe visitas o no. Quién viene a visitarle y quién no. Y por ello tendrá que justificar las ausencias de sus seres queridos. Su intimidad queda en exposición. Las exiguas pertenencias que le ha sido permitido conservar, según las normas del reglamento interno, serán el pálido reflejo de un ilustre y vivido pasado que ahora ya nadie tiene en cuenta, y que en su ficha tampoco figura.
6. **Las relaciones sociales** que se dan en una residencia de ancianos son las típicas y tópicas de una institución total. Las relaciones cerradas son generadoras de grandes encuentros y grandes desencuentros. Se comparte un destino. Su lucha por la autoestima queda reflejada en el trato preferente de los demás, ya sean compañeros de encierro o personal cuidador. Se dirá de ellos que son como niños. Se descalificará su conquista como amañada, surgida por los celos. Se luchará por un territorio, sillón, silla, almohadón propio.

La atmósfera cerrada procurará grandes amistades de ayuda mutua, protectoras, dependientes, parasitarias, y también, salvando todos los impedimentos internos y externos, grandes amores. Por eso también surgirán grandes conflictos, riñas y peleas, en situaciones o por cosas que la institución total genera y propicia.

7. **Las estrategias de adaptación secundarias**, tan propias de la totalidad cerrada y que Goffman atribuye a las personas internadas como única manera de buscar la supervivencia dentro de su entorno. Estas medidas afloran gradualmente en la carrera del interno. El trueque (el intercambio) de favores sin mediar moneda entre los internos y entre estos y el personal. La persona como transportadora de sus pertenencias más queridas, la lectura sistemática de periódicos y revistas atrasados como los bienes más preciados, el aburrimiento, la pasividad consentida y estimulada o querida por la dirección y el personal cuidador que culminan con la inexistencia de actividades dignas de mención, excepto las que conservan el estado biológico de la persona, hacen de los ancianos unos internos dóciles y fáciles de manejar en estado vegetativo, sin control y faltos de organización para rebelarse.
8. **Aculturación o subcultura propia**. La diferencia del interior con el exterior se agranda a medida que pasan los años y aflora el proceso de la creación de una subcultura propia a la que el anciano se pliega. Lo que se sabía, se dominaba antes de entrar, no sirve. Por eso también se habla de un proceso de aculturación, en el que la recuperación de la cultura general dominante del exterior no interesa, como sería el caso de otras instituciones totales, porque de allí no se sale.
9. **Institucionalización**. Algo que debería saber una persona que decide ingresar en una residencia, o los familiares que deciden hacerlo por ella, es que cuanto más dependiente sea su estado más pertenecerá a la institución. Muchas residencias privadas aumentan las tarifas de coste según la progresiva dependencia de las personas. Al ingresar se firma un contrato conforme aceptará, ella o sus familiares, el traslado a otra habitación o planta, donde recibirá los cuidados que su estado requiera. A nadie se le escapa que de nuevo la organización de la institución pasa por encima de los individuos y acentúa su pérdida de control. Este tránsito o traslado es conocido y temido por los residentes. Se especula sobre los que han sido trasladados, se hace sarcasmo del temor.

10. **Totalización.** La carrera del anciano en una residencia se cierra con su muerte. Es extraordinario que se dé otra forma de salida. Es difícil que las causas que generaron su ingreso se solventen. Otras formas de salida posibles son la inadaptación al centro o la expulsión por conducta no conveniente, sin embargo, estos casos raramente se dan. La institución, personalizada en el cuidador o cuidadora en turno de noche, generalmente, es la que tiene el encargo de decidir sobre la gravedad de la situación, aunque no estuviere preparado para ello, y proponer el traslado hospitalario o recibir el óbito y notificarlo a los familiares. Es decir, los momentos últimos de la vida de una persona los va a controlar la institución, pertenecen a ella, más que a los familiares, si los hubiere. Si la defunción es la salida más genérica a la situación de internamiento, tendríamos que la institución total o la metáfora de la totalidad cierra la vida del individuo, siendo si cabe más total que otras instituciones de las que se sale para seguir construyendo la vida.

**Reflexiones sobre lo expuesto:** desde el Consejo de Bienestar, Grupo Vejez, del Ayuntamiento de Barcelona, se crea un estado de opinión en torno a la cultura de los geriátricos o residencias de ancianos:

- Se considera que en la identificación de calidad es necesario incorporar la valoración de los ancianos y también de sus familiares y personas próximas.

- Es necesario que los profesionales adopten una posición diferente, en la que los criterios técnicos sean un factor a considerar, pero no el único.

- Situarse en esta perspectiva no es una decisión aislada de un profesional o de un equipo de trabajo, requiere un cambio de cultura de los diferentes agentes e instituciones implicados, sean públicos, privados o de iniciativa social. Exige que tanto en términos de planificación y gestión - pública o concertada-, como en términos de evaluación de actividad y de resultados, se incorpore la posición de la persona que utiliza los servicios y, en consecuencia, su valoración de los mismos.

- Estos criterios se corresponden con una noción de autonomía referida a la capacidad personal de decidir y, por lo tanto, de escoger, de opinar y de valorar. Las situaciones de necesidad de ayuda por parte de otros que caracteriza la dependencia en la vejez, y también en otras etapas de la vida, no deben oscurecer las posibilidades de autonomía de la persona.

- En este sentido, el Grupo aconseja que se estimulen y se incentiven los proyectos y experiencias municipales de trabajo en los que se trate de identificar y aplicar los indicadores de calidad que recojan la opinión de las personas mayores.

- Se propone que entre las asociaciones de ancianos pueda iniciarse, de forma experimental, un grupo de actividad referido a la participación de las asociaciones en la promoción de la calidad de los servicios dirigidos a la población anciana. Se ha puesto de manifiesto la importancia de diversificar los servicios y, en consecuencia, de buscar esquemas de trabajo dinámicos y adaptables.

- En este sentido, el Grupo aconseja, especialmente en los campos con menor grado de desarrollo, como es el caso de las formas de alojamiento para los ancianos, que se les permita llevar una vida independiente y evitar la institucionalización. Además, el Grupo cree conveniente que se promueva un debate amplio, no restringido a expertos, respecto a la cuestión de la dependencia y a las modalidades y los sistemas para abordarla. Entendemos que es imposible integrar positivamente el envejecimiento, tal y como se enuncia en el Plan Integral, obviando uno de los temas que más inquietan a las personas mayores actualmente. El envejecimiento de nuestra ciudad, con una mayor presencia de ancianos, de los que una parte necesitan ayudas, requiere la adopción de enfoques globales y de una perspectiva de anticipación. Ambos aspectos pueden favorecer respuestas adaptables que nos permitan enfocar el envejecimiento de la población como un estímulo para la mejora de la calidad de vida en la ciudad.

A pesar de reconocer la necesidad de los expertos, el Grupo considera que el enfoque que hay que promover debe hacer énfasis en el protagonismo de las personas que tienen unas necesidades y utilizan los servicios. Los profesionales ejercen un papel clave en la medida en que pueden favorecer o frenar el protagonismo de las personas que utilizan los servicios, y su responsabilidad profesional aumenta cuanto mayor es la fragilidad de las personas y, en consecuencia, la dependencia de los servicios.

En el transcurso de los debates se manifiesta la preocupación por que la aplicación de las normas o de los estándares de calidad se adecuen al hecho de que se trata de servicios que configuran la vida cotidiana de las personas por períodos a menudo de larga duración. La atención y el cuidado de las personas ancianas requiere muchas veces componentes de especialización y, a su vez, esta atención se produce para una parte de las personas, de manera continuada o periódica, en equipamientos sustitutivos del propio hogar. Una organización adecuada debe permitir que las personas continúen tomando decisiones y, por lo tanto, que participen activamente en la organización de su ámbito cotidiano.



Se considera que la creación de una marca de calidad constituye un elemento positivo porque puede permitir mejorar las garantías para las personas que utilizan los servicios y aumenta la percepción de seguridad. Al mismo tiempo se plantean cuestiones relativas a su aplicación; entre otras, las condiciones de funcionamiento, el alcance territorial, la inclusión de los servicios públicos y privados y los beneficios concretos para las personas que utilizan los servicios. Parece especialmente importante que los mecanismos de control sean eficaces, las respuestas consiguientes sean ágiles y las vías de reparación, claras y rápidas en su ejecución.

Analizando las tendencias actuales de aumento de la pluralidad y diversidad de operadores y de ofertas del sector privado, lucrativo y no lucrativo, y la concentración de la provisión pública en la atención a las personas con perfil socioeconómico bajo y altos niveles de dependencia, el Grupo considera que el impulso de una marca de calidad no debe reducir ni diluir la responsabilidad pública respecto a los servicios y, en consecuencia, se subraya la importancia de que en el diseño y aplicación de este tipo de actuaciones se refleje con claridad cuáles son las responsabilidades de los diferentes actores, públicos y privados, implicados. En este sentido, el Grupo acordó hacer el seguimiento específico de este proyecto, que, al constituir una iniciativa innovadora, puede permitir ampliar el debate y generar nuevas propuestas relativas a éste y otros servicios dirigidos a las personas mayores. Y establece como conclusión la importancia de que la participación de las personas se reconozca como un componente expresivo de la calidad de los servicios.

Se propone que se identifiquen modalidades e indicadores adecuados para valorar el grado de participación de las personas, las características de ésta y los efectos resultantes.

La ciudad de Barcelona, que ha experimentado en los últimos años una gran proyección internacional, no puede permitirse tener un sistema de servicio residencial que recuerda demasiado el funcionamiento asilar: dar o hacer pagar cobijo, alimentar y cuidar en el sentido más estricto del término, aunque hayan cambiado de nombre, tengan un elevado coste y se llamen ahora residencias, como ya denuncié en su día.

Por otra parte, la inexistencia de reglamentación específica para las residencias de ancianos no hizo más que agravar los abusos que en su interior se pudieran cometer. Fue precisamente la denuncia de estos abusos, aireados por la prensa, junto a la presión ejercida por el Grupo de trabajo de ancianos y otros expertos en la materia, lo que obligó a la Administración de la Generalitat (gobierno autónomo de Cataluña) a poner al día una reglamentación que comportó mejoras sustanciales en el funcionamiento de las mismas.

Entre las medidas adoptadas, hay que destacar un aumento del cuerpo de inspectores de las residencias, la exigencia de formación especializada en gerontología para los directores de las mismas y la obligación de rellenar protocolos en los que se recogen los actos de la vida diaria de cada persona anciana residencializada. Esta última disposición está en el ojo del huracán del trabajo cotidiano de las residencias. Los directivos y el personal aducen que es tal la cantidad de información que debe volcarse en los protocolos que la dirección no sale de su despacho y las cuidadoras aún tienen menos tiempo para hablar con los residentes, ya que estas medidas no han ido acompañadas de un incremento en las plantillas.

A partir de estas reflexiones y modificaciones podemos hablar de: El cambio o alternativas.

## Segunda parte: El cambio

Es preciso determinar las diferentes posibilidades que existen de realizar un cambio en la sociedad y, por tanto, en sus instituciones. En el mes de noviembre de 2012 me llegó el anuncio de un seminario, organizado por el Colegio de Oficial de Trabajo Social con sede en Barcelona, que proponía una serie de sesiones para estudiar “El proceso de Ingreso en un centro residencial: La acogida y la adaptación” [www.tscat.cat](http://www.tscat.cat). Es decir se reconoce de forma oficial que es necesario analizar, tener en cuenta, lo que ocurre dentro de los centros de ancianos, públicos y privados, y en el interior de sus residentes, y de las familias. Ingresar en un geriátrico no es cambiar de domicilio y punto. Por fin se ha visto la necesidad de formar a generaciones de profesionales para que puedan abordar la inconmensurable situación, que puede derivar en problemática, de un asunto que hasta el momento no se había considerado objeto de estudio académico. Moviada por estas novedades y al hilo de los diez puntos que se han **detallado en la primera parte para hacer referencia a la vida institucional y totalizadora de las residencias de ancianos** paso a presentar otras diez posibilidades que pudieran paliar los efectos totalizadores en los centros mencionados.

1. **El ingreso.** En el programa del curso que he mencionado se dice textualmente: “Las fases del proceso de ingreso”. Poco se podrían imaginar los miles de ancianos que han ingresado en residencias que esta acción sería objeto de estudio para la formación de unos profesionales que velarían, informarían, seguirían protocolos y cuidarían un proceso que hasta aquel momento estaba al albur de los directivos y de las situaciones personales y familiares.

Quizá seguiría apareciendo la galería de personajes, pero ahora estarían coordinados, orientados, por un profesional de nueva aparición que se haría responsable de la aquiescencia y voluntad de la persona de ingresar en un geriátrico. Aparece un paso nuevo, el **preingreso**, es decir se contempla una fase previa al ingreso definitivo para que la persona conozca el centro donde va a residir en varias visitas y a diferentes horas del día. Se incluye el conocimiento de la habitación que pudiera ocupar además de todas las dependencias y la presentación de las personas con las que va a compartir su vida, desde el equipo de profesionales a los compañeros de residencia. Se menciona expresamente que las personas reciban una ceremonia de acogida cuando sea firme su decisión de ingresar.

2. **La adaptación.** Para la adaptación se habla de un protocolo expreso, para poder medir, por parte de profesionales externos, el grado de adaptación que va llevando la persona en sucesivas fases en la convivencia en el centro. A medida que avanzan los días se debe comprobar si la persona va haciendo suyo el centro y va aceptando sus normas. El protocolo hace referencia expresa a la conservación de la personalidad de cada residente, cultivando y conservando sus hábitos y aficiones en la medida de lo posible. Es decir, el proceso de adaptación es seguido por trabajadores sociales de fuera de la institución y ajenos a los familiares u otras personas que pudieran mostrar su inclinación a presionar a la persona ingresada en un sentido o en otro.
3. **El proceso mortificación.** ¿Se podría substituir por un proceso de integración personalizada? Esto es también lo que propone el protocolo. Hemos visto que está prevista la ayuda psicológica y la atención de los trabajadores sociales en este trance que antes se quería considerar como un simple cambio de casa a cambio de comida y techo. La nueva situación se analiza desde lo que la persona pierde y lo que puede ganar, compañía, atención continuada, etc. Se insiste en que la integración a la institución debe preservar al máximo la personalidad del individuo, es decir considerar que el ingreso de una nueva persona es una aportación para la institución. Y en un proceso vigilante hacer que las normas institucionales no abrumen a la persona. Por el contrario, que se hagan notar lo menos posible en aras a la máxima flexibilidad para la obtención de la integración y el enriquecimiento de todas las personas que allí habitan o trabajan. Evitar el etiquetaje, dar oportunidad al cambio de actitud.

Cualquier propuesta o crítica al centro por parte de internos o familiares no debe ser tomada en cuenta por la dirección como un cuestionamiento total de la institución sino como una posibilidad de cambio PROTOCOLO DE INGRESO: “Conclusiones: 1. Durante la primera semana se hará un seguimiento especial del anciano recién ingresado para ayudarlo en su adaptación. 2. El asistente social le visitará todos los días durante esta primera semana, para que la acogida y adaptación sea lo menos dolorosa posible y determinadas necesidades sean inmediatamente atendidas.” Inforesidencias.com

4. **En la vida diaria se dan las relaciones sociales.** Incluso se puede decir que la sociedad es un conjunto de relaciones sociales. Estas características de la vida en sociedad a través de las relaciones sociales se dan, por así decirlo, en su manera más caricaturizada en los geriátricos. Porque, éstas, las relaciones sociales, quedan concentradas en un microcosmos que gira en torno a sí mismo, cerrado, que se repite y se refuerza a sí mismo. El aire fresco que aportan las personas de fuera, que se incorporan a trabajar cada mañana, las actividades de los voluntarios o las visitas de los familiares son la renovación del aire próximo que se expande por toda la residencia.
5. **El control social.** Las relaciones sociales llevan aparejado el control social. La atención, la vigilancia, en el peor de los casos, como la necesidad de imponer una serie de normas de comportamiento y la revisión de su cumplimiento. Hemos visto en el primer apartado, como el control social invadía la intimidad de los ancianos en el geriátrico. El protocolo de actuación del Plan de Atención Personalizada (PAI), aún por desarrollar, contiene estos términos:

Según el artículo 18.12 del Decreto 284/96, modificado por el Decreto 176/2000, el establecimiento residencial y el de centro de día deberá disponer de un programa individualizado para la realización de los objetivos de atención a la persona.

<http://.infogerontologia.com>

Recomendaciones sobre el contenido mínimo:

1. Datos personales del usuario.
2. Identificar al personal que interviene.
3. Valoración inicial.
4. Elaborar los objetivos a conseguir.

5. Actividades concretas para conseguir los objetivos.
  6. Evaluación periódica de los objetivos.
6. **Las relaciones sociales.** En el centro geriátrico, como en la sociedad, las relaciones sociales son fuentes de encuentros y desencuentros. En el ámbito exclusivo, o debería decirse inclusivo, en los ámbitos cerrados, las relaciones suelen ser de gran dependencia hacia la institución y hacia los que atienden y cuidan, así como, del entorno y de los otros internos. Necesitados de entablar buenas relaciones con los que les rodean, necesitados de aquiescencia y amor, no dudarán en volcar la afectividad en alguien del personal, si éste es eficiente, les cuida y les protege de males peores. Por ello considero en este entorno, que tiende a la dependencia del personal cuidador, hablar del síntoma de burnout, que se define como “...Una respuesta al estrés laboral crónico integrada por sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (por eso también se le conoce por el síndrome de estar quemado por el trabajo). Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud, y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización”. [Infogerontologia.com](http://Infogerontologia.com)>burnout Este síntoma lo podemos encontrar en todo tipo de cuidadores, pero sobre todo en los geriátricos, por las relaciones intensas que se crean y que a su vez se desarrollan bajo la presión del reglamento institucional. Estando presentes también los límites propios del desarrollo profesional, en un entorno de pérdida, fin y muerte. He conocido cuidadores de centros geriátricos con este síntoma. Para paliarlo, se pueden intentar cambios de turnos, cambios de sala, pero lo más efectivo según los directivos es asistir a cursos donde se dan instrumentos racionales desde donde abordar con más recursos el entorno de trabajo. Por tanto este curso para trabajadores sociales, que nos ha dado pie a esta revisión, considero que es un recurso preventivo, de gran valor y que su extensión y promoción puede tener repercusión favorable para los trabajadores y evidentemente, en el cambio del clima en los geriátricos.
7. **Las estrategias de adaptación secundarias.** Según lo que acabamos de ver, estas estrategias atañen tanto a los internos como al personal. El centro cerrado y el reglamento, que marca la convivencia, tensa y oprime las relaciones pero también deja espacio para que se creen

fuertes lazos de dependencia afectiva a todos los niveles. Se crean por la escasez de personas donde depositar la afectividad y también porque en las especiales dedicaciones al cuidado es casi imposible no dejar una cota personal afecto-enganche. La necesidad que sienten unos hacia un personal más acogedor, se puede volver en presión y en un afecto que constriña el manejo estable y cómodo para todas las partes. Como decíamos en el apartado anterior, el síntoma de burnout aparece a menudo en los trabajadores de los geriátricos. Por ello se aconseja que pongan un límite en las relaciones, porque ellos salen al exterior y pueden convertirse fácilmente en porteadores de enseres o productos que se han hecho necesarios en el interior. Esto es cansado, alarga la jornada laboral y puede crear conflicto entre los internos que pueden ver en ello preferencias y sentirse perjudicados. Lo ideal es que Los internos, por su parte, se organicen a menudo para apoyarse, prestarse servicios y ayudarse en los contactos con el exterior. Este mundo de relaciones es tan complejo que se necesita formación social para llegar a la mejor solución. Reconocer la complejidad ya es un paso para pensar en una resolución global, en el aprendizaje continuado y formarse para protegerse y proteger de las propias debilidades a los otros (cursillos para los cuidadores).

8. **Aculturación o subcultura propia.** En estos centros cerrados se crean unas formas de hacer, de juzgar, de considerar, propias de una atmósfera que se regenera y se destruye a sí misma. Como hemos visto en el apartado del control social, lo que empieza siendo una costumbre se acaba imponiendo como una ley. Tenemos un ejemplo en la reserva de asientos que se lleva a cabo por parte de los más antiguos. Los asientos del sofá, en la sala de estar, no los ocupa nadie más que quien se ha hecho su dueño y todo el mundo, personal e internos, se encargarán de alertar al nuevo incauto o incauta de esta costumbre que se ha hecho prohibición. Dudo en considerar este hecho como un signo de personalización o de una institución geriátrica que quiere evitar conflictos. Y por otra parte, para quien llega de fuera, no son fáciles de descubrir. Porque responden a la cultura interna que se ha ido creando para la supervivencia de todos. Sea como sea quizás este hecho y tantos otros son difíciles de considerar desde fuera. Pienso que lo mejor sería un entorno de revisión de las costumbres que se han ido creando, en reuniones de internos y personal para su evaluación en aras a conseguir una mayor armonía en los centros y disminuir las distancias con el exterior.

9. **Institucionalización.** Este término sería el contrario de personalización. En los protocolos se habla ampliamente del trato debido a las personas. Éste que ha de pasar por encima del grupo y de la institución. A este trato no se le había dado nunca tanta importancia hasta el momento actual (normas). Podríamos decir que en primer lugar se tenía en cuenta lo que necesitaba la institución, después el grupo, la sala, y finalmente la persona. De ahí el concepto de institucionalización que se opondría al de personalización. La contraposición es aceptada como una actitud positiva. En el actual clima de recortes en España que deja muy mermado el Estado de Bienestar, lo primero que cae, como hemos visto, es el personal de estos centros, tanto en geriátricos públicos como privados. Por tanto podemos decir que los recortes en el ámbito social, educativo y sanitario atentan directamente contra las personas y su calidad de vida. ¿Es posible que dadas las condiciones deficitarias de personal y de la misma preparación del personal, se fomentara indirectamente las relaciones de cuidado entre los residentes? Esto es así dado que la población de un geriátrico se divide entre los válidos y los dependientes. La ayuda mutua a no ser por amistad o lazo de familia se ha de fomentar así como la participación de los internos en la dirección de los centros.
10. **Totalización.** Cuando más dependiente, decíamos en el apartado 10, es la persona, en mayor medida pertenece a la institución. Porque toda dependencia comporta una debilidad en algún ámbito y nivel. Esta debilidad puede ser una pérdida, motora o psíquica, que requiere la ayuda de una persona que sustituya la pérdida motora o psíquica de la que, a lo mejor, depende su subsistencia. El tratamiento de las pérdidas seguro que requiere una manera más adecuada de tratarlo que la existente. Porque afecta a los que sufren las mermas, a los otros compañeros de internamiento y al personal. Los protocolos que he adjuntado no hacen mención de algún acompañamiento especial para estas situaciones tan normales en este ámbito. Tampoco he encontrado protocolos que identifiquen claramente qué se debe hacer en el interior de la institución cuando alguien fallece. Dejando cierta libertad a la institución, a estas alturas, psicólogos, asistentes sociales, etc. han trabajado el tema de la elaboración del dolor. La atención personalizada también debe tener un papel importante aquí. Distinguiendo entre los amigos, los compañeros de internamiento, el personal que ha intimado y los familiares, por este orden de dentro hacia fuera, porque la pérdida ha sido de alguien de dentro. De ahí podemos hablar de la presencia de psicólogos, asistentes sociales, profesores de música, de manualidades con conocimientos terapéuticos apostando por la vida y la vida

con ilusión. Al contrario de las actividades “para pasar el rato” o matar la tarde”. Son muertos antes de tiempo cuando los ancianos de un club o de una residencia han decidido que la vida no les importa, no les implica y se empiezan a morir antes de tiempo por aburrimiento. A extrañarse de la vida de la sociedad civil y de la del centro.

De los años sesenta, hemos pasado a la intensidad analítica de los ochenta, de la reflexión de los noventa a las conclusiones de 2013.

Estas propuestas para la formación de futuros profesionales, trabajadores sociales, son una esperanza abierta a la mejora en la calidad de vida de las personas ancianas y en especial de las que viven en los geriátricos.

## Referencias

AJUNTAMENT DE BARCELONA: *Pla Municipal per a la Gent Gran*, 1991.

- *Pla Integral de Desenvolupament del Serveis Socials a la ciutat de Barcelona*, 1995.
- *Jornades Tècniques del Consell Municipal de Benestar Social*, 1998.
- *Grup de Treball sobre Gent Gran, Document de Conclusions i Propostes 1989-1999*.

Baltes, M.M. & Baltes, P.B. (Eds.). (1986). *The psychology of Control and Aging*. Erlbaum.

Barenys, M.P. (1991). *Residencias de ancianos, análisis sociológico*, Fundació Caixa de Pensions, Premio Dr. Rogeli Duocastella 1990, Barcelona (Espanha).

\_\_\_\_\_. (1993, oct.-dic.). Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos. En: *REIS - Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 64. Madrid (Espanha).

\_\_\_\_\_. (1996, en.-mar.). Los ancianos como actores sociales. En: *REIS - Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73. Madrid (Espanha).

DIPUTACIÓ DE BARCELONA: *La gent gran a casa: anàlisi qualitativa dels recursos a la província de Barcelona*. Colección “Serveis Socials”, 11, Àrea de Serveis Socials, Barcelona, 1996.

Etzioni, A. (1979). *Organizaciones Modernas*. México: Uteha.

Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. París (Fr.): Gallimard.

\_\_\_\_\_. (1978). *Vigilar y castigar*. Madrid (Esp.): Siglo XXI.

GENERALITAT DE CATALUNYA: *Ordre de 26 de maig de 1986. (D.O.G.C. n° 694 de 02.06.86): de creació del programa “Vida als Anys” d'atenció sociosanitària a la gent gran amb llarga malaltia*.



- *Ordre 15 de juliol de 1987. (D.O.G.C. 17.08.87): Condicions funcionals i tipologia de serveis i establiments socials. 1.1. J. Personal. Llars-residències 3.2.3.*
- *Lei 16/1996, de 27 de novembre, reguladora de les actuacions inspectores i de control en matèria de serveis socials i de modificació del Decret legislatiu 17/1994, de 16 de novembre, pel qual s'aprova la refosa de les lleis 12/1983, 26/1985 i 4/1994, en matèria d'assistència i serveis socials.*

Goffman, E. (1970). *Internados*. Buenos Aires (Arg.): Amorrurto.

\_\_\_\_\_ (1973). *La misse en scène de la vie quotidienne (1. la présentation de soi)*. París (Fr.): Minuit.

McEwen, C.A. (1980, Aug.). *Continuities in the study of total and nontotal institutions*. *Annual Review of Sociology*, 6, 143-185.

Myles, J.F. (1978, Aug.). *Institutionalization and sick role identification among the elderly*. *American Sociological Review*, 43(4), 508-521.

Neill, J. (1993). *La evaluación de los ancianos para los cuidados residenciales, guía práctica*. Fundación Caja de Madrid. Barcelona (Esp.): SG Editores.

Schutz, R. (1976, May). Effects of control and predictability on the physical and psychological well-being of the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33(5), 563-573.

Weber, M. (1922). *Economía y sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica. (Edición original: *Wirtschaft und Gessellschaft*. Tübingen, J.C.B. Mohr, 1922).

formacio tscat.cat (formación arroba trabajo social cataluña.cataluña)

gerokon.com

infoferontologia.com > plan general de intervenció > protocolos geriátricos  
> plan general de intervenció > residencias

<http://www.infoferontologia.com>

[http:// www.infersomayores.csic.es](http://www.infersomayores.csic.es)

inforesidencias.com

infoferontologia.com>burnout

www.tscat.cat (trabajo social cataluña)

Recebido em 08/12/2012

Aceito em 20/12/2012

**Maria Pia Barenys** - Profesora Emérita del Departamento de Sociología. Universidad Autónoma de Barcelona.

E-mail: [mariapia.barenys@uab.es](mailto:mariapia.barenys@uab.es)