

PERSONAS ANCIANAS EN RESIDENCIAS: ESTUDIO SOCIOLÓGICO DE LA RELACIÓN ENTRE SALUD E INSTITUCIONALIZACIÓN

En el presente artículo se pretende mostrar cómo en el caso de las personas ancianas que se encuentran en residencias de tercera edad, el estado de salud que disfrutan o sufren resulta ser un elemento determinante en el bienestar, autoestima y estilo de vida, ante la posible influencia negativa ejercida por la institución.

Una residencia de ancianos/as tiende a ser considerada como una institución total, dado que se ajusta a las características que atribuye Goffman a la institución así denominada. Sin embargo, puede que en sentido estricto una residencia no deba ser considerada una institución total. Es cierto que las distintas actividades vitales de las personas residentes (dormir, holgar y trabajar) se desarrollan en el mismo lugar, con los mismos/as coparticipantes, bajo la misma autoridad y siguiendo un orden programado estrictamente desde arriba, bajo unas normas forales, cuyo cumplimiento "vigila" el personal. Es también cierto que existe una escisión entre un gran grupo de "internos/as" y el pequeño grupo del personal que supervisa sus actividades, y que la distancia social entre ambos grupos tiende a mantenerse. No obstante, para muchas personas la flexibilidad en cuanto al cumplimiento de ciertas normas, o más bien, las posibilidades de evadirse del cumplimiento de algunas de ellas —o al menos de ciertas condiciones en que deben realizarse— contrarrestan o limitan los posibles efectos negativos sobre la personalidad de los/as residentes.

El análisis y conclusiones que se presentan son resultado de un estudio cualitativo realizado por la autora a finales de 1989, con la ayuda del Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de

Bizkaia, para el que fueron seleccionados quince varones y tres mujeres de cinco residencias de distinto tamaño y ubicadas en distintas zonas geográficas de Bizkaia. Se ha entrevistado también a siete miembros del personal que han aportado sobre todo su punto de vista respecto al apoyo familiar de las personas residentes, al tiempo que por parte de la autora se ha tenido en cuenta la percepción que muestran de los ancianos/as, y de las relaciones del personal con ellos/as. Se ha realizado del mismo modo, una observación no participante, anotándose aquellos aspectos que ayudan a comprender el mundo de las residencias, tales como el control de entradas y salidas de las personas residentes, las visitas, la interacción de las personas ancianas entre sí, si se encuentran en grupos o aisladas, sus actividades en el centro, la configuración arquitectónica del mismo y su ubicación en la ciudad.

En cada centro se ha solicitado la colaboración de las personas residentes que en ese momento paseaban por el jardín o los pasillos, que se encontraban en las salas comunes o en sus habitaciones en varios casos. Algunas han rehusado participar en general alegando que marchaban fuera. La mayoría ha aceptado enseguida y gustosamente. En la propia elección de las residencias se ha intentado tener en cuenta la clase social de las personas interna-

das, pero aun así, dentro del centro se ha procurado una cierta variedad. Una condición exigida ha sido que fuesen capaces de expresarse por sí mismas, dados el carácter del estudio y la metodología empleada. De la muestra, una pequeña parte sufre algún trastorno afectivo, o cierta dificultad en la expresión verbal y otras personas están en sillas de ruedas o con limitaciones que impiden o dificultan una buena autonomía personal. Se ha dividido el estado de salud de las personas entrevistadas en cuatro niveles, combinando la situación de movilidad y salud percibida.

El primer grupo es el de quienes tienen alguna enfermedad, toman medicamentos, pero se defienden correctamente en las actividades cotidianas, se sienten bien de salud, y en general en buen estado de ánimo. Es el grupo más numeroso, abarca las tres quintas partes de la muestra. La mayoría son personas hasta setenta y cinco años, pero una cuarta parte la componen personas mayores de ochenta y cinco años, algunas en condiciones físicas y mentales notables. El segundo nivel lo conforman aquellas personas que han sufrido amputación de ambas piernas, o se encuentran en sillas de ruedas, pero que se sienten bien de salud, y alguna incluso manifestando buen humor. El grupo siguiente está compuesto por personas que en situación física similar a la del grupo anterior, manifiestan, por el contrario, una percepción negativa de su salud. Destaca un mujer muy deprimida, obsesionada con el deseo de morir. El cuarto nivel —que representa a la quinta parte de la muestra— lo componen personas con problemas de salud graves o múltiples, con relativa o incluso buena movilidad, y que manifiestan una percepción muy negativa de su salud.

Los sentimientos depresivos aparecen de forma mayoritaria en los niveles dos, tres y sobre todo cuatro. Para evaluarlos se les ha pasado un test que ha servido de ayuda para la comprensión de esos aspectos, al tiempo que ha sido complementado por la información obtenida en la entrevista. Sólo una persona manifiesta buen estado de ánimo y un carácter optimista, a pesar de faltarle las dos piernas. Algunas mujeres muestran síntomas de depresión y el resto, sentimientos más o menos acusados de tristeza. Sin embargo, no expresan sentimientos de soledad en general, a pesar de encontrarse en ocasiones tristes y sin ilusión. Sólo se han encontrado dos casos de personas enfermas y deprimidas

que han manifestado además sentirse solas. Respecto al grupo de personas pertenecientes al primer nivel, únicamente una se manifiesta abatida y habiendo perdido la alegría de vivir. La mitad de ellas no muestra ningún síntoma depresivo, las que componen la otra mitad tampoco aparecen deprimidas, pero sí muestran ciertos sentimientos de tristeza más o menos frecuentes y esporádicos, apareciendo algo pesimistas. En cuanto a la soledad, no aparece nadie que manifieste experimentar ese sentimiento. Puede que la búsqueda de compañía, que es causa frecuente de los ingresos en residencias, se logre efectivamente ayudando a muchas personas a evitar los sentimientos de soledad.

Un aspecto analizado en el estudio y considerado como un indicador del deterioro o mantenimiento de la personalidad, de los efectos sobre el yo del "invernadero donde se transforma a las personas", como diría Goffman refiriéndose a las instituciones, es el de la autoestima. Se les ha pasado otro test que se ha complementado con la información verbal. Debe señalarse que contra lo que en principio pudiera creerse, llama la atención que la mayor parte de los entrevistados/as muestra una buena autoestima. Esta primera impresión debe matizarse al analizar al mismo tiempo el estado de salud. Entre los grupos de *quienes se encuentran en mal estado*, sólo una persona muestra un buen autoconcepto, a pesar de encontrarse en una silla de ruedas. En el resto, la autoestima aparece bastante deteriorada, mostrando una imagen de sí mismos/as poco positiva. Por el contrario, *quienes se sienten bien de salud y sin problemas de movilidad*, muestran un buen concepto de sí mismos/as. La salud deteriorada —físicamente por falta de movilidad y psíquicamente por sufrir sentimientos depresivos— aparece asociada con una autoimagen negativa. En tres mujeres, se aprecia al mismo tiempo un estado emocional muy deteriorado.

El estado de salud facilita o impide la realización de actividades. En este sentido se han detectado dos grupos de mujeres en buena salud —varias de ellas octogenarias— pero con trasfondos culturales distintos. Unas son cultas y entre sus aficiones se encuentran la música, la lectura, la pintura o las actividades artesanales que realizan en la intimidad de su habitación. Eligieron ingresar para mantener su independencia respecto de los hijos/as o sobrinos/as, evitando además ser un obstáculo

en la realización personal o profesional de ellos/as. Están satisfechas de sí mismas. Al mismo tiempo, se sienten orgullosas de su vida y en la conversación enfatizan —como acostumbran a hacer los varones— los logros profesionales o culturales, pareciendo que dejan en segundo lugar sus satisfacciones familiares, aunque las tienen. Se relacionan poco con el resto de los/as residentes y salen mucho de la residencia. El otro grupo lo componen mujeres de clase trabajadora, que mantienen más relación con otras compañeras con las que salen del centro, y que gustan de permanecer activas ayudando en las tareas domésticas: en el comedor, la cocina, la lavandería y la sala de plancha principalmente. Aunque no se ha detectado ningún caso en que ayuden en la atención personal de las personas enfermas o incapacitadas, como si esas tareas más especializadas se reservasen al personal en exclusiva.

Otros aspectos que tienen que ver con la buena salud, pero que son ilustrativos de las posiciones diferentes que mantienen en las residencias los "internos" y el personal, sería lo siguiente: algunos ancianos ayudan, también, con el fin de permanecer activos y puede que, a veces, como en el caso del último grupo de mujeres, para conseguir alguna consideración o privilegio. Son tareas que implican cierta responsabilidad. Uno de los ancianos realiza actividades en el exterior, algunas son de especial confianza, como efectuar ciertas gestiones en el banco. Curiosamente, hablando de él la persona que dirige el centro, comenta cómo tuvo en cierta ocasión que llamarle la atención pues —a su juicio— se estaba tomando "excesiva confianza". Este tipo de tareas y las de carácter sanitario-asistencial son realizadas casi siempre por el personal, pero cuando en algún caso se delega parte de esa autoridad en alguna persona interna, ésta debe tener muy clara la posición —subordinada— en que se encuentra.

Por otro lado, se ha observado un cierto distanciamiento con la dirección, dándose la circunstancia de que en algún caso no conocían, o no habían hablado nunca o casi nunca con el director/a. Esto es más habitual en residencias grandes pero no es extraño en otras más pequeñas. Las relaciones con el resto del personal aparecen correctas siempre pero no fluidas. Las religiosas en general son percibidas mucho más favorablemente que el personal seglar.

Tampoco se ha observado una buena interacción entre las personas residentes entre sí. Más bien es la *incomunicación y el apartamiento buscado, la conducta habitual*. Incluso se ha detectado en algunos casos un claro rechazo y un deseo de marcar la distancia social, quizá como consecuencia de verse sometidos/as a una compañía forzosa. Esto es quizá más cierto entre las personas que se encuentran en buena salud, sobre todo porque no necesitan de esos contactos. Esas personas salen al exterior diariamente, resultando en este sentido menos significativos la clase social, nivel cultural, estatus económico o incluso la edad avanzada en muchos casos, que la capacidad de autonomía, que es la circunstancia que facilita o impide las salidas al exterior, con lo que este aspecto tiene de influencia en el bienestar. La salud/enfermedad separan en este aspecto a las personas residentes en dos grupos diferenciados.

Por otro lado, aun siendo importante en cuanto a las salidas la existencia de relaciones sociales en el exterior, no es un elemento determinante. Algunas personas salen en pequeños grupos simplemente a darse una vuelta. Por el contrario, quienes por enfermedad deben permanecer mucho tiempo en la residencia, o no salen nunca, procuran en bastantes casos tener alguna amistad en el interior, aunque parece que para ciertos/as residentes, la interacción con las religiosas —sobre todo—, es el único contacto afectivo que poseen, en especial cuando han perdido los lazos con el exterior o son muy débiles.

La eficiencia orientada a la realización de la tarea, propia de la organización institucional, puede llevar a que las personas interioricen un sentimiento de incapacidad para el control del entorno. La necesidad exigida de respetar unos horarios —los de las comidas especialmente—, así como, sobre todo, tener que compartir la habitación con otra u otras personas como ocurre en algunos casos, son aspectos que pueden influir en el deterioro de la imagen de las personas residentes. Sin embargo, sólo la falta de salud se ve acompañada en general del deterioro de la autoestima.

En el caso de las personas internas en buena salud, que salen de la residencia con frecuencia y que mantienen contactos —amplios en ocasiones— con el mundo exterior, parece que el poder eludir eventual-

mente el cumplimiento de las normas, o evitar algunas de las situaciones habituales, así como mantenerse en contacto con personas y paisajes con los que se entrelazó su vida pasada, conlleva efectos positivos en su bienestar, pues les ayuda a seguir conservando su identidad. El mantenimiento de su autonomía personal, de sus capacidades, les permite seguir considerándose dueñas de sus vidas, rectoras de sus actos. Las normas de la institución las consideran necesarias para el buen funcionamiento del centro, pero la masificación, la pérdida de privacidad, la contrarrestan aislándose, no intimando entre ellas y manteniendo sus lazos con el exterior, es decir la continuidad con su vida anterior. También la habitación privada es un refugio ideal para muchas de ellas. Algunas han trasladado objetos personales —libros en varios casos— y las tienen arregladas con gusto según manifiestan.

Del análisis efectuado, se puede concluir que la salud/enfermedad es una variable imprescindible en el estudio de las personas ancianas y que contribuye en cualquier circunstancia de forma decisiva al mantenimiento o ruptura de la independencia y de los lazos sociales, al tiempo que influye en las actividades a realizar y en la propia estima. La salud brusca o progresivamente lesionada puede conllevar una ruptura del estilo de vida e impulsar a las personas ancianas a adoptar actitudes, comportamientos y decisiones que de otro modo no hubieran adoptado. La salud aparece, por otra parte, como el mejor escudo protector de su identidad contra las posibles agresiones al yo que pueden sufrir las personas por encontrarse institucionalizadas, o como la mejor garantía para seguir manteniendo los sentimientos de bienestar.

María Teresa Bazo

BIBLIOGRAFÍA

- BARENYS, María Pía** (1991): *Residencias de ancianos: Análisis sociológico*. Premio Dr. Rogeli Duocastella. Barcelona: Fundació Caixa de Pensions.
- BAZO, María Teresa** (1990): *La sociedad anciana*. Madrid: CIS-Siglo XXI.
- (1990): "Sociedad anciana y Estado de Bienestar". En *Zerbitzuan*, 12-13, págs. 51-54.
 - (1991): "El estatus familiar y la salud, elementos clave en la institucionalización de las per-

sonas ancianas". En *Revista de Gerontología*, 1 y 2 (primera y segunda parte), págs. 53-60 y 85-96.

- (1991): "Institucionalización de personas ancianas: Un reto sociológico". En *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 1991, 53 (en prensa).
- (1991): "Personas ancianas de Bizkaia en lista de espera para residencias: Estudio sociológico de la demanda". En *III Convocatoria de Ayudas a la Investigación en Servicios Sociales*. Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia, págs.
- (1990): "Personas ancianas, familia y soledad: Análisis sociológico de la situación en Bizkaia". En *II Convocatoria de Ayudas a la Investigación en Servicios Sociales*. Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia, págs. 47-61.

BRODY, Elaine (1978): "Environment II: Nursing homes and retirement communities", págs. 308-339. En R. G. Grandall: *Gerontology: A Behavioral Science Approach*. Nueva York: Newbery Award Records.

CENTRE INTERNATIONAL DE GÉRONTOLOGIE SOCIALE (1973): *Ve. Cours International: Gérontologie Appliquée, Recrutement et formation du Personnel*. París: CIGS.

DAUCHEZ, Chantal (1988): *L'hébergement des personnes âgées*. París: La Documentation Française.

DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA (1989): *Mapa de servicios sociales de Bizkaia*. SUS Centro de Documentación y Estudios.

DUCASTELLA, Rogeli (1981): "Nuevos horizontes para la gerontología social en España", págs. 101-109. En *Introducción a la gerontología social*. Madrid: INSERSO.

GARCÍA, Magdalena y DE CASTRO Gómez, J. M. (1988): "Estudio sobre los cuadros depresivos que aparecen en una residencia para la tercera edad". En *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 2, págs. 99-101.

GOBIERNO VASCO (1983): *Servicios Sociales para la tercera edad en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Vitoria-Gasteiz.

GOFFMAN, Erving (1984): *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.

GUBRIUM, J. (1975): "Nursing homes", págs. 281-307. En R. G. Grandall: *Gerontology: A Behavioral Science Approach*. Nueva York: Newbery Award Records.

MIGUEL, Jesús M. de. y DIEZ NICOLÁS, Juan (1985): *Políticas de población*. Madrid: Espasa-Calpe, 300 págs. "Tendencias de la ancianidad", págs. 181-203.

MIRANDA, María Jesús (1985): *Aspectos sociológicos del internamiento de ancianos*. Madrid: Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.

MORAGAS, Ricardo (1981): "Bienestar social del anciano", págs. 49-79. En *Introducción a la gerontología social*. Madrid: INSERSO.

PÉREZ ALMEIDA, E. et alt. (1989): "Incidencia de depresión en una residencia geriátrica y variables relacionadas con ella". En *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 1, págs. 27-73.

ROSOW, Irving (1970): "Old people: Their friends and neighbors", págs. 57-67. En E. Shanas: *Aging and Society*. Londres: Sage Publications.

SANZO, L. (1985): *Ancianos en residencias*. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco.