
INSTITUCIONALIZACION DE PERSONAS ANCIANAS: UN RETO SOCIOLOGICO

María Teresa Bazo

Universidad del País Vasco

RESUMEN. Con una metodología sociológica se analizan las causas del traslado de una muestra de ancianos/as a una residencia de tercera edad. El enfoque es cualitativo, con datos de las entrevistas en profundidad. La muestra proviene de la provincia de Vizcaya. Se estudia la situación de las personas ancianas que se encuentran en residencias, las relaciones que mantienen entre sí, así como con miembros del personal y dirección. La incomunicación resulta ser el rasgo más llamativo. Se analiza, además, el tipo de actividades que se realizan (escasas y pasivas), la percepción de la residencia, todavía asociada al antiguo asilo, y las ventajas e inconvenientes que supone la vida en residencias para las propias personas residentes. Este artículo es parte de un estudio sociológico más extenso sobre ancianidad y residencias en el País Vasco.

El presente artículo es parte de un estudio más amplio en el que se analiza la situación familiar, anímica y social de las personas ancianas institucionalizadas de Vizcaya, de las que todavía no se posee suficiente información (*Personas ancianas, familia y soledad: Análisis sociológico de la situación en Vizcaya*). Esta carencia se refiere tanto a la descripción estadística como al análisis de los datos y de la interpretación de la realidad que pueden hacer los propios actores sociales. En el presente caso son las *personas ancianas en residencias*, así como el personal que les atiende.

Se utiliza la última perspectiva, haciendo un hincapié especial en el análisis de la interpretación que realizan las personas internadas, resultando complementario y/o aclaratorio el de la interpretación ofrecida por el personal de la residencia. Las técnicas utilizadas han sido la entrevista abierta y

en profundidad y la observación no participante. La muestra se ha seleccionado entre las personas institucionalizadas en cinco residencias vizcaínas, elegidas según criterios de ubicación geográfica, tamaño y estatus socioeconómico de las personas residentes. El número de entrevistas realizadas entre las personas ancianas ha sido 28: 15 varones y 13 mujeres. Entre el personal y el *staff* se han realizado otras siete. La toma de datos tuvo lugar al comienzo del otoño de 1989.

CAUSAS DE LA INSTITUCIONALIZACION

El modelo de *familia* se ha modificado, pero en general sigue constituyendo el soporte principal de los seres humanos. Sin embargo, siempre han existido personas necesitadas de la protección social, bien por la falta de una familia, bien porque ésta no se encuentra en condiciones de ofrecer a esas personas la atención especial que requieren. El antiguo Asilo o Casa de Misericordia, que la imaginación popular asocia con la indigencia y el abandono familiar, ha ido cediendo paso en las sociedades actuales a la *residencia*.

Son distintas las consideraciones acerca de las *causas* que llevan a las personas ancianas a trasladarse a una residencia. Se ha atribuido a factores de tipo personal y psicológico, como tener un carácter de tipo dependiente, o no poder contar con una persona que le atienda, así como experimentar pérdidas físicas, económicas o sociales. Sin embargo, ciertos estudios han demostrado que la decisión de internamiento es causada por la interrelación de tres variables: *a*) el creciente deterioro físico; *b*) la incapacidad o falta de voluntad de las personas con quienes convive de prestar los cuidados que el anciano/a necesita, y *c*) la falta de unos servicios comunitarios que ayuden a mantener una vida independiente (Tobin y Lieberman, 1976).

No es la falta de salud la variable determinante para el ingreso de las personas en una residencia, sino la falta de apoyo social (Grandall, 1980: 310). Nuevos valores influyen en el cambio de mentalidad que lleva a considerar cada vez más normal que sea la comunidad quien responda a los problemas sociales. Por otra lado, las propias personas ancianas prefieren, en ciertos casos, mantener su independencia frente a los hijos/as, siendo en ocasiones la residencia la única alternativa que se les ofrece para hacer posible su decisión. La familia (hijos/as y otros/as familiares) es el primer recurso que utilizan y desean utilizar las personas ancianas cuando, por viudez, falta de salud y escasez de recursos, precisan del apoyo ajeno. En general, para las familias, así como para las personas ancianas, la residencia aparece como el último recurso viable cuando la situación resulta difícil de sobrellevar. La mayoría de las personas que entran en una residencia han vivido antes con otros/as familiares (Williamson, 1980: 286; Grandall, 1980: 310; Diputación Foral de Bizkaia, 1990: 134). Ciertos estudios demuestran que sólo un 8 y un 10 por 100 de las personas entrevistadas

desea ingresar en una residencia (Cruz y Cobo, 1990: 33; Bazo, 1990: 149).

En la presente investigación, la mayor parte de las personas entrevistadas han ingresado por su voluntad. Sólo una ha sido engañada, y otras dos forzadas a ello, en cierto modo. «Mi hija me trajo aquí para quedarse libre.» «Mis hermanas me trajeron aquí, pero les perdono.» Los motivos de ingreso aducidos son diversos. En la mayor parte de los casos, el factor desencadenante ha sido la muerte de la persona con la que convivían. Dos personas solteras —un varón y una mujer— vivían en compañía de no-familiares. El varón vivía en una posada; y la mujer, con otra también anciana a la que pagaba una cantidad de dinero por compartir su vivienda. Cerca de la quinta parte vivía a solas antes de ingresar, pero sólo una persona entre ellas corresponde a los grupos que muestran una salud deteriorada. El resto —es decir, la mayor parte— vivía en compañía del cónyuge, de hijos/as o familiares, aún teniendo en cuenta las características familiares del grupo estudiado, donde aparece una elevada proporción de personas viudas y solteras y personas sin hijos/as, con respecto a la población anciana general. Se ha demostrado que tener un cónyuge o hijos/as limita las probabilidades de ingreso (Grandall, 1980: 313).

Entre las personas analizadas, el enviudar ha representado para algunas el factor que les ha impedido mantenerse en sus hogares. Debido a ello, han decidido ingresar aun teniendo hijos/as. Sólo en un caso se declara que ingresó «porque era una carga para la familia». Parece que fue ella quien tomó la decisión; sin embargo, se observa una cierta presión —quizá sutil— de la hija con quien convivía: «cuando se marchaban mis hijos de vacaciones tenía que venir mi hermana a quedarse conmigo, porque yo ya no salía a nada, y mi hija me decía: "Esto no puede seguir así". Al tercer año, pensé que tenía que tomar una decisión».

En los dos únicos casos de personas que carecen de familia, la muerte de la hermana, también soltera, ha supuesto para los dos varones el traslado a la residencia. Ambos tienen dificultades motoras graves. El grupo que abarca el número mayor de causas lo componen aquellas que tienen un carácter diverso. Algunas de ellas son: la ruptura de las relaciones familiares por conflictos; la enfermedad invalidante del cónyuge; el que la residencia resulta más barata y ofrece mejores servicios que una pensión; el exceso de trabajo de la persona que le atendía; o el hecho de volver del extranjero al cabo de los años tras haber enviado.

El núcleo más numeroso de respuestas, pero con carácter homogéneo, lo constituye el que corresponde a razones de independencia propia respecto a la familia y, también, al deseo de dejar en libertad a los hijos/as u otros/as familiares. La mayoría son mujeres en buen estado de salud —excepto una—, aunque sean de avanzada edad y tengan achaques. La mitad de ellas son mujeres cultas y con recursos económicos que les permiten llevar una vida desahogada en una residencia privada, manteniendo relaciones afectivas estrechas con su familia. Desean su independencia y la libertad de

sus familiares, como una buena parte de las personas ancianas que residen solas en sus domicilios. Sin embargo, entienden que seguir en sus hogares implica unos riesgos en su situación actual. Todavía no existe una red de servicios alternativos a la residencia, de modo que se percibe como la solución más adecuada. Los valores individualistas, junto a los cambios demográficos operados en las sociedades industrializadas, así como las crisis económicas y sociales, parece que llevan aparejados comportamientos de independencia familiar, física y económica, pero manteniendo los lazos familiares afectivos. Puede que las características de esas mujeres representen un modelo de actitudes ante la vejez que sea más común en el futuro.

ROLES Y RELACIONES

El análisis realizado en el micronivel tiene en cuenta, entre los tipos de *relación* que tiene lugar, la de las *personas residentes entre sí* y la que se desarrolla entre ellas y los miembros del personal. Al considerar la importancia del entorno en cuanto al bienestar de las personas institucionalizadas, se trata de conocer el tipo, la cantidad y la calidad de tales relaciones. La tercera parte declara que tiene algún amigo/a íntimo en la residencia, aunque en varios casos parece que el concepto de «amistad íntima» no es entendido de la misma forma por todas las personas: «Tengo un amigo de ochenta y dos años, pero aquí con alguien tienes que andar.»

Otras respuestas que conducen a interrogarse sobre la interpretación diferencial del concepto son: «Me relaciono con todo el mundo, pero tengo dos o tres bastante íntimos.» «Tengo dos, pero soy un poco especial; prefiero coger un libro o ver la televisión que charlar.» «Sí, tengo algunos.» «¿Amigas? Todas, pero soy más amiga de dos.» Pocas respuestas han sido así de rotundas y clarificadoras: «Tengo una amiga íntima. Necesito tener alguien con quien explayarme.»

Las otras dos terceras partes son más categóricas en sus respuestas. Menos de la cuarta parte de ellas declara que no tiene amistades íntimas, habiendo incluso quien manifiesta que tampoco las desea: «No me gusta relacionarme íntimamente.» «No me gusta intimar, me guardo mis preocupaciones.» «No quiero tener confianza.» Varias personas han dado una misma respuesta: «Con todas, con todas», que puede interpretarse como «con nadie». Otras han respondido con claridad: «conocidos». La sensación de incomunicación, de aislamiento en algún caso, o al menos de falta de interlocutores, es expresada en varias ocasiones: «No encuentro personas con quien poder dialogar.» Otra señora, quizá por su afición musical, comenta: «No son de mi cuerda.»

La falta de empatía parece común, atisbándose a veces un cierto desprecio e incluso rechazo hacia las demás personas: «Es gente de nivel cultural muy inferior.» «¿Amigos? Pocos; no me gustan los de aquí.» Alguno parece

sentir profundamente que esa situación se produzca cuando dice, gráficamente: «Todos los que estamos aquí estamos ya quemando nuestro último cartucho, pero vivimos como extraños.» Para ilustrar la situación de mutuo desconocimiento y desinterés existente —en su opinión, en todas las residencias— añade el comentario de cómo, al regreso de su peregrinación a Santiago de Compostela, no hubo nadie que se interesara por él y su viaje; él lo atribuye «a la ignorancia». Declara que gracias a la relación que mantiene con las monjas de la residencia puede soportar ese ambiente.

Un aspecto señalado en las entrevistas (ya comentado por un director/a) es el rechazo existente en parte de las personas más sanas a compartir el espacio con aquellas que se encuentran en el estado de salud más deteriorado. En general, las personas están segregadas por plantas o secciones según su estado de salud. En un centro donde la condición para entrar era en principio encontrarse en buen estado de salud, la situación ha ido modificándose y ha sido preciso habilitar una planta para atender a las personas en peor situación. Hay quienes no soportan convivir con ellas. Puede que su presencia suponga una amenaza para su estabilidad emocional. Imaginarse en situaciones tales produce más temor a las personas que la propia muerte, según han manifestado. Otras personas han comentado que «ese ambiente me deprime». Puede que un enfoque adecuado por parte del personal en ciertos casos pudiera llevar a trocar el rechazo en solidaridad, y la inhibición en participación activa. Ayudar a otras personas en peor estado de salud a sentirse mejor puede, en ciertos casos, suponer para las más favorecidas una satisfacción vital importante.

Respecto a la *relación con el personal*, casi todas las personas han respondido en un primer momento que las relaciones con los miembros del personal en general son buenas. Las discrepantes han ofrecido respuestas de este cariz: «No me gustan las monjas.» «Hay de todo.» La mitad de la muestra estudiada ha acompañado el comentario de otras explicaciones: «Las hermanas son muy majas; la sor no sabe qué hacernos.» «Me tratan con cariño, porque nosotros los mayores lo que necesitamos es cariño.» «Siempre estamos de broma.» «Son todas buenísimas.» «Las monjas son muy buenas, y las empleadas también.» «Son buenas; pero siempre hay alguna persona despota.» Dos personas se explayan más en sus explicaciones: «La relación es buena, y el trato maternal por parte de las religiosas. No están en plan de explotación, son muy caritativas con los enfermos, están pendientes de todos.»

La exposición por parte de otro anciano de las cualidades de sus cuidadoras, así como de las diferencias entre el personal, es más prolija: «Las monjas son muy buenas mujeres, amables. El personal de servicio que tiene que trabajar por un jornal es como un obrero de la fábrica, que lo hace a disgusto. Las monjas son las mejores del personal, no hay mejor para un asilo de enfermos y saben cumplir. Tratan a todo el mundo igual. Hay un abismo con las empleadas, no compare. Todas nos tratan con cariño, pero

no es el mismo calor. [Las monjas] son amables, simpáticas, sinceras y no dicen mentiras. Son como hermanas.» El mismo anciano, en silla de ruedas pero manteniendo buen ánimo, confiesa que con el personal se relaciona «lo justo». En algunos casos ha surgido la cuestión de la imagen que tienen las personas sobre la superiora, director/a o cuidadora más directa. Las respuestas han sido variadas: «como una madre», «como una hija», «como una amiga». Entre divertido y reservado, alguien susurra: «¡Como una novia!»

Se aprecia un cierto distanciamiento con la dirección. En algún caso no saben quién es el director/a. En otros casos declaran ver poco a la persona que dirige el centro. Sin duda, las diversas funciones que debe cumplir un director/a de residencia impiden en ciertos casos una relación más cercana. Varias personas han reconocido que el número elevado de residentes (cuando se trata de una residencia de tamaño mediano o grande) dificulta una relación más personal con la dirección. Habitualmente, el trato verbal entre director/a, personal y residentes es mutuamente *de usted* y siempre correcto, según las personas entrevistadas. Parece que la relación afectiva se da más en sentido vertical, es decir, entre el personal —religiosas, sobre todo— y personas residentes, que entre las propias personas ancianas entre sí.

Del análisis se deduce que de las relaciones personales que mantienen las personas residentes en el interior de la institución, las más positivas son las que tienen lugar con los/as miembros del personal. Las peores —no por ser conflictivas, sino por la indiferencia e ignorancia generalizada— son las que resultan de la convivencia entre los propios ancianos/as. La residencia resulta un microcosmos donde conviven personas de diversa procedencia y con historias vitales distintas. Es un mundo cerrado para los ancianos/as que por distintas causas —deterioro de la salud, sobre todo— no pueden salir a la calle. Sus intereses quedan reducidos a las preocupaciones más cotidianas. «Sólo hablan de la pensión, y de críticas. Son mediocres», comenta un anciano. Esa situación objetiva de ausencia de intereses más amplios, la falta de actividades que conducen a un mayor enriquecimiento personal, así como en ciertos casos la imagen negativa que las propias personas institucionalizadas tienen de la residencia, lleva a un relativo aislamiento respecto de sus compañeros/as.

Las personas consultadas no han declarado sentirse muy aburridas. Son las personas en peor estado de salud quienes expresan mayor aburrimiento. El día se les hace largo porque no tienen nada que hacer. En las residencias de tercera edad no existen *actividades* programadas. Quienes se encuentran bien salen a la calle diariamente. Al resto sólo le queda pasear —quienes pueden—, trasladarse de un lado para otro sobre la silla de ruedas o pasar el tiempo entre el sillón y la cama. Sería importante que la residencia dispusiese de una zona al aire libre, jardín y/o huerta, para aquellas personas que, pudiendo trasladarse por sí mismas o con una ayuda, tengan dificultades para salir a la calle.

Pasar el día sin tener nada que hacer contribuye a crear o mantener la apatía y la falta de interés que se detecta, en ocasiones, en la población anciana institucionalizada. El ambiente de críticas a la organización y al resto de residentes que varias personas han denunciado, así como la falta de intereses vitales, podría quizá mejorarse con la realización de ciertas actividades que les supusiera tener una ilusión. La media de edad alta, así como el grado de deterioro de una parte importante de las personas que viven en residencias, acostumbra a ser una justificación de la ausencia de actividades. En una de las residencias, la persona que la dirige señala que las actividades que existían van dejándose de realizar; por ejemplo, el periódico que se edita, debido a la falta de colaboradores. La gimnasia parece que va a abandonarse, pues, según declara, «la gente se borra». Respecto a la comisión de cine, parece que va a cesar en su actividad: «Prefieren quedarse solos en su habitación viendo la televisión.» Sigue comentando, acerca de la falta de participación: «Les gustan las actividades de carácter pasivo: ver teatro o escuchar un coro.» Estos aspectos han sido también detectados en otros estudios (Talmon, 1974: 302; Bazo, 1990: 112).

Al preguntar a la dirección sobre la posibilidad de introducir en el centro personas especializadas en técnicas de animación, la contestación es que: «Tienen que ser muy buenos, porque si no no tiene éxito. Ciertos profesionales me han enviado algunos proyectos, pero son muy caros y no tengo confianza en sus resultados.» Es una residencia con predominio de personas de clase media y media-alta, donde tampoco se realizan otro tipo de tareas. En el resto de las residencias, ciertas personas ayudan en las labores de mantenimiento del centro. La cocina, el comedor, la lavandería, la sala de planchar y realizar recados en el exterior son, principalmente, las áreas de acción. Un anciano ayuda en la portería; otro en la cocina, la compra y tareas diversas en el exterior. La mayoría, sin embargo, son ancianas. No hay casos de ancianos/as que declaren que ayudan en la atención personal de otras personas más enfermas o incapacitadas. Puede que esa tarea más «especializada» o «sanitario-asistencial» sea reservada al personal en exclusiva. Sólo en los dos casos de los ancianos citados realizan tareas de cierta responsabilidad.

La mayoría de las personas que colaboran en las tareas son mujeres, algunas octogenarias pero en buen estado de salud. Las razones que mueven a las personas a ejercer una actividad, o a ayudar, es «hacer algo». También sentirse útiles es una razón, pero se trata, sobre todo, de una forma de pasar el tiempo. Existen dos estilos distintos de actividad, representados por dos grupos de mujeres que, encontrándose en buen estado de salud, disponen de maneras distintas de llenar su tiempo.

El primer grupo está compuesto por ancianas cultas, que les gusta la música, la lectura, la pintura, realizan labores manuales y artesanales. Han llevado una vida de la que se sienten orgullosas, reconocen haber desarrollado sus capacidades y, a lo largo de la entrevista, hacen especial hincapié

en los aspectos *profesionales* o *culturales* de sus vidas. Los aspectos familiares —aun importantes y satisfactorios para ellas— aparecen en cierto modo en un segundo plano, a no ser que sirvan como punto de referencia para su primer objetivo: mostrar su desarrollo personal. Estas ancianas se relacionan poco con personas del centro, salen bastante de la residencia. La lectura, las labores e incluso la pintura constituyen su manera primordial de pasar el tiempo en el centro. Una de ellas fue la colaboradora principal en el periódico. El segundo grupo está compuesto por mujeres de clase trabajadora, en buen estado de salud, contentas consigo mismas. También salen de la residencia, pero mantienen sobre todo una relación con alguna compañera con la que van de paseo. Son mujeres activas, incapaces de estar sin hacer nada y ayudan en las tareas que están acostumbradas a realizar.

El aspecto de la inactividad en las residencias de tercera edad ha sido puesto de manifiesto en ciertos estudios. Las personas ancianas en residencias realizan menos actividad que las personas ancianas que viven en su hogar en las mismas condiciones de salud. Incluso algún estudio ha puesto de manifiesto que su actividad es menor que la que realizan otras personas ancianas internadas en centros psiquiátricos (Townsend, 1972).

La realización de tareas domésticas ha sido criticada a veces por considerarse que puede ser una manera de ahorrar recursos de personal. Con otro sentido, Peter Townsend advierte de la injusticia que supone utilizar en las tareas domésticas a los ancianos/as con un mejor estado de salud, que podrían beneficiarse de otras actividades terapéuticas más interesantes. Obviamente, se trata de centros donde existen programas de terapia y rehabilitación, que no es el caso que investigamos. La implantación de tales programas ha llevado aparejada la realización de estudios donde se evalúa la eficacia de los mismos. En general, cuando la terapia es adecuada y dirigida por personal especializado, los resultados obtenidos son positivos. Ante el argumento del incremento de los costos puede decirse que existen técnicas cuyo aprendizaje por parte del personal apenas supone un leve aumento del presupuesto.

Las ventajas que conlleva el desarrollo de programas de rehabilitación y terapia adecuadas son, en primer lugar, una mejoría de la calidad de vida en las personas ancianas, además de la mejoría de su salud física y psíquica. La autoestima experimenta un alza, tienen un mayor interés por los acontecimientos, hablan más, muestran más interés por su apariencia personal, participan menos en charlas domésticas, muestran menor retraimiento y se relacionan más entre sí. Esta mejoría en las relaciones personales repercute positivamente en el clima del centro. Incluso desde el punto de vista económico resultan interesantes las actividades terapéuticas, dado que la mejora en la salud conlleva menor dependencia hacia el personal y los medicamentos.

Los procesos vitales distintos, los rasgos característicos individuales, los estilos de vida diferentes, son aspectos que influyen en el trato distante,

poco comunicativo e incluso hostil que se detecta. Las diferencias culturales son quizá las barreras que más impiden una mejor integración. El tamaño de la residencia no introduce cambios en esta relación. Por otro lado, la falta de actividades grupales interesantes impide establecer una relación más solidaria.

LA RESIDENCIA COMO INSTITUCION TOTAL

Además de las variables señaladas, existe otra que quizá esté influyendo negativamente en las actitudes o predisposiciones de las personas residentes. Se trata de la *imagen* de la residencia que han interiorizado en el proceso de socialización. Las respuestas obtenidas permiten concluir que: *a)* muchas de las personas ancianas no han pensado nunca que podrían ir ellas a una residencia de tercera edad; *b)* en ciertos casos, ni siquiera pensaban de jóvenes que los ancianos/as iban a un asilo; *c)* siempre han considerado anteriormente que las personas que iban al asilo o misericordia eran la clase más baja de la sociedad.

La imagen interiorizada de la residencia antigua aparece asociada a la pobreza, el abandono familiar y la marginación social: «Pensaba que era gente que no les quería nadie.» «Creía que era para gente pobre; nunca pensé venir, tenía mis pesetitas ahorradas.» «Yo de joven ni me enteraba que había gente en residencias.» «Pensaba que era un lugar triste.» «Pensaba antes que quien iba a la misericordia era un pobre, una persona arrinconada, despreciable, sin querer ninguno, ni amor, ni familia.»

Sin embargo, otros ancianos/as, aunque menos en número que los anteriores, habían ya pensado en los años anteriores en la posibilidad de terminar su vida en una residencia: «Yo veía bien a las personas que se iban a una residencia: con mi marido hablábamos de que el que se quedara viudo iría a una residencia.» «Nunca lo he visto mal; me decía: si allí tenemos que ir todas.»

Haber interiorizado una imagen negativa de las residencias y de las personas que allí van interviene en la situación analizada del apartamento consciente y buscado de las demás. Con todo, tal imagen negativa no es causa suficiente para provocar el aislamiento social. Las vidas distintas y, sobre todo, las diferencias culturales son importantes. Pero la influencia que ejercen tales imágenes en la percepción y expectativas sobre las demás personas no favorece el buen concepto de ellas, ni la posibilidad de encontrar compañeros/as adecuados para uno mismo/a. De ahí la inhibición y la falta de interés en ciertos casos, por encontrar otras personas con quienes mantener una relación amistosa. Incluso en el grupo de las mujeres que se denominan cultas y satisfechas y que se encuentran en la misma residencia, se ha observado que no se conocen entre sí, no saben quiénes son las unas ni las otras. Puede que en el próximo futuro cambie esta situación. En par-

re depende de la imagen que la residencia tiene entre las personas adultas y jóvenes actuales; imagen que, a su vez, puede influir en la actitud hacia la residencia.

Los ancianos/as muestran una *actitud* favorable; en su mayoría no están descontentos, ni tristes. Se encuentran bien, y comentan que existe buen ambiente. Este aspecto requiere una matización: casi todos han ido a la residencia por su propia voluntad, aunque en algún caso hayan podido existir ciertas presiones. Sin embargo, pocas personas aparecen felices, o con una satisfacción manifiesta. Es obvio que los sentimientos conllevan una fuerte carga de subjetivismo, que estar satisfecho/a en la vejez —como en cualquier edad— depende de diversas circunstancias: personales, familiares y sociales. Entre las últimas, en el caso de las personas que se encuentran institucionalizadas, puede que el tipo de residencia y lo que conlleva («de lujo» o «de caridad») sea un factor que ejerza una influencia positiva en el bienestar de las personas más privilegiadas. Una de las ancianas, al comentar que «de joven ni me preocupaba del asunto de las residencias», apostilla: «Ahora no me importa estar, aunque en el piso de abajo [la sección de la residencia para personas con pocos recursos económicos] sí me importaría.» Saberse y que le sepan a uno/a en una residencia para personas de posición social elevada no implica lo mismo que estar en una para ancianos/as pobres, o necesitados de la asistencia social.

La educación, los recursos económicos, la historia profesional y vital, son fundamentales. Todas esas variables y el tipo de residencia suelen aparecer asociadas. La imagen de la residencia de tercera edad viene a resultar la imagen especular de las personas que residen allí. Cuando uno de los ancianos comenta que antes para él la misericordia era un lugar para personas marginadas y pobres, añade: «Ahora no lo veo así, esto es un palacio.» Hace así referencia a una percepción diferente de la residencia actual y el antiguo asilo: «Cuando vine aquí no me afectó mucho, porque yo conocía los cambios que se habían hecho; esto ya no es como antes.» En ambos casos, se trata de antiguos asilos que, restaurados y modernizados, se encuentran actualmente en buen estado. Puede que encontrarse en residencias privadas (o en secciones especiales dentro de los antiguos asilos) ayude, en ciertos casos, a mantener el orgullo y la dignidad personales ante la institucionalización.

Una de las ancianas confiesa que ella tenía una idea del asilo como un sitio «para indigentes». Una amiga le habló de la residencia (privada) donde ahora se encuentra y se la definió como «la antesala del cielo». Ella lo confirma también. El resto de los ancianos/as entienden que la situación actual de las personas institucionalizadas no es la misma que antes. Ya no piensan, según declaran varias personas, que la residencia actual sea como el asilo: lugar para los desheredados de la fortuna. Percibían a las personas asiladas como seres a los que «nadie quería». Falta de dinero y falta de amor son, sobre todo, los rasgos con que las imaginaban.

La mayoría de los ancianos/as declara encontrarse bien en la residencia. «Estoy a gusto» es una frase escuchada en bastantes ocasiones. Esto no implica que se hayan encontrado siempre bien. En casi todos los casos declaran haber necesitado, al principio, de un período de adaptación. La mayor parte lleva más de un año en la residencia, por lo que se puede suponer que han tenido tiempo para superar la tensión que produce, en general, en todas las personas el cambio de entorno. De las tres personas que señalan llevar menos de un año, una se encuentra en mal estado de salud y deprimida. Un anciano declara sentirse aburrido, poco alegre y sin ilusión. Un grupo importante se encuentra en el centro desde hace más de cinco años, y son varias las personas que, en buen estado de salud, superan e incluso duplican ese lustro.

Son varias las manifestaciones acerca de la buena adaptación desde el primer momento. Ahora bien, cualquiera que haya sido la primera reacción, la mayoría declara que ahora no volvería al modo de convivencia anterior. Prefieren ya la residencia a vivir con su familia, a veces por sentirse, de este modo, más libres e independientes. Hay ancianos/as que recalcan que la residencia es ya su casa. Otros/as, sin embargo, opinan que si fuese posible, si pudieran, volverían a su antigua situación. ¿Por qué no lo hacen? Por razones de salud en varios casos. En otros, porque la circunstancia que les llevó a tomar la decisión continúa (la muerte de la hermana en algunos casos, la imposibilidad de los sobrinos/as de seguir ocupándose del familiar anciano/a). La falta del cónyuge es, en muchos casos, la razón del ingreso y permanencia en la residencia. El problema es que de la residencia no se sale ya, salvo muerto/a.

Quienes se encuentran a gusto y no quieren volver de ningún modo manifiestan, sin embargo, que «como en mi casa ni hablar», «la casa es la casa». Pero ¿qué es lo mejor y lo peor de las residencias? Ese aspecto no ha sido planteado directamente en las entrevistas. Sin embargo, de forma espontánea, algunos ancianos/as expresan su opinión en ese sentido. Para algunos/as la comida es un aspecto negativo. Quienes realizan ese comentario se refieren no a ellas mismas, sino a los comentarios realizados por otras. Curiosamente, cuando se han referido a este aspecto lo han hecho citando las quejas de quienes acostumbran a protestar. Los propios ancianos/as reconocen que las comidas son de calidad, y que unos días están muy buenas y otros algo peor. Una mujer apostilla, refiriéndose a sí misma: «Quizá es por la comida que prefiero mi casa. Soy un poco *gourmet*.» Las declaraciones sobre la propia opinión en este punto van, no obstante, más en el sentido de los horarios que de la comida en sí misma. En las residencias grandes puede haber dos turnos. Pero en algunas medianas y pequeñas la hora del almuerzo es muy temprana. Piensan que será por el mejor funcionamiento del centro. Los seres humanos necesitan mantener un cierto control sobre sí mismos y su entorno. Ser viejos/as o enfermos/as no niega tal necesidad. La rigidez en los horarios motivada por la eficiencia orienta-

da a la realización de la tarea, puede contribuir, entre otras cosas, a la interiorización por parte de las personas institucionalizadas de un sentimiento de carencia de poder, de falta de capacidad para manejarse y manejar su entorno. Todo ello puede, en ocasiones, causar un deterioro de la propia imagen del/a residente.

Otro aspecto negativo es el tener que compartir la habitación con otras personas. En algunos centros existen habitaciones dobles, e incluso para cuatro personas. Esta falta de intimidad les resulta dura a algunos ancianos/as. Para las personas supone, además, renunciar a disponer del único reducto que les queda para su privacidad. No son muchas las que han declarado encontrarse en esta situación, pero les desagrada sobremanera. La circunstancia opuesta es la representada por una de las ancianas: «Tengo muy mona la habitación porque es lo último que me queda.» Ha llevado buena parte de sus libros, tiene plantas y se encuentra bien en ella. A otra mujer la intimidad de su habitación le permite pintar y coser a máquina. El haber dejado su casa es un trance duro para muchas personas. Algunas la han mantenido mientras ha sido posible. «Estando aquí me robaron y destrozaron todo, tuve que dejar el piso» (estaba alquilado). Otras confiesan que vender su casa les supuso un cierto trauma: «Allí dejé parte de mi vida y mis recuerdos.» Alguien conserva todavía el piso «para cuando viene mi hija, que vive fuera».

El aspecto del aislamiento e incomunicación entre los propios ancianos/as aparece como el elemento más perturbador del clima de la institución, con consecuencias sobre su bienestar individual. «Lo peor de las residencias son los residentes» es una frase expresada de forma espontánea. «Dices buenos días y nadie te contesta. No hay compañerismo, ni alegría.» Por último, la presencia de personas en mal estado de salud es un aspecto que incide negativamente en su bienestar, por lo que supone de amenazador para ellas y porque puede inducir en ocasiones a percibir la residencia como «un moridero» (definición aportada por un residente).

La provisión de seguridad por parte de la residencia es el principal aspecto positivo. Sentirse atendidos/as a cualquier hora del día o de la noche, y saber que, ocurra lo que ocurra, no se van a ver solos/as, es, quizá, la razón principal para sentirse bien en la residencia. Nadie que ha tomado por sí mismo/a la decisión de ingresar ha declarado arrepentirse. Existe una sensación de seguridad que experimentan muchas personas en la residencia: «Aquí sé que si me pasa algo toco el timbre y viene alguien.» En ocasiones se trata de personas que han vivido solas o con otras personas, pero que tenían que cumplir con otras obligaciones o llevaban una vida activa, faltando con frecuencia del domicilio. Incluso en algún caso han llegado a sufrir algún accidente en casa, y han tardado en ser atendidas. Esa situación es la que ha precipitado el ingreso.

La compañía de otras personas, no saberse solo/a es otra característica positiva apuntada en varias ocasiones. «Hablar con otras mujeres, contarnos

las penas, me ayuda a no sentirme sola. Me siento más aliviada.» A pesar de la falta de comunicación detectada, se dan situaciones en que la residencia ha supuesto un aumento de la interacción social, acompañada de una mejora en el estado de salud física y psíquica. Tener personas (entre las residentes y el personal) con quienes poder contar como ayuda y compañía proporciona sosiego y elimina la angustia de sentirse solo/a.

La residencia puede suponer, para ciertas personas, la garantía de su libertad y autonomía, a un costo menor que el que les supondría sostener una vivienda propia. Mantienen sus relaciones familiares, visitan y son visitadas del mismo modo que como sucedería en caso de vivir en su hogar. Pero no se quedan nunca a solas ni desprotegidas. Además, no deben preocuparse ni de su mantenimiento ni de las múltiples tareas que deberían realizar en tal caso. Una de las ancianas comenta: «Aquí protestan algunas de las comidas, pero yo les digo: ¿Aún te quejas? No has tenido ni que comprar ni que hacer la comida y ahí la tienes.» Incluso les evita compromisos y trabajo que, en ciertos casos, no les apetece asumir. Otra anciana explica cuál ha sido el detonante de su decisión de ingresar. «Fue un día de Reyes, vinieron todos a comer, no me dejaron fregar: "ya lo haremos nosotras, tú aquí sentada". Al final se fueron y yo cargué con todo el trabajo. Al día siguiente vine aquí a informarme.»

Es obvio que las circunstancias y el carácter de las personas conllevan unos comportamientos y actitudes diferentes hacia sí mismas y sus familias. La asunción de los roles familiares y de valores e imagen acerca de la interacción familiar, induce diferentes modos de actuar. Para ciertas personas —sobre todo con recursos económicos suficientes— la residencia puede suponer el mantenimiento de su autonomía personal, la continuidad de ciertos comportamientos (interacción social, realización de actividades), la conservación de las relaciones familiares sin graves conflictos, y todo ello, a un coste relativamente bajo. En el lado negativo está una relativa pérdida de privacidad, la obligación a las normas del centro, la necesidad de compartir parte del tiempo y las actividades no *con*, sino *al lado de* personas con quienes no les une ningún lazo de amistad profunda, y, a menudo, con quienes tampoco desean crearlos.

La situación resulta gratificante en su conjunto, o, en todo caso, la que menos les disgusta. Tampoco han pensado en otras alternativas. Los servicios sociales tienen una oferta limitada y poco extendida en nuestra sociedad. En bastantes casos se les ha consultado su opinión sobre la posibilidad de utilizar en su situación otros recursos comunitarios que no fuesen la residencia, y la gran mayoría afirma que no desearía otro tipo de experiencia. Se les ha sugerido la posibilidad de vivir con otras personas (amigas, si fuese posible). Se les comenta la posibilidad, en tal caso, de estar atendidas por personal adscrito a los servicios sociales del Ayuntamiento. Podrían disponer de alguien que les atendiera de día y de noche. Casi todos los ancianos/as responden que prefieren la residencia.

La residencia (para las personas residentes) aparece como la solución menos mala, es vista como un mal menor. Unos servicios sociales alternativos hubieran permitido, en algunos casos, permanecer en el propio hogar a personas que actualmente se encuentran institucionalizadas. El ideal es la existencia de soluciones diversas a la problemática diferente que plantea el nuevo mundo de las personas ancianas en la sociedad contemporánea. Pero sobre esas posibilidades múltiples hay poco investigado y casi nada escrito. Es todo un reto sociológico.

BIBLIOGRAFIA

- ALBERDI ALONSO, Inés, y ESCARIO, Pilar (1988): *Estudio sociológico sobre las viudas en España*, Madrid: Siglo XXI.
- BAZO, María Teresa (1990): *La sociedad anciana*, Madrid: CIS-Siglo XXI.
- BROWN, Doress Paula, y LASKIN, Siegal Diana (1987): *Ourselves, Growing Older*, Nueva York: Simon and Schuster.
- BUSSE, E. W., y PFEIFFER, F. (1969): «Family patterns and later life», en H. Cox, *Later Life: The Realities of Aging*, New Jersey: Prentice-Hall, pp. 171-195.
- CAMPO, Salustiano del (1982): *La evolución de la familia española en el siglo XX*, Madrid: Alianza.
- CASALS, Ignasi (1982): *Sociología de la ancianidad*, Madrid: Mezquita.
- CAVAN, Ruth S. (1973): «Family patterns in later life», en R. G. Grandall, *Gerontology: A Behavioral Science Approach*, Nueva York: Newbery Award Records, pp. 410-439.
- CENTRE INTERNATIONAL DE GÉRONTOLOGIE SOCIALE (1982): *Plan International d'Action sur le Vieillessement*, París: CIGS.
- (1973): *IVe. Cours International: Gérontologie Appliquée, Recrutement et formation du Personnel*, París: CIGS.
- (1972) *Loisirs et 3e. Age*, París: CIGS.
- CRUZ, Pepa, y COBO, Rosa (1990): *Situación social de los viejos en España*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- DAUCHEZ, Chantal (1988): *L'hebergement des personnes âgées*, París: La Documentation Française.
- DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA (1990): *Problemática de la Tercera Edad en Bizkaia*, Bilbao: DFB.
- (1990): *Mapa de Servicios Sociales de Bizkaia*, Bilbao: DFB.
- DIPUTACIÓN FORAL DE GUIPÚZCOA (1989): *Los problemas derivados del envejecimiento de la población en Guipúzcoa*, Donostia-San Sebastián: DFG.
- DUOCASTELLA, Rogeli (1981): «Nuevos horizontes para la gerontología social en España», en *Introducción a la gerontología social*, Madrid: INSERSO, pp. 101-109.
- FOGARTY, Michael P. (1987): *Meeting the needs of the elderly*, Shankill (County Dublin): Loughlinstown House.
- GARCÍA MAGDALENA, M., 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 Geriátria y Gerontología*, 2, pp. 99-101.
- GOBIERNO VASCO (ed.) (1983): *Servicios Sociales para la tercera edad en la Comunidad Autónoma del País Vasco*, Vitoria: Gobierno Vasco.
- GOFFMAN, Erving (1984): *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires: Amorrortu.

- GRANDALL, Richard G. (1980): *Gerontology: A Behavioral Science Approach*, Nueva York: Newbery Award Records.
- GUBRIUM, J. (1975): «Nursing homes», en R. G. Grandall, *Gerontology: A Behavioral Science Approach*, Nueva York: Newbery Award Records, pp. 281-307.
- GUILLEMARD, Anne-Marie (1972): *La retraite: Une mort sociale*, París: Moutton.
- HAVIGHURST, Robert, et al. (1972): «L'isolement social comme caractéristique spécifique de la population âgée induit-il un tipe d'animation?», en *Loisirs et 3ème Age*, París: Centre International de Gérontologie Sociale, pp. 195-198, p. 196.
- KASTENBAUM, R., y CANDY, S. (1973): «Nursing homes», en J. B. Williamson, *Aging and Society: An Introduction to Social Gerontology*, Nueva York: Holt, Rinehart y Winston, pp. 280-307.
- KASSEL, V. (1966): «Family patterns in later life», en H. Cox, *Later Life: The Realities of Aging*, New Jersey: Prentice-Hall, pp. 171-197.
- LINTON, Ralph (1978): *La familia*, Barcelona: Península.
- LITWAK, E. (1965): «Extended kin relations in an industrial democratic society», en E. Shanas y G. Streib, *Social Structure and the Family: Generational Relations*, New Jersey: Prentice-Hall, pp. 290-323.
- LOPATA, Helena Z. (1970): «The social involvement of American widows», en E. Shanas, *Aging and Society*, Londres: Sage Publications, pp. 40-56.
- MANKIN, Don (1979): «Work, leisure and retirement patterns», en H. Cox, *Later Life: The Realities of Aging*, New Jersey: Prentice-Hall, pp. 199-226.
- MARTÍNEZ DE LA PERA, Alberto (1976): *La vida afectiva y social en una residencia para personas mayores*, Bilbao: Caja de Ahorros Municipal de Bilbao.
- MIGUEL, Jesús M. de, y DÍEZ NICOLÁS, Juan (1985): *Políticas de población*, Madrid: Espasa-Calpe.
- 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», en *Introducción a la gerontología social*, Madrid: INSERSO, pp. 49-79.
- (1972): *Rehabilitación: Un informe integral*, Barcelona: Vicens Vives.
- (1989): *La jubilación: Un enfoque positivo*, Barcelona: Grijalbo.
- PÉREZ ALMEIDA, E., et al. (1989): «Incidencia de depresión en una residencia geriátrica y variables relacionadas con ella», en *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 1, pp. 27-33.
- REDONDO DE LA SERNA, Alberto (1985): *Sociología y planificación de los servicios sociales*, Madrid: Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.
- RETTING, Kathryn D., y BUBOLZ, Margaret, M. (1982): «Perceptual indicators of family well-being», *Social Indicators Research*, 12, pp. 417-438.
- ROSENBERG, George S., y ANSPACH, Donald F. (1973); SCOTT, Jean P. (1983); SHANAS, Ethel (1973): «Primary-group support systems fo the aged», *Research on Aging*, 3.
- SANZO, Luis (1985): *Ancianos en residencias*, Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco.
- SNELL, M. Leslic, y MATTHEWS, Anne Martin (1986): «Family interaction of the young-old: Social exchange as an explanation of the qualitative and quantitative experience», *Social Indicators Research*, 18, pp. 395-407.
- STREIB, Gordon F. (1970): «Old age and the family: Facts and forecasts», en E. Shanas, *Aging and Society*, Londres: Sage Publications, pp. 25-39.
- TALMON, Yonina (1974): «Aspectos sociales del envejecimiento», en *Enciclopedia de las Ciencias Sociales*, tomo 4, Madrid: Aguilar, pp. 296-305.
- TOBIN, S., y LIEBERMAN, M. (1976): «Nursing homes and retirement communities», en R. G. Grandall, *Gerontology: A Behavioral Science Approach*, Nueva York: Newbery Award Records, pp. 308-340, p. 312.
- TOWNSEND, Peter (1972): «Le droit d'exercer une occupation: Etude de trois systèmes occupationnels pour personnes âgées résidant en hôpitaux de longue durée et en maisons de retraite en Grande-Bretagne», en *Loisirs et 3e. âge*, París: Centre International de Gérontologie Sociale, pp. 99-128.

- WERSHOW, H. (1976): «Nursing homes and retirement communities», en R. G. Grandall, *Gerontology: A Behavioral Science Approach*, Nueva York: Newbery Award Records, pp. 307-340.
- WILLIAMSON, John B. (1980): *Aging and Society: An Introduction to Social Gerontology*, Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.