
UN MARCO TEORICO PARA EL ESTUDIO DE LAS INSTITUCIONES DE ANCIANOS*

Maria Pia Barenys

Universidad Autónoma de Barcelona

1. INTRODUCCION

Las instituciones de ancianos o, como han venido hoy día en llamarse, «Residencias de la Tercera Edad», constituyen una fase específica de la evolución de aquellas instituciones cuya función dentro de la sociedad ha sido «dar cobijo», «custodiar», «recluir» a individuos con fines dispares (socorro, prevención, cura, castigo...). Los términos que anteceden (una lista ni mucho menos exhaustiva) constituyen otros tantos matices de la función residencial, y delatan la ambigüedad que ha presidido la instauración de estas instituciones, ambigüedad que impregna aún hoy en día su existencia y que plantea serios interrogantes sociológicos no tanto acerca de su «verdadera» función cuanto de su adecuación a las políticas de bienestar social.

Toda institución de esta índole, en efecto, comporta dos dimensiones tan inseparables como las dos caras de una misma moneda: nace para remediar ciertas situaciones individuales e, *ipso facto*, resuelve problemas globales de la sociedad. Michel Foucault, en su *Histoire de la folie à l'âge classique*, deja bien

* Este artículo forma parte de una investigación sobre «Las residencias de ancianos en Barcelona», presentada como Tesis Doctoral en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Autónoma de Barcelona y ganadora del premio en Ciencias Sociales «Rogeli Doucastella» 1990, que convoca la Caixa de Pensions de Barcelona.

patente cómo el problema social de la locura, con el que se mezcla inextricablemente el de la mendicidad, el de la enfermedad contagiosa y otras formas de marginalidad aguda, producen ese precipitado asilar del siglo XVII, que él caracteriza como «el gran encierro»¹. Sólo una mirada ingenua sobre las residencias de ancianos en nuestro mundo de hoy produciría la ilusión de pensar que la polaridad se ha invertido y que, en contrapartida al asilo de *l'âge classique*, aquéllas justifican su existencia, ante todo, por las ventajas que reportan a los ancianos y sólo en segundo término por las que obtiene la sociedad.

Nuestro objetivo es, primero, desentrañar el parentesco que toda institución que acoge a residentes de por vida (o al menos por un plazo relativamente largo) tiene con las instituciones de internamiento. Enseguida pasaremos a singularizar las de ancianos dentro del marco, ya clásico, de Ervin Goffman y sus *total institutions*. Finalmente, sin salir del todo del paradigma goffmaniano, intentaremos redefinir la situación psicosocial de los ancianos residentes partiendo de la noción de «control» como núcleo conceptual organizador.

2. LAS RESIDENCIAS DE ANCIANOS, ENTRE EL ASILO Y EL HOGAR

El movimiento cultural que han creado las instituciones de ancianos (en su versión actual, «residencias») arranca, siglos atrás, en los inicios de la Edad Moderna. No vamos a remontarnos en la historia siguiendo su rastro, por más que sea ésta una tarea atractiva. Pero no podemos dejar de aludir a los orígenes y evolución de estas instituciones, pues ciertas peculiaridades de sus primeras andaduras persisten como «determinaciones» fatales. Y ello no tanto en virtud de una «inercia histórica» cuanto porque la mentalidad y los condicionamientos culturales que presidieron su alumbramiento alimentan aún hoy subterráneamente su persistencia actual.

Siguiendo el hilo que desentraña Foucault² habría, pues, que situar los asilos de ancianos y las residencias de hoy en la corriente de los grandes movimientos sociales: representaciones colectivas, valores culturales en proceso de consolidación, opciones éticas que marcan puntos de inflexión en la historia de las mentalidades. Ellas han creado esos «enclaves» para personas que, por diversas razones, no pueden proveer su subsistencia y/o carecen de asistencia y techo familiares. Las instituciones asilares se proyectan, por tanto, sobre el telón de fondo de la asistencia tradicional a cargo del grupo primario familiar cuyo relevo toman parcialmente; al mismo tiempo tratan de paliar un problema social de mendicidad, vagabundeo y de inestabilidad del cuerpo social que la presencia abundante de «marginados» provoca. Es sobremanera interesante constatar, por añadidura, que los poderes públicos que las crean pretenden obtener una

¹ M. FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*, París, Gallimard, ed. de 1972, cap. II.

² M. FOUCAULT, *ibidem*.

rentabilidad de las mismas organizándolas como centros de trabajo en la época que alumbra la «primera industrialización» europea. Para Foucault, el internamiento no ha tenido únicamente un papel negativo de exclusión, sino también un papel positivo de organización³.

La reorganización del mundo ético que descubre Foucault (y que es, a nuestro entender, un tema que se proyecta significativamente sobre el trato que en nuestros días se da a los ancianos) opera en varias dimensiones. Supone, ante todo, la desacralización de la locura y, en general, de la pobreza. Trae consigo una sensibilidad diferente hacia la miseria que señala el ocaso de la beneficencia religiosa y a la vez dibuja los primeros trazos de la noción de bienestar social. Acarrea la laicización de la caridad, esto es, delega en el cuerpo social la obligación individual del cristiano de socorrer al necesitado. Pero la gran mutación de mentalidad, la más imperceptible pero que subterráneamente alimenta todas estas transformaciones sociales, es la que asimila miseria con degradación moral, con lo que, *ipso facto*, aquélla se hace punible. No sería disparatado trazar un crudo paralelo entre la evolución de la mentalidad de *l'âge classique* con respecto a la miseria y la locura, y la de nuestros días con respecto a la inactividad y los ancianos.

Hasta aquí, superficialmente esbozada, la ideología que preside la decisión histórica, casi repentina, de someter a confinamiento a una masa de la población. En la realidad, ello configura el mundo de la reclusión con unos trazos nuevos y singulares que no pueden compararse, ni mucho menos, con sus antecedentes medievales de la leprosería o de la prisión de siempre. Es cierto que el universo de la reclusión se organiza materialmente en función de «vigilar y castigar»⁴, pero estos términos, estas prácticas, no tienen ahora ni las mismas resonancias que antaño ni, sobre todo, se plasman en las mismas técnicas consagradas por el uso. La disciplina que se instaura ahora propende, por un lado, a facilitar el manejo de la masa de individuos por el relativamente reducido número de guardianes y, por el otro, forzar a que los reclusos llenen útilmente sus horas y sus años de internamiento con un trabajo productivo.

En los países de habla inglesa, la política del *welfare* fue diseñada a mediados y finales del siglo XIX con el designio de que gran parte de la población «marginada» se convirtiese en fuerza de trabajo aprovechable⁵. Poco a poco, la política del *welfare* cambió su punto de mira y cayó en la cuenta de que convenía que parte del dinero público fuese empleado en beneficencia para atajar el descontento de los pobres y cortar el paso a los atractivos del socialismo. A la concepción disuasoria sustituye entonces la concepción de «ayuda al necesitado», aunque por razones pragmáticas. En la primera mitad del siglo XX menudean, pues, instituciones para los ancianos pobres. Sólo después de la II Guerra

³ M. FOUCAULT, *ibidem*, p. 96.

⁴ M. FOUCAULT, *Vigilar y castigar*, Madrid, Siglo XXI, 1978.

⁵ J. F. MYLES, *Institutionalizing the elderly: an empirical assesment of the sociology of total institutions*, PhD Thesis, University of Wisconsin, Madison, 1977, p. 2.

Mundial, la institución se especializa al «medicalizarse». En ese momento se hará accesible a las personas de edad de las clases medias o superiores.

El gesto que encierra —asegura Foucault— es tremendamente ambiguo, una práctica equívoca de la que es necesario descifrar el sentido⁶. Este pensamiento, que sin duda ha alimentado todos los esfuerzos —desde el propio Foucault hasta Goffman— por describir el mundo del internamiento, es una admonición para cualquiera que aborda sociológicamente el estudio de las instituciones de ancianos. Porque las mismas justificaciones sociales que las acompañan apenas enmascaran la ambigüedad y el equívoco que suponen su mera existencia.

Los sociólogos buscan introducir matices en el «tipo ideal» de la «institución social» que descarnada y lúcidamente describió Goffman. Es una empresa razonable, pues sólo a costa de drásticas simplificaciones se puede homologar un hospital psiquiátrico con un convento o con un campo de concentración. Pero ese meritorio esfuerzo está condenado al fracaso ante la propia polivalencia del lenguaje al cual recurrimos para la descripción. Pongamos por caso la distinción que se acostumbra a establecer entre instituciones cuya función es custodiar e instituciones que buscan la rehabilitación⁷ de los que viven en ellas. La ambigüedad que venimos comentando aparece aquí sin paliativos. ¿A quiénes, para qué se custodia? En abstracto, tanto pueden custodiarse personas y objetos de valor como productos de desecho (residuos nucleares) o sujetos indeseables. ¿Tienen como función las instituciones de ancianos custodiar, puesto que no parecen ser lugares de rehabilitación (término igualmente ambiguo)? Y ¿qué coloración social tiene entonces esta custodia (si es que tiene alguna)?

Es esa misma ambigüedad la que permite el reconfortante uso de la palabra hogar para denotar centros en que los ancianos pasan horas de su jornada diaria o bien el sitio donde se retiran en sus últimos días. Con esto no queremos prejuzgar que las residencias de ancianos no sean lugares idóneos desde muchos puntos de vista. Algunas son asimilables a hoteles de cierta categoría. Pero remedando expresiones de la sabiduría popular cabría comentar al respecto aquello de «hogar no hay más que uno»... Tampoco se trata de idealizar la institución del hogar familiar. Es más bien una cautela semántica, una reticencia contra la apropiación indebida de representaciones sociales a que sirve la transposición libre de vocabulario. En efecto, como se irá desvelando poco a poco, las residencias de ancianos, aun en su mejor versión, guardan distancia con el hogar si por esto entendemos algo más que techo, manutención, convivencia y prestación de servicios en caso de inhabilitación o enfermedad. Entre otras cosas, porque el hogar posee, por encima de su materialidad, una historia de relaciones personales, un conjunto inagotable de vivencias asociadas que el

⁶ M. FOUCAULT, *Histoire de la folie, ibidem*, p. 64.

⁷ C. A. MCEWEN, «Continuities in the study of total and nontotal institutions», *Ann. Rev. Soc.*, 1980, 6, 143-185.

más exquisito trato de hotel no podrá jamás reproducir. Cuando la puerta del verdadero hogar se abre por vez primera, el horizonte de la vida se abre igualmente por delante lleno de promesas (y de incógnitas). Cuando se franquea la puerta de la residencia no hay horizonte por delante, ni promesas, y si hay incógnitas, éstas son de muy diferente índole.

Las residencias de ancianos están quizás lejos de los tenebrosos asilos que aún perduraban entre nosotros hace poco años. Pero no son tampoco hogares. Se sitúan en algún punto intermedio en la línea artificial que acostumbramos a trazar entre ambos tipos de instituciones. Su punto de referencia común es la techumbre, la mesa, la convivencia y otros aspectos; pero bajo la denominación común de techumbre pueden darse distribuciones y usos del espacio tremendamente dispares; la metáfora de la mesa oculta diferencias drásticas en todo lo que constituye la actividad cultural del comer (no la biológica); hablar finalmente de convivencia, sin más, deja en el aire si se trata de vivir «al lado de» o es un compartir la vida.

Nuestro empeño en las páginas que siguen es asignar provisionalmente un cierto número de dimensiones —extraídas de la sociología de las organizaciones— a las residencias de ancianos. Decimos provisionalmente porque en el fondo se trata de una caracterización *a priori* que luego ha de ser validada o corregida por la investigación propiamente dicha. Es un ángulo de abordaje, un «filtro» interpretativo, un pre-juzicio acerca del tema de investigación tal y como aparece a los ojos del sociólogo *antes de lanzarse a su estudio*. Es una especie de mapa rudimentario, incompleto y equivocado que permite dar los primeros pasos en la exploración de un terreno desconocido. No puede ser de otra manera.

Nuestra opción teórica de base es, como hemos anticipado, el modelo de Goffman de las «instituciones totales»⁸. Ya hemos afirmado que las residencias de ancianos no son asilos como los de antes; ello equivale a reconocer que el modelo de Goffman no se ajusta enteramente a ellas. Nuestro trabajo preliminar es realizar una selección depurada y razonada de aquellos aspectos que Goffman asigna a sus «instituciones totales» y que, *por hipótesis*, son aplicables a las de ancianos en nuestras coordenadas culturales. Una vez avanzado el esquema interpretativo proyectaremos sobre él la investigación empírica llevada a cabo.

3. LA INSTITUCION GOFFMANIANA COMO TELON DE FONDO DE LAS RESIDENCIAS DE ANCIANOS

Al delinear Goffman su conocida e influyente teoría sobre las *total institutions* era bien consciente de que estaba proponiendo un «tipo ideal» a lo Max Weber. El mismo afirma en un momento dado: «Ninguno de los rasgos que

⁸ E. GOFFMAN, *Internados*, Buenos Aires, Amorrortu, 1970.

voy a describir se aplica exclusivamente a las instituciones totales y tampoco se dan con la misma intensidad en todas ellas»⁹. Con este preámbulo quisiéramos salir al paso de las críticas que se nos podrían hacer al elegir un modelo de sistema organizativo extremado y que, adoptado sin matices, sería inadecuado para describir las instituciones de ancianos.

En realidad, el concepto de «institución total» tiene un campo de aplicabilidad muy amplio, como ha señalado McEwen¹⁰. Entre las instituciones-organizaciones de la vida normal ciudadana y las típicamente «totalitarias» no hay solución de continuidad. El problema teórico consistiría en seleccionar una serie de variables clave, propias de toda organización, y estudiar cómo impregnan de manera extremada aquellas que caracteriza Goffman de «totales». No es nada fácil esta empresa y tampoco pretendemos crear escalas cualitativas que permitan «medir» el grado de «totalitarismo». Señalaremos algunas que la literatura sociológica acepta como importantes y las aplicaremos a las residencias de ancianos.

Goffman afirma que la institución total es una mezcla de «comunidad residencial y de organización reglamentada». Suscribimos la opinión de que el *grado de internamiento* (medido por la frecuencia e intensidad de intercambios con el mundo externo) y *la reglamentación* son dos polos fundamentales de articulación del modelo. De ellos pueden derivarse otras de sus características. Consideremos cómo pueden aplicarse estas dimensiones a las residencias de ancianos.

Toda organización, del tipo que sea, tiende a absorber a las personas que a ella pertenecen. Para ello delimita unas fronteras con el exterior. Las organizaciones son ámbitos ecológicos¹¹. Parte de su riqueza estriba, paradójicamente, en el tipo de intercambios que establece con otros ámbitos. En la medida que toda la vida de una persona discurre dentro de la institución, ésta cobra el matiz de «total». Las instituciones de ancianos son más propensas a revestirse de este carácter cuanto más deteriorados, física o psíquicamente, se encuentren sus residentes. En ello comparten el destino casi forzosamente con los hospitales¹².

La segregación de los ancianos del mundo extrarresidencial no tiene el mismo matiz que en otras formas de internamiento. Puede venir impuesta por una salud precaria, por dificultades psicomotoras o de autonomía; quizás es forzada por el olvido o lejanía de la familia. En cualquier caso, no es un *a priori* inscrito en el diseño organizativo ni se aplica dentro de una política de coerción. Lo cual no quiere decir que no produzca los mismos efectos que en otros tipos de internados. Lo que ocurre es que, de hecho, los ancianos ya están bastante marginados antes de entrar en la institución residencial. Esta, por tanto, no hace más que sancionar aquella impresión que puede se haya ido aposen-

⁹ *Ibidem*, p. 19.

¹⁰ C. A. MCEWEN, *art. cit.*

¹¹ U. BRONFENBRENNER, *The Ecology of Human Development*, Harvard U. P., 1979.

¹² E. FREIDSON, *Profession of Medicine*, New York, Dodd Mead, 1970.

tando en la mente del anciano antes de ir a la residencia y que ciertos autores han constatado a propósito del *disengagement*, a saber, que tiende a darse, con carácter más o menos transitorio, en la primera fase de internamiento. Cabe preguntarse si la nueva situación «ecológica» no será la que hace aflorar en el primer plano de la conciencia del anciano su irremediable apartamiento y así se desencadena la reacción que le lleva a desentenderse de lo que le rodea. Goffman¹³ piensa aquí que ésta quizás sea una de las estrategias de adaptación de los internados a la institución.

Una de las características de los colectivos de internados, agudamente señalada por Goffman, es la de que en su seno se genera una subcultura, esto es, un universo de significaciones y de normas tanto más *sui generis* cuanto más segregado se siente el colectivo *vis à vis* del universo cultural circundante (y dominante). Este es un aspecto que vale la pena comentar con respecto a los ancianos que viven más o menos reclusos/aislados en una institución residencial. Aunque éste no ha sido un punto que hayamos investigado directamente a lo largo de nuestro trabajo, la impresión general que tenemos (y que apoya la representación social que existe acerca del anciano que vive en residencias) es que la institución residencial no es un caldo de cultivo de una subcultura propiamente hablando sino, como mucho, de una versión empobrecida de la cultura ambiente. Toda versión de subcultura que nace en un enclave social de marginados se configura, en general, como respuesta adaptativa a las condiciones de vida que allí se dan y también a las relaciones e intercambios con la cultura circundante. En una palabra, *por encima de todo se establece para que los individuos sobrevivan en el seno de una colectividad solidaria*. Esta función de la cultura no tiene mucha fuerza ni urgencia en el caso de ancianos internados; allí no se dan los constreñimientos que acabamos de enumerar y, sobre todo, no se da una conciencia colectiva solidaria. Existen, sí, modalidades de adaptación a la vida de la residencia por parte de los ancianos, pero suelen estar teñidas de individualismo: son soluciones personales. Una de las razones es, como hemos apuntado, que un colectivo de personas con una larga historia de vida detrás de sí no es fácil de amalgamar en una «familia» (versión edulcorada de la ideología residencial) o en un «grupo primario/secundario» (versión neutra de la psicología). Una subcultura, en la medida que es un sistema de vida y de interpretación de la realidad orientado a la supervivencia solidaria, implica un componente dinámico de cooperación que orienta los esfuerzos en función de expectativas de grupo asumidas como tales por todos. Este punto crucial es difícil que se dé en los ancianos internados, una de cuyas características, como veremos, es la ausencia de un «proyecto de futuro», puesto que su situación es una materialización de que su participación en actividades socialmente válidas se ha reducido drásticamente.

En las instituciones totales goffmanianas, una de las fuerzas que concurren en la aparición de la subcultura es la resistencia de los reclusos a las imposicio-

¹³ GOFFMAN, *ibidem*, p. 69.

nes del *staff* que las dirige. La oposición entre ambos estamentos crea una dinámica en el grupo de internados que se traduce, entre otras cosas, en normas y modos de proceder cuya validez estriba, ciertamente, en su eficacia para hacer frente a la situación pero también en el valor simbólico de confrontación que implican. Lo que hemos denominado subcultura es en realidad una contracultura. Esta, al afianzarse, ahonda la distancia entre ambos estamentos. La cultura de los internados es, pues, un «arma simbólica» de resistencia y de identificación de grupo. Ser iniciado en ella y asumir sus símbolos de pertenencia plena resulta socialmente muy atractivo a los reclusos; es casi su única salida. Todas estas circunstancias se dan sólo muy tenuemente —si es que se dan— en los ancianos internados en las residencias tradicionales. Dicho en otros términos, para que se den, tendría que cambiar mucho el régimen de aquéllas y la representación que los ancianos tienen de sí mismos. Quizás fuera más apropiado hablar aquí de «desculturización»¹⁴ en la medida en que una vida bajo tutela prolongada, junto con la disminución de facultades que suele acompañar la fase de envejecimiento, atrofia la capacidad de captar/asimilar las transformaciones culturales (nuevas normas, valores, significaciones) que se suceden en el mundo extrarresidencial.

Relacionadas con lo anterior aparecen en las residencias (o instituciones totales) lo que Goffman llama «adaptaciones secundarias»¹⁵. Son prácticas que nacen allí, a veces contraviniendo el reglamento, a veces «reinterpretándolo», y que permiten a algunos individuos obtener satisfacciones marginales. El observador quizás a primera vista sólo advierta el carácter material de las mismas (un rincón donde se pueden reunir algunos para fumar o jugar apostando dinero, una relación de amistad con un residente de otro sexo, etc.), pero más allá de todo ello hay que verlas como un desafío a las limitaciones del reglamento y del control existente en la institución. En la medida en que el afán secreto de toda institución residencial es definir un *modo de ser* —a través de cómo se puede y se debe uno comportar allí dentro— las adaptaciones secundarias han de contemplarse como una reacción saludable de la personalidad y una manifestación (más simbólica que real) de que el individuo controla aún parte de su situación. Las adaptaciones secundarias existen en las residencias de ancianos pero, como antes hemos sugerido, suelen ser respuestas individuales o de un pequeño grupo. Dicho en otros términos, se detectan puntualmente y ello hace que no puedan considerarse como parte de la subcultura.

* * *

Pasemos ahora a comentar la segunda dimensión de la vida residencial que es la imposición de un reglamento, el cual, como asegura Goffman, «aplica a las personas un trato *standard* y provee la satisfacción de sus necesidades

¹⁴ *Ibidem*, p. 26.

¹⁵ *Ibidem*, pp. 63 y ss.

mediante un sistema de organización burocratizado»¹⁶. Comencemos por reconocer —en descargo de las residencias de ancianos— que toda agrupación necesita para funcionar de una reglamentación, por mínima que sea. Otra cuestión es el origen de la tal reglamentación, la fuerza que tiene y el segmento de la vida de la persona que abarca. A través de las normas que impone, una institución impregna la vida de los participantes en el sentido que se constituye en un contexto, más o menos amplio, de su vida y actividades. Los papeles de las personas están más focalizados en la organización si ésta constituye un enclave segregado del mundo circundante. Una tal segregación puede que esté inscrita en los objetivos de la propia organización, como ocurre en las cárceles, hospitales psiquiátricos o conventos; otras veces el aislamiento es un mero resultado del estado de salud y vitalidad de los residentes, como acaece con los ancianos. Goffman ha denunciado sus efectos deletéreos. ¿Cuáles son constatables en las instituciones de ancianos? Sin pretender generalizaciones abusivas, enumeramos algunos.

Una reglamentación (y más cuando enmarca la totalidad de la vida cotidiana) arrebatada a los sujetos el poder de organizar incluso las actividades más triviales a su aire. Por ejemplo, impone comer en horas prefijadas y coarta la posibilidad de «tomar algo entre horas»; se va a dormir a horas o en momentos determinados y quizás el acceso a las habitaciones está prohibido fuera de esos momentos; la TV o las formas de ocio tienen sus horas; las salidas igualmente, etcétera. Muy probablemente, algunas de estas normas de horario no son estrictas y se aceptan las excepciones *con la condición de que se pidan los correspondientes permisos*. El comentario de Goffman es rotundo: «Todo reglamento frustra al sujeto en su empeño de ajustar sus necesidades a sus objetivos de la manera que le parezca más eficaz; además lo hace susceptible de sanciones. La autonomía de su acción le es arrebatada»¹⁷.

El trato colectivo, efecto de la reglamentación, se manifiesta de forma más evidente en el expolio de la privacidad: muchos ancianos, y no únicamente los económicamente débiles, se ven obligados a convivir con extraños en las situaciones que nuestra cultura define como «íntimas». A veces —no siempre— a la promiscuidad se añade la dificultad de acotar un «territorio», por mínimo que sea, y de «marcarlo simbólicamente» dentro de un espacio común (detalles de decoración personal en la habitación, uso de cubiertos y servilletas propios, etcétera). Otras manifestaciones más sutiles se dan en la exigencia reglamentaria de indagar en la vida, los antecedentes, el nivel económico del anciano, como paso previo a su admisión en la residencia. En una palabra, este trato común e igualitario —en la medida que es una imposición burocrática y no nace de un consenso entre residentes— es humillante y es un atentado a la personalidad, puesto que ignora voluntariamente las diferencias que la caracterizan en su singularidad.

¹⁶ *Ibidem*, p. 20.

¹⁷ *Ibidem*, p. 49.

Un tema importante a tratar aquí es el de las «justificaciones racionales»¹⁸ que sirven de sustento a la normativa de la residencia. No hay, evidentemente, ninguna intención punitiva ni pedagógica (de reinserción social) en la imposición del reglamento y la exigencia de que se cumpla; más bien hay una cierta representación o prejuicio de lo que es un anciano junto con una mentalidad burocrática que dice asumir seriamente responsabilidades de custodia. Muchas de las normas que rigen en las residencias son para «proteger» a los ancianos de las carencias inherentes a su vejez: las habitaciones no tienen llave para que no se encierren allí; no se les permite tener provisiones para que coman bien a sus horas y no desordenadamente; no se les permite salir solos para no sufrir accidentes; cuando salen llevan poco dinero para que no se lo roben o no lo malgasten; se les disuade de acudir al médico porque son maniáticos de sus achaques (incurables), etc. Los directores y cuidadores de las residencias establecen estas normas porque se declaran responsables, ante las familias y ante las autoridades, de la vida y del bienestar de los ancianos residentes. Una lectura más sutil de todo esto nos sugiere que una función latente de las normas es reducir al mínimo la incertidumbre de la conducta de las personas que conviven en grupo. O, lo que es lo mismo, poderlas manejar con comodidad y de acuerdo a la ley del mínimo esfuerzo. En el caso de los ancianos, la resistencia al reglamento no puede ser muy fuerte, sus posibilidades de sortearlo son escasas y dependen de su indefensión y de su estado de salud. El *staff*, por tanto, goza de una inmunidad casi total a la hora de imponerlo y de exigirlo.

Todo concurre a que los ancianos que viven recluidos en residencias (y tanto más cuanto su estado de salud intensifica su reclusión) acaben por asumir un *status* de persona disminuida; la interiorización correspondiente se traduce en una representación de un «yo» degradado. El lenguaje que se utiliza para dirigirse a algunos ancianos es a este respecto revelador. Hay cuidadores que llaman a los ancianos por el apellido y los tutean; otros se dirigen a ellos llamándolos «abuelo/abuela». Y es que, como comenta Goffman, «no poseen un *status* suficiente como para merecer las consideraciones de cortesía más elementales; por la misma razón no se molestan en escucharles»¹⁹.

No existe, además, la posibilidad de «contestación» o de rebelión, ya que todo lo que allí se hace es «para bien» del residente. Al llegar aquí, el análisis de Goffman lleva el modelo a sus últimas consecuencias psicosociales cuando afirma que el internamiento desemboca en una remodelación del yo de tal manera que la persona acaba siendo lo que la institución pide que sea a través de sus prácticas de vida y aplicaciones reglamentistas y al margen totalmente de su discurso ideológico. Decíamos al comienzo de este artículo que el internamiento tenía implicaciones éticas. Por vías distintas a las de Foucault, Goffman entronca con esa misma conclusión: «Este ensayo es una tentativa por abordar el estudio del yo desde el ángulo de la institución. Se centra en los

¹⁸ *Ibidem*, pp. 55-56.

¹⁹ *Ibidem*, p. 54.

aspectos *morales* del “curriculum” de la persona internada, es decir, analiza el ciclo de modificaciones que se producen en su personalidad por el hecho de “hacer allí carrera” y también en las modificaciones del sistema de representación por el que toma conciencia de sí mismo y de los otros»²⁰.

El panorama que Goffman esboza de las instituciones totales es coherente con esta orientación. Nos describe la carrera del internado en el hospital psiquiátrico como un abanico de humillaciones, despojos, desprecio a su personalidad que aniquilan la imagen que él podía sustentar de sí mismo y la sustituyen por la que la institución proyecta implacablemente y que es la adecuada a su *status* allí dentro. Ahora bien, tratándose de instituciones de ancianos, ¿tiene visos de mantenerse esta visión pesimista goffmaniana? ¿Es realmente la trayectoria del anciano residente un cúmulo de humillaciones y de asaltos a su identidad original que la destruyen y la degradan?

John F. Myles²¹ ha discutido esta posición de Goffman y sostiene que, al menos en la población de ancianos canadienses que él estudió, los residentes —incluso enfermos o impedidos— no tienen de sí mismos una imagen de disminuidos, como pudiera esperarse de todas estas premisas que hemos ido acumulando. Como preámbulo de su trabajo, Myles recupera los trazos más sombríos del cuadro de Goffman y que acabamos de esbozar. Sin duda, este fondo oscurantista le permitirá un buen contraste con las conclusiones a que ha llegado. Escoge dos poblaciones de ancianos canadienses: una de residentes en instituciones y otra de no residentes, y analiza comparativamente su apreciación subjetiva del estado de su salud. Al mismo tiempo evalúa ese mismo estado de salud mediante unos parámetros objetivos (nivel de incapacidad, enfermedades crónicas diagnosticadas y estancias en hospital). A partir de todo ello elabora un índice de incapacidad física. Los resultados que arroja su encuesta son bastante sorprendentes para quien entra en materia con prejuicios goffmanianos: la salud de los ancianos que viven en residencias está objetivamente más deteriorada pero poseen, en comparación a los que no están institucionalizados, una imagen más positiva de su estado. Dicho en otros términos, y casi con las mismas palabras de Myles: a igual grado de enfermedad física, los ancianos residentes en una institución se consideran a sí mismos menos enfermos y menos disminuidos físicamente que los no residentes. Su tesis es, en definitiva, que *vivir en una institución mejora la percepción que el anciano tiene de su estado real de salud*.

Las cosas empiezan a enturbiarse cuando Myles avanza sus premisas y se plantea la relación que puede existir entre esta impresión de sentirse más/ menos enfermo y/o incapacitado y lo que él llama «satisfacción de vida», concepto que no define claramente, remitiendo a un índice elaborado por otros autores. Su razonamiento, en líneas generales, es como sigue. Se acepta que

²⁰ *Ibidem*, p. 134.

²¹ J. F. MYLES, *Institutionalizing the elderly: an empirical assesment of the sociology of total institutions*, PhD Thesis, University of Wisconsin, Madison, 1977.

sentirse con buena salud está correlacionado con el nivel de «satisfacción de vida». Puesto que los ancianos institucionalizados se sienten mejor de salud que los no institucionalizados habrá que concluir que vivir en una institución de ancianos conduce a una mayor «satisfacción de vida». De aquí a la conclusión final no media más que un paso: para lograr una mayor satisfacción de vida se recomiendan las instituciones residenciales. ¿Da pie el estudio de Myles a esta conclusión que él no llega ciertamente a formular con esta misma nitidez? Digamos que Myles limita sus esfuerzos a contestar una cuestión más retórica: «Puesto que la probabilidad de que el cliente encuentre disruptivas su enfermedad e incapacidad es menor cuando vive en una institución, ¿hay que suponer que su nivel de “satisfacción de vida” se incrementará allí dentro?»²². Esta pregunta recibiría, según él, una respuesta positiva si los efectos de la enfermedad-incapacidad real sobre la «satisfacción de vida» fueran iguales que los efectos de la enfermedad-incapacidad percibida en las dos poblaciones de ancianos o fueran menores en los institucionalizados. (Esto significaría que la percepción de la propia incapacidad cuando menos no aumenta por el mero hecho de estar internado; si además disminuye, la situación de internamiento —siempre dentro de la correlación entre «impresión sobre la salud propia» y «satisfacción de vida»— contribuye a *sentirse mejor y más satisfecho allí dentro.*)

Lo menos que puede decirse es que se trata de un concepto restringido de satisfacción de vida que implica un contexto de institución no tanto de internamiento sino hospitalaria y medicalizada como el que, al parecer, es en el que Myles investiga. Lo que esto, en todo caso, significa es que cuando el anciano tiene en primer plano de sus preocupaciones su salud (o el investigador centra aquí toda su indagación) es fácil sacar la conclusión *lógica* de que su satisfacción de vida gira en torno al núcleo salud/enfermedad. Si, por añadidura, se siente bien atendido por la institución en este aspecto, quizás otras dimensiones del entorno pasen momentáneamente a un segundo plano de interés. De todos modos, es interesante que los efectos positivos de la institucionalización son más claros en los casos de incapacidad física, lo que permite concluir al autor que «las residencias contribuyen a paliar las consecuencias de la incapacidad»²³.

En definitiva, creemos que la investigación de Myles ha de limitar sus conclusiones a lo que demuestra (y que es sólo aplicable al contexto institucional canadiense, mientras no se pruebe que son extrapolables), a saber, que la impresión subjetiva de «buena salud» mejora en un ámbito institucional dentro de ciertas condiciones de atención y medios técnicos que habría que especificar mucho más (pero que Myles sólo deja entrever). El punto final de la argumentación de Myles es que «dentro de una institución cuyo objetivo es paliar el potencial disruptivo de la incapacidad física y de la enfermedad» el anciano

²² J. F. MYLES, «Institutionalization and sick role identification among the elderly», *Am. Soc. Rev.*, 1978, 43, p. 516.

²³ *Ibidem*, p. 515.

se siente «menos estorbo» que fuera; como además la función del *staff* de la institución es cuidar del enfermo y del disminuido, «es de esperar que sus atenciones sean mayores que las que le conceden en el medio social externo»²⁴. Como remate, «los ancianos son menos propensos a incorporar en la definición de sí mismos el carácter de “enfermos” o de “disminuidos”». Pero justamente lo que Goffman discute es que, al margen de los objetivos declarados de las instituciones residenciales (objetivos muy humanitarios), y de su nivel de competencia técnica y asistencia, el medio organizacional tiende a estar muy burocratizado, el anciano muy sometido a control. Nuestra propuesta es que todos estos aspectos son tan importantes para evaluar la «satisfacción de vida» como la impresión subjetiva de sentirse con buena salud o suficientemente atendido en caso de enfermedad o disminución física. Mientras no se contrasten los aspectos que ha trabajado Myles con los específicamente goffmanianos es apresurado comunicar una visión optimista del internamiento residencial sólo basándose en que allí parece que los ancianos alimentan la impresión de sentirse con mejor salud que la que realmente tienen. Abunda la literatura gerontológica que mantiene justamente lo contrario, como recoge María Jesús Miranda en sus conclusiones: «Parece evidente que las instituciones para ancianos limitan su autonomía, reducen su actividad y aumentan los motivos por los cuales un anciano se muestra insatisfecho de la vida»²⁵.

4. UN ENFOQUE DEL ENVEJECIMIENTO INSTITUCIONALIZADO EN TERMINOS DE «CONTROL PERSONAL»

Aunque de entrada prescindieramos de la versión goffmaniana de las instituciones de ancianos, la vida allí dentro posee una reglamentación que, si no constriñe, por lo menos sienta ciertos límites a los proyectos, planes y formas de actividad libre que los ancianos residentes podrían llevar a cabo. Envejecer en nuestra sociedad hoy es comprobar cómo va quedando progresivamente limitado el horizonte de posibilidades de acción. Y ello no sólo en razón de la disminución física, a veces lenta y bien llevada, sino más concretamente por los prejuicios y determinaciones sociales que hacen que avanzar en edad comporte casi fatalmente el sentir que las expectativas sociales van sufriendo rebajas.

Verse confinado en una institución puede llevar (dada la imagen que da la prensa de estos centros cuando los toma como noticia) a identificarse inconscientemente con el anciano víctima de abusos de diversa índole. Para comenzar, el anciano rara vez puede escoger por sí mismo la residencia en la que va a morar en lo sucesivo. Una vez dentro, le será asignada una habitación (muy

²⁴ *Ibidem*, p. 519.

²⁵ M. J. MIRANDA, *Análisis sociológico del internamiento de ancianos*, Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología, Madrid, 1985, p. 146.

probablemente compartida con otras personas), se le llamará más o menos delicadamente la atención sobre aspectos de horario, actividades, salidas, visitas, comidas, arreglo personal, momentos de ocio, etc., al efecto de que se ajuste a lo reglamentado o a las costumbres de la institución. La información sobre su estado de salud y sobre lo adecuado de los cuidados que recibe le será escatimada so pretexto de que no se preocupe. Es escasa la consideración social que deja traslucir el lenguaje y el trato de los cuidadores hacia el anciano; puede sentirse rebajado al nivel infantil. La institución fomenta y premia en los ancianos una actitud sumisa y pasiva. Todo este panorama puede enfocarse como un *proceso paulatino de pérdida de control*, el control que toda persona adulta ejerce sobre las circunstancias más habituales que le afectan como miembro de un grupo que participa plenamente de su vida social.

El control es un constrictor personal y subjetivo que hace referencia a una actitud o postura de la persona frente a los acontecimientos que le suceden. Sentir que «uno controla la situación» o que la «domina» resulta, por una parte, de la experiencia de ser eficiente y competente para ello. Esto redundaría en una evaluación de las propias capacidades de control. Pero, por otra parte, también depende de la naturaleza del fenómeno o suceso a controlar, de qué tipo de reto supone y cómo objetiva uno los medios o la actividad adecuada para dominarlo. El sentimiento que la persona adquiere de «poder controlar» depende, pues, de una historia de transacciones con el entorno natural y social.

Si de estas consideraciones generales pasamos ya a una operacionalización del concepto de control nos encontramos con una gran variedad de enfoques dentro de la psicología. Muchos autores adoptan una perspectiva excesivamente estrecha de la noción de control (y de su correlativa de pérdida de control), puesto que para ellos una persona posee control sobre algo cuando puede predecir, prever o anticipar ese algo y, consiguientemente, adoptar posiciones y hacer frente. El término que suele utilizarse es el de «contingencias», entendiéndose por ello la concatenación entre antecedente/consiguiente o bien la de causa/efecto. Tener control es, pues, haber trazado un «mapa» de contingencias; es persuadirse de que el entorno no es puro caos sino que hay redundancia, previsibilidad y una panoplia de recursos a punto. Dentro de esta línea hay una investigación típica que suele citarse en la literatura. Fue realizada por Schulz²⁶ para evaluar los efectos que tiene en los ancianos institucionalizados la sensación de conservar/perder el control sobre un suceso. Organizó unas visitas de sus estudiantes a una residencia de manera que un primer grupo de ancianos controlaban ellos la frecuencia y la duración de cada visita; para un segundo grupo las visitas eran al azar, y un tercer grupo no recibía visitas. El resultado fue que los ancianos que «controlaban» sus visitas mejoraron, desde el punto de vista psicológico, notablemente más que los pertenecientes a los otros

²⁶ R. SCHULZ, «Effects of control and predictability on the physical and psychological well-being of the institutionalized aged», *Journal of Personality and Social Psychology*, 1976, 33, 563-573.

dos grupos. Como se desprende del caso, esta noción de control es restringida y, aunque ilustra un aspecto, no es de gran alcance.

Para otros autores²⁷, la noción de control va más allá de esta percepción/asimilación de contingencias. En línea con lo que se ha expuesto al principio del párrafo anterior, el control está íntimamente ligado a los procesos personales de autorregulación, es decir, a la manera cómo la persona humana regula sus transacciones con la naturaleza material y con sus semejantes. De ahí nace ese rasgo de personalidad que se traduce en sentirse capaz/incapaz de «hacer frente», de «salir airoso», etc. Pero hay más. Así esbozada, la noción de control es más bien pasiva o surge como consecuencia de experiencias. Hay un componente activo y anticipador del control que también es parte del proceso de autorregulación: es el que se plasma en hacer planes y tener la posibilidad —objetiva y subjetiva— de llevarlos a cabo. Controlar la propia vida es poseer aquel mínimo de capacidades físicas y psíquicas (y que se las reconozcan a uno) para llevar a cabo actividades que entran dentro de la vida normal: salir/entrar de casa, tener acceso a lugares públicos, disponer libremente del propio dinero, establecer relaciones sociales, etc. Son éstas actividades primordiales; la gama de las actividades realizables en nuestra cultura es, obviamente, mucho más amplia. Frente a la noción de pérdida de control conductista basada en la idea de las contingencias e ilustrada en el experimento de Schulz, es más interesante la noción psicosocial que articula el sentimiento de control en el núcleo del yo y lo contempla en relación con un abanico de actividades sociales de todo tipo. Esta segunda conceptualización del control tiene además connotaciones ecológicas²⁸.

Los autores que tratan del control en relación con el proceso de envejecimiento²⁹ hacen hincapié en la distinción entre control real y percepción subjetiva del control. Dicho más claramente, no es lo mismo la capacidad real que uno tiene de ejercer control sobre determinado acontecimiento que la estimación que uno hace de la capacidad que va a poner en juego a ese efecto. Esta doble vertiente del control podría igualmente traducirse en términos de expectativas. Una cosa es la expectativa de conseguir algo y otra es la expectativa que uno tiene de sus propios recursos. Estos últimos pueden ser diversos para un mismo objetivo y la evaluación que se haga es determinante a la hora de poner en marcha planes de acción, como veremos en seguida, acerca de la actitud pasiva y complaciente de los ancianos frente a la beligerante en sus relaciones con el *staff* de la institución. De todas maneras, el hecho de que aunque a veces el entorno sea reacio a someterse al control del individuo ello no implica que éste interprete su fracaso como pérdida de control, sugiere una interesante y no trivial relación entre el yo (el sentimiento de ser alguien eficiente y competen-

²⁷ J. KUHL, «Aging and models of control: the hidden costs of wisdom», en M. M. Baltes y P. B. Baltes (eds.), *The Psychology of Control and Aging*, Erlbaum, 1986, pp. 1-33.

²⁸ *Ibidem*, p. 14.

²⁹ Para una exposición actualizada, véase M. M. Baltes y P. B. Baltes (eds.), *The Psychology of Control and Aging*, Erlbaum, 1986.

te) y los efectos objetivos de la competencia y eficiencia sobre el entorno³⁰. En otros términos, hay que postular la primacía del sentimiento de «ser eficiente». Es el gran elemento mediador del nivel de ejecución de tareas; es un reactivador-propulsor del control.

La pérdida de control en los ancianos institucionalizados, a la vista de estas consideraciones, ha de analizarse más matizadamente que lo que suele hacerse en una aproximación de «sentido común». En efecto, siguiendo a White y Janson³¹, hay que distinguir entre la pérdida de control real a que ciertamente están más expuestos los ancianos institucionalizados y las formas de control psicológico o secundario que son eficientes (o lenitivas, según se tome) y que, en todo caso, no hay que despreciar. El control secundario, según estos autores, no trata de doblegar el entorno sino de plegarse a él de una manera psicológicamente satisfactoria. Hay diversos tipos de control secundario que van desde la predicción de sucesos que le afectan al fatalismo o la resignación (supersticiosa o religiosa) y, todos ellos, tratan de amortiguar o superar el impacto.

La pérdida de control, precisamente porque esta capacidad la vinculamos al núcleo de la persona, tiene efectos deletéreos en el anciano. Puede dar origen en él a un sentimiento de incompetencia y de inutilidad. Ello puede seguirse de una disminución de la motivación para emprender actividades, para superar dificultades, para «negociar» transacciones de la vida cotidiana. La pérdida o disminución paulatina del control subjetivo hace que cambie la significación de los conflictos o dificultades habituales en la vida cotidiana y el anciano, institucionalizado o no, se sienta enormemente desamparado. El estadio más avanzado de «descontrol» sobreviene cuando la persona, a consecuencia de una serie de fallos en su capacidad de controlar acontecimientos que tienen para él relevancia, interioriza el sentimiento de su incompetencia y se siente totalmente indefenso: es el estado de «indefensión aprendida».

Las consecuencias sobre la salud (física y mental) de la pérdida de control han sido y están siendo estudiadas³². Aparece generalmente una disminución del tono vital que puede degenerar en depresiones o enfermedades. La apatía y el *disengagement* son en muchas ocasiones manifestaciones de esos estados pre-depresivos. La aceleración del proceso de envejecimiento suele ser otra de las secuelas del sentimiento de la pérdida de control. Dentro de las instituciones, donde los investigadores indagan el nivel de satisfacción vital que manifiestan los ancianos, a más constreñimientos (menor control), mayor probabilidad de detectar síntomas depresivos. Igualmente hay disminución de la actividad, la

³⁰ F. SIGRUN-HEIDE y T. KLAUER, «Conceptions of self over the life-span: reflections on the dialectics of change», en M. M. Baltes y P. B. Baltes (eds.), *The Psychology of Control and Aging*, Erlbaum, 1986, pp. 167-205.

³¹ C. B. WHITE y P. JANSON, «Helplessness in institutional settings: adaptation or iatrogenic disease?», en M. M. Baltes y P. B. Baltes (eds.), *The Psychology of Control and Aging*, Erlbaum, 1986, pp. 297-313.

³² J. RODIN, «Health, control and aging», en M. M. Baltes y P. B. Baltes (eds.), *The Psychology of Control and Aging*, Erlbaum, 1986, pp. 139-166.

moral suele ser baja. Es interesante comentar que varios autores miden estos efectos basándose simplemente en la gama de opciones que se permite tomar a los residentes, opciones que son las «normales» en la vida cotidiana de un adulto no institucionalizado. A mayor gama de opciones (salidas, flexibilidad de horarios, facilidad de relaciones, etc.), mayor satisfacción vital en los ancianos.

A la vista de estos estudios parece obvio que una de las líneas de política social sea flexibilizar el medio institucional y permitir así a los ancianos residentes un mayor control sobre su vida y actividades. Sin embargo, algunas investigaciones han puesto sobre el tapete que cualquier política de este tipo ha de ser cuidadosamente planificada para evitar que aparezcan efectos secundarios perjudiciales. Por ejemplo, en la investigación de Schulz, antes mencionada, se vio que aquellos ancianos que habían resultado beneficiados en primera instancia al controlar ellos las visitas, luego, al cesar la experiencia, sufrieron una fuerte decepción y algunos se deprimieron. Crear unas expectativas e incluso un cierto lazo afectivo entre residentes y visitantes para luego romperlas, puesto que se trataba de una «experiencia» (para los científicos), tiene aspectos dudosos éticamente hablando. Schulz mismo lo reconoce. La moraleja es que cualquier plan de mejorar el control de los residentes (y conseguir los buenos efectos que se postulan) ha de ser consistente y duradero. Ha de ser una mejora «ecológica» y no un ensayo «a ver qué pasa». La rutina que se establece en las residencias sería un elemento de mayor control (dentro de la teoría conductista) ya que introduce una gran predicibilidad. Pero junto con ello trae consigo un desinterés y desatención incluso de las propias acciones. Y la «desmentalización» es, quiérase o no, una renuncia al control. Para que éste exista y se ejerza, el entorno ha de estar sometido a algunos cambios imprevisibles, aunque a medida de la capacidad de control de los sujetos. En otros términos, el no usar de sus capacidades de control en un entorno muy rígido y rutinario embota aquellas capacidades (por desuso) y las anula finalmente. De ahí que no se pueden introducir súbitamente en lugares de retiro muy rutinizados cambios de cualquier índole ni dejar al arbitrio de los residentes actos o acontecimientos que estaban sumamente reglamentados. Si es cierto, como dicen muchos autores, que los ancianos en nuestra sociedad practican más bien formas de control secundario (pasivo) que no primario (actividad y beligerancia), quizás sea conveniente, prosiguen, centrar al menos temporalmente los programas de intervención en mejorar el control secundario a efectos de paliar la tendencia a la apatía, a la indefensión aprendida y otras formas de depresión que se manifiestan. En todo caso, es claro que una mayor toma de control por parte de los ancianos de su vida en el seno de la residencia es un problema que escapa a los límites de ésta y las buenas intenciones de los planificadores sociales. Es algo que supone una mutación en la representación social que la sociedad tiene de las capacidades potenciales del anciano y de las sanciones que, de hecho, pone en práctica (formas de censura, de disuasión, compasión, etc.) para subrayar que ser anciano es estar en situación precaria en muchos sentidos.

RESUMEN

La proliferación de centros para ancianos que se ha producido en las últimas décadas es el reflejo de una serie de cambios que se han dado en nuestra sociedad. Este artículo parte de la propuesta de Erving Goffman del «modelo ideal» de institución total para analizar las situaciones de internamiento, de las tesis de Michel Foucault sobre la historia de la institucionalización, de McEwen y otros, para estudiar el significado social de la institucionalización de los ancianos, el grado de totalidad que rige la vida cotidiana de los centros y su justificación social, tomando como contrapunto los estudios realizados por Myles y Miranda.

Se concluye con un análisis de la situación de los ancianos que parte de las teorías del control social y la dependencia, como pilares que sustentan la investigación que se propone sobre la población anciana institucionalizada.

ABSTRACT

The considerable increase in geriatric centres that has come about during the last few decades is a reflection of a series of changes in our society. This article is based on Erving Goffman's proposal of an «ideal model» of holistic institution to analyze residential situations, on the theses of Michel Foucault regarding the history of institutionalization, and on the work of McEwen and others, with a view to studying the social significance of the institutionalization of the aged, the degree of totality governing daily life in such centres and their social justification, contrasting with studies carried out by Myles and Miranda.

The article concludes with an analysis of the situation of old people based on theories of social control and independence as the basic premises underlying the proposed research on the institutionalized geriatric population.

NOTAS DE INVESTIGACION