



COL·LEGI OFICIAL
DE TREBALL SOCIAL
DE CATALUNYA

VII PREMI DE RECERCA EN TREBALL SOCIAL DOLORS ARTEMAN
Categoria: Millor Proposta de Recerca a Realitzar

**Amarrados a la *Stultifera*:
Sobre viejos, locos y trabajadores sociales.**

Una mirada antropológica a la profesión del trabajo social y
los trastornos mentales severos en el contexto de
residencias asistidas para la tercera edad: el caso del *Camp*
de Tarragona.

Autors: Elisa Alegre-Agís ; Eduard Guasch Valls



Crèdits:

VII PREMI DE RECERCA EN TREBALL SOCIAL DOLORS ARTEMAN

Categoria: Millor Proposta de Recerca a Realitzar

Amarrados a la *Stultifera*:

Sobre viejos, locos y trabajadores sociales.

Una mirada antropológica a la profesión del trabajo social y los trastornos mentales severos en el contexto de residencias asistidas para la tercera edad: el caso del *Camp* de Tarragona.

Autors:

Elisa Alegre-Agís

Eduard Guasch Valls

Presidenta del Jurat:

Núria Carrera i Comes

Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya

Jurat:

Montserrat Bacardit Busquets

Josep Manuel Barbero Garcia

Irene De Vicente Zueras

Cristina Gené i Alegret

Sílvia Madrid Alejos

Ma. Pilar Massana Llorens

Josep Muñoz Luque

Xavier Pelegrí Viaña

Ramona Torrens Bonet

Membre RTS

Universitat de Girona

Universitat de Barcelona

Generalitat de Catalunya

Universitat de Vic

Ajuntament de l'Hospitalet

Diputació de Barcelona

Universitat de Lleida

Universitat Rovira i Virgili

Edita:

Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya

c/ Portaferrissa, 18, 1er 1^a

08002- Barcelona

Tel. 93.318.55.93

www.tscat.cat

Dipòsit legal: B-18040-2016

ISBN: 978-84-617-4895-2

Data de publicació: setembre 2016

Amarrados a la *Stultifera*: Sobre viejos, locos y trabajadores sociales.

Una mirada antropológica a la profesión del trabajo social y los trastornos mentales severos en el contexto de residencias asistidas para la tercera edad: el caso del *Camp* de Tarragona.

Resumen:

El siguiente trabajo es el resultado de un estudio etnográfico en el que problematizamos la figura del trabajador social en el contexto de residencias asistidas para la tercera edad y su labor relacionada con personas diagnosticadas de algún trastorno mental severo. Presentamos un estado de la cuestión en términos teóricos, junto con un diagnóstico y análisis de la situación en relación a la profesión. El trabajo de campo se llevó a cabo con profesionales de cinco instituciones residenciales asistidas en la zona del *Camp* de Tarragona (*Tarragonès, Alt Camp y Baix Camp*) entre 2014 y 2015. A partir de los datos etnográficos ponemos de relieve las dificultades profesionales más significativas vinculadas a su práctica cotidiana en este contexto y una serie de propuestas metodológicas para abordar los problemas más frecuentes en el marco de un mejor desarrollo de la práctica, y su consecuente mejora de atención de los usuarios.

ÍNDICE

Exordio.....	6
Agradecimientos	8
Usos del lenguaje: más allá de lo nominal.....	9
<i>L'amour conduit par la folie: motivos de la investigación.....</i>	11
<i>Desinstitucionalización o deshospitalización: los espacios de cronificación.....</i>	12
De la locura a los trastornos mentales severos.....	17
<i>Conceptualización</i>	19
Matusalén: los viejos y la fuente de la eterna juventud	24
Problematización teórica: una ubicación epistemológica del problema	30
Estado del arte	35
<i>Desinstitucionalización discursiva y desresponsabilización práctica</i>	35
<i>Las residencias negadas: el proceso asilar de la vejez</i>	40
Golpeando puertas: los puentes y los muros.	48
<i>Modos y estados de la etnografía: un portal metodológico.</i>	52
<i>La etnografía: abriendo puertas.</i>	56
Del trabajo en las residencias: la cotidianidad	61
<i>Figura conectora o de enlace.....</i>	63
<i>Seguimiento de los internos y su familia.</i>	64
<i>Vínculos y relaciones.</i>	65
<i>Estructura y coordinación con el equipo profesional.</i>	65
<i>Estabilidades y alteraciones ligadas al sufrimiento mental</i>	67
La institución total: sobre status, roles y jerarquías.....	71
<i>Status y roles.....</i>	71
<i>Estructura emocional encubierta.</i>	73
<i>Retraimiento mutuo, perturbaciones colectivas abiertas y apareamientos de grupos de rol. ..</i>	74
<i>Percepciones.</i>	77
Limén y ambigüedad: secretarías en la frontera de lo perenne.....	78
<i>Ambigüedad percibida por los usuarios (residentes y familiares)</i>	81
<i>Ambigüedad percibida por otros profesionales.</i>	85
<i>Ambigüedad autopercebida.....</i>	87
La inopia: sobre conocimientos y comunicación	91
<i>Sobre la formación y el conocimiento</i>	92

<i>La relación con los residentes pacientes</i>	95
<i>Islas psico-médicas y barreras del lenguaje</i>	100
Epílogo: la ruptura de la intercepciones	106
Guía de orientaciones prácticas:.....	111
Sobre el ejercicio de los profesionales del trabajo social en residencias asistidas para la edad en el marco de los trastornos mentales severos.	111
<i>Introducción a la guía</i>	111
<i>Formación y conocimiento</i>	113
<i>Status y reconocimientos entre los profesionales</i>	116
<i>Ambigüedad del Trabajo Social</i>	119
<i>Coordinación de la red de dispositivos</i>	121
<i>Barreras en la comunicación y el lenguaje</i>	123
<i>Participación y vinculación entre profesionales y familiares</i>	126
<i>Salud mental, TMS, desconocimiento y familia</i>	128
<i>Directivos y profesionales.</i>	130
<i>Cierre de la guía</i>	133
Bibliografía	135
Anexo 1: Cuadro de informantes	141
Anexo 2: Guión de entrevista a trabajadoras sociales	142

EXORDIO

En Antropología, las investigaciones suelen elegirse por alguna paradoja. A veces, esas paradojas son más o menos explícitas a la mirada, y otras, requieren buscarlas en lugares algo más profundos. Generalmente, esas paradojas están más cerca de lo que se piensa, y es posible que, cuanto más cerca están, más difíciles son de detectar. Otras veces, la paradoja no se convierte en tal hasta que no se hurga y se superan las superficies.

Desde la orilla es difícil encontrar algo más que las conchas vacías de los caracoles, es necesario ponerse la escafandra y sumergirse. En lo profundo, de tanto en tanto, abriendo ostras, se encuentra alguna perla; la belleza de la misma no dependerá de cuantas ostras se hayan abierto, sino de cuan pulida esté por el mar.

Lo que se presenta aquí intenta recuperar estos dos primeros párrafos. Con una paradoja en la superficie, no teníamos más que mirar a nuestros abuelos y posiblemente a nuestros padres. Vernos reflejados en ellos no era difícil, y mucho menos darnos cuenta que aquel espacio al que se los está relegando es un lugar desconocido por la mayor parte de la sociedad. En el caso de Elisa la paradoja se encarnaba en su abuela materna. Una abuela loca y vieja depositaria de un doble estigma que, quizá por ello, le resultó siempre doblemente interesante.

Eduard llevaba algún tiempo comentando a Elisa sus experiencias como trabajador social en las residencias asistidas para la tercera edad. Siempre lo escuchó con curiosidad, ya que su abuela había sido “usuaria”, “interna”, o “cliente” en una de estas instituciones.

Elisa investiga sobre las relaciones familiares en el espacio doméstico en casos de esquizofrenia. Eduard le sirvió de puente para conocer las dinámicas y lógicas en una institución total. Pero mejor aún, este espacio les sirvió a ambos para entender mejor su trabajo individual, desde el trabajo a la par.

La paradoja estaba clara: el cierre de los manicomios no hizo más que cambiarse por las residencias para la tercera edad en el caso de los “abuelos locos”. Decidieron que la convocatoria que el *Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya* ofrecía para realizar investigaciones era la oportunidad perfecta para ponerse la escafandra y bajar a buscar algunas perlas. Las que encontraron se las regalan especialmente a sus abuelos, esperando poder pulir las asperezas desde su profesión, el Trabajo Social.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer en primer lugar al *Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya* por ofrecer la oportunidad a investigadores como nosotros, y por poner en nuestras manos su confianza para llevar a cabo este estudio. En especial, queremos hacer mención y agradecer a las colegas de Trabajo Social de residencias y CSMAAs, a las de enfermería, técnica auxiliar y psiquiatría que se han dejado molestar y entrevistar a lo largo de nuestro trabajo de campo. Sin ellas no hubiera sido posible llevarlo a cabo. Gracias por su tiempo, sus inquietudes y sus propuestas; ha sido a través de su buena voluntad y sus narrativas que este texto es posible. Y no sólo eso, este trabajo es simbólicamente un trabajo en grupo, en tanto sin su práctica y conocimiento no podríamos haber realizado este análisis y humilde exposición, que esperamos, sea del agrado de los potenciales lectores y lectoras.

USOS DEL LENGUAJE: MÁS ALLÁ DE LO NOMINAL

En el marco que se propone el lenguaje de este texto queremos indicar algunas de las decisiones tomadas al momento de redactarlo. El lenguaje escrito u oral no es sólo un modo de comunicarse con los otros, sino también una forma de ser y estar en el mundo, es una ubicación existencial (Csordas 2002) y, en contextos de investigación como este, es también una posición “política”.

El uso del lenguaje que haremos en el texto está determinado por lo que nosotros hemos encontrado en el campo. Por ello, nos referiremos en la mayoría de las ocasiones a las informantes/participantes en femenino, dado que, exceptuando algún profesional de la psiquiatría, éstas eran todas mujeres. Por otra parte, con la intención de mantener cierta estética en el texto, hemos usado una serie de sinónimos para referirnos a nuestras protagonistas, las trabajadoras sociales. Éstas serán mencionadas en el texto de diversas maneras. A modo de sinónimos encontrarán: Trabajadoras Sociales, Trabajadoras a secas, colegas, informantes y compañeras de profesión. Siempre que encuentren estas referencias en el texto se referirá exclusivamente a nuestras informantes trabajadoras sociales. El resto de profesiones serán aclaradas en el mismo texto y el género que usemos estará determinado por los géneros mayoritarios que fueron reflejados en el trabajo de campo. Así, hablaremos generalmente de médicos, fisioterapeutas, psicólogos/as indistintamente, entre otros. Por otra parte, para referirnos a los usuarios y usuarias de las residencias asistidas para la tercera edad usaremos términos como: usuarios, residentes e internos. En los casos que estemos incluyendo a las familias en el marco de “usuarios” será aclarado en el texto.

Esta declaración, si se quiere, es una ubicación política en el texto, en el que no queremos dejar de hacer presente la intención de ser “equitativos” en términos de género. Para no caer en el uso de los/las, asteriscos, arrobas u otras formas

de neutralizar el lenguaje, hemos preferido que éste tenga un formato único y característico de la investigación, haciendo así visible los géneros mayoritarios que nos encontramos, sobre todo en el caso de las profesiones. Esto supone para nosotros al mismo tiempo que una posición social y política, una información añadida que los y las lectoras podrán percibir en el texto.

I

L'AMOUR CONDUIT PAR LA FOLIE: MOTIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los motivos de una investigación suelen referir a la justificación teórica y empírica de por qué era o es necesario llevar a cabo tal o cual estudio. Se exponen variables que ubiquen un problema en un lugar de interés, ya sea para la producción de conocimiento científico o por su interés social con alguna intención de transformación o intervención sobre una problemática.

En este caso pensamos que no sólo es pertinente hacer lo anterior, sino también explicar de dónde viene nuestro interés y motivación por investigar el caso de las personas mayores diagnosticadas de algún trastorno mental severo en el contexto de residencias asistidas. Esto se remonta no sólo a los datos “pertinentes” que serán expuestos más adelante, sino también a la relación personal y académica que hemos mantenido durante algunos años los dos investigadores. Ambos hemos estudiado Trabajo Social y posteriormente estudiamos juntos la Licenciatura de Antropología Social y Cultural en Tarragona. Nuestra relación siempre estuvo basada en nuestra vinculación como estudiantes y amigos. Eduard llevaba trabajando algunos años en residencias asistidas para la tercera edad como trabajador social. Elisa estaba terminando la tesis de final master relacionada con trastornos mentales severos y familia. La idea de llevar a cabo este estudio surgió con un trozo de pizza en la mano y charlando de una manera muy informal sobre lo que encontrábamos cotidianamente en nuestro trabajo o investigación: Eduard acerca de las problemáticas que sucedían en la residencia con los usuarios, los compañeros de trabajo, o la relación con los familiares de los residentes. Elisa comentaba cuestiones similares, pero en otro plano. Sin embargo, los pilares sobre los que se sostenía nuestro trabajo era el mismo: usuarios, profesionales, familia y contexto; todo ello vinculado a la figura del trabajador social. Llevábamos tiempo queriendo investigar algo que fuera de interés y motivación para ambos. No tardamos en darnos cuenta, en nuestras conversaciones, que teníamos

varios puntos en común en lo que estábamos desarrollando: muchos de los informantes de la tesis de Elisa, ahora jóvenes adultos y diagnosticados de trastorno mental severo podrían, en un futuro, ser usuarios de Eduard en una residencia.

Así comenzaron algunas de las primeras curiosidades mutuas. Nos preguntábamos qué pasa con la gente mayor que tiene algún tipo de diagnóstico, ¿van al hospital mental? ¿Se quedan en casa? ¿Hasta qué punto las familias pueden hacerse cargo de este tipo de problemas? ¿Cuál es el papel del estado? ¿Dónde recae la responsabilidad jurídica y moral de la atención y cuidado de este perfil? si ya no tenemos psiquiátricos de larga estancia y las familias no pueden sostener la situación, entonces ¿van a la residencias asistidas? El número de preguntas puede ser mucho más numeroso, y probablemente requieren de tesis e investigaciones aparte para poder resolverlas con claridad.

Lo que teníamos claro y nos resultaba más familiar era, por un lado, el trabajo con una serie de patologías y un espacio determinado. Lo que nos unían en esos planos era ser trabajadores sociales e identificarnos automáticamente con la figura profesional que es nexo entre aquellas entidades que teníamos en común desde el principio: usuarios, profesionales, familia y contexto.

Desinstitucionalización o deshospitalización: los espacios de cronificación.

La desinstitucionalización de enfermos mentales obedeció al crecimiento exponencial e insostenible económicamente de internados en manicomios (Grob 1985), a las posibilidades abiertas por moléculas activas frente a los TMS y al rechazo del público y de los profesionales de los modelos custodiales (Goffman 1961; Basaglia 1972). Sirvió además para cribar pacientes e impulsar la especialización de instituciones en salud mental, que devenía de la propia especialización de la Medicina. En España, el fenómeno sucede de forma tardía

en relación a otros países europeos con la Ley General de Sanidad en 1986 (LODDMFAS, 14/1986, de 29 de abril) en la que se dedica sólo un capítulo (Capítulo 3 De la Salud Mental) que consta de un artículo (Artículo 20), y sólo cuatro puntos de desarrollo para la salud mental.

La gestión de los pacientes con TMS se desplazó a las salas de agudos en hospitales psiquiátricos o generales. Su seguimiento se derivó a la estructura de dispositivos ambulatorios, que a su vez, tienen su gestión delegada a empresas privadas. Tras un tratamiento intensivo y la remisión de las fases agudas, el proceso “culmina” con devolver el paciente a su domicilio. Seguidamente, se sigue al paciente mediante los dispositivos externos cuya estructura ha ido convergiendo por la unificación diagnóstica impulsada por el CIE-10 y el DSM. Sin embargo, estos enfermos siguen necesitando “tutela” jurídica y médica, por su “falta de autonomía” y porque está en juego la *responsabilidad* de sus actos. La Ley de Sanidad (LODDMFAS, 14/1986, de 29 de abril) articuló su tutela jurídica con medicalización de su tratamiento no en manicomios, sino en salas de hospital general (Comelles 1988).

En España, los primeros intentos de desinstitucionalización (González de Chávez 1980) revelaron que la reinserción social de los pacientes dependía de su red social (Correa Urquiza et al. 2006), circunstancias económicas y capacidad de integrarse laboralmente. Se observó que se “cronifican en casa”, y que alternan ingresos breves, con estancias medias largas a domicilio con o sin soporte de dispositivos externos. Son los “nuevos crónicos” que el tiempo no ha desmentido.¹ El asociacionismo de afectados y familiares (Canals Sala 2002) evidencian que el problema se ha agravado incluso con el despliegue del dispositivo, dado que en muchos casos el seguimiento es demasiado laxo en el tiempo y muchos no acuden a las citas. Los espacios destinados a su tratamiento y terapéutica están invadidos por lógicas psiquiátricas biologicistas

¹ Para un seguimiento de la psiquiatría social en España son indispensables las colecciones completas de las revistas *Psiquiatría Pública* y *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, así como las Jornadas nacionales de la AEN, y de sus organizaciones territoriales.

dejando relegada a la figura del trabajador social como un ente poco más que administrativo y burocrático.

Observamos que las personas diagnosticadas de TMS necesitan cuidados específicos que requiere una tesis aparte. Debido al perfil que hemos seleccionado para nuestra investigación entendemos que se produce un fenómeno de agudización del problema -agravándose las necesidades en el caso de la tercera edad- al no tener actualmente dispositivos especializados que contemplen la dualidad vejez-TMS. Tampoco tenemos una guía práctica para Trabajadores Sociales en residencias asistidas que le ayude en una labor, como nuestra propia denominación indica, social. Históricamente nuestra profesión sufre especialmente las consecuencias de la subestimación que padecen las ciencias sociales en general con respecto a las ciencias duras -entre las que se encuentra la psiquiatría desde su proceso de inserción a la medicina a finales del XVIII-.

Por otro lado, actualmente, las estadísticas nos muestran una alta incidencia de personas con trastornos mentales y un aumento de la población envejecida en el estado español. El incremento de la esperanza de vida producido durante el siglo XX de las poblaciones de los países desarrollados y el consecuente envejecimiento de la población, la atención a los problemas que supone y genera la longevidad están tomando cada día más exigencia e importancia en nuestra sociedad.

Dicho aumento de la esperanza de vida, un hito de las sociedades modernas, genera a su vez, el incremento de personas mayores dependientes. Junto a la transformación social vivida -principalmente los cambios sociales en la familia y en el rol de las mujeres, eternas protagonistas de los cuidados de las personas mayores, así como el éxodo rural de la población juvenil a raíz del declive de la agricultura (Rodríguez Rodríguez 2007) - necesitamos nuevas formas de atención a la vejez. Esto se traduce en la necesidad de la creación de nuevos

recursos, más allá de las residencias, para garantizar los cuidados de larga duración que exige nuestra sociedad cada vez más longeva.

Estas variables, que resultan de espectro teórico -pero también empírico dado el desarrollo profesional e investigador que llevamos algunos años desarrollando- nos llevaron a las siguientes hipótesis y objetivos fundamentales:

Hipótesis:

- Existe una carencia de estrategias y recursos para gestionar los episodios y conflictos vinculados a los Trastornos incluidos en el DSM (APA) como TMS en las residencias geriátricas por parte de los Trabajadores Sociales.
- La formación específica en el ámbito geriátrico no prepararía al Trabajador Social para la resolución de cuestiones consecuentes del TMS y sus especificidades.
- Necesidad de crear redes de conexión entre los dispositivos de Atención a la Salud Mental y los dispositivos institucionales de geriatría para un mejor desarrollo del profesional Trabajador Social y por ende una mejora de la atención al usuario
- Inexistencia de protocolos basados en el código deontológico de Trabajo Social que respondan a las casuísticas de los TMS que nos permitan trabajar desde la bioética.

Objetivo general:

Generar un diagnóstico de la situación actual que acontece a los profesionales del Trabajo Social en el ámbito geriátrico, concretamente instituciones residenciales, en relación a los problemas vinculados al Trastorno Mental Severo, en tanto problemática añadida que pueda suponer conflictos éticos y procedimentales en las tareas cotidianas del profesional.

Objetivos específicos:

- Conocer la realidad en relación a los TMS en el contexto residencial de la tercera edad, en el ámbito geográfico del Camp de Tarragona.
- Detectar y desarrollar las problemáticas acaecidas en relación a la tarea profesional del Trabajador Social, en materia de herramientas e

instrumentos para abordar situaciones y conflictos relacionados con TMS en las residencias de la tercera edad.

- Poner de relieve las posibilidades de métodos y procedimientos que pongan en relación profesional las redes de la asistencia del sistema de Salud Mental de Cataluña y la asistencia gerontológica en instituciones residenciales.
- Generar un plan de tipo aplicativo como guía de buenas prácticas para el Trabajador Social en relación a lo expuesto.

II

DE LA LOCURA A LOS TRASTORNOS MENTALES SEVEROS

Y, bien mirado, ¿a qué conduciría el trazar mediante una definición mi esbozo o mi retrato, teniéndome como me tenéis delante de los ojos? Porque yo soy, como podéis ver, aquella dispensadora de bienes llamada por los latinos *Stultitia*, y por los griegos *Moria*.

(De Rotterdam 1975 [1511])²

A finales del XVIII se abre un debate sobre la humanización de las condiciones de los locos en instituciones que no se resolverá hasta el despliegue, ya en el XIX, del tratamiento moral. El cambio de la mirada médica y la tendencia que ya instauraba la omnipotencia del individuo entre la Ilustración y el nacimiento del capitalismo, llevaron a que el *perturbado* tenga su “institución” ya que *la institucionalización procede ese totalitarismo que surge de la creencia de que no necesito al otro* (Leal 2008). Comprender al loco como enfermo implicaba una definición médica de la locura y el establecimiento de un modelo de gestión de la misma que no podía ser únicamente el encierro, sino algún tipo de medida terapéutico-rehabilitadora en instituciones específicas (Comelles 1988). Las “desviaciones” fueron entendidas como el incumplimiento de los valores de la burguesía emergente y se dirigió la reeducación y las terapias hacia la “formación moral de los sujetos” (González de Chávez 1980), con lo que, las aproximaciones al sujeto-enfermo-mental no se hallaban establecidas o decididas exclusivamente por la ideología médica, sino también por el sistema económico que determina sus modalidades a distintos niveles (Basaglia 1972). *Hoy sabemos que la identificación entre la alteridad y enfermedad, que dio lugar al proyecto terapéutico fundacional conocido como tratamiento moral, respondía menos al humanismo terapéutico que a las necesidades de delimitación científica y jurídica entre la racionalidad y la enajenación y al papel destinado al peritaje médico* (Comelles 2007: 8)

.

² De Rotterdam, E. 1975 *Elogio a la locura*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

En el contexto catalán entre mediados del XVIII y mediados del XIX en materia de tutela y responsabilidad, resultaba importante la práctica jurídica que, de la mano de notarios y juriconsultos, formaba parte de la cotidianidad como *función dialéctica de mediación entre particulares con el objeto de resolver conflictos y, a partir de las soluciones jurídicas, engendrar saberes compartidos ajustados a la costumbre local* (Comelles 2014: 17). Médicos y administradores hablaban del *regiment* local de la cosa pública como una práctica política ciudadana y la responsabilidad de quienes están al frente. Existía un *embodiment* por parte de las autoridades locales de su responsabilidad en la tutela del loco, del respeto a las personas y el compromiso colectivo en relación a la asistibilidad que incluía el apoyo de la cosa pública a la familia. El diagnóstico clínico resultaba menos importante que la concepción cultural que compartían religiosos, médicos y juristas, haciendo referencia a la voluntad de paz y protección de la cosa pública (Comelles 2014: 25-42).

La potestad de lo médico, clínico y psiquiátrico fue un proceso mucho más tardío en este contexto, en un marco en el que a la Psiquiatría europea se le planteaban dos problemas fundamentales: que su código médico no estaba suficientemente afinado para dar un estatuto científico a estas entidades morbosas y que la tecnología médica no tenía ninguna especificidad al respecto de la locura. Así, se constituye una política de la salud mental con un código teórico (nosologías clásicas), una teoría de la intervención (tratamiento moral), un dispositivo institucional (manicomio), un cuerpo de profesionales (médicos-jefes) y un estatuto del usuario (el alienado), que no supone una estructura, sino la cristalización de prácticas elaboradas en un contexto histórico preciso en relación a una problemática social concreta (Castel 1976) que se construyó desde el comienzo en pilares “epistemológicamente débiles” (Comelles 2004) y con problemas a nivel ideológico.

El *regiment* de la cosa pública en los ayuntamientos catalanes, como concepción cultural de la práctica política, no fue barrido por el nuevo constitucionalismo

liberal, puesto que antes y después de la Ley de Beneficencia de 1849 hay una fuerte continuidad cultural en la que prevalecen el *embodiment* (Csordas 2002; 2004) de una noción cívica y colectiva de tutela que no pone en juego al estado, sino a la cosa pública y a su *regiment* local (Comelles 2014). Este contexto permitía otras formas culturales de relación con la locura y era abordada desde la responsabilidad particular en un plano mucho más colectivo en el que las autoridades locales formaban parte de los procesos “asistenciales” y protectores del loco. Esto dista del panorama actual en relación a las responsabilidades, donde la tutela debe ser discutida en un escenario familiar, de atención ambulatoria por parte del sistema de atención a la salud mental y una cargada desresponsabilización estatal, sobre todo a partir del deterioro del Estado de Bienestar. Por otra parte, la responsabilidad y contención colectiva se ve reducida a aquellos casos en que existe una fuerte red social o asociacionismo, dejando a muchos afectados desprovistos de la “cosa pública” que antes resultaba un figura posible con quien compartir la responsabilidad, y por ende la tutela. Hoy en día la situación económica y política de los últimos diez años en el contexto español y catalán no ayuda a que el Estado aporte nuevas vías o formas de sostén que cubran los huecos de red que suponía la *cosa pública*, perdida en contextos urbanos del s.XXI como Barcelona y Tarragona.

Conceptualización

Históricamente el término Psicótico ha sido definido de varias formas ninguna de las cuales ha sido universalmente aceptada.

(American Psychiatric Association 1995:279)

El concepto de Trastorno Mental Severo tiene una condición de eufemismo frente al de psicosis y cronicidad (Comelles & Martínez-Hernández 1996) basándose en una estructura de unificación diagnóstica a partir del DSM-IV y el CIE-10 (American Psychiatric Association 1995; Organización Mundial de la Salud 1992). Se entiende el TMS como un conjunto de entidades nosológicas de diferente naturaleza y presentación clínica que comparten criterios de gravedad

y persistencia en el tiempo. Estarían incluidos los *Trastornos esquizofrénicos*, *Depresión mayor recurrente*, *Trastorno bipolar maníaco*, *Trastorno bipolar depresivo*, *Trastorno bipolar mixto*, *Paranoia*, *Agorafobia con crisis de angustia*, *Trastorno obsesivo-compulsivo*, *Trastorno límite de la personalidad*, *Personalidad esquizotípica*. (American Psychiatric Association 1995).

La esquizofrenia, uno de los trastornos que encontramos presente con mayor frecuencia en las residencias, se define a partir de la clasificación de síntomas como *una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de fase activa (Ej. Dos [o más] síntomas de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos)*. También se incluyen en esta sección las definiciones para los subtipos de esquizofrenia (*paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual*) (American Psychiatric Association 1995: 279).

El CIE-10 la define como un trastorno que se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones. En general se conservan la claridad de la conciencia y la capacidad intelectual, aunque con el pasar del tiempo se pueden observar déficit cognoscitivos (Organización Mundial de la Salud 1992).

Desde la biomedicina, que entiende la enfermedad como *disease*, la esquizofrenia parece responder a hipótesis aún no corroboradas como una lesión cortical, la determinación genética, la acción de un virus adquirido de forma prenatal (Martínez-Hernández 2008) o la hiperactivación de las vías dopaminérgicas que tendrían como consecuencia el delirio y las alucinaciones, siendo esta una de las teorías más defendidas, sobre todo por la “eficacia” de los neurolepticos. Desde las líneas kraepelinianas se cree que a través de la investigación en genética y neurociencias se encontrará la raíz de esta enfermedad con el convencimiento de que las enfermedades mentales son en el fondo enfermedades cerebrales (Martínez-Hernández 1998). Desde el mismo modelo conceptual, también encontramos las teorías cognitivistas que la

relacionan con los obstáculos a la correcta información o las teorías psicológicas que intentan explicar síntomas tan diversos como los positivos o negativos a partir de supuestas estructuras de la personalidad (Martínez-Hernández 2008).

El Modelo Médico Hegemónico (Menéndez 1984) ha influenciado con el determinismo biológico a la psiquiatría, encargada de tratar estas enfermedades como especialidad de la Medicina. Este determinismo se ha consolidado casi como dogma en el mundo occidental de las enfermedades, y también a las enfermedades psiquiátricas. Se presupone entonces una jerarquía en la que en la base se encontrarían los procesos biológicos que ejercen su determinación en la vida humana que disponen las conductas individuales y los procesos psicológicos en tanto que fenómenos dependientes. Sobre este estrato descansarían las relaciones sociales y la producción cultural de símbolos y representaciones compartidas, desempeñándose así un triple ordenamiento, fuerzas de determinación de abajo hacia arriba. De los genes a la conducta y a las diferencias sociales, y no a la inversa. La enfermedad, la salud, la aflicción y la muerte, desde una perspectiva antropológica son entendidas como fenómenos dependientes de la cultura y la vida social, lo cual ubica al antropólogo en una posición epistémica muy diferente de la del profesional de la salud, ya que el primero no está vinculado a ningún tipo de rol terapéutico (Martínez-Hernández 2008: 47-66).

Sin embargo, aunque una enfermedad resulte de una causa genética o biológica, no implica en absoluto que el curso o resultado de la misma dependerán exclusivamente de estos factores. En el caso de las enfermedades mentales no podemos reducir los fenómenos mentales a *eventos cerebrales* ya que acaba implicando no tener en cuenta que el comportamiento es el resultado de interacciones entre el cerebro y el entorno; suponer que si el cerebro es anormal, sólo los medicamentos que actúen directamente sobre el cerebro modificarán un comportamiento anormal es simplista y falso (Saraceno 2008: 18-19). Ya había

apuntado como psiquiatra Leon Eisemberg que “*problems in living*” and “*diseases of the brain*” are overlapping categories (Allen 2010: 13).

La postura que adoptan el DSM-IV y el CIE no contempla el contexto individual, social y asistencial del proceso de enfermar, y menos aún las especificidades de los trastornos mentales desde el punto de vista de las relaciones sociales y personales (Perdiguero-Gil & Comelles 2000). Más allá de los mecanismos del cerebro, las enfermedades afligen a los individuos que viven en contextos personales y sociales, y se debe proporcionar un tratamiento dentro de estos contextos. La comprensión de cómo surge la esquizofrenia en el cerebro no nos habilita para hablar con, y cuidar de, una persona con alucinaciones o tendencias suicidas (Saraceno 2008).

La medicina estaría centrada en la representación de la enfermedad en casos que se resumen en porcentajes de una población dada, en probabilidades diagnósticas, en los avances tecnológicos y en las probabilidades del pronóstico. El sujeto que padece una enfermedad queda reducido por parte del entorno médico a un ente exclusivamente biológico, cuyas características socioculturales experimentan una sensible merma. De esta manera el paciente es concebido sólo como una parte de su sentir. Por ello, una de las formas de realizar el “rescate” del sujeto ante una condición de padecimiento es abriéndose a una comunicación entre la Medicina Clínica y otras áreas del saber, tales como la antropología, la literatura y la sociología (Peláez Ballestas 2013).

Contemplando los modelos de *sickness* e *illness* podemos otorgar al problema otras perspectivas. Desde el primero podemos tener en cuenta la dimensión social de la esquizofrenia. Desde el segundo, la dimensión cultural como un nivel de significación y experiencia que puede ser abordado antropológicamente y que interviene en los procesos de construcción social, mediación y producción de las bases biológicas y psicobiológicas de la enfermedad (Martínez-Hernández 2008).

Esta forma de abordar el problema nos revela una realidad *subvertida*, donde el problema ya no es la enfermedad en sí misma, sino la relación que se establece con ella, y en la que se hallan implicados tanto el enfermo y su enfermedad como el médico -y por tanto la sociedad- que define esta enfermedad y la juzga: la objetivación no es la condición objetiva del enfermo, pero tiende a la relación entre el enfermo y la sociedad que delega en el médico la facultad de cuidarle y de vigilarle (Basaglia 1972).

III

MATUSALÉN: LOS VIEJOS Y LA FUENTE DE LA ETERNA JUVENTUD

Nuestra investigación se centra en aquellas personas que atraviesan un período concreto del ciclo vital. Por ello, creemos pertinente una breve introducción teórica al concepto de vejez que ha sido abordado desde diferentes disciplinas.

La vejez se muestra casi como invisible para el resto de la sociedad, para los “no-viejos”; invisible a los ojos, a los oídos, al tacto, pero instalado de alguna forma en el inconsciente colectivo que prefiere no ver, no oír y no tocar aquello que no quiere llegar a ser por una connotación negativa que ha minado el concepto de vejez.

Las imágenes culturales, generadas de forma vertical u horizontal, han estado históricamente en constante contradicción. Desde la veneración y el mito del “viejo sabio”, hasta la peyorativa imagen que acarrea el concepto cuando lo acercamos a nuestra experiencia, a nuestra realidad individual y subjetiva.

Los modos de reproducción actuales de estas imágenes se desarrollan en la propia interacción de los individuos. Ya sea a través de la comunicación directa o de los medios de comunicación de masas -que a día de hoy resultan una importante fuente de producción de imaginarios- se va reafirmando la idea de que llegar a viejo es negativo, sea a nivel individual, grupal o social: desde la imperante cuestión estética – especialmente manifiesta en el género femenino- y la búsqueda de la juventud, pasando por la idea de decadencia y aburrimiento en la vejez, hasta la concepción de inutilidad en un sistema basado en la producción. Este periodo es concebido y abordado como el no esperado, no deseado, no asumido, no querido. La exclusión y la marginación devienen en el momento en que una persona es entendida, desde la sociedad, como no útil, no productiva, como un ente estorbando en la rueda de intercambio para la

creación de subjetividades e identidades. El viejo entra en la contradicción de las que nos hablaba Gramsci: como productos históricos, los sujetos viven con un conflicto de hegemonías. El sufrimiento psicológico pasa a convertirse entonces en el resultado de la incorporación de los conflictos actuantes en las relaciones de fuerza (Pizza 2005). La subjetividad individual entra en conflicto con la subjetividad creada por el estado, según Gramsci, aunque podríamos extrapolarlo a la cultura y la sociedad. La subjetividad no se corresponde con las “indicaciones” social y culturalmente establecidas sobre como hemos de sentirnos ante nuestro yo, nuestra subjetividad, nuestra identidad y nuestro cuerpo.

Es en esa guerra fría, en la intersubjetividad que se crea desde el exterior, que el viejo vive la contradicción. Una contradicción que lleva al individuo a no manifestar en muchos casos los verdaderos deseos en una etapa de su vida que se presenta tan suya, como ajena. Un momento de la vida que ha sido acuartelado por los no-viejos, que se dedican a crear un mundo simbólico en el que han de encajar, en el que han de aprender a vivir, según nuestros deseos o nuestros intereses y no los de ellos.

La vejez es esta gran desconocida que llevamos dentro, que nos rodea y que no recibe la categoría social que se merece (Fericgla 1992:17). Una categoría social que se muestra ambigua, contradictoria, y debido a la heterogeneidad que la caracteriza, ha sido difícil de definir. Es cierto que podemos definirla más “objetivamente” desde un punto de vista biológico -aunque no siempre- debido por ejemplo al desgaste físico o psíquico del individuo. Desde una perspectiva social podemos definirla a partir de la interacción que las familias o la sociedad tiene con los llamados viejos, a través de las imágenes culturales de las que hablábamos antes; o bien a partir de rituales de paso culturales como puede ser la jubilación en nuestra sociedad occidental.

San Román explica que, el primer problema para considerar a alguien anciano es la variabilidad de la atribución de la ancianidad en distintas sociedades (San Román 1989). En nuestra sociedad, la ancianidad se define, algunas veces, cronológicamente (cuando la persona llega a los 65 años y que se justifica en bases jurídicas y económicas), otras por su funcionalidad física o psíquica, y en otros casos, por los criterios específicos de las categorías sociales de edad que tienen que ver con los roles sociales (García Oliva 1995; San Román 1989; Fericgla 1992).

Cómo definir la vejez y cómo los viejos se sienten ante ella ha sido abordado desde la gerontología y la psicología. En muchos casos han intentado una definición universal, una serie de características que defina a la ancianidad de forma general, aunque en nuestra humilde opinión, la heterogeneidad individual invade este periodo haciendo realmente difícil las generalizaciones. Simmons mantiene que existen factores constantes en los ancianos de cualquier parte del mundo y que podrían resumirse en los objetivos e intereses centrales que les mueven, a saber: vivir lo más posible y terminar la vida, en último término, de forma digna y sin sufrimiento. Encontrar ayuda y protección ante la progresiva disminución de las capacidades y de la autosuficiencia. Mantener el mayor tiempo posible una vida activa en lo que respecta a los asuntos y decisiones que incumben a su ámbito de relaciones. Mantener el mayor tiempo posible sus logros o prerrogativas sociales (San Román 1989).

Por su parte, Fericgla explica que la vejez conforma un colectivo con valores culturales definidores y propios. Posee su propia escala de valores y sus *ethos*, su modelo superestructural, su particular orientación económica, un simbolismo y una ritualística propia; un modo de organizar las relaciones sociales, centros de comunicación, una visión de lo que debe ser la familia, dependencia de otros grupos sociales y formas de territorialidad propias (Fericgla 1992).

Anderson nos cuenta que el proceso de envejecer es una réplica al revés del proceso enculturativo de la niñez. Mientras que, Teresa San Román piensa que lo que está en juego es la propia consideración de personas a través de la educación a expectativas generales definitorias de humanidad socializada desde la perspectiva cultural (San Román 1989).

Aranguren nos dirá que *“la moderna expresión tercera edad, es doblemente imprecisa: en primer lugar porque engloba, en una sola y misma etapa, infancia y juventud, tras las cuales, reducidas a unidad, vendría la edad adulta y finalmente la vejez”* (Aranguren 1992: 27) y continúa exponiendo que la vejez es la etapa del “darse cuenta de” y la de hacerse, en el sentido de que el viejo pasa a ser narrador de su autobiografía entendiendo que ya se ha ejecutado esencialmente todo lo que se ha podido y en adelante ya sólo se trata de proseguir (Aranguren 1992).

Ya sea de forma temporal o espacial, las imágenes culturales de la vejez han sido depositarias de variadas indeterminaciones. Por un lado, las etnografías sobre pueblos primitivos hicieron una especie de mitificación del anciano, mientras que otros recorridos por la historia de la ancianidad hacen reflejo de la contradictoria y ambigua imagen que parece haber caracterizado a lo largo del tiempo y de forma transcultural a esta etapa. Numerosas variables y condiciones favorecerán una imagen quizá más positiva, y el consecuente trato hacia este colectivo. Sin embargo, casi como un imperativo, la imagen negativa ha prevalecido en el imaginario cultural de diferentes civilizaciones, en diferentes tiempos, lugares y sociedades.

García Oliva, nos muestra un recorrido histórico y transcultural de la vejez. En el paleolítico, los ancianos no solían pasar los treinta años, y la supuesta relación sagrada con ellos se contraponen con la eliminación del anciano por cuestiones de subsistencia. Desde el nomadismo y el supuesto de que los ancianos eran los jefes naturales del pueblo, hasta el siglo V donde la imagen del viejo pierde reconocimiento. El cristianismo, y la imagen plasmada, sobre

todo en el antiguo testamento ocupan un lugar insignificante; la vejez se muestra como símbolo de decrepitud, considerada incluso peor que la muerte. En el arte y las letras quedaron grabadas imágenes negativas y los filósofos griegos veían la vejez como ambigua y contradictoria. Los romanos otorgaban una gran importancia a este periodo de la vida y no por ello ventajas o preferencias. La edad media, con las difíciles condiciones de vida casi no permitía llegar a viejo. La iglesia, que los acogía en sus hospitales, pero que no manifestaban una atención a la problemática concreta, pensaba que los ancianos se vuelven lujuriosos, avaros, coléricos y egoístas. Luego el arte desdobra la imagen y nos aporta un ápice positivo a partir del siglo XI, mientras que en el renacimiento, hacia el siglo XVI, comienza la lucha contra la vejez y la búsqueda de la juventud.

Existen varias teorías que explican variadas formas de percibir este cambio o de cómo este sucede. García Oliva, lleva a cabo un exhaustivo recorrido por estas teorías. Haremos una breve mención de la teoría de la personalidad, la teoría de la actividad, la teoría de la continuidad, la teoría de la desvinculación y la del etiquetaje que deriva del interaccionismo simbólico.

Desde la teoría de la personalidad la vejez *com a organització dinàmica està en alguna mesura en l'arrel de l'autoestimació o concepte d'un mateix i de les actituds, però al mateix temps es fruit d'ells en un continu feed-back* (García Oliva 1995: 34). Según Aragó los principios de esta postura son: la evolución del cambio conductual está relacionada más con la percepción del cambio que con el cambio objetivo mismo. Todo cambio en la situación de un individuo es percibido y evaluado según las preocupaciones y expectativas del mismo sujeto. El ajuste al proceso de envejecer está en función del equilibrio entre la estructura cognitiva y motivacional del sujeto (García Oliva 1995).

La teoría de la actividad, según Tartler, parte de la hipótesis de que es más feliz y se siente más satisfecha aquella persona que es activa, que produce algún

rendimiento o que resulta útil para los demás (García Oliva; 1995). En relación a lo que hemos expuesto anteriormente, este supuesto de la actividad, tiene una estrecha relación con la imagen cultural actual y occidental de lo que se considera una persona útil. Es decir, la imagen de utilidad parece estar relacionada con estar aún dentro de la cadena de producción en un sentido literal y simbólico. Podríamos considerar que la palabra utilidad tiene un sentido más amplio, y que las funciones o roles que en la vejez pueden desarrollarse, se representan como un abanico mucho más amplio. De todas formas, resulta una teoría de gran importancia, en la medida en que consideramos crucial la actividad como parte del desarrollo de los roles.

Por otra parte tenemos la teoría de la continuidad, la cual sugiere que la persona en proceso de envejecimiento se esfuerza por preservar los hábitos, el estilo de vida y las preferencias durante su trayectoria vital; una lucha constante por mantener el modo de vida. Esta teoría identifica la jubilación como la problemática principal, ya que nada en su experiencia anterior le ha preparado para retirarse (García Oliva 1995; San Román 1989).

La teoría de la desvinculación o "the theory of disengagement" de E. Cumming y W. E. Henry plantea que conforme las personas entran en la última fase de la vida, cuanto más se supone que es la cercanía de la muerte, mayor es el distanciamiento entre los ancianos, sus hijos y su medio. Se piensa que esta desvinculación es funcional para todos los que participan de la situación (San Román 1989). Según esta teoría, alejarse de alguna manera o desvincularse del contacto con el entorno, prepara de forma funcional tanto al individuo en cuestión como a las personas de su entorno.

Este breve recorrido por algunas de las teorías que han abordado el tema, han sido de utilidad para poder contextualizar parte del objeto de estudio.

IV

PROBLEMATIZACIÓN TEÓRICA: UNA UBICACIÓN EPISTEMOLÓGICA DEL PROBLEMA

Hemos querido abordar el problema desde un lugar principalmente empírico, como hemos explicado desde el principio en un marco de intenciones. Por ello, decidimos que la ubicación teórica la debíamos desarrollar a posteriori del trabajo de campo. No queríamos minar con paradigmas epistemológicos el análisis y que nuestro trabajo de campo se viera influenciado a la hora de formular las preguntas de las entrevistas. Desde este marco inicial y siguiendo las cuestiones más imprescindibles a abordar en el apartado de los resultados y de análisis de la etnografía, presentamos -también como una declaración de intenciones- una serie de líneas conceptuales desde la que queremos posicionar el trabajo empírico. Anteriormente desarrollamos un pequeño esbozo conceptual sobre la locura y la vejez entendiendo que el problema debía ser ubicado históricamente y teóricamente.

Para el análisis relativo al trabajador social en el contexto de las residencias asistidas para la tercera edad, y su relación con otras figuras como el resto de profesionales, usuarios y familiares, nos valdremos del término de *ethnoscape*. Appadurai acuña este concepto para contemplar los dilemas de la perspectiva y la representación a la que los antropólogos deben enfrentarse en un panorama de etnografía transnacional, centrándose en los cambios de la reproducción social, territorial y cultural de la identidad de los grupos. Según Appadurai, el *ethnoscape* (paisaje étnico) refiere a que la identidad de un grupo no debe ser pensada como algo limitado, fuera de la historia, culturalmente homogénea, o fuertemente territorializada como planteaba la tradición culturalista en la antropología, sino que se trata de una realidad profundamente interactiva (Appadurai 1996). El autor considera que la localidad es principalmente relacional y contextual, un complejo de calidad fenomenológica, constituida por

una serie de vínculos entre el sentido de las immediateces sociales, las tecnologías de la interactividad y la relatividad de los contextos (Appadurai 1996)³.

De esta manera podemos interpretar las residencias asistidas como el espacio de un grupo cultural en el que interactúan distintos individuos, con características diferentes, que deben confluír en un territorio dado. En el caso de los profesionales, cada uno ellos conforman a su vez grupos culturales, en tanto las disciplinas tienen su propio mundo cultural; todo ello dentro de un grupo cultural más amplio que es la sociedad en la que el espacio residencial está ubicado. Esto nos sirve para leer y representar de forma interactiva las relaciones que allí suceden. Así comprendemos el territorio como un espacio de intercambio simbólico de ideas y prácticas entre los individuos, y que conforma un grupo social que se rige con sus propias normas y métodos de actuación en dicho territorio. Así, el *ethnoscape* conformaría una urdimbre de relaciones con tramas de significación propias de una “micro-sociedad” que no está aislada del mundo, y que es dinámica.

Desde esta concepción de la cultura, como interactiva y dinámica para la conformación de grupos culturales, desde el punto de vista metodológico, y con el objeto de avanzar hacia una narrativa etnográfica del *ethnoscape* residencial, nos situamos en el interaccionismo simbólico para la interpretación de las relaciones entre la figura de la trabajadora social y los demás individuos que conforman el espacio. Éste resulta el marco idóneo para lo que queremos hacer, donde la cultura es un concepto semiótico, bajo la influencia de Max Weber que estima que el hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido. La cultura sería esa urdimbre y el análisis de la misma ha de ser, por tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones (Geertz 1973). Esta ubicación nos permite prestar atención a la significación que el trabajador social tiene dentro

³ Traducción propia de Appadurai 1996, en bibliografía.

de las residencias, pero sobre todo, para conocer las significaciones que han tejido acerca de su profesión y su práctica en este contexto.

La cultura es un esquema históricamente transmitido de significaciones representadas en símbolos, un sistema de concepciones heredadas y expresadas en formas simbólicas por medio de los cuales los hombres comunican, perpetúan y desarrollan su conocimiento y sus actitudes frente a la vida (Geertz 1973). Así, la entendemos como un sistema que no puede comprenderse sin tener en cuenta la estructura de una sociedad y la conformación y funcionamiento de sus instituciones, ya sean políticas o económicas. El lenguaje se nos muestra como un conjunto de estrategias simbólicas que están inmersas en el tejido social y en la representación individual, ya hablemos de un imaginario colectivo real o irreal. Por ello los puntos de atención han de ser las políticas de representación, la constitución de la autoridad, la legitimación del poder, el proceso de socialización, la construcción cultural de la persona, las políticas de la emoción, la relación entre la acción ritual y las formas de control social (Duranti 2000).

Teniendo estos puntos de apoyo para el análisis de la etnografía y los resultados, debemos, en primer lugar, definir este *ethnoscape* en el mundo de las instituciones, lo que nos lleva directamente al concepto de *institución total* (Goffman 1961). Para el sociólogo canadiense, toda institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo un mundo propio; tiene, en síntesis, tendencias absorbentes⁴ (Goffman 1961). Dentro de la clasificación de las instituciones totales, Goffman estableció cinco grupos ubicando el espacio que analizamos en el grupo uno, instituciones erigidas para cuidar de las personas que parecen ser a la vez incapaces e inofensivas: los hogares para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes (1961). En su definición general para agrupar dichos grupos, Goffman resalta que en un

⁴ A lo largo del análisis etnográfico y de los resultados obtenidos, podremos observar las referencias a dichas tendencias absorbentes de la institución sobre la figura de los trabajadores sociales en tanto esta presenta, en este contexto concreto, características prácticas que le son particulares y exclusivas del trabajador en instituciones totales, y en este caso, de las residencias asistidas para la tercera edad.

ordenamiento social básico en la sociedad moderna, el individuo tiende a dormir, jugar y trabajar en distintos lugares, con diferentes coparticipantes, bajo autoridades diferentes y sin un plan racional amplio. La característica central de las instituciones totales puede describirse como una ruptura de las barreras que separan de ordinario estos tres ámbitos de la vida, ya que todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar. Cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quien se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales explícitas, y un cuerpo de funcionarios. Finalmente, las diversas actividades obligatorias se integran en un solo plan racional, deliberadamente concebido para el logro de los objetivos de la institución (Goffman 1961).

Las residencias asistidas para la tercera edad son hoy un reflejo bastante fiel de lo que Goffman describió en 1961, aunque guardan algunas diferencias o matices que hemos querido destacar valiéndonos del concepto de *ethnoscape*. Este concepto nos permite, por un lado, comprender las lógicas y dinámicas cotidianas que impregnan el tejido de normas dentro de la residencia, traduciéndose en las funciones y prácticas de sus profesionales. Al mismo tiempo, el *ethnoscape* nos permite ampliar la idea de Goffman sabiendo que el dispositivo “institución total” no es una realidad fija sin interferencias del exterior, sino que existe una interacción entre ambos mundos, y que el enlace entre estos son, justamente, los profesionales que trabajan en él. Dado que el interés de esta investigación es la profesión del trabajo social, el análisis del mismo jugará con estos planos teórico-conceptuales para comprender dicha interacción. El trabajador social es además una figura de enlace con el interior del dispositivo y el exterior de un modo fundamental, y mucho más evidente que el de resto de profesionales. El trabajador social es el punto de inflexión

entre el afuera y el adentro en tanto es la figura profesional encargada de hacer enlace entre la familia y los residentes. Por otro lado, es una figura de apoyo que, vista de un modo ambiguo por otros profesionales, resulta el enlace interactivo, probablemente el de mayor expresión, entre los demás profesionales, y en ocasiones, también entre estos y los residentes.

Desde el interaccionismo simbólico, junto con la ubicación conceptual de las residencias como una institución total, y una interpretación interactiva respecto a ésta a través del concepto de *ethnoscape*, desarrollaremos el análisis con la intención de comprender las tramas de significación bajo el trabajo social en este contexto.

V

ESTADO DEL ARTE

Desinstitucionalización discursiva y desresponsabilización práctica

El ademán comunitario en salud mental junto con los concomitantes de rechazo, negación y aislamiento de los enfermos mentales parecían responder a la necesidad de conservar cierto grado de equilibrio en la sociedad (Jones 1970). Trastornar ese equilibrio supuso un largo proceso que conocemos como reforma psiquiátrica basada en la psiquiatría social y comunitaria y su consecuente desinstitucionalización -deshospitalización en algunos contextos- que comienza en términos dialécticos mucho antes de que se materialice en occidente (Europa y Estados Unidos). Poco tiempo después de instaurarse la institución especializada para el alienado, ésta comienza a dar problemas, ya que si bien habría sido propiciada y acompañada por el primer período de optimismo del tratamiento moral, también se habría gestado como modelo asilar y asistencialista que acabaría altamente desprestigiada por la ineficacia que presentaba el tratamiento moral y su posterior etapa de decadencia y pesimismo, colapsando en términos económicos y materiales.

Desde finales del XIX y principios del XX los psiquiatras -Estados Unidos y Europa Occidental- conversan y plantean desde diferentes posturas los problemas prácticos e ideológicos del modelo institucional. El crecimiento de internados en manicomios era económicamente insostenible y llevó a una coyuntura de autoridades psiquiátricas y políticas a replantearse la organización y estructura de este modelo. Más tarde, los problemas del modelo tendrían una resonancia en la cosa pública que pretendería una revisión del sistema, cosa que inquietaba a las autoridades políticas con intereses varios al respecto de la imagen de las condiciones de vida de los internos (Grob 1985). Ya desde el XIX en Estados Unidos los representantes políticos locales y los directores de los hospitales estaban preocupados por el crecimiento de pacientes en hospitales generales y hospitales mentales. Si bien los

profesionales diferían en algunos detalles sobre lo que era un modelo ideal de institución mental, estos estaban en su mayoría de acuerdo con la idea de que se necesitaba la “recuperación total” del paciente. Sin rechazar la función de guarda y “tutela” del paciente era necesario salvaguardar el bienestar de la *community* y a su vez al individuo afectado (Grob 1973).

Se inicia entonces una serie de experiencias propiciadas en gran parte por el impacto del psicoanálisis y por el desarrollo de la epidemiología psiquiátrica que suponen la ampliación de los servicios psiquiátricos a problemas comportamentales de la vida cotidiana (Comelles 1988). Esto se traduce en un rechazo del público y de algunos de los profesionales de los modelos custodiales sobre los métodos y procedimientos que se llevaban a cabo (Goffman 1961; Basaglia 1972). Tanto por el fracaso debido a la inexistente curación de las enfermedades mentales, como por las condiciones de vida de los pacientes en los hospitales se comienzan a “valorar” otras formas de abordar el problema que dieran lugar a contemplar el análisis de la familia del paciente, el ambiente donde vive, lo que hace y su relación con los trastornos mentales.

Las primeras experiencias psiquiátricas, de tipo comunitario y basadas en la psiquiatría social, podemos remontarlas a 1942 en un contexto anglosajón que supo desprenderse de la visión esclerótica del enfermo mental como entidad irrecuperable, acentuando el problema de la institucionalización, causa principal del fracaso de la psiquiatría de asilo. Fueron las primeras experiencias las de Main y Jones dando los pasos iniciales de la psiquiatría comunitaria y establecida sobre bases esencialmente sociológicas. Al mismo tiempo, se iniciaba en Francia, bajo el impulso de Tosquelles un movimiento con una nueva dimensión psiquiátrica institucional establecido sobre bases psicoanalíticas (Basaglia 1972).

Estos cambios ideológicos, técnicos y procedimentales en la psiquiatría tuvieron una clara resonancia a nivel legal y se oficializaron a través de reformas

sanitarias. Tras las primeras experiencias de descentralización en Francia, que darían origen a la llamada "Psiquiatría de Sector", en países del área anglosajón como Australia o Canadá y del norte de Europa, como Suecia, Finlandia y Noruega se fueron modificando las viejas instituciones, cerrando progresivamente muchas de ellas y generando redes sanitarias y sociales para la atención comunitaria de personas con enfermedades mentales graves. La salida masiva de instituciones asilares da lugar en una sociedad con carentes mecanismos de protección social y sin sistema sanitario público, a una situación muy diversa, ya que el cierre fue prácticamente la única transformación por las necesarias medidas de ahorro; los pacientes y sus familias sufrieron consecuencias de abandono, lo cual desacreditaba la psiquiatría comunitaria y daba armas a los partidarios del sistema institucional (López-Laviana & García-Cubillana 2006)

En España la reforma psiquiátrica llegará con cierto retraso en relación a los otros países de Europa, ya que hubo que esperar a la transición democrática. Hemos de tener en cuenta que el fracaso del tratamiento moral deviene en un custodialismo que debemos enmarcar en el cambio de significado que adquiere la ciencia especial en el contexto histórico de la segunda mitad del siglo XIX en el que el desarrollo del maquinismo y la consolidación del modelo liberal capitalista dan lugar a enormes desplazamientos de población, a un enorme crecimiento demográfico y a la exacerbación de las tensiones sociales. Esta nueva sociedad va abandonando de un modo progresivo los viejos patrones de gestión de la locura, los sustituye por los que surgen de las directrices de los expertos y los médicos reemplazan los modos de hacer iniciales por actitudes más intervencionistas (Comelles 1988).

Posteriormente, España pasa por la Dictadura de 1923 a 1929 sumiéndose en una grave depresión económica que aumenta el número de morbilidad psiquiátrica. A mediados de la década del veinte se crea en Barcelona la

Asociación Española de Neuropsiquiatría que pone de manifiesto la necesidad de revisar las condiciones de los internos (González Duro 1980).

A pesar de los intentos renovadores en estos periodos, incluida la Segunda República, la Guerra Civil los interrumpe hasta 1939, periodo en el que la dictadura franquista acabaría por dejar a los establecimientos psiquiátricos prácticamente a la deriva en un periodo en que las tasas de morbilidad psiquiátrica fueron bastante altas y con unas bajas condiciones de salubridad en los establecimientos (Comelles 1988; González Duro 1980).

No fue hasta la Ley General de Sanidad de 1986 que se transformó la asistencia psiquiátrica en base a un modelo comunitario y desinstitucionalizador, y su total integración en la sanidad general (Desviat 2011). Ésta formó parte de las reformas en materia legal y asistencial que en un periodo de bonanza económica se articulaba para la conformación del ansiado Estado de Bienestar.

Así se estructuró una tutela jurídica para los pacientes con TMS, con medicalización de su tratamiento fuera del manicomio y desplegando una coyuntura de dispositivos “abiertos” impulsados por la especialización de las instituciones y la división de las atenciones.

Más de veinticinco años después, el problema económico sigue siendo una debilidad en el sistema de salud mental, ya que se encuentra a merced de un sistema de “Bienestar” atravesado por un concierto de corrientes ideológicas europeas conservadoras, liberales y socialdemócratas, conformado por un fuerte corporativismo (Moreno & Sarasa 1992). Sin embargo, su mayor deficiencia radica en que el modelo ha tenido dificultades para ser integrado en la conciencia colectiva, tanto en la consideración de la sociedad civil y de sus agentes, como en la de los colectivos profesionales o en el precario desarrollo de aspectos centrales de la propia Ley General de Sanidad (Desviat 2011).

En Cataluña la transición del modelo custodial al “comunitario” fue lenta y compleja aunque es de las comunidades autónomas pioneras en políticas de salud mental desde antes de la Guerra Civil (Comelles 1991; 2007). En un organismo estatal complejo y diverso, las competencias sobre las políticas de salud fueron concedidas a las autonomías, y en el caso catalán aparecieron disputas para ceder las competencias por parte de las diputaciones, como es el caso de Barcelona (Comelles 2006). Las confrontaciones entre *Generalitat*, Diputaciones y Municipios se concentraron en resolver conflictos más vinculados a lo político ideológico entre partidos políticos, que a la resolución de las problemáticas reales y cotidianas de los ciudadanos en materia de servicios sociales y salud - especialmente de salud mental que precisa de un circuito ordenado, coordinado y bien comunicado para atender a las necesidades de los “usuarios”- en tanto la intervención está basada en el concepto de “atención comunitaria” (Laviana-Cuetos 2006). No será hasta el 2006 que Cataluña “ordene” la atención psiquiátrica con el Pla Director que ha sido poco revisado y que merece una atención crítica (Departament 2006).

Hoy en día la *Comunitat* dispone de cuatro hospitales monográficos (Reus, Girona, Santa Coloma y Sant Boi i Martorell), salas de psiquiatría en hospitales de nivel III y II, y el dispositivo externo está atomizado en innumerables empresas prestatarias de servicios. Sin embargo, este modelo cubre de manera desigual el territorio y se presenta como un dispositivo asistencial y no preventivista dado que el *Pla Director de Salut Mental i Adiccions* (Departament 2006) despliega la atención especializada en psiquiatría y salud mental en niveles asistenciales:

1. *Centros de Salut Mental*. La atención especializada ambulatoria de soporte a la atención primaria de salud
2. *Atención hospitalaria* (urgencias psiquiátricas, hospitalización de agudos, hospitalización de subagudos, hospitalización de media y larga duración, hospitalización parcial, unidades de internamiento a la comunidad, comunidades terapéuticas y unidades comunitarias polivalentes),

3. *Rehabilitación psiquiátrica comunitaria* (Centros de Día y centros de inserción laboral).

El dispositivo de atención está fragmentado en especialidades que requieren una fuerte coordinación interna - que no siempre existe - para responder a la heterogeneidad que caracteriza a los casos de TMS. No sólo por las entidades nosológicas que comprende y que tienen manifestaciones sintomatológicas diversas, sino por qué se trata de sujetos con biografías diferentes y con contextos familiares que en muchos casos aumenta la delicadeza del asunto, ya sea por dificultades económicas, laborales, de vivienda, ayuda y soporte de red social tanto para los cuidados como para la contención emocional. La estructura y organización obliga a pacientes y a familiares a moverse por un territorio burocrático poco comprensible y que divide las problemáticas en materia de salud, servicios sociales o bienestar social, sin contemplar las situaciones desde un punto de vista holístico. Es necesario deslumbrar las variables que intervienen en cada caso, centrándonos en los microcontextos, pero sin olvidar que estos forman parte de una macro-estructura que condiciona y muchas veces determina el éxito o el fracaso en la búsqueda de un **mejor estar** de las personas implicadas y en su autonomía.

Las residencias negadas: el proceso asilar de la vejez

Debido al aumento de la esperanza de vida, y consecuentemente de la longevidad, hemos sido testigos del desarrollo de diferentes instituciones y recursos destinados a la atención de la vejez.

Remontándonos en la historia, las primeras residencias aparecen en Europa en el siglo XVI con la finalidad de dar cobijo a locos, vagabundos y desviados de la ley. Eran pues, la imagen de lo que aún persiste en el imaginario cultural bajo el concepto de "asilos", atención benéfica a los más desprotegidos.

Aunque este es un hecho común en Europa de mano de instituciones religiosas y de la beneficencia, en España la creación de servicios de atención a las personas mayores de carácter público es un hecho reciente, que nace e inicia a perfilarse con la instauración del sistema público de servicios sociales a finales de los años setenta del pasado siglo, con el final del franquismo y con el inicio de la democracia. Cabe destacar que en algunos de los países vecinos esta red de servicios a las personas mayores nace con el final de la II Guerra Mundial. Tal y como mencionaba Fernández Garrido en su tesis doctoral, *la poca información existente sobre la atención específica a las personas mayores en las épocas anteriores, puede resumirse en dos aspectos: el escaso desarrollo de los servicios y la inexistencia de actividad investigadora relacionada* (Fernández Garrido 2009: 166).

En el año 1975 se publicaba el primer estudio sociológico español sobre la vejez, el informe GAUR (Informe GAUR 1975), en el cual se realizaba un interesante análisis de los recursos destinados a las personas mayores que prácticamente se reducía a las residencias. En dicho informe se detallaban las condiciones de vida de los jubilados españoles, y a la vez, de los recursos destinados a este colectivo.

A partir de 1978, con la promulgación de la Constitución Española, se inician una serie de cambios en lo que refiere a la atención de la vejez. Con la aprobación del Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a los Ancianos (Orden Ministerio de Trabajo del 26 de febrero de 1971), a principios de los años setenta se inicia un intento de planificación de los servicios destinados a la tercera edad. En él se preveía el desarrollo de recursos a través de dos modalidades (IMSERSO 2004)

- La Acción directa de la Seguridad Social, para la puesta en funcionamiento de «ayuda a domicilio», clubes, Residencias, sanatorios geriátricos de rehabilitación y Residencias asistidas.
- La Acción concertada para promover la creación de unidades geriátricas por entidades públicas o privadas con el fin de extender por todo el territorio nacional una red de asistencia gerontológica.

En la década de los ochenta se produce la generalización en el sistema de pensiones y en el acceso al sistema sanitario, así como un proceso de implantación de un sistema público de Servicios Sociales, lo cual supone una serie de cambios importantes para las personas mayores (Sancho Castiello & Rodríguez Porrero 1999; IMSERSO 2004). Es en esta época en la que se vive en España una creciente oleada de construcción de residencias para ancianos, equipamientos de gran capacidad, con la pretensión de vender una imagen de instalaciones hoteleras de calidad, para personas que se valían por sí mismas y con carencias socioeconómicas (IMSERSO 2004).

Cabe destacar que, mientras en España se promovía la creación de centros residenciales para la institucionalización de las personas mayores, en el resto de Europa, especialmente en el norte europeo, se daban los inicios de todo un proceso de desinstitucionalización. El ejemplo más radical lo hallamos en Dinamarca, que alcanzó a prohibir por ley la construcción de residencias, promoviendo un cambio de modelo, impulsando y priorizando la construcción de viviendas para mayores dependientes adaptadas a sus necesidades (Rodríguez Rodríguez 2007).

Pero a finales de dicha década y principios de los años noventa, en España empiezan también a tomar fuerza los planteamientos de las experiencias de desinstitucionalización, asumiendo los enfoques comunitaristas que en otros países europeos ya se encontraban ampliamente teorizados y conceptualizados, visualizando las ventajas de ofrecer atención a la vejez en el ámbito comunitario, desplazando el modelo desde la concepción de asilo a una estructura de servicios comunitarios, de las cuales las residencias forman parte (IMSERSO 2004). Con este cambio conceptual, protagonizado por la publicación del Plan Gerontológico (INSERSO 1993) se inicia e impulsa un cambio en la intervención social centrándose en el concepto de ofrecer ayuda, respetando el grado de autonomía de cada individuo y reforzando la posibilidad de permanecer en su medio habitual de vida (Lesemann & Martin 1993).

Es en esta década cabe señalar el notable avance que se produjo en lo que refiere al desarrollo del sistema público de Servicios Sociales en el marco de la atención a la tercera edad, con servicios totalmente desconocidos en las décadas anteriores (teleasistencia, centros de día, estancias temporales, etc.) y con importantes avances y profesionalización en otros (residencias y servicio de ayuda a domicilio) (IMSERSO 2000).

De este modo vemos como la creación y consolidación de las residencias deviene en uno de los pilares fundamentales de las instituciones y recursos destinados a la atención de la vejez.

Según la definición del INSERSO de 1985 (Boletín Oficial del Estado del 16 de mayo de 1985) se entiende por residencia aquellos establecimientos destinados a servir de vivienda permanente y común a personas de la tercera edad, en los que se presta una asistencia integral y continuada a quienes no pueden satisfacer estas necesidades por otros medios o, los centros que ofrecen atención integral y vivienda permanente a personas con más de sesenta años (INSERSO 1992) o los centros que ofrecen asistencia integral y vivienda permanente a personas mayores de sesenta años que debido a su problemática familiar, social y /o económica no pueden ser atendidas en su propio domicilio y necesitan de estos servicios (INSERSO 1993).

Por su parte, Rodríguez Rodríguez las define como *el centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención socio-sanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia* (Rodríguez Rodríguez 2007: 50). Desde esta perspectiva se plantea huir del concepto de institucionalización incorporando las residencias asistidas en el marco de los servicios sociales comunitarios. Se plantea la atención sociosanitaria como una atención integral que se conjuga entre lo social y lo sanitario. Para una atención interprofesional que garantice una buena atención gerontológica mediante un trabajo en equipo precisamos de un grupo de profesionales que intervengan desde los conocimientos de su propia disciplina de manera integrada e interdisciplinar (Rodríguez Rodríguez 2007; IMSERSO

2004).

Entendemos así, a través de estas definiciones a las residencias como un recurso de alojamiento temporal o permanente, de desarrollo de la autonomía personal y que ofrece asistencia integral de los mayores en situación de dependencia.

En el Libro Blanco de la Atención a las Personas en Situación de Dependencia se pone de relieve que la oferta residencial en nuestro país se basa en un modelo de gestión y financiación mixta, es decir, entre lo público y lo privado. Debemos destacar que especialmente el peso de la gestión de los centros residenciales recae en el sector empresarial con ánimo de lucro (IMSERSO 2010).

Las residencias, entendidas como recursos pertenecientes al sistema de protección de los Servicios Sociales, conforman uno de los ejes principales y elemento vertebrador de los recursos e instituciones dedicadas a la atención de la vejez. Es uno de los recursos utilizados con más frecuencia por los ancianos que presentan alguna limitación para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, siendo estas, aquellas actividades imprescindibles para poder subsistir de forma independiente.

Haciendo un repaso a las diferentes iniciativas que han regulado la protección social de las personas dependientes en España (Ley de Integración Social de las Personas con Minusvalía de 1982, Ley General de Sanidad de 1986, Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de 1988, Ley de Prestaciones No Contributivas de 1990), el 30 de noviembre de 2006 el Parlamento español aprobó La *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia* (LODDMFAS 2006, 39/2006, de 14 de diciembre) que garantiza el acceso de las personas en situación de dependencia a determinadas prestaciones y servicios, entre ellas la atención residencial. Así pues, vemos como a nivel estatal la trayectoria en cuestión a la regulación de la protección social a las personas

dependientes es en cierto modo reciente, culminando con la ley conocida popularmente como “Ley de la Dependencia” que entró en vigor el día 1 de Enero de 2007 y, aunque se reguló estatalmente, su implementación y despliegue fue competencia de cada comunidad autónoma. Dicha ley regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación del *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia* (SAAD) que tiene como principal objetivo la garantía de las condiciones básicas y la previsión de los niveles de protección a todas las personas en dicha situación, sirviendo de cauce tanto para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas, como para la optimización de los recursos públicos y privados disponibles⁵.

En Cataluña, la implementación y articulación de la “Ley de la Dependencia” se ha realizado mediante la creación del *Sistema Català d’Autonomia i Atenció a la Dependència* (SCAAD), en la cual trabajan y colaboran las distintas Administraciones Públicas de dicha comunidad, en relación al ejercicio de sus competencias. A la vez, la articulación del SCAAD y la presente ley se ha hecho mediante el *Programa per a l’impuls i l’ordenació de la promoció de l’autonomia personal i l’atenció de les persones amb dependència* (Prodep).

A lo largo del tiempo transcurrido y con la implementación de la “Ley de la Dependencia”, los avances en relación a la atención de las personas mayores ha ido mejorando de forma considerable, pues debemos reconocer la mejora circunstancial tanto en calidad y cantidad de recursos para dicho colectivo.

Según la normativa vigente en Cataluña del *Decret 176/2000 de 15 de maig, de modificació del Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials* (D 176/2000, de 15 de maig) podemos diferenciar dos tipos de centros residenciales: las “*llars residència*”, como servicio de acogimiento residencial destinado a personas mayores con un grado de autonomía suficiente

⁵ Extracto de página web: http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/index.htm [en línea, consultado 07/02/2014].

para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, pero que requieren un determinado soporte personal y de organización; y las “*residencies assistides*” que son centros de acogimiento residencial para personas mayores que precisan de asistencia integral para realizar las actividades cotidianas, con un grado de dependencia que precisa de supervisión y atención constante y que, por circunstancias sociofamiliares, requieren la sustitución del hogar.

Según la normativa autonómica mediante la que se rige Cataluña, las personas beneficiarias de las residencias son aquellas a las cuales se les ha reconocido un grado de dependencia, entendiendo la dependencia de forma amplia, tanto en el aspecto físico como psicológico y social. Estas no cuentan con apoyo familiar o con recursos económicos suficientes para cubrir sus necesidades. Los requisitos generales de acceso a una plaza residencial del Sistema Público de Servicios Sociales de Cataluña determinan que el beneficiario deberá tener 65 años o más, aunque puede ser eximido de esta condición siempre y cuando sea justificado por condiciones médicas y/o sociales, ser residente en Cataluña como mínimo los dos años anteriores a la fecha de presentar la solicitud de acceso, aunque puede también ser eximido cuando el órgano competente considere al futuro residente como emigrante retornado o se trate de reagrupamiento familiar (IMSERSO 2004; IMSERSO 2009).

En la *Ordre BEF/468/2003, de 10 de novembre, que regula el procediment i els criteris d'accés als serveis i programes d'atenció a les persones grans gestionats per l'ICASS* (Ordre BEF/468/2003, de 10 de novembre) se detalla el procedimiento y los criterios de acceso a una plaza de residencia asistida para gente mayor.

La asignación de una plaza pública, concertada o colaboradora en un centro residencial se obtiene mediante el *Programa Individual d'Atenció (PIA)*. Así pues, el acceso a una plaza privada en un centro residencial, no se rige por este programa. Este proceso toma comienzo cuando la Administración Autonómica, en este caso la Generalitat de Catalunya, ha dictado resolución de la solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia. Es en este momento en el que el solicitante, mediante entrevista con un trabajador social de los servicios sociales

del ayuntamiento de la población o centro residencial donde reside, se concierta una entrevista para determinar sus preferencias en relación a los servicios y prestaciones económicas previstas en la Ley de la Dependencia y según la valoración de grado y nivel de dependencia obtenido.

El PIA lo realizan los servicios sociales públicos, a través del cual se determinan las modalidades de intervención más adecuadas a las necesidades de la persona en situación de dependencia en relación a los servicios y prestaciones económicas previstas en la resolución del grado y nivel de dependencia. En dicho documento, prevalece el criterio profesional, aunque siempre teniendo en cuenta a la persona beneficiaria y familia o entidades tutelares que la representen.

En el ámbito autonómico catalán los servicios residenciales para gente mayor se encuentran definidos en el *Decret de 176/2000 de 15 de maig, de modificació del Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials* (DOGC, D 176/2000 de 15 de maig), donde se especifican que las siguientes funciones son las mínimas que deben cumplir: alojamiento, manutención, acogimiento y convivencia, atención personal en las ABVD, hábitos de autonomía, dinamización sociocultural, mantenimiento de las funciones físicas y cognitivas, lavandería, higiene personal, soporte social, atención familiar dirigida a favorecer las relaciones de la familia del usuario y su entorno y, garantizar la asistencia sanitaria.

A pesar de la evolución positiva en la percepción de la sociedad en relación a los centros residenciales, existe aún una fuerte tendencia a la medicalización de las residencias, en el sentido de que la actividad de estas gira en torno al proceso de cuidado y atención del anciano en relación a su salud, pues el elevado porcentaje de residentes con grandes dependencias así lo requieren.

No obstante, éstas también adquieren un carácter social, en tanto que sustitutivas del hogar, y por eso los equipos multidisciplinares constan de diferentes profesionales provenientes de diversas disciplinas que trabajan para generar y crear distintos programas y desarrollar actividades de carácter

psicosocial, tal y como reflejan las leyes que las distintas Comunidades Autónomas han establecido para regular los objetivos y funciones de estos servicios.

VI

GOLPEANDO PUERTAS: LOS PUENTES Y LOS MUROS.

Esta investigación está sustentada en un abordaje cualitativo de base etnográfica y, si bien estos son los cimientos principales del trabajo, se ha pretendido ir algo más allá de la mera entrevista de pregunta-respuesta, ya que al ser de formato abierto se ha creado un diálogo entre personas entrevistadas e investigadores. Las entrevistas han sido en profundidad, lo que nos permitió realizar un itinerario laboral de las trabajadoras sociales. Se han llevado a cabo entrevistas a profesionales pertenecientes a cinco residencias asistidas diferentes del Camp de Tarragona. Cinco trabajadoras sociales de residencias asistidas, 2 trabajadoras sociales de Centros de Salud Mental Ambulatorio (CSMA), un psiquiatra de CSMA, dos enfermeras y una gerocultora (auxiliar).⁶ Por dificultades de acceso formal a las residencias que explicaremos más adelante, no pudimos entrevistar otro tipo de personal como médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, ni tampoco a directores, aunque pudimos tener una reunión con el director asistencial del grupo empresarial y el director de dicha residencia, experiencia que se detalla en la descripción etnográfica.

Fueron un total de siete profesionales del trabajo social las que se ofrecieron a participar en el estudio, de manera totalmente desvinculada a la institución en la que trabajan, y que evidentemente, por razones geográficas y de delimitación espacial en el campo de estudio se encuentran ubicadas en el *Camp* de

⁶ Ver cuadro de informantes en anexo 1

Tarragona. A continuación describimos sus características, incluyendo el número aproximado de profesionales y plazas residenciales, así como cantidad de residentes con diagnóstico de TMS, todo ello de forma “inexacta” para que se mantenga el anonimato de quienes brindaron la información, ya que la información de las residencias puede ser accesible a los lectores, y por ende, las informantes podrían ser identificadas.

1. La institución cuenta con una parte de centro residencial, con más de 40 plazas y otra parte de centro de día, entre 10 y 20 plazas. Los profesionales que desempeñan sus funciones en el centro son; director, fisioterapeuta, enfermera, psicóloga, médico, educadora social, trabajadora social, personal de mantenimiento, terapeuta ocupacional, responsable de recursos humanos, responsable higiénico-sanitario y un equipo de gerocultoras.
2. Otro centro residencial cuenta con más de 100 plazas. La residencia cuenta con un total de aproximadamente 50 trabajadores, contando con director, trabajadora social, médico, enfermeros, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, educadora social, responsable higiénico-sanitario, personal de cocina, personal administrativo, un equipo de auxiliares de geriatría y personal de mantenimiento.
3. Otra de las instituciones se caracteriza por disponer de aproximadamente 50 plazas residenciales, y alrededor de 20 plazas de centro de día. El equipo de profesionales está compuesto por alrededor de 40 profesionales, abarcando director, trabajadora social, psicólogo, animador sociocultural, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, enfermeras, médico, personal de cocina, personal de mantenimiento, personal administrativo y un equipo de cuidadoras.
4. Aproximadamente con capacidad para alrededor de 30 pacientes. Los profesionales que desempeñan sus funciones en la institución son: gerente, directora, trabajadora social, fisioterapeuta, educadora social, enfermera, psicóloga, médico y auxiliares de geriatría.

5. El último centro residencial dispone de aproximadamente 100 plazas para residentes. Trabajan en ella: director, subdirector y administrativo, psicóloga, trabajadora social, médico, enfermeras, conserje, educadora social, terapeuta ocupacional, fisioterapeutas, personal de cocina y mantenimiento, y un equipo de gerocultoras.

Por lo que refiere a los residentes diagnosticados con TMS, información devenida de las entrevistas, agrupamos en este párrafo el total de usuarios con estas patologías, sin vincularlos a sus residencias con el objetivo de mantener la incógnita de las mismas. Detectamos un total de 30 internos/pacientes, detallados de la siguiente manera, según información extraída de nuestras informantes:

- 1 diagnosticado de esquizofrenia y 1 diagnosticado de Trastorno Bipolar,
- 3 diagnosticados de esquizofrenia
- 1 diagnosticado de trastorno bipolar y 1 diagnosticado de esquizofrenia.
- 20 diagnosticados de TMS, no obtuvimos información de la especificación de patologías.
- 3 diagnosticados de TMS, no obtuvimos información de la especificación de patologías.

Hemos procurado que las entrevistas fueran en profundidad, con una duración de algo más de una hora cada una de ellas. Dado que el trabajo no pretendía, desde el principio, un impacto cuantitativo, focalizamos nuestro interés en unas informantes concretas, llevando a cabo un análisis pretencioso, y a la vez intenso para alcanzar un nivel cualitativo que permitiera unos resultados lo suficientemente complejos de los datos en el que se tuviera en cuenta los diversos factores de la cotidianidad laboral de las trabajadoras sociales. Las narrativas se recogieron no sólo a través de las “entrevistas formales”, programadas y grabadas, sino que están incluidas también las “entrevistas

espontáneas” que surgen del espacio compartido con los informantes y de las charlas “clandestinas” *off recording*. En la mayoría de las ocasiones, las entrevistas se llevaron a cabo en espacios públicos como bares o cafeterías, dado que no podíamos realizarlas en su espacio laboral. Esto nos permitió generar un ambiente o atmósfera relajada, donde la informante pudo sentir que ese es también su territorio sin sentirse juzgada (en el caso de que se realice por ejemplo es sus espacios laborales), ni invadida (si se realiza en su domicilio), o intimidada (si se realiza en espacios propios de los investigadores como domicilios particulares o despachos de universidad).

Esta información, la que sucede a medias entre “la entrevista” y la “observación participante” que parece carecer de criterios técnicos, resulta una aportación de vital importancia. Nos permite acceder a una información más espontánea de las personas y sin condicionar por la grabadora, el papel o la mera tesitura de la entrevista. Este estadio “liminal” que caracteriza a la metodología etnográfica, en tanto permite un tipo de relación social que mueve a la intermediación y a habitar los intersticios culturales, es también una forma de “estar entre” grupos sociales, culturales, sistemas expertos y populares, actores sociales, instituciones, etc. (Martínez-Hernández 2010), poniendo de manifiesto la etnografía como dialógica. Parte de los datos etnográficos utilizados para el análisis son fruto de narrativas que fueron escuchadas y apuntadas posteriormente al diálogo de la entrevista formal, y probablemente, generando reflexiones en el coche mientras volvíamos a casa.

Ésta es un tipo de información clandestina que, si bien no puede ser citada con las estrictas palabras de quien las pronuncia, quedan sonando en la cabeza y resultando en muchos casos piezas clarificadoras, conectoras y explicativas de un discurso que había sido “formal” o mecánico por el mero estado de la entrevista. Pasamos entonces a abrir la puerta de lo que fue el recorrido etnográfico, desde sus inicios y las complicaciones de acceso, hasta nuestra

entrada informal a las residencias a través de la palabra de nuestros contactos y de la técnica de bola de nieve.

De este trabajo surgirán interpretaciones varias acerca de lo recogido en el campo, lo cual enriquece y puede seguir enriqueciendo esta etnografía en un futuro. Una intención de permanecer a través del “contrato narrativo” que se establece entre el escritor y el lector y que se soporta en unos supuestos que son, a la vez, sociales, culturales y literarios para la comprensión de los textos etnográficos (Geertz 1989).

Modos y estados de la etnografía: un portal metodológico.

Toda observación, todo análisis está situado, es subjetivo, parcial, incompleto en sí mismo; pero al mismo tiempo real, privilegiado y necesario, decía Haraway (1995). Compartiendo su postura, pensamos que el conocimiento se genera desde aquello que sucede entre las personas; a la vez que un incordio necesario en las relaciones a conocer, siendo la inevitable perturbación entre observador y observado una forma de suscitar los hechos en los cuales se basa la teoría y que no corresponden a perturbador y perturbado u observador y observado por separado, sino a la relación misma entre éstos (Cooper 1967).

Si bien en la “casa”, escuela o departamento⁷ de donde nosotros venimos no resulta necesario legitimar los procesos de la metodología etnográfica, creemos pertinente explicar aquí con cierto detalle nuestra forma de acceder a los datos y el modo en que sistematizamos y llegamos a las interpretaciones de las realidades observadas y escuchadas. Esta metodología cualitativa no es de las más comunes en los estudios llevados a cabo en el área de las ciencias de la salud y en el campo del trabajo social es difícil encontrar trabajos de investigación con la intención de generar conocimiento científico. Nuestra intención es, en todo caso, no sólo dicha producción, sino la creación de algo

⁷ Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Universitat Rovira i Virgili.

que tenga resonancia en lo social y concretamente en el campo de nuestro objeto de estudio.

Para una mayor comprensión del análisis de los datos obtenidos, intentaremos recorrer la reflexión y el análisis teórico-etnográfico desembarazándonos de conceptos “objetivistas”, para ubicarnos en lo que el psicoanalista Heinz Kohut distinguió como *experiencia próxima* y *experiencia distante*. El primero es aquel que alguien - en nuestro caso un informante - puede emplear naturalmente y sin esfuerzo para definir lo que él o sus prójimos ven, sienten, piensan o imaginan y que podría comprender con rapidez en el caso de que fuese aplicado de forma similar por otras personas. Un concepto de experiencia distante es, en cambio, aquel que los especialistas de un género u otro - un analista, un etnógrafo - emplean para impulsar sus propósitos científicos, filosóficos o prácticos. La diferencia entre uno y otro es de grado, no se caracteriza por una oposición polar y la diferencia no es normativa - al menos por lo que se refiere a la antropología - en el sentido de que un tipo de concepto ha de ser preferido como tal por encima del otro. La reclusión en conceptos de experiencia próxima deja a un etnógrafo en la inmediatez, enmarañado en lo vernáculo. En cambio, la reclusión en conceptos de experiencia distante lo deja encallado en abstracciones y asfixiado en la jerga. La verdadera cuestión reside en los papeles que desempeñan estos conceptos en el análisis antropológico y en cómo deben desplegarse en cada caso para producir una interpretación de la forma en que vive un pueblo o grupo que no sea prisionera de sus horizontes mentales, ni se mantenga sistemáticamente ajena a las tonalidades distintivas de sus existencias (Geertz 1989).

Esta ubicación de conceptos en el texto es también una ubicación espacial, una situación del etnógrafo en el campo que lo instala en la posibilidad de encontrarse en un lugar “de grado” con los informantes, cuando el etnógrafo investiga *at home* y forma parte no sólo de la cultura, sino también de la casuística estudiada, ya que nosotros somos también trabajadores sociales y

vivimos en el contexto geográfico y cultural en el que se ha llevado a cabo la investigación. Desde hace algún tiempo, los etnógrafos nativos han experimentado con lo que Tedlock (1991) ha denominado “etnografía narrativa”, ya que están posicionados de tal manera que ven con mayor claridad de qué forma la identidad oximorónica del “observador-participante” sitúa al investigador en una trampa paradójica. Es simplemente imposible estar emocionalmente involucrado y fríamente desapasionado mientras investigamos nuestra propia sociedad (DiGiacomo 1992), y en nuestro caso, nuestra propia profesión. Por ello es necesario ubicarnos en el análisis del texto estando presentes, resultando de esta manera más sinceros, y “situando” el conocimiento producido para una mayor claridad del lector. El hecho de estudiar nuestra propia profesión nos sitúa en dos lugares paralelos que, lejos de ser contradictorios, son oportunamente interactivos. Por una lado, somos conscientes de una cierta presencia defensiva ante la profesión, lo cual es inevitable, y que consideramos, no tiene porqué abandonarse. En todo trabajo de investigación en las ciencias sociales existe siempre una posición política, más o menos explícita, pero que es pertinente en el campo social, siempre que esté legitimada por los datos empíricos, con un cuidado sobre el lenguaje en el marco de lo diplomático, sin por ello dejar de decir lo que se quiere. Por otro lado, ese lugar de defensa nos legitima para otro lugar, el de la crítica. El pertenecer al objeto de estudio nos permite interrelacionar la defensa con la crítica y ocupar un espacio más reflexivo en el análisis. Ser trabajadores sociales nos dota de la legitimidad para defender nuestra práctica, pero también de ser críticos con ella, siempre con el objetivo de resultar constructivos a nuestra disciplina, nuestra profesión y nuestra práctica.

En *El Antropólogo como Autor* (1989) Geertz explica las dificultades de hacer del texto antropológico el lugar de encuentro del *estar allí* y el *estar aquí*, dos lugares que se corresponden de alguna manera con la experiencia próxima y experiencia distante; del concepto al espacio y viceversa. Un modo de ubicar nuevamente al etnógrafo en las encrucijadas que en las épocas clásicas de la

etnografía de los exotismos se maquillaban de un ingenuo intento de objetividad que resultaba una ficción/fantasía. Esta discusión permanece hoy en día y aún permanecen fundamentalistas enamorados de la idea de ver al otro con extrañeza, mientras que cuando se trabaja *at home* desvincularse como si se fuera ajeno a la cultura estudiada es imposible.

Puede parecer que este texto empieza con excesivas justificaciones, y quizá sea por ese complejo que las ciencias sociales tienen hipocóndricamente encarnizado, y que nos exige una constante de “lo que digo es lo que vi, y lo que es”. Y ahora bien: ¿qué es lo que es? *Com arribem a ser el que som, i com arribem a saber el que sabem? Primer, l'atzar. Segon, el treball des de la pròpia vulnerabilitat i la identificació amb l'Altre (d'això se'n deia going native, i encara està mal vist). Tercer, l'experiència viscuda com a categoria analítica. Quart, la traducció com a pràctica etnogràfica. I cinquè, l'etnografia com a pràctica de resistència contra el discurs hegemònic.* (DiGiacomo 2004: 134).

DiGiacomo explica citando a Geertz, acerca de una de las dificultades fundamentales de escribir un texto antropológico: la rareza de construir un texto ostensiblemente científico a partir de experiencias ampliamente autobiográficas, que es lo que al fin y al cabo hacen los etnógrafos, queda totalmente oscurecido (DiGiacomo 1992).

Así que, para explicar la metodología, las dificultades, los accesos y los logros de esta etnografía es necesario desnudarse como trabajadores sociales para dejar claro nuestro lugar en el análisis. Nos resulta una exposición más sincera, transparente, y en último caso, para no hacer el ridículo y aparecer detrás de cada vocablo por pretender nuestra ausencia. La antropología nos permite generar este espacio de posibilidad para “observar desde un lateral” (Correa Urquiza 2009), y en este caso, también desde adentro.

En este trabajo algunos profesionales del gremio a través de sus textos y hablan las personas que hemos entrevistado, o mejor dicho, las participantes. Digamos que tal y como transcurrió el trabajo de campo, nosotros nos hemos dedicado a “ordenar” (o quizás desordenar) y a dar algo de forma a lo compartido. Esto no significa que no existan en las siguientes páginas nuestras reflexiones en una intención de unir el conocimiento adquirido a través de la teoría y de lo aprendido en el trabajo de campo. No significa que no se analizarán “los datos”, o que no se desprenderán de ellos algunas conclusiones o posibilidades de discusión frente a la problemática que se aborda. Sino que nos gustaría dejar sentado, que este trabajo es una construcción de un grupo de investigación espontáneo e improvisado, porque fuimos a buscar lo que no sabíamos, y el conocimiento apareció en la experiencia de cada uno de ellos.

La etnografía: abriendo puertas.

El trabajo de campo fue, efectivamente, el espacio donde encontramos aquellas perlas que buscábamos; fue también el lugar de mayor decepción y el más difícil de llevar a cabo. Nos encontramos con un desfase entre lo que “nos parecía posible” en un principio, y lo que realmente “fue posible”.

El procedimiento que elegimos en un principio tenía como impronta hacer las entrevistas y observaciones de manera formal. Esto nos llevó a realizar un listado con las residencias asistidas para la tercera edad del *Camp* de Tarragona, conseguir los correos electrónicos y teléfonos necesarios para ponernos en contacto con sus directores o responsables directos, y proceder a proponer la participación en la investigación. Presentamos en todo momento nuestras intenciones prácticas en la institución, que no tenían mayor interés que el de investigar y conocer el funcionamiento de la misma en relación a la profesión del trabajo social y, dentro de las posibilidades, de otros profesionales como enfermeras, auxiliares, psicólogos, fisioterapeutas, entre otros.

Esta fue la primera etapa, que duró poco más de dos meses, en la que obtuvimos sólo una respuesta positiva y ésta sólo nos invitaba a acercarnos al centro y “explicar con mayor detalle” de que se trataba nuestra propuesta. Fuimos a la cita y expusimos de forma más o menos breve y con el mayor detalle posible cuáles eran las finalidades de la investigación y las posibilidades prácticas que ésta podía tener. Por otra parte, aclaramos en todo momento que no se trataba de una evaluación de la institución, y muchísimo menos de su personal y, claramente, tampoco pretendíamos evaluar el desarrollo de sus funciones como director y director técnico asistencial (médico de profesión). La reunión duró poco menos de una hora y ésta se desarrolló de tal manera que tuvimos que justificar de manera constante la pertinencia y significación científica de nuestra propuesta. La suerte de estar convencidos de que había algo que estudiar en aquello que habíamos problematizado nos dotó de herramientas y “énfasis” suficiente para poder tener respuestas a cada una de las preguntas que nos realizaban. Si bien no viene al caso, es interesante mencionar que ambos se dirigían constantemente a Eduard y en muy pocas ocasiones a la mujer de la investigación, Elisa. Tras explicarnos y justificarnos, les dijimos que esperábamos su colaboración con el proyecto, ya que en todo caso a quien le podía llegar a resultar útil nuestras humildes aportaciones era justamente a los profesionales que trabajaban para ellos, lo que podía facilitarles las cosas en varios aspectos. La “acalorada” reunión concluyó con un cordial saludo y nos dijeron que nos escribirían para darnos una respuesta positiva o negativa. Nunca recibimos respuesta.

Esta fue la única experiencia “cara a cara” con directores de institución; no fue en ningún caso lo que esperábamos e incluso fue hasta incómodo y desagradable el momento en que debíamos buscar constantemente como legitimar aquello que decíamos, pensábamos o proponíamos. Ante esta escena, y dado que no recibimos más respuestas para programar un encuentro -algunos respondieron directamente con la negativa a participar y otros nunca respondieron-, decidimos que haríamos las cosas “por izquierda”. Es así que

empezamos con algunas redes personales que teníamos, sobre todo Eduard que había trabajado durante años en más de una residencia. Recordamos que teníamos compañeras de la carrera que estaban trabajando en residencias, tanto de trabajo social como de antropología. Empezamos entrevistando a nuestras conocidas y los contactos para continuar con el trabajo de campo desde ahí fueron mucho más fáciles.

Mencionamos este panorama con el que nos topamos por dos motivos: en primer lugar porque los antropólogos trabajamos de esta manera. Es necesario mencionar o trabajar no sólo con lo que se considera formalmente como resultados, sino también con todo aquello que lo acompañó y que hizo posible conseguir o no dichos resultados. La investigación no es el producto final que uno ve escrito y bien preparado, sino todo un proceso desde que surge la idea hasta que llega en forma de texto. La etnografía como método lleva implícita el proceso y por ello la literatura antropológica y etnográfica no es sólo el producto, sino el proceso de estudio. Y, en segundo lugar -que deviene del propio paradigma de cómo entendemos el análisis los antropólogos- porque las ausencias, las faltas, las piedras, negativas y malas experiencias tienen una significación y es de interés científico a la hora de construir lo que son realmente los resultados y las conclusiones de una investigación.

En este caso en particular nos encontramos con una piedra enorme en uno de los vértices angulares de la etnografía: poder hacer trabajo de campo. Al comienzo resultó frustrante ya que teníamos en mente una escena etnográfica en la que hacer no sólo entrevistas, sino también observación en las residencias. Esto último no nos fue imposible, así que debimos buscar estrategias en las entrevistas que nos sirviera para que nuestras informantes fueran nuestros ojos.

Cuando tomamos la decisión de llevar a cabo las entrevistas de forma “clandestina”, es decir, sin el consentimiento de los directivos para entrevistar a algunas de sus profesionales, nos preocupó el tema ético. Pensamos que de

alguna manera estábamos “robando” información que un momento nos había sido negada o ignorada. Este problema ético se resolvió en nuestra primera entrevista con una compañera de profesión que cursó junto con nosotros la Licenciatura de Antropología Social. Eduard recordaba que ella trabajaba en una residencia para la tercera edad. Nos pusimos en contacto con ella y tras explicarle el propósito de la investigación no sólo aceptó rápidamente, sino que al explicarle el problema de acceso que habíamos tenido no se extrañó. Está compañera nos animó a seguir por esta vía, ya que, consideraba que la investigación tenía pertinencia y que, justo por ello nos habíamos encontrado, probablemente, con el rechazo y la ignorancia.

Esta primera entrevista fue el punto de inflexión. Comenzamos a tirar de nuestras redes profesionales consiguiendo así la mayoría de las entrevistas con la técnica de la bola de nieve. En las demás entrevistas con trabajadoras sociales nos encontramos con un panorama similar, no sólo en relación a las problemáticas que encontraban vinculadas al objeto de la investigación, sino a este problema metodológico que nos había llevado a verlas de forma particular e individual, fuera de su espacio y horario laboral. Todas estuvieron de acuerdo con que la vía informal sería probablemente la única forma de acceder a la información, ya que los directivos de las residencias se verían probablemente amenazados de cierto juicio sobre su labor en el marco de una investigación de este tipo.

La arena sobre la que debíamos movernos nos obligaba entonces a que nuestro compromiso con el anonimato de nuestras informantes fuera aún mayor. Debíamos ser especialmente cuidadosos con la identidad de nuestras participantes. El que puedan ser reconocidas en el texto podría llevarlas a tener problemas en sus espacios de trabajos, lo cual, no sólo no podemos permitirnoslo en el marco de la ética profesional, sino además en el marco de las relaciones personales, por el compromiso que adquirimos con cada una de ellas de que el cuidado sobre su identidad sería especialmente prolijo. Es por

ello que decidimos no mencionar a qué residencias pertenecían, ni mucho menos vincularlas a las características de las mismas como el número de internos o usuarios, ya que por estos datos podrían ser fácilmente identificables en una zona tan acotada como el *Camp* de Tarragona.

Nos valdremos entonces de todas las estrategias posibles para cumplir con dicho cuidado, habiendo explicado las características de las residencias de un modo aislado a las narrativas de las informantes con el fin de distraer posibles conexiones.

Este texto tiene la finalidad de llegar justamente a las residencias, sus profesionales y sus directivos, con lo que toma aún más pertinencia el absoluto anonimato de las participantes en esta investigación. Aclarados estos puntos en relación al proceso ético y etnográfico podemos dar paso a la obtención de datos y los resultados que de ellos se desprenden.

VII

DEL TRABAJO EN LAS RESIDENCIAS: LA COTIDIANIDAD

Una de las cuestiones principales que queríamos conocer de la figura de las trabajadoras sociales en las residencias asistidas era su cotidianidad laboral, sus tareas más o menos prefijadas e invariables en el día a día, junto con aquellas que fueran más “extraordinarias” o inusuales dentro de la rutina. Para ello, pedimos a nuestras colegas una descripción de dicha cotidianidad de dos formas diferentes y en distintos momentos de la entrevista. Aunque estas dos preguntas principales acerca de su labor cotidiana eran explícitas, a lo largo de la entrevista se iban desarrollando otro tipo de preguntas más específicas que nos ayudaban a conocer el desfase entre las “funciones” y las verdaderas prácticas. Al mismo tiempo, en virtud de la narrativa y de lo que nos contara nuestra informante, desarrollábamos preguntas nuevas para conocer con más detalle lo que hacen cotidianamente. Nuestras preguntas explícitas eran cortas y concisas, a la vez que permitían una gran flexibilidad de respuesta. De carácter general para que pudiera entrar todo tipo de descripciones, preguntamos simple y llanamente ¿cuáles son tus funciones en la residencia como trabajadora social? Y ¿puedes describir cómo es el día a día en tu trabajo, haciendo una descripción de tu jornada o rutina?

En el documento titulado *Perfil Professional: Personal Diplomat en Treball Social dels serveis d'acolliment diürn i serveis de centres residencials per a la gent gran. Acord aprovat en data 10 d'octubre de 2003 pel Comité d'experts en formació de recursos humans en l'àmbit dels serveis socials*, editado por la Generalitat de Catalunya, Departament de Benestar i Família, se detallan las funciones del profesional del trabajo social en el ámbito de los centros residenciales, clasificándolas como generales, en relación a los usuarios y familias, en relación con el equipo de trabajo y en relación con la comunidad.

En relación a las funciones generales destacamos las siguientes: velar por los derechos y deberes de los residentes; coordinar el área social del centro residencial y ser el profesional referente en todo el proceso de estancia en la institución.

En el ámbito de las relaciones entre residentes y familias subrayamos: establecer el primer contacto con el futuro residente y las familias, elaborar, ejecutar y evaluar el programa de acogida, rellenar y hacer el seguimiento de la documentación y trámites necesarios para la intervención social; coordinarse con el departamento de enfermería en relación a visitas hospitalarias y hacer el seguimiento; dar soporte a la familia dependiendo de las distintas situaciones durante el ciclo vital del residente; asegurar el cumplimiento de la confidencialidad; elaborar, ejecutar y evaluar el programa de intervención en familias; intervenir con coordinación con el resto de profesionales en las situaciones de pérdida o conflicto del interno; promover la participación y garantizar la información a los residentes de las actividades lúdicas y culturales que se desarrollan en la comunidad; informar a la persona y tramitar si es oportuno, sobre aspectos de tutela y documento de voluntades anticipadas; intervenir con el resto del equipo en el proceso de acompañamiento a la muerte; realizar los trámites necesarios en caso de alta y/o traslado del usuario; velar por el respeto de las costumbres relacionales y a la diversidad cultural de las personas atendidas en el dispositivo.

Por lo que hace referencia a la relación con el equipo interdisciplinar señalamos: proporcionar al equipo de profesionales la información necesaria para contribuir a mejorar la atención integral del residente; participar en las reuniones destinadas a la elaboración y seguimiento del *Pla Individual d'Atenció Interdisciplinària* (PIAI), así como fijar de forma consensuada con el paciente o las personas responsables los objetivos; facilitar la comunicación entre usuarios, familias y profesionales; participar en la elaboración y revisión de los protocolos asistenciales en el marco de la disciplina del trabajo social; colaborar en el

estudio para medir el grado de satisfacción de los residentes y familiares; participar en la elaboración de la memoria anual de la residencia; participar junto al resto de profesionales en la elaboración del programa anual de actividades; promover y participar en los comités de ética del centro.

A nivel comunitario resaltamos: coordinarse y colaborar con los profesionales externos en la gestión de casos y proyectos sociales comunes, favorecer la interrelación entre el centro y la comunidad e, intervenir en los órganos de participación de la comunidad.

Nuestra intención era poder determinar, en un principio, cuál es la estructura formal de las funciones de un trabajador social en una residencia. Esto podía verse en la superposición de respuestas de nuestras informantes. Al mismo tiempo, detectamos otra cosa que se superponía en las respuestas: las tareas “extraordinarias” o aquellas vistas como fuera de sus funciones. Estas eran también cotidianas.

En un intento de poner en común las funciones compartidas por las trabajadoras sociales mostramos a continuación la estructura “formal” de la práctica profesional desde nuestra base empírica, desde la narrativa de las profesionales. Las siguientes son, a grandes rasgos, las funciones de la trabajadora social en relación a los residentes y el resto de profesionales. Tareas que todas nuestras entrevistadas han descrito como las más importantes o troncales y que compartieron como parte de su cotidianidad.

Figura conectora o de enlace.

Las trabajadoras sociales son las encargadas del vínculo entre la familia, el residente, el resto de profesionales y la institución. Realizan la acogida de los nuevos residentes y la “acogida” a la familia; ofrecen información y acompañamiento al proceso de acostumbramiento al ingresar un familiar en la

residencia. Son las encargadas de realizar las entrevistas de acogida y el acompañamiento al proceso de adaptación del residente al centro. Se encargan de todo aquello que tenga que ver con trámites relativos al enlace entre la administración, el residente y su familia (gestión de prestaciones, ayudas a plazas públicas y privadas).

Seguimiento de los internos y su familia.

En el caso de que no hubiere nuevas entradas al centro, las trabajadoras sociales tienen como rutina realizar el seguimiento de los internos dentro del centro, pero también de lo relativo a su entorno familiar y social. Son las encargadas de gestionar aquellos temas o problemáticas sociales que influyan en la vida del interno y de aquello que - aunque suceda en su red familiar y social en el exterior- atraviese la vida del interno con probabilidades de perjudicar o beneficiar su bienestar dentro del centro. Esto refiere a la situación social de su red más cercana como puede ser la situación financiera y la gestión de las ayudas o prestaciones de las plazas de la residencia. La situación emocional o afectiva también es importante y es la trabajadora social la que lleva un control o seguimiento de las visitas que tiene el residente por parte de la red social y familiar. Dentro de la estructura del seguimiento, las trabajadoras realizan entrevistas periódicas a los residentes para conocer de forma directa su situación, aprovechando el espacio para conocer las inquietudes, preguntas o demandas que éstos puedan tener. De esta manera, la trabajadora puede conocer mejor la situación relacional con otros internos, el personal y su relación con la familia. En conclusión, la trabajadora social hace seguimiento, diagnóstico y evaluación de los tres pilares principales: el residente (el pilar individual), la familia o red social más cercana (pilar comunitario), e institucional (pilar profesional). Las trabajadoras sociales gestionan estos tres pilares a nivel relacional como un engranaje que debe funcionar en coordinación y organizarse en virtud de las necesidades de los residentes con el objetivo de un mejor estar en el dispositivo.

Vínculos y relaciones.

Dentro de las funciones anteriores existen tareas más específicas que se desarrollan como una red conexas donde la trabajadora social es el punto de unión entre las partes. La mediación familiar conlleva trabajar los vínculos relacionales entre sus miembros, incluido el residente. Una de las tareas es detectar qué tipo de disfunciones pueden existir e intervenir en pro de una mejora de la relación. Trabajan con los problemas derivados de los vínculos afectivos inherentes al parentesco, la implicación de la familia en la adaptación del residente al centro, su estancia y el desarrollo del usuario en este espacio.

Estructura y coordinación con el equipo profesional.

En el marco de las relaciones profesionales de los trabajadores del centro, nuestras informantes (trabajadoras sociales, enfermeras y psicóloga) exponen una buena relación, interacción y comunicación de forma generalizada. Sin embargo, no dejaron de recalcar que “la cosa de la comunicación se facilita por el espacio compartido, estás en el mismo lugar de trabajo, así que la comunicación es inevitable, aunque no siempre la comunicación implica entendimiento y buenas voluntades para compartir algunas informaciones”⁸. En este escenario de comunicación inevitable, la estructura formal se representa de tal manera que la comunicación y coordinación entre profesionales de la residencia está implícita en la organización estructural del centro. Se realizan reuniones periódicas en las que participan (o al menos deberían) todos los profesionales. Entre los profesionales técnicos se hacen reuniones para tratar los llamados *Plans Interdisciplinaris d’Atenció Individual* (PIAI). En estos encuentros intervienen todos los profesionales, (incluyendo fisioterapeuta, psicólogo, enfermera, educadora social, jefe de turno de los cuidadores, etc.) en los que cada seis meses se habla individualmente de cada residente, a no ser que se

⁸ Informante 1

desarrolle alguna problemática concreta a la que se le destina un tiempo específico para realizar un diagnóstico de la situación, establecer cómo se gestionará y cuáles serán los pasos para encontrar una solución. Si no aparece ningún episodio extraordinario, el camino protocolar es seguir este ciclo de revisión cada semestre. En dos casos de residencias pequeñas, las reuniones y revisiones de casos no se dan de la forma establecida por factores de incompatibilidad horaria. Algunas de los profesionales no pueden estar presentes y se pierde u obvia información muy valiosa procedente de sus competencias, ya que las que suelen faltar son las cuidadoras técnicas que pasan la mayor parte del tiempo con los residentes. En ambas residencias sucede porque las reuniones de equipo se realizan alrededor de la una del mediodía, horario en que las cuidadoras deben estar presentes en el comedor para atender la alimentación de los residentes.

De esta sección consideramos destacable, y será detallado más adelante como una problemática crucial, que el médico no suele estar presente en las reuniones según nuestras colegas. La información relativa al estado de salud de los residentes se transmite a partir de la enfermera jefa que representa a todas las demás (en casos en los que hay más de una), y por lo que vemos, también al médico. Este fenómeno deriva de la “dinámica laboral de sus competencias, porque el médico desarrolla su práctica en la residencia a través de visitas, se limita a sus funciones clínicas”⁹. El médico es entonces la figura profesional menos presente en las reuniones, menos presente en el centro, y por ende, con el nivel más bajo de comunicación y vínculo con el resto del equipo. Para concluir, decir que las trabajadoras consideran que en las reuniones cada profesional aporta su visión del residente según su formación y competencias, aunque esto no implica que su “visión” sea tomada en cuenta en la determinación de las decisiones. Muchas veces sus opiniones son tomadas por alto, o simplemente un valor añadido, como puede ser la de una técnica que haya podido asistir a la reunión o a través de la enfermera representante.

⁹ Informante 3

Incluso, a veces, sucede con las opiniones de las enfermeras (fuera del marco de su representación del médico), o de los fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales (que a veces son la misma persona con dos figuras profesionales superpuestas). Estas valoraciones de las voces tienen que ver con un mundo jerárquico de las instituciones que ya remarcaban estudios sociológicos al respecto (Goffman 1961; Caudill 1958; Basaglia 1972; Stanton & Schwartz 1954) y que desarrollaremos más adelante.

Estabilidades y alteraciones ligadas al sufrimiento mental

Nuestras entrevistas intentaban recorrer una narrativa que nos llevara de lo más general a lo más específico. Tras la cotidianidad, a grandes rasgos, preguntamos a las profesionales sobre el conocimiento sobre los trastornos mentales severos y otras patologías vinculadas a la demencia que provocan sufrimiento subjetivo en el terreno de la salud mental. Este tema, que se desarrollará más adelante, está vinculado a las posibles funciones específicas con aquellas personas que tiene algún diagnóstico de este tipo. Lo curioso es que, cuando les preguntamos las funciones no parecían variar de las de cualquier otro residente, y de hecho, en la teoría, pensamos que lo ideal es justamente un trato normalizado o estandarizado con estas personas. Sin embargo, y a pesar de que en principio no señalaron diferencias relativas a las funciones predeterminadas, a lo largo de las entrevistas fuimos encontrando que las trabajadoras llevaban a cabo competencias que se salían de los parámetros esperados en la práctica. Esto se descubría en las entrevistas a partir de dos lugares diferentes pero íntimamente relacionados: por un lado describieron ejemplos con detalle y contando anécdotas concretas; por otro lado, manifestaron esta alteración de la “rutina” establecida a modo de preocupación, angustia, falta de conocimiento, herramientas y desorientación en relación a sus funciones específicas en estos casos, entre otras cosas que serán detalladas en el capítulo correspondiente. Las trabajadoras expresaban una alteración en las tareas relativas a los usuarios diagnosticados, pero sin

poder determinar exactamente cuáles eran sus límites profesionales. Estas alteraciones eran difícilmente perceptibles, puesto que no existe un protocolo estandarizado para la gestión de personas con diagnósticos de TMS. El poco conocimiento que tienen del tema se ha nutrido en el autodidactismo, a través de la experiencia, y con suerte, a través de las optativas que habían escogido durante la carrera, en el caso de una de ellas.

En este marco de incertidumbre, tanto para ellas como para nosotros, fuimos elaborando conexiones entre las entrevistas. No sólo de sus inquietudes al respecto del tema, sino de aquellas actividades que las trabajadoras habían ido desarrollando en común -no quizá exactamente las mismas, pero sí en consonancia conceptual- y que tenía que ver con la gestión específica asociada a las personas con algún padecimiento o sufrimiento mental y concretamente aquellas diagnosticadas de algún TMS.

En primer lugar, las trabajadoras explican que estos residentes son, para ellas, como los demás pero con “particularidades” o “agregados” para los cuáles no tienen directrices u orientación específica.

Todas expresaron que el “seguimiento concreto” de los residentes/pacientes psiquiátricos se realiza por parte de los trabajadores sociales del Centro de Salud Mental al que estén vinculados. En lo que se refiere a los centros de día, (las residencias de mayor tamaño a veces tienen una parte con plazas residenciales de larga estancia y una parte que funciona como centro de día al que acuden sin residir en el dispositivo) la situación es similar e incluso más acentuada. El seguimiento de estos usuarios está prácticamente en manos de las trabajadoras sociales del Centro de Salud Mental; estos usuarios aún viven en domicilio familiar con lo que existe también un seguimiento por parte de Servicios Sociales Básicos o Primarios. De esta manera, las trabajadoras sociales de la residencia quedan casi por completo al margen del seguimiento. Aun así, no habría, “en teoría”, variación ni diferencias establecidas protocolarmente

entre los que tienen un diagnóstico de TMS y los que no, sino que las tareas de administración y gestión de las personas están establecidas del mismo modo. Con esto queremos decir que, el hecho de que tenga más “potestad” o poder en el campo de intervención sobre el usuario la trabajadora social del CSMA supone ya una variación en las tareas en relación al usuario para las trabajadoras sociales de la residencia. Entendemos que esta estructura organizativa debería, al menos, repensarse o evaluarse si es el modo más adecuado de proceder para el bienestar del usuario y para un buen desarrollo de la práctica profesional. Mencionamos esto debido a que las informantes manifestaron cierto descontento general en lo que refiere al manejo y la distribución de información. Al parecer no se les informa (a su criterio) de forma adecuada o suficiente acerca del paciente desde los CSMA o desde los centros de larga estancia (hospitales mentales monográficos). En el caso de pacientes que han sido ingresados en hospitales durante estancias largas (se entiende generalmente algo menos de un mes) no se les informa acerca de cómo ha sido la estancia en el dispositivo, su evolución, problemas que haya habido, cambios de medicación o alteraciones en el comportamiento, humor u otros cambios en el residente que puedan resultar relevantes, tales como que come menos o más, que está más triste, agresivo, etc. Todas nuestras colegas explican que en la mayoría de los casos que les ha tocado interactuar con profesionales de la salud mental de dispositivos “psiquiátricos” estas las han hecho permanecer en una verdadera inopia de lo que allí había sucedido, y aún más, sin colaboración informativa para el futuro del usuario en el centro. En todo caso, a esta información acceden a través de la psicóloga – ya que es esta figura profesional la que lleva con más proximidad los casos de TMS- y la obtención de información dependerá de la buena voluntad de la profesional en cuestión o de la buena relación “profesional/personal” entre ésta y la trabajadora social, o bien a través de los informes médicos que son, para las trabajadoras, difícilmente interpretables.

Consecuentemente, son las trabajadoras de las residencias las que, según manifiestan, por propio interés e iniciativa, se coordinan con las trabajadoras sociales del CSMA para corroborar y confirmar que existe un seguimiento por su parte, desde cuando se hace, frecuencia, entre otras cosas. Los informes que las trabajadoras suelen recibir de las trabajadoras de los CSMA o Hospital Mental son los informes redactados por los médicos psiquiatras, con lo que acceden a informes con un lenguaje médico-clínico muy ceñido, carente de referencias sociales, encontrándose un desfase entre la información que necesitan, la que reciben, la que podrían recibir y la que pueden interpretar.

Por último, nuestras informantes han descrito las situaciones de brote y descompensación como caóticas y desorganizadas en las que encuentran límites a sus competencias (refiriéndose no sólo a ellas, sino también a otros profesionales del equipo como las enfermeras o auxiliares). Están desprovistas de herramientas para gestionar la situación generando en ellas y en el clima laboral una suerte de incertidumbre en sus capacidades y ambigüedad sobre sus figuras como expertas o expertos.

VIII

LA INSTITUCIÓN TOTAL: SOBRE STATUS, ROLES Y JERARQUÍAS.

Las etnografías clásicas del custodialismo, en el marco de los análisis sociológicos del espacio, permiten reconocer con mayor claridad el problema del status y el desarrollo de roles de las personas implicadas en un dispositivo “total”. El caso de las etnografías del custodialismo refiere a instituciones de tipo hospital mental, pero nos sirven perfectamente para el análisis de las residencias asistidas, no sólo porque éstas son en su definición sociológica una institución total, sino porque la problemática que estamos tratando es precisamente la salud mental. Nos valdremos entonces de algunas categorías analíticas establecidas para la institución total que nos muestra un mapa de cómo se desenvuelven las relaciones entre los profesionales y los “pacientes/residentes”. En este caso nos centraremos en los roles profesionales teniendo como eje la figura de la trabajadora social.

Status y roles

En la institución total no podemos comprender los roles como entes aislados, sino que, como explicaban Stanton & Schwarz acerca del hospital mental, el estudio de los roles debe ser comprendido desde la concepción de que *the hospital as a whole, as a highly organized functioning institution, in both its formal and informal aspects. The reasonable hypothesis that at least some aspects of the disturbances of the patients are part of the functioning, even when our attention is focused upon one or another specific problem. Patients and staff must be considered together as part of a composite whole* (1954:12).

Las instituciones en general, y las totales en particular, se caracterizan por una organización jerárquica. Caudill (1958) llamó “niveles de movilidad obstruida” a la no posibilidad de cambio de rol en médicos, residentes, enfermeras y

pacientes. Esta estructura de roles, jerárquica e inamovible, fue descrita también por Stanton & Schwarz (1954), Basaglia (1972) y Goffman (1961) como unos de los principales conflictos en el funcionamiento de la institución como un “sistema” o “*whole*”. Con esta categoría analítica Caudill refería a que los roles asignados en estos espacios son estáticos y permanentes, sin posibilidad de “movimiento” entre ellos en un sentido de mutación. En otras palabras, el rol de paciente no mutará al rol de psiquiatra por ejemplo; el caso de excepción podría ser los residentes que serían en el caso de hospitales los practicantes o pasantes en medicina o psiquiatría que algún día se convertirán en médicos. En el caso de las residencias para la tercera edad podemos precisar más “grupos de roles”: directivos, médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, técnicas auxiliares, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, y por el tipo de dispositivo a analizar, para nosotros los residentes/usuarios serán lo que a los hospitales mentales los enfermos/pacientes.

Caudill explicaba que el interno (paciente) articula el rol de enfermo, el de paciente y el personal de manera que forman un trabado de expectativas que se va adaptando al dispositivo en función de los vínculos con cada grupo de rol en el psiquiátrico. Será con el resto de pacientes, por ejemplo, que se podrá desarrollar un rol personal, mientras que esto será más difícil con el médico o con las enfermeras. En el caso de las residencias, los usuarios articulan el triple rol de residentes, usuarios (juntos con sus familiares) y también el de paciente debido a que la mayoría de ellos tienen algún tipo de diagnóstico clínico, ya sea físico o psiquiátrico/psicológico. Sin embargo, no será este grupo de rol el que nos interesa analizar con tanto detenimiento, sino en todo caso su pertinencia asociada al rol de la trabajadora social y que iremos viendo a lo largo del análisis de los resultados. Estos “niveles de movilidad obstruida” se hacen evidentes en la estructura jerárquica y lo veremos especialmente manifiesto en el problema de ambigüedad de la figura de la trabajadora social y su vinculación con el problema del status de la profesión en oposición a las ciencias de la salud y su resonancia en el desenvolvimiento de la práctica.

Estructura emocional encubierta.

La “estructura emocional encubierta” (Caudill 1958) refiere a una atmósfera de emoción estructural en el espacio (no un mero contagio emocional) que es sentida por los miembros de la institución. La “estructura emocional” fue reflejada entre las entrevistadas de diferentes maneras, por ejemplo, el caso de una trabajadora social embarazada. Un estado de este tipo genera alteraciones en los vínculos, en las formas de comunicarse o en las exigencias que se demandarían normalmente si se consideran inoportunas para una mujer en estado de gestación. Existen también otras formas de alteración de la conducta que se transmiten a la persona afectada y puede influir en el bienestar profesional. Por ejemplo, que el equipo no comente a la trabajadora algunas cosas que suceden en el dispositivo por considerarlas conflictivas o problemáticas y que pueden afectar al estado emocional de una mujer embarazada. Consecuentemente, si no se comunica y conversa sobre ello como es debido, la trabajadora percibe este comportamiento como formas de distanciamiento, faltas de consideración de su figura profesional, menosprecio, subestimación de su papel, o incluso una desestimación relativa a sus capacidades por su estado de embarazo como considerarla más débil o emocional, falta de objetividad, etc. Una serie de cuestiones que si no son aclaradas pueden interpretarse como problemas de relaciones de género y de poder en la estructura emocional. Otro asunto que detectamos en nuestras entrevistadas es la ocultación de información por parte de los profesionales de las ciencias de la salud, en particular de médicos psiquiatras.

Esta ocultación de información (siempre que no se trate de información que comprometa la tesitura del secreto profesional) es a veces explícita en relación a los diagnosticados de TMS, como en el caso de las conversaciones con psiquiatras de CSMA que se niegan a aportar información a las trabajadoras sociales porque no son de su mismo rubro profesional. En otras ocasiones este

“esconder” información es un proceso sutil y “clandestino” ya que, no se trata de una enunciación directa, sino que se manifiesta en la ausencia de comunicaciones que deberían realizarse, en los silencios en una conversación, o en percepciones de cierto “complot” entre los profesionales psi por mantener una información que consideran privilegiada por el status que tiene la Psiquiatría y que quieren “mantener” en sus manos.

No compartir información, que puede ayudar a la trabajadora social a comprender el estado clínico de un residente, es una forma de mantenerlas relegadas a un status “menor” en las relaciones profesionales (y personales) de una forma implícita. Así, la estructura emocional encubierta, revelada principalmente en la estructura de jerarquización profesional, se traduce en que el personal sanitario o grupo de rol vinculado a las ciencias de la salud tiene mayor acceso a la información del estado del residente con diagnóstico de TMS. Existe un vínculo relacional implícito entre estos profesionales -incluso con los psicólogos -con los que tienen mayor afinidad, dado que ambos forman parte de la asistencia clínica- deja al margen a los profesionales encargados de labores sociales. Esto forma parte de nuestra construcción cultural e histórica en relación a las hegemonías y subalternidades de las profesiones que ubica las ciencias sociales debajo de las ciencias duras o “exactas”.

Retraimiento mutuo, perturbaciones colectivas abiertas y apareamientos de grupos de rol.

Los grupos de rol pueden pasar por tres fases clasificadas como “retraimiento mutuo”, “perturbaciones colectivas abiertas” y “apareamiento de grupos de rol” (Caudill 1958). Estos estadios posibles se darían, en teoría, en ese orden en el tiempo. Sin embargo, desde nuestra base empírica, encontramos que estas fases o estadios pueden darse de forma “desordenada” en el tiempo, sin seguir un patrón determinado. Las fases estarían caracterizadas de la siguiente manera: en la primera, el retraimiento mutuo, cada grupo de rol se cierra en sí

mismo. La segunda, las perturbaciones colectivas abiertas, una especie de caos en el que afloran las convulsiones y los conflictos entre los grupos de forma explícita y a modo de conflictos o peleas verbales. Por último, el apareamiento de grupos de rol, aquel en el que se forman alianzas entre los grupos manifestándose en defensas mutuas o en poner en evidencia al grupo de rol con el que no se está aliado.

El retraimiento mutuo sería el estado de mayor dificultad, ya que no hay comunicación. En la perturbación colectiva se manifiestan fenómenos y comportamientos que no aflorarían en estado de equilibrio y puede resultar positivo para solventar y limar asperezas que hayan podido existir en el pasado. Los estados de tensión no deben ser considerados necesariamente como antiterapéuticos y, en consecuencia, dignos de ser evitados categóricamente, sino que pueden tener un valor terapéutico al designar actividades asociadas con la resolución didáctica y benéfica de estos estados. Basaglia (1972) lo explicaba sobre el Hospital Mental de Gorizia, donde el encuentro, la comparación y los debates eran el motor de las reuniones horizontales, aunque esto era referido concretamente a las reuniones o citas grupales en las que se incluía a los pacientes. Por último, el apareamiento de roles pone de relieve la estructura informal de los grupos que hemos mencionado anteriormente y muestra fenómenos en la base del iceberg que no veríamos ni en estados de equilibrio, ni de perturbación colectiva. Las alianzas revelan de forma indirecta subjetividades que no salen en una cotidianidad normalizada y que nos sirve para reconocer el marco dónde se mueven algunas problemáticas.

En nuestras entrevistas hemos descubierto estos estadios, según describían nuestras informantes. Nos comentaron periodos concretos en los que encontraban una nula comunicación entre los grupos. Las reuniones grupales se daban de forma muy rápida y no se compartía la información obtenida. Normalmente estas reuniones se dan una vez a la semana con representantes de todos los grupos de rol, aunque había veces que no todos los grupos estaban

representados. Esto es una forma de retraimiento que puede ser o no voluntario, pero que tiene repercusión en la estructura organizacional del dispositivo. Este tipo de fase no parecía vincularse a ningún acontecimiento en particular, o al menos no fue comentado por las informantes. Empero, para ellas resultan periodos cortos pero detectables en tanto que contraproducentes para la resolución de problemas.

Respecto a las perturbaciones colectivas abiertas, todas las informantes describen algún período de conflicto en el que los grupos no eran capaces de ponerse de acuerdo. Si, por ejemplo, se cambia alguna normativa o se establece una nueva norma, éstas no son recibidas de la misma manera por los profesionales generando conflictos de intereses si una norma afectaba más a un grupo que a otros.

Por último, los apareamientos de rol son los más evidentes y persistentes, entrando en ciclos de periodos en que los grupos generan alianzas. Este fenómeno también está ligado a los cambios de normas, transformaciones en los horarios, bajadas de presupuesto que afecta a un grupo determinado, etc. Así, en algunas ocasiones, según conveniencia del grupo coincidente con el gremio, las enfermeras empatizaban con la trabajadora social si se veían reflejadas con ella en términos de desprestigio profesional por parte del médico o los directivos. Otro ejemplo es el caso en que las técnicas auxiliares generan lazos más estrechos con el grupo de las enfermeras, ya que esto las beneficia en relación a las tareas a desarrollar. Sin embargo, las mismas técnicas será más difícil que empaticen con la trabajadora social ya que la simbolizan como una profesional “privilegiada” que no “se ensucia las manos ni hace el trabajo duro”¹⁰. A decir verdad, explican que tampoco las enfermeras lo hacen, sin embargo, pueden empatizar con ellas en tanto gremio supeditado a las órdenes logísticas, clínicas y terapéuticas del médico.

¹⁰ Informante 11

Percepciones.

El hospital, según Caudill, significa cosas diferentes para los grupos de rol. La idea que ha de explorarse aquí consiste en afirmar que las percepciones de cualquier individuo, o las actitudes compartidas en grupo de rol, se hallan muy coloreadas por un conjunto subyacente de supuestos cognoscitivos y afectivos de cuál es la realidad (Caudill 1958). El sociólogo ponía el acento en estas diferencias con un ejemplo perfecto comparable con nuestro estudio: para las enfermeras, las situaciones más difíciles eran aquellas que tenían poco que ver con su adiestramiento tradicional. Esta situación es totalmente comparable, e incluso mucho más acentuada, con las trabajadoras sociales en la gestión de problemas vinculados al TMS, ya que cuando suceden estos episodios, las situaciones que se generan tienen muy poco que ver con su “adiestramiento tradicional”, es decir, con la formación como trabajadoras sociales.

Estas significaciones y percepciones de los unos sobre los otros es crucial para comprender las relaciones entre los profesionales, pero sobre todo, puede facilitar la flexibilidad entre estos para un mejor estar en el trabajo. Los apareamientos de rol, en conjunto con los comportamientos manifiestos y la profundización en las significaciones pueden formar un triángulo revelador que aclare interrogantes y problemáticas sobre “cabos sin atar” en los procesos de resolución de conflicto. Para esto puede ayudarnos tener en cuenta lo que Caudill llamó el *acting out*, que refiere a “actuar” los problemas, y el *talking out* que refiere a hablar sobre estos. Hablar es también una forma de actuar, e incluso el pensamiento no verbalizado lo es. Por lo que nuestras informantes describen, los problemas en el dispositivo tienden a “actuarse” más que hablarse. Cabe otorgar importancia a cualquiera de las tres formas, dado que los actos emocionales de este tipo tienden a repercutir en todo el espacio a través de la estructura emocional encubierta.

IX

LIMEN Y AMBIGÜEDAD: SECRETARIAS EN LA FRONTERA DE LO PERENNE.

Hasta ahora hemos visto que las funciones de las trabajadoras sociales resultan más o menos homogéneas en lo relativo a la cotidianidad hegemónica de las residencias asistidas para la tercera edad. Aquello que forma parte de una estructura de las funciones formalizadas o protocolares son coincidentes en todas las entrevistadas. En relación a sus tareas vinculadas a su relación con los residentes diagnosticados con un TMS, su familia o el resto de profesionales, encontramos un rizoma común que ya hemos insinuado y que denominaremos la “ambigüedad percibida del Trabajo Social”. ¿A qué nos referimos con esto? No hemos hecho la prueba pero, probablemente, si preguntamos en la calle que hace un trabajador social, las respuestas serán de corte amplio, generalistas, poco limitadas y, sobre todo, difícilmente el común de la población podría reconocer un listado de funciones específicas del trabajo social.

Generalmente, como profesionales del gremio, encontramos que la gente confunde nuestro trabajo, no en términos conceptuales (como nos sucede a los antropólogos que podemos ser confundidos hasta con arqueólogos), pero si en el marco de la práctica. Comúnmente se vincula nuestra labor a ciertos sectores de la beneficencia y la caridad, el trabajo de “ayuda a los pobres” como un ente que provee de lo que le falta a sectores desfavorecidos.

Por otro lado, se nos vincula también a funciones burocráticas y administrativas en el marco del trabajo institucional y estatal. Empero, aunque estos dos “nichos” prácticos forman parte de la labor del trabajo social -en cierta medida y con acusadas matizaciones acerca de la caridad o la beneficencia- no sólo no son los únicos polos sobre los que nos movemos, sino que además, el imaginario cultural sobre el que se piensan estos polos nos deja en un lugar

muy poco definido y disociado de la sistematización y metodología de nuestro trabajo.

Sin embargo, el problema más importante no es que un transeúnte vacile en la definición de trabajo social y que no trace los límites y detalles pertinentes. El problema radica en que nuestras profesionales -aun en la capacidad de establecer criterios metodológicos y sistemáticos, de marcar los campos de intervención, de conocer las líneas teóricas, epistemológicas y éticas del trabajo social-, en la práctica, siguen viviendo circunstancias diarias en las que la fronteras se amplían, se difuminan, encuentran agujeros que quedan en stand-by sin poder resolverse, y sobre todo, incorporan una cierta ambigüedad ligada a la disciplina que se experimenta en el ejercicio de la profesión. Esto sale a la luz cuando circunstancias problemáticas “desconocidas” -o sobre las que tenemos poca formación o conocimiento- dependen su resolución, en parte, de nuestra intervención por el bien del usuario, su familia, nuestros compañeros y de nosotros mismos. Este es el caso de algunos de los episodios que nos comentaron nuestras informantes: las trabajadoras sociales, las enfermeras y la auxiliar; incluso las trabajadoras sociales de CSMA y una de las psiquiatras manifestaron ciertas incertidumbres competenciales en episodios conflictivos vinculados a TMS. El abordaje de una descompensación o brote suele devenir en momentos de convulsión y “desorden”. Es allí donde las seguridades en su experticia se desvanecen y aparecen una serie de límites inesperados difíciles de gestionar tanto profesional, como emocional y anímicamente. En primer lugar por el desconocimiento de lo que está sucediendo (algo que no es exclusivo de los profesionales, sino de una sociedad poco informada y formada en estos aspectos), y en segundo lugar, por la falta de directrices concretas o herramientas que puedan ayudar a guiar formas de proceder ante estas dificultades. Estas podrían venir por parte del sistema médico experto, de las familias, asociaciones de afectados y familiares, etc., pero no las tienen a su alcance, o al menos, no se les facilita en sus espacios laborales.

En este caso haremos especial hincapié en cómo estas escenas afectan –desde una fenómeno particular- a la figura de la trabajadora social y la percepción de ambigüedad que gestan sobre ellas mismas –es decir, hacia un fenómeno más general que podríamos encontrar en otros campos de intervención de la profesión-. No queremos decir con esto que a todas las profesionales les suceda lo mismo, ya que en este caso subyacen toda una serie de factores que pueden influir o determinar en que esto se desarrolle¹¹.

Por otro lado, tampoco estamos afirmando que si esto sucede en el contexto de residencias asistidas para la tercera edad ligado a las personas con diagnósticos de TMS es automáticamente extrapolable a otros ámbitos de actuación, contextos u otro tipo de patologías fuera del sufrimiento mental. Nuestro trabajo es cualitativo, no cuantitativo, así que el objetivo es comprender de dónde proviene dicha ambigüedad percibida, cómo se desarrolla y qué consecuencias tiene en el marco de esta problemática concreta.

Para esbozar con más orden de dónde proviene esta ambigüedad la determinaremos a partir de nuestra base empírica. Aclaramos que estas “definiciones” no tienen una intención generalista o universalista, sino que lo presentamos como un caso concreto que podría aportar explicaciones a la ambigüedad profesional en otros ámbitos de actuación, pero que no está a nuestro alcance afirmar en esta investigación. Presentamos estas tres formas originarias a partir del relato de las trabajadoras sociales como fenómeno casuístico, con el fin de comprender algunos de los malestares que acechan a la profesión en este contexto y cómo estas tres formas interactúan entre sí, generando en muchos casos imposibilidades de actuación y afectando al bienestar de los profesionales y los usuarios. Veremos entonces la “ambigüedad percibida por los usuarios (residentes y familiares), la “ambigüedad percibida

¹¹ Podemos pensar por ejemplo en una profesional que a lo largo de su biografía haya tenido contacto directo con trastornos mentales severos en otros contextos laborales, en su entorno familiar o red social cercana. Trabajadoras que hayan recibido formación específica al respecto a partir de postgrados, máster, jornadas u otros eventos en los que se trate el problema. Estas son algunas de las variables que pueden ayudar a que no exista tanta incertidumbre a la hora de abordar episodios de descompensación en el marco de los TMS.

por otros profesionales” y la “ambigüedad Autopercibida (por parte de las trabajadoras sociales”). Veamos cada una de ellas con mayor detalle.

Ambigüedad percibida por los usuarios (residentes y familiares)

En las narrativas de nuestras colegas surgían diferentes tipos de cuestiones que les gustaría poder gestionar de otra manera en relación a los usuarios, ya sean los residentes del centro o sus familiares.

Por parte de los residentes, las trabajadoras manifiestan, de un modo anecdótico, que estos suelen pedirle cosas curiosas viéndose probablemente como una de las pocas profesionales a las que pueden acudir para ello. Desde que vayan a comprarle algo fuera de la residencia o ubicarles una chaqueta que han perdido, (las trabajadoras sociales suelen ser las encargadas de la gestión de la ropa y objetos varios de los usuarios) hasta que se encarguen de venderles una propiedad en el pueblo o que los “representen” (informalmente hablando) en una trifulca familiar por una herencia. Algunas de estas cosas pueden ser entendibles por los imprecisos o confusos marcos jurídico-legales sobre los que pueden moverse los trabajadores sociales en ciertas circunstancias. Sin embargo, estos ejemplos refieren más un tipo de vínculo o relación que puede establecerse, generalmente, con las trabajadoras sociales y no, por ejemplo, con el médico o la enfermera. Los residentes parecen tener claro, según nuestras informantes, que el médico está para entender y curar las enfermedades, las enfermeras para cuidar de esas enfermedades, las técnicas auxiliares para asistirlos físicamente, el fisioterapeuta para atender su cuerpo con límites diferentes al de las técnicas, la educadora social para mantenerlos activos de una forma más o menos lúdica, la psicóloga para contarle las penas, y, la trabajadora social, para todo lo demás.

Las trabajadoras reciben demandas de todo tipo, la mayoría en su rango de actuación y sobre todo, generalmente, con herramientas a su alcance para

resolver sus demandas. Sin embargo, explican que muchas veces son el “cajón de sastre” al que las personas acuden porque determinada demanda, fuera de las clasificaciones anteriores, no saben a quién hacérselas y la trabajadora social suele estar a mano y a disposición. Esto las ubica en dos lugares casi opuestos en términos estratégicos, pero que se afectan mutuamente y resulta una gran paradoja. Por un lado están en un lugar privilegiado; son una figura de referencia para los residentes, lo que les otorga conocimiento e información de su estado mental, físico y anímico de un modo constante en el tiempo y desde la perspectiva propia y subjetiva de la persona. Las trabajadoras escuchan muchas veces dolencias o padecimientos que no se lo cuentan al médico o a la psicóloga porque, justamente, estas figuras están para atender el problema desde un lugar específico; un lugar que es muy poco dinámico en términos de interacción, intercambio y negociación entre el usuario/paciente y el médico/psicóloga. Estas son disciplinas con marcos muy claros, definidos y poco susceptibles de modificación (al menos de un modo improvisado) y poco flexibles en lo que refiere a posibilidades de actuación e intervención. El trabajo social es una disciplina que con sus métodos, sistemas, normas, etc. sigue gozando de una flexibilidad más amplia de la que puede gozar la Medicina, la Psicología o la Psiquiatría. Las trabajadoras sociales tenemos ese margen de actuación que nos permite gestionar situaciones en virtud de esas mismas situaciones, porque, de algún modo hemos sido preparadas para eso, para afrontar situaciones inesperadas. Nosotras no trabajamos con un cuerpo cosificado y fraccionado como lo hace la medicina (Foucault 1966), ni con una mente aislada del cuerpo como hace alguna escuela de psicología, ni con un cerebro que presenta disfunciones químicas, como suele entender la Psiquiatría. Sin la menor intención de izar la bandera del trabajo social, ni menospreciar ninguna disciplina, las trabajadoras social trabajamos con una persona, un sujeto “entero” que tiene múltiples entidades en interacción. Una persona que para nuestra disciplina no sólo es un ente holístico, sino que además no está separado de un entorno familiar y social cercano, de otro entorno más amplio que es su cultura, de un recorrido biográfico e histórico y de un contexto

personal determinado. Nuestra profesión se desarrolla en la transversalidad, contemplando las múltiples rectas, curvas y diagonales que atraviesan a una persona. Esto amplía tanto los límites de interpretación y actuación que nos permite acercarnos a las personas desde lugares que son remotos al mundo “bio” y al mundo “psi”. Por eso las trabajadoras accedemos a informaciones privilegiadas de los usuarios (si hacemos bien nuestro trabajo) que pueden servir al abordaje y desarrollo práctico de los compañeros de estos mundos algo más herméticos.

Como decíamos, esto nos ubica en ese lugar de privilegio para con el usuario, porque tenemos los márgenes laxos y flexibles para escuchar y acceder por otros intersticios que sólo permite lo social. Esto no quiere decir que debemos romper los límites de la confidencialidad de nuestros usuarios, sino que contar con información que es pertinente al desarrollo de la gestión de un problema puede y debe compartirse en el marco de la confidencialidad profesional para hacerlo de una mejor manera, siempre que esto resulte en un aumento del bienestar del usuario. Ahora bien, por otro lado, y debido a un problema de status en la profesión que tocaremos en varias ocasiones, las trabajadoras sociales quedan en un gran número de ocasiones -en este contexto y acerca de esta problemática- con la información en el “cajón de sastre”. Allí donde el usuario la depositó, la trabajadora intenta poner esa información en la estantería para que sus compañeros puedan trabajar con esa información de un modo interconectado, lo que podemos entender como interdisciplinariedad (que no pluridisciplinaridad, es decir, profesionales juntos en una sala, pero inconexos en la práctica). El problema es que la trabajadora se ve a veces en la situación de tener que volver a guardar en el cajón la información, ya que algunas disciplinas no tienen en consideración suficiente el material social del que disponemos. Por otro lado, a las trabajadoras sociales se les niega información desde disciplinas como la Medicina o la Psiquiatría quedando entonces una circunstancia de “informaciones” aisladas imposibles de conectar para comprender que sucede al sujeto. Cuando un psiquiatra de un CSMA no

informa desde sus conocimientos propios de su materia a la trabajadora social - y en un lenguaje comprensible- se levantan barreras que acaban perjudicando al usuario y a los propios profesionales que quedan cojos para comprender una situación al completo. El problema del status de las profesionales y de la jerarquía de las mismas produce islas de conocimientos, falta de comunicación, barreras lingüísticas y, consecuentemente, una visión “particionada” de la persona y de su situación. Por tanto, una intervención fragmentada, propia de las ciencias de la salud, por ejemplo, en que cada especialista se ocupa de una parte del cuerpo, pero no del mundo social en el que intentamos obtener visiones holísticas y transversales.

Por parte de las familias de los residentes, las trabajadoras nos comentan que en muchas ocasiones -al ser generalmente la primera persona que les atiende, recibe y acoge- estas acuden a ellas con consultas o cuestiones a resolver que no son propias de sus funciones. Por un lado se encuentran recibiendo demandas de tipo social que pertenecen al área de servicios sociales y no a la trabajadora social de una residencia. Esto no es algo extraño ya que, el trabajo social en ese marco de ayuda social que probablemente sigamos perpetuando con la figura de Mary Richmond, se encuentra fuertemente vinculado a los servicios sociales, casi por además histórico. Esto no resulta tan “problemático” en términos prácticos porque las trabajadoras están informadas y coordinadas con servicios sociales, y las derivaciones a uno u otro servicio o sector de atención es unas de las tareas principales dentro de nuestra profesión. La incertidumbre de nuestras trabajadoras se encuentra más bien en la variedad de demandas fuera del ámbito social y del espacio resolutivo en sus funciones: encuentran demandas que tienen que ver con explicaciones médicas acerca del estado de salud de los residentes, sobre la medicación, recomendaciones de tipo físicas y psicológicas en un marco higiénico-sanitario; o bien demandas del marco de lo jurídico-legal que, valga la redundancia, se salen de su potestad, ya que sus labores dentro de lo jurídico tiene que ver con la gestión, administración y tramitación de algunos procesos como puede ser la inhabilitación judicial, procesos de tutela, etc. Pero,

no son ellas las que tienen la potestad de “decidir”, “otorgar” o “quitar” una inhabilitación o tutela. En muchos casos los familiares pretenden soluciones en estos parámetros y el hecho de no poder proceder las pone en un lugar de “justificación” de sus actos y “legitimación” de su discurso. Esto no sólo pone a las profesionales en un lugar incomodo, ya que rápidamente la gente piensa que “no queremos trabajar o no queremos hacerlo”¹², sino que genera malestares cotidianos en el desarrollo de su labor generando inseguridades sobre ellas mismas como profesionales. Estas situaciones de inseguridad se conectan directamente con lo que después será el desarrollo de ciertas capacidades. La inseguridad creada en un sector de la tarea puede transferirse a otro sector, creando un círculo vicioso en el que, finalmente, muchas quedarán paralizadas ante ciertas circunstancias y ante ciertas personas, ya sean usuarios u otros profesionales. Este tipo de eventos nos lleva directamente al siguiente punto, la ambigüedad percibida por otros profesionales.

Ambigüedad percibida por otros profesionales.

Esta procedencia de la ambigüedad la llamaremos “síndrome de la secretaria”. En cuatro ocasiones nos encontramos con que las trabajadoras sociales se autodefinieron con el término de “secretaria” en relación a otros profesionales; a saber, directivos del centro, médicos, enfermeras y en alguna ocasión con psiquiatras. Como podemos observar, no es casualidad que su autopercepción o autodefinción ante estas disciplinas las ubique en un lugar de grado menor respectivo a ellos. El trabajo social, como la mayoría de las disciplinas en las ciencias sociales, sufren una subvaloración y subestimación en el escalafón científico. Es sabido, históricamente, que las ciencias sociales han tenido que justificar y buscar el valor que merecen en la conceptualización de las ciencias, considerándose las sociales como secundarias y subjetivas, frente a las ciencias puras o duras y objetivas. Tanto la medicina como la psiquiatría y la enfermería (esta última en menor grado y supeditada a las directrices de la medicina) están

¹² Informante 3

consideradas como ciencias puras y objetivas. Son consideradas ciencias con mayúsculas gozando de un status superior a las disciplinas englobadas en las ciencias sociales y humanidades. En el caso del trabajo social esto se acentúa con un cierto imaginario cultural en el que nosotras “hacemos” beneficencia y los médicos salvan vidas, literalmente. Valga mencionar, el trabajo social es una disciplina altamente feminizada (aunque también lo es la enfermería, ésta no deja de tener cierto respaldo por formar parte de las ciencias de la salud). La medicina, aunque hoy esté cambiando, ha sido históricamente una ciencia de hombres, ya lo dejaban entrever de forma más o menos explícita Hipócrates y Galeno en sus tratados. Ellos tuvieron como padre de su disciplina a Hipócrates, un hombre. Nosotras una madre, Mary Richmond. Mientras ellos especulaban sobre la teoría de los humores en la anatomía humana (intentando comprender su funcionamiento como sistema), nosotras dábamos de comer a los desfavorecidos, sin importar cómo funcionaba (en un principio) el sistema que llevaba al padecimiento del hambre, sino que resultaba una acción de emergencia. Posteriormente nuestra disciplina se convirtió en tal y podemos comprender no sólo como un sistema lleva al hambre, sino cuestiones mucho más complejas que ahora mismo no vendría al caso desarrollar. Estas últimas líneas, que podrían leerse como un alzamiento feminista -nada más lejos de nuestras intenciones- pretenden reflejar dos variables principales que históricamente se seguirían proyectando hoy en forma de status profesional. Estos status, que un principio puede parecer que forman parte del mundo de la teoría y de discursos hegemónicos superados, están mucho más presentes y vigentes en la actualidad de lo que nos parece, y sobre todo, están traducidos en la práctica. Las trabajadoras han manifestado que los profesionales de la medicina, sobre todo (también algunas del sector enfermería) directores/as y psiquiatras, tienen un tipo de relación con ellas, que, si bien puede ser cordial, respetuoso u amistoso, las relega en las posiciones. Se ven inmersas en tareas superfluas o que escapan a sus competencias y que consideran en el campo de pretensiones banales. No queremos sugerir con esto que el médico de turno en un centro le pida a la trabajadora social que le traiga el café, como si ésta fuera

una secretaria personal, pero sí una serie de asignaciones en la mayoría de los casos improvisados. Algunas son demandas de los usuarios residentes y que los médicos traspasan a su figura. Por ejemplo, si un residente no encuentra un objeto y estando con el médico le solicitan ayuda para encontrarlo, la demanda es casi en automático trasladada a la trabajadora social (en algunas ocasiones también a enfermeras o auxiliares, evidentemente, profesionales en un “rango inferior” al médico en la estructura jerárquica). Aunque parezcan situaciones de poca relevancia -en ningún caso nuestras informantes se mostraron molestas por tener que ayudar a un usuario en este sentido- generan tensiones en la “estructura emocional encubierta” dentro de la institución (Caudill 1958). Esto puede originar conflictos que no están a la vista, sino implícitos en las tensiones que provocan una cadena de reacciones entre los profesionales difíciles de gestionar. Si una trabajadora se siente menospreciada o minusvalorada en su trabajo por otro profesional es posible que ésta no actúe con la misma buena predisposición que si las relaciones son distendidas y horizontales.

Estas tensiones “encubiertas” derivadas de relaciones intrínsecas a la organización y coordinación entre los profesionales, en el que cada uno tiene “*embodied*” (Csordas 2002; 2004) su status, rol y funciones afecta especialmente a la trabajadoras sociales, justamente por la “ambigüedad” de su rol en este tipo de espacios que no está especialmente delimitado y mucho menos *embodied* en las profesionales. Mientras tanto, esta ambigüedad percibida por los compañeros nos lleva directamente al último de los orígenes de la figura ambigua, la autopercepción.

Ambigüedad autopercebida

La institución no puede verse como la mera unión de partes, sino como *gestalt* que interrelaciona; debe verse como un todo, un *whole* que se afecta continuamente (Stanton y Schwarz 1954). Las relaciones interpersonales dentro de la institución afectan al desarrollo del rol del profesional. Si éste es

constantemente visto de forma ambigua, o tratado de forma ambigua, acabará actuando, probablemente, de forma ambigua. A este fenómeno Becker lo llamaba “profecías autocumplidas” y refiere a la predisposición ambiental por la cual una serie de personas esperan una forma de comportamiento sobre otra (Becker 1964). Es decir, una situación se perfila y se define como real desde el “exterior” de una persona influyendo en el comportamiento del sujeto. De esta manera, la persona desarrolla una adaptación a lo que se espera de ella desarrollando un rol que cumple con las “expectativas” de los otros. En este caso observamos que tanto por parte de los usuarios, como el resto de profesionales, existe una ambigüedad definida sobre la figura de la trabajadora social que desconcierta los límites de sus funciones. Si las personas que se relacionan cotidianamente con ellas en su espacio laboral proyectan a través de sus actitudes, comportamientos y formas de comunicarse esa ambigüedad, éstas acaban por “creer” que su marco de funciones es ambiguo. Nuestras colegas han expresado que encuentran difícil definir si lo que están haciendo forma parte de sus tareas asignadas según su puesto de trabajo y formación. Esto deriva en que se encuentran aceptando un montón de demandas o sugerencias laborales que no siempre están en su marco de actuación formal, ni dentro de la disciplina, ni dentro de lo que formalmente se exige en su puesto de trabajo. El hecho de hacer cosas que se salgan de nuestras “obligaciones” en un puesto de trabajo es algo habitual si lo pensamos con detenimiento en muchas otras áreas profesionales. Sin embargo, es posible que en nuestro caso el problema sea que no podamos diferenciar las “obligadas”, de las hechas por amor al arte, o de aquellas impuestas desde un lugar informal y que puede generar malestar en el espacio laboral.

Esto aparece en diferentes cuestiones de la labor y vinculado a demandas diversas. Empero, en el caso de la gestión de las personas con TMS esto se agudiza porque está empapado de falta de conocimiento y formación específica al respecto. Al no saber exactamente qué debemos hacer, qué podría ser lo más acertado, y al no disponer de un marco de actuación que oriente a la trabajadora

social, la ambigüedad sobre su figura y sus obligaciones en estos episodios se hace más fuerte. La ambigüedad autopercibida se convierte rápidamente en inseguridad, y la inseguridad en malestar.

Para ser más específicos, las trabajadoras han comentado circunstancias que, si bien no son numerosas porque el tipo de casuística no es de las más habituales, resultan especialmente desconcertantes para ellas y trastoca el ideal de cómo deben desarrollar sus labores. Circunstancias ligadas a problemas de descompensación y episodios de cuadro psicóticos en algunos usuarios las deja en un lugar de “desesperación”. Se ven en la tesitura de tener que actuar por intuición, de forma arrebatada, nerviosa y con falta de herramientas para ser resolutivas de manera profesional y con seguridad. En conclusión, ante estas situaciones las trabajadoras, y también otros profesionales como enfermeras y auxiliares, se ven desbordados. Sólo encuentran como salida resolutiva acudir a los servicios de urgencia ante estas escenas que perciben como una circunstancia de riesgo. Las profesionales encuentran un problema en estas situaciones de conflicto y riesgo vinculado al TMS y otras patologías con sintomatología compartida; deben actuar “sobre la marcha” haciendo uso de sus experiencias personales previas e improvisando a partir de criterios personales de resolución del conflicto. Una de las anécdotas concretas que comentaba una de nuestras informantes remite a una pelea entre dos residentes, uno de ellos diagnosticado de trastorno Bipolar. En este caso, la trabajadora estaba embarazada: la situación era muy agresiva y violenta, por lo que ésta acudió a las enfermeras para que llamaran a los servicios de urgencias y se retiró del lugar. Este es un caso muy concreto en el que evidentemente la trabajadora no puede exponerse por su estado de embarazo; sin embargo, ella expresa que no sabía qué hacer y que su estado la puso en un lugar contradictorio. Por un lado sabía que tenía que hacer algo para ayudar a resolver la situación y, por otro, sabía que debía alejarse para cuidar su embarazo. Esta confluencia de ideas y percepciones contradictorias le generaron un gran incertidumbre sobre el lugar que ocupa en la institución, lo que hemos

definido como la ambigüedad autopercebida, siendo un punto que necesita revisarse y trabajarse desde las residencias para que las trabajadoras estén preparadas para afrontar situaciones de este tipo desde un lugar de “certeza” de cuáles son los movimientos que deben desarrollar.

X

LA INOPIA: SOBRE CONOCIMIENTOS Y COMUNICACIÓN

Los terapeutas desconocen el significado del contexto de la vida hospitalaria (Caudill 1958) y este desconocimiento es aún mayor en la estructura y sistema organizacional del sistema sanitario de salud mental en Cataluña de corte externalizado y ambulatorio. Caudill remarcaba lo que sucedía en contextos manicomiales, espacios donde los médicos terapeutas desconocían el verdadero significado de la cotidianidad en un dispositivo de este tipo, siendo que la época en la que Caudill realizó sus investigación, los médicos pasaban la mayor parte de su tiempo en el manicomio, dado que, su rutina y horario laboral se daba en este espacio. Traslademos ahora esta premisa a las residencias asistidas para la tercera edad aludiendo a los médicos y el resto de profesionales de las mismas.

Por la información que hemos obtenido a través de nuestras informantes sabemos que quienes están la mayor parte del tiempo en las residencias son sobre todo las trabajadoras sociales, enfermeras y técnicas auxiliares. Son, en este caso, los médicos y directivos los que pasan menos tiempo con los residentes. Esto lleva a algo que ya hemos comentado y que refiere al conocimiento al que acceden las trabajadoras sociales, pero también las enfermeras y técnicas auxiliares. Ellas no sólo pasan más tiempo en la residencia porque su rutina laboral está circunscrita casi en exclusivo al espacio residencial. Los médicos sin embargo tienen establecida una rutina que procede a través de "visitas". Su contacto con los usuarios residentes es mucho menor en tiempo y está centrado en la revisión clínica y estado de salud de la persona, sin contemplar o llevar a cabo análisis de corte social. Queríamos comenzar este apartado mencionando este fenómeno porque hablaremos sobre la falta de formación y conocimiento que manifiestan las trabajadoras sociales sobre los TMS. No pretendemos con esto reflejar una imagen de las trabajadoras sociales

que puede mal interpretarse, y por ello quisimos aclarar que, si bien se encuentran faltas de formación y conocimiento a este respecto en concreto, son las que mayor información tienen sobre los residentes desde un punto de vista social, relacional y, sobre todo, un conocimiento que se ubica en una mirada holística del sujeto y de su ambiente. A continuación expondremos los puntos de mayor preocupación de nuestras informantes sobre los TMS relacionados con la falta de formación y las barreras comunicacionales y de lenguaje con los profesionales de la Medicina y la Psiquiatría.

Sobre la formación y el conocimiento

Una de las preguntas que hicimos a las trabajadoras sociales fue cuáles eran sus conocimientos o formación sobre los TMS. Las respuestas, coincidentes entre ellas, versan sobre una ausencia de formación específica y que en la carrera de Trabajo Social era necesario escoger la optativa sobre salud mental para tener alguna idea, aunque lo consideran insuficiente. Con estas afirmaciones no pretendemos en absoluto una crítica destructiva al respecto de la formación formal en Trabajo Social, sino dar cuenta de las necesidades de nuestras colegas en este contexto que merece una atención un despliegue de estrategias formativas específicas en este campo para un mejor desarrollo de la profesión. De un modo más esquemático, éstas son las inquietudes y preocupaciones fundamentales que nos hemos encontrados:

Las trabajadoras manifiestan que no tienen conocimiento suficiente sobre patologías mentales en general y menos sobre las particularidades del TMS. Especialmente, se encuentran perdidas en los aspectos médico-clínicos, las especificidades de los síntomas, o los efectos secundarios de los fármacos.

Los pocos conocimientos de los que disponen derivan del autodidactismo, es decir, por la búsqueda personal de información, lecturas de artículos y fuentes similares, en su mayoría extraídas de internet. Por otro lado, como consecuencia

de escoger la asignatura optativa de salud mental durante la Diplomatura (todas ellas se formaron en el plan previo a las modificaciones del Plan Bologna en el que la carrera es un Grado). Sólo una de ellas había escogido esta asignatura optativa y otra había tenido una asignatura de salud mental haciendo la Licenciatura de Antropología Social. Consideran que estas asignaturas suelen ser de corte general y el tiempo de formación que se le dedica no es suficiente para el contexto laboral actual en el que se encuentran.

Las profesionales del Trabajo Social, pero también las enfermeras, las trabajadoras sociales de CSMA, y (según la opinión de las entrevistadas) también las técnicas auxiliares, encuentran dificultad para la comprensión de los aspectos médico-clínicos de los TMS, ya sea de los aspectos terapéuticos, sintomatológicos, administración o efectos secundarios de los fármacos. Expresan con cierta angustia no saber cómo lidiar o gestionar problemas concretos con este tipo de usuarios, por ejemplo si estos no quieren tomar la medicación, comer, vestirse o acatar algunas de las reglas de la residencia. Dos de las trabajadoras de las residencias manifestaron saber a grandes rasgos cuáles son los efectos secundarios de los fármacos neurolépticos y también las trabajadoras de CSMA. Las otras tres explicaron que no se habían informado específicamente de estos fármacos, pero que intuían sus efectos por la proximidad con otras medicaciones. Aun teniendo ideas y conocimientos generales de los efectos no acaban de determinar de forma clara si algunos comportamientos de los residentes diagnosticados derivan de estos efectos o si forman parte del cuadro sintomatológico del trastorno. Presentan confusión entre los síntomas de los TMS y los de patologías más comunes de la tercera edad como demencias seniles. Esta confusión es habitual y entendible en tanto estas “patologías” comparten algunos síntomas propios de cuadros psicóticos como alucinaciones y delirios. Consideran que este es un tema muy delicado y es precisamente esa delicadeza la que les genera más incertidumbre y miedo a la hora de actuar y limitar sus funciones. El problema no sólo escapa a su

función dentro del dispositivo en algunos casos, sino que lo más inquietante es que se ven en un panorama que deben resolver por el bienestar del usuario, para lo cual no están preparadas. Esto las ubica en un conflicto ético profesional, pero también personal.

Las situaciones de riesgo que han experimentado se conforman desde un marco violento y agresivo. En algunas ocasiones esto sucede desde el usuario, y en otras, explican, estos comportamientos se desarrollan por parte del personal sanitario externo al centro. Esto suele pasar en el caso de derivaciones e internaciones involuntarias a hospitales generales o monográficos. Así, encuentran un conflicto ético como trabajadoras sociales en el que no pueden intervenir de manera coherente con la situación debido a la falta de competencias. En casos de ingresos involuntarios intervienen cuerpos de seguridad, como *Mossos d'Esquadra*, donde existe contención física -lo que se conoce como contención mecánica o farmacológica-, lo que no coincide con los ideales y parámetros de actuación desde los que están formadas.

La formación profesional como Trabajadoras Sociales en el marco de la diplomatura oficial no es suficiente para abordar y resolver episodios de urgencia y riesgo, tanto para el "paciente" como para el resto de residentes y profesionales. De esto desprenden una disfunción entre estos casos específicos y la formación general. Describen el panorama como espacio de emergencia o urgencia en el que se ven forzadas a actuar en términos de "sálvese quien pueda".

Las profesionales sienten que en situaciones de conflicto y riesgo, con TMS y otras patologías mentales que comparten síntomas y formas de comportamiento similares, deben actuar "sobre la marcha" haciendo uso de sus experiencias personales previas e improvisando a partir de criterios personales de lo que es la resolución de los conflictos.

No existen formaciones específicas dirigidas a su situación profesional actual para abordar las situaciones derivadas del TMS. Algunas formaciones que han recibido -en todos los casos por interés personal como la asistencia a charlas o jornadas- no contemplan las especificidades del Trabajo Social en este tipo de contexto, sino que se centran en patologías (en su mayoría físicas) muy generales, y que como mucho se aproximan al mundo de las demencias seniles, especialmente el Alzheimer, pero que no emprenden explicaciones o análisis sobre los brotes psicóticos específicamente. Tampoco existen formaciones específicas por parte de las residencias o de entidades contratadas por las residencias, ni espacios en el que puedan exponer sus preocupaciones o interrogantes al respecto. Además, muchas de ellas cuando hicieron la carrera no estaba la Ley de la Dependencia en vigor, con lo cual, tampoco a nivel legal obtuvieron información suficiente para la labor.

Dada la falta de seguridad de las trabajadoras para ejercer ante estas situaciones acuden a la clasificación jerárquica siendo el director o directora de la residencia una de las primeras figuras que ven como responsable principal y “chivo expiatorio” para salvaguardar su práctica por el conflicto ético en el que se ven envueltas.

Al salir de la carrera y entrar en el mundo laboral las trabajadoras se sienten muy perdidas. La carrera de trabajo social exige mucha más práctica y experiencia con el mundo laboral que les espera.

Consideran que son el referente en todo lo que es el mundo de las relaciones y los vínculos entre los diferentes actores y, por ello, expresan la necesidad de saber un poco más sobre el mundo de cada uno de ellos, en especial con este tipo de patologías que resultan poco conocidas para ellas.

La relación con los residentes pacientes

Hemos preguntado a nuestras informantes si existían diferencias en su relación con los residentes que tenían un diagnóstico con aquellos que no. En un principio, como hemos comentado antes, las informantes no marcaron diferencias especiales al respecto. Sin embargo, a medida que las entrevistas iban avanzando fuimos detectando que en la práctica había diferencias que habían sido comentadas a modo de anécdotas. Estas eran diferencias muy sutiles y, desde luego, no eran vistas por ellas en la entrevista como una alteración de la relación profesional/usuario. A la hora de realizar nuestro análisis encontramos varias cuestiones que formaban parte del mundo de las interrogantes y preocupaciones de nuestras colegas. Las que estaban vinculadas a la problemática del TMS y la persona que lleva el “rótulo” se hacían evidentes. Hemos visto cómo estas variaciones en su relación con estas personas, la trayectoria práctica e intervención de las trabajadoras resultaba un tema importante a destacar. Las preocupaciones a nivel ético en nuestra profesión eran mucho más destacables en el caso de las personas con un diagnóstico de este tipo y son las que detallamos a continuación.

Un tema que les aqueja especialmente está vinculado al diagnóstico y al conocimiento de éste por parte del sujeto en cuestión. Dependiendo de la carrera terapéutica del “paciente” a algunos de ellos se les da a conocer el diagnóstico y a otros no. En el caso de diagnósticos establecidos desde hace muchos años, es decir, que fueron determinados durante la etapa de la juventud-adulthood, estos suelen saber el diagnóstico y tienen lo que se conoce como “conciencia de enfermedad”. Al menos en estos casos las personas han recibido una explicación “diagnóstica” del padecimiento por parte de un profesional médico. En el caso de que el diagnóstico sea relativamente reciente, haya sido establecido en la etapa de la vejez o durante la estancia en la residencia, no suelen saber que tienen un diagnóstico de TMS. Para nuestras informantes esto resulta una barrera con los usuarios en varios sentidos. Por un lado, no siempre saben exactamente qué usuario conoce su diagnóstico y cuál no. Consecuentemente, sus estrategias para establecer un vínculo con ellos y la

forma de comunicarse se ve limitada. Se ven en un lugar de incertidumbre que no les permite desarrollarse como comunicadoras y persona de referencia para dar información. Temen “meter la pata” y dar más información de la que en realidad tienen, lo que puede generar conflictos con sus compañeros del área de salud y salud mental, pero sobre todo con los familiares, ya que en muchos casos no son claros con este tema. Es bastante común que los familiares estén confusos respecto a los diagnósticos, a veces saben que el familiar residente tiene algún tipo de TMS, pero sin poder perfilar de forma precisa de qué se trata. Esta información llega confusa a las trabajadoras sociales y, al tratarse de un tema delicado, no siempre logran aclarar las cosas con ellos. Por otra parte, si bien tienen acceso a las fichas médicas y a los profesionales de la salud no siempre estas vías resultan aclaratorias para saber si el paciente sabe realmente lo que tiene y cuáles son sus consecuencias a nivel sintomatológico y terapéutico. Ellas no saben en base a qué criterios se establece explicar el panorama clínico o no. Así, no sólo la forma de establecer el vínculo encuentra una barrera por falta de conocimiento, sino que les resulta un problema ético el saber el diagnóstico y su usuario no. Además del dilema ético se ven restringidas a la hora de abordar ciertos problemas que encuentran relacionados con el trastorno al no poder hablar de ello. La delicadeza en la relación con una persona que no tiene conciencia de enfermedad requiere de herramientas específicas que las trabajadoras dicen no tener y que necesitan ayuda para poder resolver problemas de este tipo desde vías y lugares comunicacionales alternativos. Por último, en el caso de ausencia de conciencia de enfermedad se da una infantilización mucho más fuerte por parte de familiares y profesionales de la salud, lo que resulta una barrera para el desarrollo personal de la autonomía de la persona en cuestión. Dado que nuestras intervenciones tienen como finalidad, en términos generales, poder ayudar a las personas a tener un mayor reconocimiento de sí mismos, aumentar la autoestima y lograr autonomía en la medida que las capacidades del usuario lo permita, ven esta “función” mermada por la infantilización y una falta de

estrategias para romper o disminuir esta tendencia y “empoderar” al residente para poder trabajar mejor con sus necesidades.

Cuándo los residentes tienen más de un diagnóstico clínico, es decir pluripatologías, es el diagnóstico de salud mental el primero en ser ocultado al paciente. Las trabajadoras se encuentran en un lugar contradictorio. Por un lado piensan que las personas deben saber sus diagnósticos, aunque simultáneamente son conscientes de que esto también es a veces un conflicto a nivel de interacción con el usuario y su familia. Por otro lado, aunque pueda ser “complicado” en otros términos, prefieren que sus usuarios sepan sus diagnósticos en el marco de la ética profesional y personal.

Entre algunos de los TMS, como las esquizofrenias, algunos síntomas son compartidos con otras patologías como las demencias seniles en entre las que se encuentra el Alzheimer dentro de los cuadros psicóticos. Alucinaciones, delirios y otras alteraciones del comportamiento no son exclusivas de la esquizofrenia sino que podemos encontrarlas también en las patologías mentales propias de la tercera edad. A este respecto, las trabajadoras manifiestan que por esta razón sería útil conocer más acerca de estos síntomas y cómo afectan en los vínculos y relaciones personales y comunicacionales.

El seguimiento del tratamiento y la carrera terapéutica de los pacientes son muy heterogéneos en este contexto. Hemos observado que en algunos casos el seguimiento “principal” del usuario lo hace un psiquiatra del CSMA, mientras que en otros lo hace el médico de la residencia quien tiene contacto y comunicación directa con el CSMA y sus profesionales. El segundo caso suele depender los problemas de dependencia y movilidad del usuario, si se ocupa el médico de la residencia se facilita la atención. Empero, esto genera confusiones y problemas de coordinación debido a la falta de comunicación entre el mundo médico y el mundo social. Las trabajadoras se ven al margen de la información, lo que complica la coordinación y tienen que buscar quien sigue al paciente en

momentos de urgencias. Aun así, nos han mencionado ejemplos en los que una persona no puede desplazarse al centro de salud mental por problemas de salud y los centros de salud mental se han negado a ir a ver al paciente hasta el dispositivo residencial. Son las trabajadoras sociales las que deben “espabilarse y buscarse la vida” para transportar a la persona. En más de una ocasión han tenido que llamar a un psiquiatra privado, que pagará la familia, para que acuda a ver al residente.

Cuando los residentes vuelven de un ingreso de media o larga estancia (no suele ser más de un mes), o de una cita de revisión en el CMSA no se les informa de posibles cambios en el tratamiento. Esto ha alterado en algunos casos el vínculo con el usuario, por no estar informadas correctamente, generando confusiones entre ellas y el residente que podrían ser evitables si tuvieran más información y conocimiento del proceso por el que esté pasando la persona en relación a su salud mental.

Las trabajadoras obtienen información sobre diagnósticos y medicación porque tienen “acceso” a las fichas médicas, pero no porque se les notifique formalmente de un modo explicativo o en un lenguaje común y entendible. Ellas son las que deben buscar información y la facilitación de la misma por parte de los trabajadores de la salud mental no está impuesta como norma o criterio procedimental desde los dispositivos.

Definen una gran preocupación en su relación con las familias y cómo éstas asimilan y procesan el diagnóstico del familiar en la residencia. Ellas son el vínculo principal, la puerta de entrada y el núcleo donde se unen las relaciones entre familiares, residentes y profesionales de la residencia, de los dispositivos de atención sanitaria y salud mental, e inclusive con farmacéuticos. Muchos de los familiares no han aceptado y asimilado el diagnóstico, o tienen una explicación simbólica y subjetiva de lo que sucede a su familiar. Las trabajadoras no saben cómo “gestionar” este tipo de circunstancias y existe una

brecha entre lo que ellas y los familiares entienden que sucede. Así también, hay un desfase entre lo que entiende un psiquiatra, una psicóloga, una trabajadora social, las enfermeras, las auxiliares, los familiares y el sujeto en cuestión. Esto sucede por diferencias de perspectivas epistemológicas de las disciplinas y diferencias culturales de mundos muy alejados académicamente que se traducen en el mundo de la práctica a modo de enfrentamientos en la defensa de sus puntos de vista.

Islas psico-médicas y barreras del lenguaje

Para este apartado estimamos necesario una aclaración, tal y como hemos hecho al comienzo del trabajo. Nos referiremos a las barreras del lenguaje y las “imposibilidades” de acceder al mundo médico desde el lenguaje escrito y oral, en tanto suele ser sumamente técnico y poco comprensible para los científicos y profesionales sociales. Con esto no queremos decir que la “culpa” de estas barreras sea de los profesionales de salud o que suceda intencionadamente. La intención de este apartado es poner de manifiesto que estos obstáculos comunicativos existen y que merecen no sólo su mención, sino un abordaje práctico y aplicativo en algunos contextos en los que las disciplinas deben convivir, interactuar y trabajar a la par. Mencionaremos estas barreras, siempre desde la mirada de las trabajadoras sociales, lo cuál, volvemos a repetir, no significa que sea extrapolable a otras áreas de trabajo o que en todos los casos de dispositivos residenciales para la tercera edad se dé como un universal. Hacemos mención de ellos, en primer lugar, porque su manifestación nos ha mostrado angustia en las trabajadoras. En segundo lugar, porque la intención última de este trabajo es que su resonancia pueda ser transformadora de un modo positivo para el desarrollo de la profesión del trabajo social y las ciencias de la salud.

Hemos indicado que las trabajadoras sociales tienen acceso a los informes médicos. Sin embargo, uno de los principales problemas con estos documentos

es su lectura e interpretación. Estos están “redactados” en un lenguaje clínico-técnico que resulta muy difícil de comprender. Explican que algunas cosas son más entendibles, otras son intuitivas y otras acaban en búsquedas de internet y no siempre adquieren la información de forma correcta según los parámetros clínicos en los que está expresado. No sólo se trata de una “interpretación” de lo escrito en términos definitorios, sino que lo que necesitan es una traducción cultural. Si entendemos que las disciplinas son, dentro de nuestra sociedad, pequeños grupos culturales, entonces necesitamos una mediación intercultural. Algunas de nuestras colegas necesitan cada vez menos ayuda a base de práctica y de haber buscado por sus propios medios la información, o bien porque algún profesional de la salud con el que tiene buena relación o amistad le ayuda en la comprensión. Aun así, hay cosas que se siguen escapando a pesar de la experiencia y reclaman formación para la interpretación de estos documentos.

Si bien no tenemos la intención de generalizar -y mucho menos de ofrecer una imagen en la que se atribuya el origen del problema de forma exclusiva al mundo médico-, nuestras informantes han sido claras en el problema de la comunicación con los profesionales médicos y psiquiatras. Como decíamos, esto no resultaría de un problema “personal” o individual de estos profesionales, sino de un hermetismo devenido de la disciplina que deja poco espacio a la flexibilidad y la permeabilidad en términos de acceso e intercambio de informaciones. “Hablar con el médico, es como hablar con una pared”¹³ es una de las afirmaciones que más ilumina sobre esta problemática. Las trabajadoras manifiestan que les cuesta mucho encontrar una colaboración de ida y vuelta en la que se sientan cómodas, ya que perciben que no hay horizontalidad y equidad a la hora del intercambio no sólo de información, sino también de opiniones, ideas y, sobre todo, en la toma de decisiones en los casos. Sus opiniones son escuchadas en las reuniones de grupo, aunque mucho menos en las charlas informales. Valoran que sus intervenciones no suelen influenciar lo suficiente en la toma de decisiones, ya que los parámetros sociales y

¹³ Informante 5

relacionales de los usuarios/pacientes son tenidas en cuenta como cuestiones adyacentes al problema. Las situaciones de conflicto, que se resuelven en las reuniones, suelen privilegiar los temas clínicos y médicos cuando se trata de pacientes con algún TMS. La cuestión social acaba relegada y desplazada a un tercer lugar, en tanto prima lo “bio”, seguido de los “psi”, para por último tener en cuenta lo social.

Respecto a la relación con las enfermeras esta parece ser un poco mejor que con los médicos, pero aun así manifiestan falta de comunicación. Dos enfermeras también fueron entrevistadas, y aunque esta información no ha sido incluida en el análisis de un modo primordial, ha sido relevante para contrastar los relatos y narrativas de las trabajadoras sociales. De esta manera pudimos tener en algún punto las dos caras de la moneda. Igual que expresó la auxiliar entrevistada, estos dos grupos de rol, enfermeras y auxiliares, encuentran que las trabajadoras tienen un trabajo mucho más limpio y poco “comprometido” que el de ellas. Entre las entrevistas de las enfermeras y de las trabajadoras sociales hemos deducido que esta forma de entender el trabajo de las profesionales de la salud, frente al trabajo social, se ve minado por una perspectiva en la que se otorga más importancia al trabajo técnico y corporal que al trabajo social y relacional. En este sentido, vemos que las enfermeras y auxiliares perciben el trabajo de nuestras informantes como administrativo, burocrático y “de papeleo”, sin contemplar todo el trabajo vincular entre los actores, relacional, de apoyo, contención, información, explicaciones, etc. Las trabajadoras, por su parte, encuentran que las enfermeras y auxiliares hacen un gran trabajo y tienen una percepción muy positiva de su labor, pero que esto se ve reflejado en el trato con los residentes y no con ellas. Las trabajadoras advierten que la comunicación es poca, ya que a quienes deben “rendir cuentas” y dar el parte es al médico o médica. Si bien ellas reciben los partes de lo que ha sucedido, por ejemplo, la noche anterior al llegar al trabajo, la comunicación a través de una hoja resulta como la comunicación con los médicos, clínica y sistemática, bajo un vocabulario “esquemático”, con unos

parámetros que son en parte limitados a las cuestiones de su interés en relación a la salud, sin contemplar observaciones de otra índole que sería importante para las trabajadoras sociales. Por otra parte, no sólo consideran que el “parte” que se ofrece es insuficiente para ellas, sino que también lo es para que el médico tenga conocimiento pleno y global de la cotidianidad del usuario. Las comunicaciones se establecen a través del libro de registros y apuntan allí los mensajes al médico. Incluso en una de las residencias este tipo de comunicación se hace desde hace poco, ya que antes la comunicación era nula en este sentido, lo que generaba un caos comunicacional entre los profesionales que dejaba las intervenciones a la deriva de la espontaneidad y una práctica individual contra la práctica grupal e interdisciplinar. Las trabajadoras tienen comunicación principalmente con la responsable higiénico sanitaria, lo que deja sueltos muchos cabos y deja escapar informaciones relevantes que pueden tener otras enfermeras y auxiliares porque pasan la mayor parte del tiempo con los usuarios. Esta información podría ser fundamental para un mayor entendimiento de lo que sucede, siente o piensa el residente, información fundamental para la intervención en trabajo social.

En relación a las instituciones psiquiatras, hospitales mentales o CSMA, encontramos el común denominador “falta de voluntad con nosotras”¹⁴. Estos dispositivos son muy cerrados en su práctica y no hay una buena coordinación con las residencias en general. Entre las trabajadoras sociales existen también un problema de status en el que las trabajadoras de los CSMA tendrían más “derecho” o estarían más legitimadas para tener información sobre los pacientes que debe ser guardada y protegida de trabajadoras externas al dispositivo.

“Los médicos suelen ser un mundo aparte”¹⁵. Cuando hay un preingreso los familiares suelen traerles los informes médicos a las trabajadoras sociales y los

¹⁴ Informante 2

¹⁵ Informante 4

miran junto con la responsable de enfermería y con la psicóloga. Este proceso es definido como meramente “protocolar” y con un cierto compromiso. La buena comunicación al respecto y coordinación para la intervención dependerá de la buena relación personal con los profesionales y de su buena voluntad para incluirlas realmente en el procedimiento.

Una de las residencias, de las que tiene mayores dimensiones, ha redactado desde la dirección un protocolo de actuación en el marco de los ingresos hospitalarios de forma general. Si bien no responde a los ingresos de salud mental, es al menos un paso en dirección a ordenar las formas de actuación. No hemos podido acceder a este protocolo ya que es interno de la residencia, aunque nuestra informante comentó varias cosas al respecto de este. Este protocolo define que todo el equipo debe tener conocimiento de lo que pasa cuando hay un ingreso. La situación del paciente al regresar a la residencia debe darse a conocer y debe incluir los cambios sucedido. Por ejemplo, cambios de mediación que pueden generar variaciones en el comportamiento o deambulación del paciente, información imprescindible para el fisioterapeuta por sus consecuencias motrices en la persona que se debe contemplar para el buen desarrollo de la práctica. La trabajadora manifiesta que el protocolo es interesante y útil en la teoría, pero que no está teniendo una verdadera resonancia en la práctica al menos por ahora -el protocolo fue establecido poco tiempo antes de que fuera entrevistada-. Si bien el protocolo estaría dando pautas para una mejor comunicación y coordinación entre los profesionales, no incluye problemáticas relativas a las reuniones, como que haya algunas concretas para hablar del caso a la vuelta de ingreso.

Se realizan reuniones para PIAIs una vez por semana, y las INTER que son más dispares en el tiempo y sirven para tratar temas muy generales y sobre todo administrativos. Las revisiones de los casos se hacen cada seis meses, pero los médicos no siempre asisten a estas reuniones como hemos explicado anteriormente. Esto supone una falta importantísima de información de ida y

vuelta entre los profesionales, y merece, según nuestras informantes, un cambio de tipo estructural de cómo se organiza la institución en términos comunicacionales. En ninguna de las residencias los médicos están presentes en las reuniones INTER para temas administrativos y cuestiones generales que afectan a la dinámica y desarrollo de la cotidianidad de la residencia.

Los CSMAAs dan citas a los usuarios cada seis meses, es decir, con la misma constante temporal que se revisan los casos en la residencia. Las trabajadoras consideran que las revisiones de los casos y las citas deben darse en función de las particularidades de los casos, para lo que ellas podrían ayudar. Algunos casos necesitan de una revisión semanal en determinadas circunstancias en las que el paciente aún está en un cuadro de “urgencia” o con problemas agudos en su salud mental. Estas revisiones más seguidas deberían ser contempladas al menos como un estado extraordinario hasta que el paciente vuelva a la “normalidad” o esté estable en su salud tanto física como mental.

En el margen de las anécdotas, no queremos dejar de mencionar que han sucedido casos en los que ha habido cambios de medicación sin figurar por escrito en las fichas médicas a la vuelta de un ingreso. Hemos encontrado dos casos que podríamos definir en el marco de la mala praxis, aunque no seremos nosotros quienes lo establezcan, dándose la siguiente situación: la trabajadora social llama al CSMA para informar de la alteración del paciente. El psiquiatra, sin ver al paciente, se dispone a preguntar algunas características de la persona, como la mediación que se le suministra. A continuación el psiquiatra da indicaciones y directrices de manipular o alterar la medicación para que lo haga la trabajadora social. Mencionamos esta anécdota que encontramos en dos entrevistas no sólo por su significación, sino porque genera dos situaciones simultáneamente. Por un lado, pone a la trabajadora social en un conflicto ético porque ésta no está habilitada legalmente para administrar medicación; por otra parte, el psiquiatra no ha visto al paciente y no está, probablemente, en condiciones pertinentes para manipular la mediación a “distancia” y mucho

menos para poner esta responsabilidad en manos de otro profesional. Sin embargo, esto puede leerse como una vía de posibilidades para la profesión, en tanto puede entenderse como la voluntad de acercamiento entre profesionales y compartir responsabilidades. Evidentemente no consideramos que esta sea la forma más adecuada de hacerlo, pero como decimos, puede ser la apertura de una otra forma de colaborar en un marco de formación y abastecimiento de conocimientos necesarios para situaciones de extrema urgencia, sin la intención de que esta posibilidad se convierta en intrusismo profesional.

Para cerrar este apartado, decir que lo expuesto ha sido extraído en exclusividad de las entrevistas realizadas y la reflexión posterior de los investigadores.

EPÍLOGO: LA RUPTURA DE LA INTERCEPCIONES

“[...] Desde un punto de vista médico, las pasiones deben ser consideradas como parte de nuestra constitución natural, la cual debe ser examinada con el ojo del historiador de la naturaleza y el espíritu y la imparcialidad del filósofo. No importa [...] si las pasiones son vistas como afecciones naturales o artificiales, morales o inmorales. Son meros fenómenos cuyas causas naturales debemos indagar.”

(Crichton 1798:98-99)¹⁶

La Real Academia Española define el miedo como 1. “Angustia por un riesgo o daño real o imaginario”; y 2. “Recelo o aprensión que alguien tiene de que le suceda algo contrario a lo que desea¹⁷”. La locura y la vejez pueden entenderse como “fenómenos” que están ligados por el miedo, ya lo concebimos como natural o innato, o lo interpretemos como cultural en el marco del riesgo (Lupton 1999). Las personas temen a la vejez, y temen a la locura. Sabemos que algún día envejeceremos, y con ello vendrá una serie de “achaques”,

¹⁶ Crichton, Alexander (1798) *An Inquiry into the Nature and Origin of Mental Derangement, Comprehending a Concise System of the Psychology and Pathology of the Human Mind and a History of the passions and their Effects*. London: Cadell Jr. and Davis, Vol.1 (citado en) Novella Enric (2013) *La Ciencia del Alma. Locura y modernidad en la cultura española del siglo XIX*. Madrid: Iberoamericana; Frankfurt: Vervuert, Pp 26.

¹⁷ Miedo: <http://dle.rae.es/?id=PDGS53g> consultado en línea 25 de enero de 2016.

dificultades físicas y posiblemente mentales o cerebrales. La locura, sin embargo, parece ser temida por la incertidumbre de si algún día nos alcanzará. La vejez nos parece una certeza que sólo puede ser interceptada por la muerte. La locura nos parece una incógnita que sólo puede ser interceptada por la razón. Curiosamente, la interceptora de la locura, es la misma que nos dará la certeza de que, la interceptora de la vejez llegará seguro, en algún momento. Nos pasamos la vida, entonces, probablemente, intentando interceptar la muerte alargando nuestra vejez. Y nos pasamos otro tanto esperando que la razón siempre nos intercepte, alargando la cordura.

A veces las interceptoras se distraen y nos instala en un plano que nos conjuga en pretérito perfecto. Desde el exterior, vemos lo que alguien fue, lo que era, cuándo se les instala en el rótulo de viejo loco o vieja loca. La vejez despersonaliza, nos vuelve una figura irreconocible ante el espejo. La locura, dicen, también.

Al comienzo de este texto quisimos encontrar algún nexo entre estos dos fenómenos, y encontramos al amor conducido por la locura. Es, en última instancia, el primero de los guiños a los interceptados: el amor siempre intercepta, inclusive, a las interceptoras: la razón y la muerte.

Decidimos explorar en lo interceptado, en aquello que la sociedad ve como algo que se fisura, se quiebra. La vejez es vista con recelo por los que aún somos jóvenes; nos muestra la vulnerabilidad y la fragilidad, lo susceptible de rompernos. La locura es vista como la escisión del alma, la ruptura del yo.

Sabíamos, desde el comienzo, que estos fenómenos se unían por el miedo, y también sabíamos, que las trabajadoras sociales trabajaban y lidiaban en un contexto con estos miedos y con los suyos propios.

Este trabajo, a pesar de su forma de “estudio o investigación” no dejó de ser personal en ningún momento. Ni para nosotros, los investigadores, ni para nuestras informantes. Nos vimos envueltos en temas diversos, siempre alrededor de nuestra figura profesional. Encontramos problemas metodológicos

que se hicieron evidentes en nuestros primeros intentos de trabajo de campo. Encontramos las incertidumbres y las interrogantes de las trabajadoras alrededor de su práctica como profesionales. Intentamos perfilar un marco teórico, una posición epistemológica sobre la que realizar nuestro análisis. Cada uno de los capítulos de este texto, y su orden, está intentando hacerse espacio, también, en el mundo de los miedos. Los apartados, títulos y subtítulos reflejan las categorías susceptibles de análisis, se corresponden con los puntos problemáticos más significativos que manifestaron nuestras colegas. De esta manera queríamos plasmar de forma más o menos ordenada el caos narrativo y discursivo en el que nos vimos inmersos cuando quisimos empezar a redactar y empezamos justamente con lo que nos parecía un caos precioso: nuestros motivos de investigación. Sin esos desórdenes que veíamos en nuestras áreas de trabajo e investigación no habría idea. Fueron las anécdotas compartidas por los investigadores las que llevaron al impulso, y el desarrollo se hizo posible a través de las anécdotas de las informantes. Qué haríamos los investigadores sociales sin las anécdotas, las paradojas y el desorden.

Llegados a este punto queda muy poco que podamos decir. Pretendimos reflejar la práctica, las narrativas, las percepciones y las sensaciones de las trabajadoras sociales.

El texto está inmerso en ese lugar personal que no abandona nunca a las ciencias sociales. Sería ingenuo pensar que podemos ofrecer objetivismos, cuando probablemente, lo que sucedería, es que caeríamos en fundamentalismos estancados.

A lo largo del texto que tienen entre manos intentamos transmitir lo que nos encontramos en el campo, un campo dinámico, interactivo y, simultáneamente, esclarecedor, firme y constante en las inquietudes de las profesionales del Trabajo Social.

Somos conscientes de que este, nuestro trabajo, no tiene un impacto cuantitativo y no puede constituirse como panacea para resolver algunas de las cuestiones que más inquietan en la práctica de nuestras informantes. Nos preguntamos

entonces, qué trabajo científico puede hoy presentarse como panacea en un mundo tan fluido y cambiante.

Sólo podemos decir que estos son nuestros resultados, nuestros datos y que la reflexión y el análisis de los mismos se enmarcan en un contexto cultural concreto.

Más allá de este levantamiento en defensa de la subjetividad de los estudios en ciencias sociales, y su indiscutible pertinencia científica a pesar de ello, hemos querido dejar en el papel lo que encontramos desde que supimos que había perlas, que se nos ocurrió salir a buscarlas, y como fuimos abriendo las caracolas hasta encontrar algunas de ellas. No sabemos si logramos pulirlas, pero al menos están expuestas, abiertas a la mirada de los lectores y dispuestas “en el papel” para ser abordadas y criticadas, porque, qué sería de nuestras investigaciones si no pudiéramos ponerlas en cuestión.

Las investigaciones, y concretamente las etnografías, creemos, nunca se acaban, se abandonan pensando que tenemos suficiente para una “entrega” o fin determinado. Pero lo cierto es que la etnografía no es un plano fijo, aunque sólo muestre en versión “escrita” una diapositiva de un espacio y un tiempo concreto. Es imposible que el tiempo deje de correr y que el espacio deje de transformarse, por eso, la etnografía va dejando estampas, sucesivas, con pausas nunca retomadas; la etnografía se mueve en una infinitud, si se quiere. Estudiamos seres humanos, y estos, como nos enseñan en la escuela, nacen, crecen, se reproducen y mueren. Pero, entre estas manifestaciones de vida, suceden cientos de fenómenos que nos atraviesan y que no dejan de cambiar y transformarse.

Nosotros hemos escogido un pedacito ínfimo y finito de la vida de nuestras informantes, instantes casi imperceptibles para lo que supone la inmensidad de su vida y de su profesión.

La perspectiva de la Antropología en este trabajo, no sólo no ha podido ser abandonada, sino que ha sido eje de los modos de analizar, con el objetivo de poder aunar y acercar la investigación y la práctica.

Los epílogos suelen estar, básicamente, para resumir lo fundamental de lo que ha sido y lo que se ha dicho. Este epílogo sin embargo está ubicado en un lugar de intersticio al desenlace final, ya que, la intención es devolver al lector el dinamismo que nosotros vivimos en la investigación. De esta manera concluimos sin concluir, dejando el capítulo final en gerundio, con la intención de suscitar cambios que no queden en la mera exposición de resultados, sino en una traducción a lo práctico, a nuestra intervención y nuestra calle como trabajadores y trabajadoras sociales. Por ello, hemos dejado la consumación a la guía de orientaciones prácticas como una forma más de discutir nuestros resultados.

GUÍA DE ORIENTACIONES PRÁCTICAS:

Sobre el ejercicio de los profesionales del trabajo social en residencias asistidas para la tercera edad en el marco de los trastornos mentales severos.¹⁸

Introducción a la guía

La siguiente guía pretende ser el marco “práctico” o “aplicativo” de nuestra investigación, en un sentido orientativo, en la que presentamos una serie de ideas y recomendaciones. Este listado de problemáticas, observaciones y propuestas prácticas se desarrolla en virtud de los resultados del estudio.

Su composición y estructura responde a puntos temáticos coincidentes con lo que han sido los temas más significativos de la investigación. Hacemos mención de estas problemáticas y algunas propuestas prácticas con la intención de resultar foco de observación y autoobservación para la profesión del trabajo social, pero sobre todo, con la finalidad de que esto sirva no sólo a la práctica individual, sino a la mejora de la organización, coordinación y gestión de los dispositivos que forman parte de los recursos vinculados a la atención de la tercera edad y la salud mental. La guía responde a problemáticas que comprenden especialmente a la figura del trabajo social, pero pensamos que puede resultar útil e instructivo a otros profesionales que comparten el contexto de las residencias asistidas para la tercera edad y los recursos de atención a la salud mental.

Esta intención de “guía práctica” es complementaria a la investigación. En otras palabras, consideramos necesario la lectura previa del desarrollo del estudio, dado que es junto a éste que la guía cobra sentido y puede resultar funcional. Las propuestas que realizaremos están dirigidas a la ampliación e

¹⁸ La estructura y organización de esta guía está inspirada en la guía de Carceller-Maicas, N., Puig Cruells, C., Vega Monteagudo, C. y Martínez-Hernández, À. (2013) *Orientaciones para las buenas prácticas en la atención psicosocial y adolescentes. Resultados de un proyecto participativo con jóvenes y profesionales*. Tarragona: Publicacions URV.

intensificación del trabajo interdisciplinar y la mejora del desarrollo de las profesiones en el marco de un mejor estar en el espacio de trabajo. Es también uno de los objetivos acortar la brecha entre la investigación (el mundo académico) y la práctica (el mundo profesional), una cuestión que no ha dejado de repetirse en las entrevistas realizadas.

Dividiremos la guía en ocho apartados temáticos los cuales presentarán de forma resumida la problemática detectada que se encuentra ampliada y detallada en el estudio de investigación. Posteriormente se ofrece una serie de pautas prácticas desde una perspectiva crítica y de observación que pueda resultar una mejora posible a las inquietudes, demandas y necesidades que han expresado las trabajadoras sociales.

Formación y conocimiento

Problemática

- a) Falta de estudios y formación sobre los procesos de salud/enfermedad/atención relativos a la salud mental en general, y de los trastornos mentales severos en particular, para una intervención adecuada con los usuarios en las residencias.
- b) Desconocimiento e incomprensión en la distinción de comportamientos, síntomas o efectos secundarios de la medicación en casos de TMS y demencias seniles. Dificultad para distinguir entre las características de las patologías y los efectos secundarios de los fármacos englobados en la categoría de neurolépticos o antipsicóticos.
- c) Déficit de herramientas para responder a demandas y necesidades de personas con este tipo de diagnósticos, en el marco de la gestión de las relaciones y generación del vínculo profesional/usuario.
- d) Dificultades para atender las demandas de las familias de los residentes. No tienen mecanismos establecidos para su ejercicio en este campo ni instrumentos suficientes para explicar cuestiones clínicas y médicas. Las trabajadoras sociales, al ser la figura de referencia de las familias, se ven en situaciones en las que es imprescindible tener más formación para responder y explicar de forma entendible, apropiada y adaptada al entendimiento de las familias.
- e) Demanda de formación específica sobre salud mental en la esfera de la tercera edad para las trabajadoras sociales y otros profesionales dentro del espacio laboral como enfermeras, gerocultoras, fisioterapeutas, entre otros.

Observaciones y pautas orientativas

- a) Realización de cursos, talleres, charlas, jornadas, coloquios y espacios de formación de diversos formatos que permitan a los profesionales acceder a conocimientos específicos sobre salud mental en general y TMS en particular. Entendemos que la dimensión y perspectiva de la formación no debe restringirse a las ciencias vinculadas a la salud mental, sino con miras a la inclusión de perspectivas sociales y culturales que contemplen el saber profano de personas afectadas o con una trayectoria de vinculación personal a los mismos. De esta manera, proponemos que estas charlas o talleres se organicen, diseñen e impartan en conjunto con asociaciones de familiares y afectados por problemas de salud mental. Este intercambio entre lo profesional y lo profano puede resultar beneficioso para ambas partes, en un marco de la revalorización de las voces de los afectados y beneficiosa para la apertura en el marco de la intervención de los profesionales de la salud mental y de lo social. Existen numerosas asociaciones y plataformas que luchan contra el estigma y otros problemas devenidos del sufrimiento mental que dedican una parte importante de sus actividades a la realización de charlas para la sensibilización y concientización del problema desde la experiencia propia. Este tipo de intercambios permite abrir portales a nuevas estrategias de atención y cuidado para las diferentes profesiones y familias en la relación con los TMS.
- b) Integrar en la dimensión formativa espacios de debate e interacción profesional en la que tanto los profesionales de la salud y profesionales del sector social puedan intercambiar información, puntos de vista de las problemáticas y estrategias de gestión y resolución de conflictos desde sus disciplinas en vías de acercarnos a la interdisciplinaridad.

- c) Generar espacios de confluencia entre profesionales y residentes, ya resulten de dimensión formativa tipo taller, o bien espacios de exposición de inquietudes de unos y otros para incrementar la comprensión mutua, incluyendo a todo el personal de las residencias y los pacientes. Dependiendo de las dimensiones del dispositivo recomendamos la conformación de grupos pequeños (entre diez y quince personas) para que resulte participativo de modo equitativo para profesionales y residentes, estos últimos sin distinción de si están o no diagnosticados de padecimiento o sufrimiento mental, ya que consideramos que los espacios de comunicación deben ser para todos los usuarios. Esto permite un mejor conocimiento de la situación de cada uno en su estancia en la residencia e incrementa así los lazos entre todos los actores.
- d) En el marco de los espacios formativos y de intercambio de conocimiento consideramos una buena opción integrar a los familiares de las residencias, al menos aquellas que sean más participativas para conocer cuáles son los contextos y posibles dificultades de la red social más próxima de los usuarios. Este tipo de espacios puede servir para que los profesionales, que normalmente no tendrían relación con los familiares, conozcan más el entorno del que provienen los usuarios. Para los familiares puede resultar tranquilizador obtener más información acerca de su familiar en la residencia e incrementar así su vinculación y participación.

Status y reconocimientos entre los profesionales

Problemática

- a) Tendencia por parte de los profesionales de la salud (especialmente médicos y psiquiatras) a la desvalorización de los conocimientos, información y competencias de los trabajadores sociales.
- b) Infravaloración y subestimación de las capacidades resolutivas de las trabajadoras sociales por parte de los profesionales de la salud mental de dispositivos externos a la residencia que forman parte de la red de recursos de atención a la salud mental.
- c) Desvalorización de la voz de profesiones de “menor” status simbólico que la medicina, como el Trabajo Social, traducido en la falta de participación en la toma de decisiones en las intervenciones con residentes diagnosticados de TMS, sobre todo en las reuniones de equipo y momentos de emergencia. Falta de reconocimiento de la profesión y del discurso social por las profesiones del mundo bio y psi.

Observaciones y pautas orientativas

- a) Facilitar que en las reuniones periódicas puedan asistir todos los profesionales de la residencia en las que se expongan las inquietudes acerca de las formas de proceder de manera mutua. Para esto es necesario crear las agendas y los horarios de tal manera que se contemple al menos un representante de cada uno de los grupos profesionales. Para una mayor horizontalidad y equidad en la participación de las reuniones (dado que no pueden estar todos presentes al mismo tiempo) recomendamos que los representantes vayan

rotando. Crear y difundir entre los trabajadores material formativo e informativo sobre las particularidades de las profesiones y sus métodos de procedimiento en la resolución de problemas vinculados a la gestión de los problemas de salud mental. Estos pueden ser folletos cortos en los que se den pinceladas que sirvan para concientizar a la otra profesión de la pertinencia de cada una de las disciplinas presentes en las residencias asistidas para la tercera edad. En otras palabras, pautas que sirvan a un grupo de profesionales de una disciplina para mostrar su pertinencia y su funcionalidad dentro del dispositivo a otro grupo. Tanto el material de difusión como las reuniones para estos temas concretos deben tener como finalidad la revisión y autocrítica de las prácticas y procedimientos. Para un mejor desarrollo de las reuniones recomendamos la introducción de una figura moderadora, al menos durante un tiempo, que se encargue de la dinamización y la supervisión de las reuniones. Esta figura profesional debe ser externa al centro y su función principal es la de realizar un acompañamiento al proceso de revisión del quehacer cotidiano. Entendemos que esto supone un aumento en la inversión de los recursos económicos; por ello sugerimos que esta figura externa puede ser contratada por varias residencias y ser compartida para sus funciones. Esto tiene una triple consecuencia: por un lado la optimización de recursos económicos. Por otra parte, la propia acción de tener que coordinarse con otros dispositivos genera práctica en la organización conjunta y compartida por parte de los profesionales, especialmente de los directivos. Por último, que la figura desarrolle su labor en varias residencias y que rote su presencia en las mismas sirve para que ésta pueda trasladar estrategias de comunicación y formas de resolución de conflictos de una residencia a otra. El profesional externo debe tener como objetivo la dinamización en relación a la participación y toma de decisiones para que estas sean tomadas desde el consenso y el acuerdo entre las partes, valorizando todas las figuras profesionales por

igual. Este profesional puede ser un educador social, trabajador social, antropólogo, mediador intercultural, psicólogo y disciplinas afines.

- b) Generar actividades en las que los trabajadores tengan que actuar de forma conjunta e interactiva, para conocer los métodos y procedimientos profesionales mutuamente, y en las que puedan exponer y compartir sus procesos formativos, saberes y experiencias. De esta manera se buscaría incrementar el conocimiento sobre los modos de proceder de las otras disciplinas. La finalidad es reducir los juicios y cuestionamientos, reforzar los vínculos personales y fortificar los lazos profesionales. Estas actividades pueden ser las que hemos propuesto como formativas para así optimizar los recursos, o bien realizarse en la esfera de lo lúdico, dentro o fuera de los dispositivos.
- c) En el caso de residencias con niveles conflictuales altos entre los profesionales acentuamos la idea de la integración de un profesional externo a la residencia que sirva como “mediador cultural” de los grupos de rol, aportando una mirada analítica para la realización de una evaluación y diagnóstico de la situación y el aporte de estrategias para la resolución de conflictos desde la neutralidad. Este profesional debe ser capaz de realizar un diagnóstico de la situación comunicacional y relacional de los implicados y hacer aportes significativos en su intervención de mediador.

Ambigüedad del Trabajo Social

Problemática

- a) La profesión del trabajo social es percibida de forma ambigua y poco clara respecto a sus funciones por parte de usuarios (residentes y familiares) y otros profesionales, generando una ambigüedad autopercebida en las trabajadoras sociales.
- b) Confusión por parte de las trabajadoras sociales relativa a la delimitación de los límites de sus funciones en la práctica cotidiana de su labor.

Observaciones y pautas orientativas

- a) Enfatizar desde los recursos implicados los límites de las funciones de la figura de la trabajadora social desde una perspectiva formativa e informativa. Las direcciones de los servicios deben poder poner al alcance de todos los profesionales documentos informativos a modo de circulares en el que puedan intercambiarse los parámetros de actuación y prácticas de los profesionales en virtud de las disciplinas de las que proviene. La redacción de este tipo de documentos puede aprovecharse como un espacio de creación colectiva en el que cada profesional sea participe de la redacción, generando así una actividad que impulse la interacción, comunicación e intercambio entre estos. En el marco de las actividades conjuntas que proponíamos en el apartado anterior, ésta puede ser una de ellas. Aprovechando los recursos de las nuevas tecnologías, estos documentos circulares pueden ser creados desde circulares por vía correo electrónico que reciban todos los profesionales,

y desarrollar su redacción de un modo colectivo en el que se inicie una “conversación participativa”.

- b) Fomentar la creación de los espacios de discusión y debate con un formato que ha servido a otros campos de actuación e intervención: los grupos de ayuda mutua. Proponemos este formato por su calidad horizontal y equitativa. El espacio de grupo de iguales debe ir enfocado y dirigido a debatir las circunstancias profesionales dentro del dispositivo en el que se intensifique el conocimiento mutuo sobre la práctica del otro. De esta manera, el objetivo es no sólo “aclarar” y perfilar la figura y funciones del Trabajo Social, sino la de todos los profesionales.

Coordinación de la red de dispositivos

Problemática

- a) Falta de coordinación entre los dispositivos de atención a la salud mental y las residencias asistidas para la tercera edad. Dificultad para una buena comunicación entre los profesionales de los diferentes dispositivos.
- b) Las redes de trabajo entre los profesionales médicos y de la salud mental son débiles, poco organizadas y con falta de una estructura formal que resulte de guía para el resto de profesionales implicados. Esta falta de cohesión es aún más evidente en la relación entre profesionales de la salud mental de los recursos de la red sanitaria y los profesionales del trabajo social de las residencias.
- c) Fragmentación de la atención a personas en la tercera edad en materia de salud mental, física, psíquica, y social, entendiéndose la intervención desde planos separados e inconexos, materializado en la mala comunicación y coordinación individual de los diferentes profesionales.

Observaciones y pautas orientativas

- a) Promoción de la coordinación y el trabajo interdisciplinar entre los diferentes dispositivos implicados en la atención de la salud mental de los residentes. Aprovechar los espacios formativos y de intercambio de conocimiento para dar lugar a la revisión de la conectividad de la red de recursos, y posibilitar una mejora de la atención integral de los usuarios.
- b) Los dispositivos de atención a la salud mental y las residencias tienen reuniones periódicas en el que se revisan los casos, bien de los residentes, bien de los pacientes, y reuniones administrativas. Una forma de que los

profesionales conozcan más sobre el espacio de trabajo de un dispositivo u otro puede ser el intercambio de profesionales en las reuniones. Intercambiar un profesional, por ejemplo, una vez al mes abre la perspectiva de procedimientos y resolución de problemas a los profesionales de las diferentes áreas de intervención. Esto reforzaría por un lado los lazos personales, y los profesionales a través del conocimiento empírico y práctico de lo que sucede del otro lado. Este tipo de práctica debe llevarse a cabo bajo los parámetros éticos de confidencialidad profesional, si es necesario bajo la firma de documentos que aseguren la misma. Por otra parte, recomendamos que los intercambios se realicen entre dispositivos que compartan casos en los que intervengan profesionales de ambos dispositivos.

- c) Fomentar una visión integral y cohesionada de las dinámicas de los dispositivos, tanto en los fenómenos o acontecimientos positivos como negativos. Resaltar los aspectos positivos de trabajar de forma coordinada con los diferentes planos del sujeto promueve que, en circunstancias problemáticas, conflicto o emergencia se recurra a la estrategia de trabajo grupal, contemplando todas las voces y opiniones de los distintos actores.

Barreras en la comunicación y el lenguaje

Problemática

- a) Inadecuación del lenguaje utilizado por los profesionales de la salud mental en los informes médicos y, en algunas ocasiones en la comunicación oral con profesionales de otras disciplinas. El acceso a la información clínica se obtiene principalmente a través de informes médicos que resultan poco comprensible para las trabajadoras sociales.
- b) Como consecuencia del punto anterior, existe dificultad para acceder a información clínica relevante para la construcción del vínculo relacional trabajadora social/usuario.
- c) Percepción de una comunicación vertical en el marco de la jerarquía de la institución por parte de los médicos y psiquiatras.
- d) Priorización y predilección por el abordaje en temas de salud física y mental desde la perspectiva médico-clínico y minusvaloración de la perspectiva relacional, social y familiar y su implicancia en las problemáticas.

Observaciones y pautas orientativas

- a) Propulsar que los profesionales de la salud y de la salud mental adapten el lenguaje a la hora de explicar al resto de profesionales aquellas cuestiones relacionadas con las patologías que sean de interés para estos últimos. El objetivo es que se utilice un lenguaje propicio al entendimiento entre las partes, dirigido no sólo a los profesionales que no pertenecen a las ciencias de la salud sino también al colectivo que atienden, ya sea a los usuarios residentes del dispositivo como a sus

familiares, facilitando la comunicación y la información pertinente para un mejor estar. Esto puede hacerse evitando la jerga profesional más clínica y médica que no sea estrictamente necesaria, por un lenguaje adaptado a la circunstancias del otro. La finalidad es evitar aquellas características del lenguaje médico que generan una brecha y distancian a los profesionales entre sí, y en consecuencia a estos con los usuarios de los recursos. En relación a los informes médicos, pueden aprovecharse los espacios de formación y debate para incluir un lugar específico a este tema, en el que se den pequeños cursos o talleres que sirvan a las trabajadoras sociales y otros profesionales a una mejor comprensión de este tipo de documentos.

- b) Las limitaciones para comprender el lenguaje médico clínico afectan no sólo a la relación entre los profesionales de la salud y la salud mental y sus usuarios, sino también a la relación y vínculo entre profesionales de trabajo social y sus usuarios. La promoción de un lenguaje más neutro y distendido favorece a la mejora de la comunicación e intercambio de información entre todos los profesionales a nivel individual, pero también incide en la estructura de la institución, ayudando a la mejora del trabajo en grupo desde una perspectiva interdisciplinar.
- c) Fomentar la comunicación horizontal y equitativa entre los profesionales, tanto en las reuniones de personal como entre las comunicaciones informales cara a cara entre estos. La propia estructura jerárquica de la institución promueve una comunicación desigual que fue detallada en el apartado de “status y reconocimiento entre los profesionales”. Este problema está también vinculado a la percepción ambigua de la profesión del trabajo social. Estas pautas sumadas a las desarrolladas en esos apartados pueden ayudar a una comunicación más equitativa.
- d) Permitir la entrada de la mirada y perspectiva social de los temas abordados en las reuniones del personal en las revisiones de los casos de los usuarios. Aumentar e incrementar la importancia de los factores sociales en la resolución de conflictos y gestión cotidiana de los usuarios

en vistas a una intervención integral del sujeto, teniendo en cuenta en igualdad de condiciones las variables físicas, mentales, psicológicas, sociales, económicas, afectivas y emocionales que puedan afectar al bienestar del sujeto. Esto supone por un lado la intervención de un agente externo que ayude en la moderación de las reuniones, figura que hemos sugerido anteriormente y que puede ser aprovechada también en este sentido. Esto requiere de una adaptación de los tiempos en las reuniones en las que haya lugar a la intervención de todos los profesionales, adaptando el espacio de reunión a un lugar de debate y consenso, y no el mero “repasso” de casos por protocolo.

Participación y vinculación entre profesionales y familiares

- a) Falta de acciones que promuevan la interrelación entre los recursos de atención a la salud mental, las residencias asistidas para la tercera edad, los usuarios residentes y sus familias.
- b) Deficiencia en la implicación y participación de familiares de los residentes.
- c) Escasez de labor conjunta entre los dispositivos que atienden a la salud mental y la residencia que promueva una participación activa de los residentes y los familiares.

Observaciones y pautas orientativas

- a) Promover la acción de actividades que pongan en mayor interrelación a los profesionales y los familiares a través de algunas de las actividades que hemos mencionado en apartados anteriores. Estas actividades pueden realizarse (reuniones, charlas o talleres entre profesionales, usuarios y familiares) de forma independiente por los recursos, pero puede aumentarse su capacidad y alcance si se realizan en un conjunto coordinado entre los recursos de salud mental y las residencias, ayudando no sólo a la mejora de la relación con las familias, sino también al desarrollo de actividades que promuevan la práctica y el acostumbamiento a la comunicación y la cohesión entre estos.
- b) Las actividades propuestas anteriormente que incluyen la participación de las familias deben desarrollarse con énfasis en su participación, cuestión para la cual las trabajadoras sociales tendrán un papel fundamental dado que son el portal de entrada y el vínculo primordial entre los dispositivos y las familias. Para ello es imprescindible que se

estreichen y subrayen los vínculos entre las trabajadoras sociales de los recursos.

- c) Reforzar las actividades coordinadas en conjunto sirve para fortalecer el trabajo en red de los dispositivos, no sólo para las actividades que se desarrollen en sí mismas dirigidas a las familias, sino para la maduración de la propia red en relación a otras actividades y para una mejor atención de los usuarios.

Salud mental, TMS, desconocimiento y familia.

Problemática

- a) Carencia de conocimientos sobre las patologías comprendidas en los TMS por parte de las familias, y confusión respecto de sus síntomas, tratamiento, medicación y efectos secundarios. Desorientación con respecto a otras patologías asociadas a la tercera edad como las demencias.
- b) Negación de las patologías y percepciones o explicaciones subjetivas de los comportamientos del familiar diagnosticado. Este punto es significativo y relevante aunque en lugar de concebirlo como una problemática puede verse como una vía y una apertura a las formas de comprender y atender los TMS.
- c) Falta de importancia a las relaciones entre el grupo de iguales para el desarrollo de la socialización y bienestar de las personas en la tercera edad con sufrimiento mental y sus familiares.

Observaciones y pautas orientativas

- a) Realización de actividades formativas desde los diferentes dispositivos que intervienen en la atención a la salud mental dirigidas a los familiares para una mayor comprensión de las patologías, aceptación y formas de asimilación que puedan resultar positivas para la mejora de la relación con el familiar afectado. Si bien estas actividades ya han sido mencionadas, y se ha propuesto la inclusión de las familias es necesario enfatizar en dicha participación.

- b) Considerar las diferentes perspectivas de las patologías que tengan los familiares, e incluir sus malestares y preocupaciones emocionales al respecto en las charlas o talleres formativos.
- c) Derivación a asociaciones de familiares de personas con problemas de salud. Información sobre estas asociaciones para que obtengan un mapa de los recursos asociativos para que tengan opciones de elegir qué tipo de espacio se adecúa a sus necesidades. Promocionar la vinculación a las asociaciones de familiares y afectados, y la participación en sus actividades puede ayudar a las familias a comprender, asimilar y desarrollar estrategias para un mejor estar en relación a sus malestares.

Directivos y profesionales.

Problemática

- a) Falta de formación continuada por parte de los profesionales por motivos de tiempos y adecuación de los horarios laborales a los horarios académicos y, por la dificultad de la compaginación de la vida profesional con la vida familiar, sobre todo en el caso de las profesionales mujeres, entre ellas, la mayoría, trabajadoras sociales, enfermeras y gerocultoras.
- b) Falta de implicación por parte de los directivos relativo a las problemáticas que incluyen a los profesiones y a los usuarios.
- c) Carencia de la promoción de la interdisciplinaridad por parte de los directivos.
- d) Insuficiencia de revisión y evaluación de las prácticas y tareas de los profesionales y de autocrítica por parte de los directivos.
- e) Presencia carente de los directivos en algunas de las reuniones de equipo y en otras actividades que incluyen la participación de los miembros del equipo.
- f) Los directivos no proporcionan la información suficiente respecto a las tareas y funciones de los trabajadores. Falta de intervención de los directivos para la mejora de las relaciones personales y laborales en el equipo.
- g) Inaccesibilidad para hablar con los directivos y exponer los malestares o problemas que sufren los profesionales de las residencias. Inadecuación de los horarios para coincidir con algunos de los trabajadores. No atienden a las problemáticas cotidianas, sino a las urgencias extraordinarias.

Observaciones y pautas orientativas

- a) Es necesario que los profesionales que trabajan con la tercera edad y problemas de salud mental, sean de la disciplina que sean, estén en formación continua, informados y al día de las investigaciones al respecto. Las profesiones que tiene como objeto la intervención con personas necesitan de un reciclaje constante, más aún en una sociedad cambiante como la nuestra, en la que nuevas perspectivas, formas de intervención, recursos y leyes, entre otras cosas, están en constante transformación. Si algo cambia en sus disciplinas en relación a sus funciones, los profesionales deben estar al tanto, sobre todo en aquellas cuestiones que pueda suponer en una mejora de su cotidianidad laboral y atención a los usuarios. La formación, ya sea desde la universidad u otras instituciones o entidades es fundamental para asegurar la calidad de la atención y debe ser uno de los parámetros prioritarios para los dispositivos que atienden a la salud mental y las residencias asistidas para la tercera edad, sobre todo, teniendo en cuenta la brecha actual entre el mundo práctico y el académico. Es necesario generar calendarios, agendas y horarios que contemplen la flexibilidad para que la formación tenga lugar.
- b) El impulso de la formación y el reciclaje profesional debe darse no sólo desde la buena voluntad de los profesionales, sino desde los directivos de las residencias quienes están poco involucrados en este tema. Son las direcciones las que guardan gran parte de la responsabilidad del buen hacer de los profesionales en relación a los usuarios, y también los responsables de que los empleados que tienen a “su cargo” estén realizando su trabajo en las condiciones formativas necesarias para su bienestar dentro del espacio laboral.

- c) El trabajo de los profesionales debe contemplarse como un lugar dinámico e interactivo, y es en la capacidad que estos tengan de interactuar entre ellos que podrá hacerse una labor interdisciplinar. Si bien en los dispositivos encontramos variadas disciplinas representadas, observamos que en los grupos de trabajo se desarrolla una realidad pluridisciplinaria y no interdisciplinaria. Esto supone que los profesionales comparten el lugar del trabajo, pero no el trabajo en sí mismo, incidiendo negativamente en la necesidad del abordaje integral de los problemas de los usuarios. Que existan un grupo de profesionales en un mismo espacio laboral no asegura la buena comunicación ni coordinación, y ésta debe ser impulsada desde la propia estructura organizativa de los dispositivos, y no depender de la buena voluntad, las buenas relaciones personales o amiguismos.
- d) Enfatizar en la revisión, evaluación y autocrítica del hacer cotidiano, ya sobre los profesionales del trabajo social como del resto de disciplinas. Debe existir una reflexión constante sobre ellos mismos alrededor de su práctica, y sobre las emocionalidades que la acompañan. Consideramos crucial que este tipo de evaluaciones se haga entre unos y otros, sobre sí mismos, y que en ellas esté incluido el quehacer de los directivos en vías hacia una mayor involucración de estos en los malestares que aquejan a sus trabajadores.
- e) Los directivos deben involucrarse en las problemáticas que afectan a los usuarios, pero también en aquellas que involucran a los trabajadores, en tanto es imposible que si existe malestar entre estos se puedan llevar a cabo buenas prácticas y procedimientos. Consideramos que los directivos deben ser partícipes en las actividades que hemos propuesto desde un lugar activo y comprometido, desde la organización de los mismos hasta su asistencia.
- f) Los directivos deben poder proporcionar información y recursos necesarios a los trabajadores para un buen desarrollo de su labor,

formando parte de sus responsabilidades y sus agendas en un sentido prioritario.

- g) La accesibilidad de los directivos en términos relacionales debe ser facilitada por estos. Es necesario crear vínculos entre los directivos y los profesionales para una mejora de la coordinación y quehacer de los trabajadores.

Cierre de la guía

Para cerrar esta guía no queríamos dejar de hacer mención que, si bien puede considerarse que las observaciones y recomendaciones no tienen un lugar de impacto, cuantitativamente hablando, no dejan de formar parte de las preocupaciones que hemos encontrado en nuestras entrevistas. El estudio realizado ha pretendido ser un análisis cualitativo que contemplara las inquietudes y malestares en un marco etnográfico, dando visibilidad a las narrativas de las participantes. La guía es entonces la consecuencia práctica de la investigación, y tiene el objetivo de resultar meramente orientativa, de carácter impulsivo a la apertura de otras formas de organización y de relacionarse dentro de los dispositivos asistenciales para la tercera edad, y en parte, a los de atención a la salud mental en sus vínculos.

Debemos aclarar que esta guía sólo pretende ser orientativa, abierta a propuestas, cambios y ampliaciones por parte de colegas del Trabajo Social u otras disciplinas. Pensamos que es justo en esa capacidad de construcción colectiva donde está la clave para encontrar los puntos de fisura y reparación de nuestra práctica. Las propuestas que realizamos no pretenden ser una panacea, y desde luego, necesitan de su puesta en práctica a modo de ensayo para poder comprobar su eficacia, su resonancia positiva y capacidad resolutive dentro de las situaciones y problemas que se han planteado a lo largo de la investigación.

Algunas de las propuestas implican un aumento de los recursos económicos y la reestructuración de horarios y tiempos. Por ello hemos intentado ofrecer no sólo la propuesta en sí mismas sino algunas pautas para la optimización de los recursos, intentado que las actividades o prácticas sugeridas no supongan un gasto económico desorbitado a los dispositivos implicados.

Por último, señalar que, a primera vista la guía parece muy difícil de aplicar en la práctica. En otras palabras, en nuestro estudio, la primera barrera que encontramos fue por parte de los directivos de las residencias. Imaginamos que si resultó problemático hacer una investigación en este contexto, cuanto más puede ser la propuesta de intervención y transformación en estos espacios. Nuestras sugerencias necesitan de la buena voluntad de los profesionales, especialmente de los directivos para poder llevarse a cabo. Recurrimos entonces, puede que para justificarnos o legitimarnos, a la practicidad de la profesión del Trabajo Social. Pero sobre todo, a un cierto carácter de sublevación, interpelación y molestia que tiene nuestra profesión para conseguir la transformación social.

BIBLIOGRAFÍA

- Allen, D.M., 2010. *How Dysfunctional Families Spur Mental Disorders: A Balanced Approach to Resolve Problems and Reconcile Relationships.*, California: Praeger Publishers.
- American Psychiatric Association (APA), 1995. *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona: MASSON, S.A.
- Appadurai, A., 1996. *Modernity at Large: cultural dimensions of globalization*, London: University of Minnesota Press.
- Aranguren, J.L., 1992. *La Vejez como Autorrealización Personal y Social.*, Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales (Inserso).
- Basaglia, F., 1972. *La Institución Negada: Informe de un Hospital Psiquiátrico*, Buenos Aires: Ed. Corregidor.
- Becker, H.S., 1964. *Los extraños. Sociología de la desviación*, Buenos Aires: Tiempos Contemporáneos.
- España. Orden, de 16 de mayo de 1985, por la que se aprueba el Estatuto de los Centros de la Tercera Edad del Instituto Nacional de Servicios Sociales de la Seguridad Social. *Boletón Oficial del Estado*, 29 de mayo de 1985, núm. 128, Pp. 15947-15951
- España. Orden, de 26 de febrero de 1971 por la que se regula el Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a los Ancianos. *Boletín Oficial del Estado*, 3 de marzo de 1971, núm. 53, Pp. 3490-3491.
- Canals Sala, J., 2002. *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectads en la crisis del Estado del Bienestar*. Universitat Rovira i Virgili. Available at: http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/8411/TESI_Pep.pdf?sequence=1.
- Castel, R., 1976. *El orden psiquiátrico* 1980th ed., Madrid: La Piqueta.
- Caudill, W., 1958. *The Psychiatric Hospital as a Small Society*, Cambridge: Harvard University Press.
- Comelles, J.M., 2007. Cultura, sociedad y psiquiatras en España. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, VII, pp.7-24. Available at: <http://revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16442> [Accessed December 22, 2014].

- Comelles, J.M., 2004. Historia de la psiquiatría en Catalunya. *Gimbernat*, (42), pp.33–39.
- Comelles, J.M., 1988. *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*, Barcelona: PPU.
- Comelles, J.M., 2014. Locuras, excesos y manías en la Cataluña moderna (1769-1834). In S. Brigidi & J. M. Comelles, eds. *Locuras, Culturas e Historia*. Tarragona: Publicacions URV.
- Comelles, J.M., 1991. Psychiatric care in relation to the development of the contemporary state: The case of Catalonia. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15(2), pp.193–215.
- Comelles, J.M., 2006. *Stultifera Navis. La locura el poder y la ciudad*, Lleida: Milenio.
- Comelles, J. M. & Martínez-Hernández, À., 1996. Paradojas de la Antropología médica contemporánea. *Nueva Antropología*, 16(52-53), pp.187–214. Available at: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2165620&orden=93284&info=link> [Accessed March 8, 2015].
- Cooper, D., 1967. *Psychiatry and Anti-psychiatry*, London: Tavistock.
- Correa Urquiza, M. et al., 2006. La evidencia social del sufrimiento: salud mental, políticas globales y narrativas locales. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, (22), pp.47–69.
- Correa Urquiza, M., 2009. "Radio Nikosia: La rebelión de los saberes profanos" (*Otras prácticas, otros territorios para la locura*). Universitat Rovira i Virgili.
- Csordas, T.J., 2004. *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self.*, New York: Cambridge University Press.
- Csordas, T.J., 2002. *Embodiment as a Paradigm for Anthropology.*, New York: Palgrave Macmillan.
- Departament de Salut de Generalitat de Catalunya, 2006. *Pla Director de Salut Mental i Adiccions de Catalunya.*, Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació.
- Desviat, M., 2011. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Revista Española de Salud Pública*, 85(5), pp.427–436. Available at: http://www.scielosp.org/pdf/resp/v85n5/02_colaboracion1.pdf [Accessed December 22, 2014].

- Catalunya. Ordre BEF/468/2003, de 10 de novembre, que regula el procediment i els criteris d'accés als serveis i programes d'atenció a la gent gran gestionats per l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 28 de novembre de 2003, núm. 4020, Pp. 23307
- Catalunya. Decret 176/2000, de 15 de maig, de modificació del Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials, *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 26 de maig de 2000, núm. 3148, Pp 6734-6738
- De Rotterdam, E., 1975. *Elogio a la Locura*, Buenos Aires: Centro Editor de América Látina.
- DiGiacomo, S.M., 2004. Autobiografia crítica i teoria antropològica. Reflexions a l'entorn de la identitat cultural i professional. *Revista d'Etnologia de Catalunya*, (25), pp.124-134.
- DiGiacomo, S.M., 1992. Metaphor as illness: Postmodern dilemmas in the representation of body, mind and disorder. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, 14(1), pp.109-137. Available at: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/01459740.1992.9966068>.
- Duranti, A., 2000. *Antropología lingüística*, Madrid: Cambridge University Press.
- Espanya. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de diciembre de 2006, núm. 299, Pp. 44142-44156
- Espanya. Ley Orgánica 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de abril de 1986, núm. 102, Pp. 15207-15224.
- Fericgla, J.M., 1992. *Envejecer. Una Antropología de la Ancianidad*, Madrid: Anthropos.
- Fernández Garrido, J.J., 2009. *Determinantes de la Calidad de Vida Percibida por los Ancianos de una Residencia de Tercera en dos Contextos Socioculturales Diferentes, España y Cuba*. Universitat de València. Available at: <http://hdl.handle.net/10803/10297>.
- Foucault, M., 1966. El nacimiento de la clínica. Una Arqueología de la Mirada Médica. , p.293.
- García Oliva, M., 1995. *Les Imatges Culturals de la Vellesa. Construcció i deconstrucció d'una categoria social*. Universitat Rovira i Virgili. Available at: <http://hdl.handle.net/10803/37305>.

- Geertz, C., 1989. *El Antropólogo Como Autor*, Barcelona: Paidós.
- Geertz, C., 1973. *La interpretación de las culturas* 1992nd ed., Barcelona: Gedisa.
- Goffman, E., 1961. *Asylums: Essays in the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Garden City: Doubleday.
- González de Chávez, M., 1980. *La transformación de la asistencia psiquiátrica.*, Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- González Duro, E., 1980. Historia reciente de la psiquiatría en España. In M. González de Chávez, ed. *La Transformación de la Asistencia Psiquiátrica*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Grob, G.N., 1973. *Mental Institutions in America: Social Policy to 1875*, New York: The Free Press.
- Grob, G.N., 1985. *The Inner World of American Psychiatry, 1890-1940: Selected Correspondence.*, New Jersey: Rutgers University Press.
- Haraway, D., 1995. *Ciencia, Cyborgs y Mujeres: La Reinención de la Naturaleza*, Madrid: Cátedra.
- IMSERSO, 2010. *Atención a las Personas de Situación de Dependencia en España. Libro Blanco.*, Madrid.
- IMSERSO, 2009. *Guía 2009 de Servicios de Atención Residencial para Personas Mayores.*, Madrid.
- IMSERSO, 2004. *Informe 2004. Las Personas Mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas.* Mi. de T. y A. Sociales., ed., Madrid: Observatorio de las Personas MAYores.
- IMSERSO, 2000. *Las Personas Mayores y las Residencias. Un modelo prospectivo para evaluar las residencias.*, Madrid.
- Informe GAUR, 1975. *La Situación del Anciano en España*, Madrid: Confederación Española de Cajas de Ahorro.
- IMSERSO, 1992. *Guía para la Tercera Edad*, Madrid.
- IMSERSO, 1993. *Plan Gerontológico Nacional*.
- Jones, M., 1970. *La Psiquiatría Social en la Práctica. La Idea de la Comunidad Terapéutica*, Buenos Aires: Editorial Américalee.
- Laviana-Cuetos, M., 2006. La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología*, 24(1-

3), pp.345-374.

- Leal, J.L., 2008. Salud mental y diversidad(es): trabajar en red. In J. M. Comelles & M. Bernal, eds. *Salud Mental, Cultura y Sociedad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios/40.
- Lesemann, F & Martin, C., 1993. *Les Personnes Âgées: Dépendance, soins et solidarités familiales.*, París: La Documentation Française.
- López-Laviana, M & García-Cubillana, P., 2006. Los Hospitales Psiquiátricos en la (s) reforma (s). Notas para orientar una investigación necesaria. *Dos décadas tras la reforma ...*, (1), pp.1-40. Available at: [http://faisem.es/contenidos/publicaciones/articulos/2 DÉCADAS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA- F_PEREZ - AEN 2006.pdf](http://faisem.es/contenidos/publicaciones/articulos/2_DÉCADAS_DE_REFORMA_PSIQUIÁTRICA-F_PEREZ-AEN_2006.pdf) [Accessed December 24, 2014].
- Lupton, D., 1999. *Risk and Sociocultural Theory: New Directions and Perspectives*. Lupton D., ed., Cambridge: Cambridge University Press.
- Martínez-Hernández, À., 1998. *¿Has visto como llora un cerezo? Pasos hacia una Antropología de la Esquizofrenia.*, Barcelona: Publicacions UB.
- Martínez-Hernández, À., 2008. *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad.*, Barcelona: Anthropos.
- Martínez-Hernández, À., 2010. La Etnografía como Dialógica: Hacia un Modelo Intercultural en la Políticas Sanitarias. In Á. . C. O. J. C. Checa y Olmos, F.; Arjona Garrido, ed. *Transitar por Espacios Comunes. Inmigración, Salud y Ocio*. Barcelona: Icaria Antrazyt, pp. 57-84.
- Menéndez, E., 1984. El Modelo Médico Hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 3, pp.84-119. Available at: <http://www.antropologia.urv.es/revista/index.php/aec/article/viewArticle/124> [Accessed December 20, 2014].
- Moreno, L. & Sarasa, S., 1992. *Génesis Y Desarrollo Del Estado Del Bienestar en España*, Instituto de Estudios Sociales Avanzados. Documento de Trabajo 92-13.
- Organizacion Mundial de la Salud, 1992. *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*.
- Peláez Ballestas, I., 2013. La construcción del sufrimiento como evidencia:

- compaginación de los movimientos de Medicina basada en la evidencia y en la narración (MBEYN). In Á. Martínez-Hernández, L. Masana, & S. DiGiacomo, eds. *Evidencias y Narrativas en la Atención Sanitaria. Una Perspectiva Antropológica*. Tarragona/Porto Alegre: Publicacions URV y Rede Unida.
- Perdiguero-Gil, E. & Comelles, J.M., 2000. *Medicina y Cultura. Estudios Entre la Antropología y la Medicina.*, Barcelona: Bellaterra.
- Pizza, G., 2005. Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, "capacidad de actuar" (agency) y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social*, 14, pp.15-32. Available at: <http://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/10240> [Accessed December 20, 2014].
- Rodríguez Rodríguez, P., 2007. Conceptualización de los alojamientos para personas mayores. In *Residencias y Otros Alojamientos para Personas Mayores*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, pp. 48-75.
- Rodríguez Rodríguez, P., 2007. Evolución de las residencias y otros alojamientos en el contexto internacional. In P. Rodríguez Rodríguez, ed. *Residencias y Otros Alojamientos para Personas Mayores*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, pp. 3-26.
- San Román, T., 1989. *Vejez y Cultura. Hacia los límites del sistema.*, Barcelona: Fundación caja de pensiones.
- Sancho Castiello, T. & Rodríguez Porrero, C., 1999. *Política Social de Atención a las Personas Mayores. Gerontología Conductual Vol. 1*, Madrid: Editorial Síntesis.
- Saraceno, B., 2008. Cuatro dilemas en salud mental. In M. Comelles, J. M. & Bernal, ed. *Salud Mental, Diversidad y Cultura*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios/40.
- Stanton, A.H. & Schwartz, M.R., 1954. *The Mental Hospital. A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment*, New York: Basic Books Inc.
- Tedlock, B., 1991. From Participant Observation To the Observation of Participation: the Emergence of Narrative Observation. *Journal of anthropological research*, 47(1), pp.69-94.

ANEXO 1: CUADRO DE INFORMANTES

ENTREVISTA	PROFESIÓN	DISPOSITIVO
Informante 1	Trabajadora Social	Residencia asistida para la tercera edad
Informante 2	Trabajadora Social	Residencia asistida para la tercera edad
Informante 3	Trabajadora Social	Residencia asistida para la tercera edad
Informante 4	Trabajadora Social	Residencia asistida para la tercera edad
Informante 5	Trabajadora Social	Residencia asistida para la tercera edad
Informante 6	Trabajadora Social	Centro de Salud Mental de Adultos
Informante 7	Trabajadora Social	Centro de Salud Mental de Adultos
Informante 8	Enfermera	Residencia asistida para la tercera edad
Informante 9	Enfermera	Centro de Salud Mental de Adultos
Informante 10	Psiquiatra	Centro de Salud Mental de Adultos
Informante 11	Gerocultora	Residencia asistida para la tercera edad

ANEXO 2: GUIÓN DE ENTREVISTA A TRABAJADORAS SOCIALES

En relación a la profesión y lugar de trabajo

- Datos profesionales.
- Características del dispositivo dónde trabaja.
- Funciones a desarrollar en el dispositivo.
- Cotidianidad del desarrollo de la profesión.

En relación a los usuarios y TMS

- Conocimientos sobre las patologías englobadas en el criterio diagnóstico de TMS.
- Conocimientos del TS en el ámbito de la Salud Mental.
- Conocimientos del TS en el ámbito de las Residencias asistidas para la Tercera Edad.
- Funciones concretas en relación a las personas diagnosticadas del TMS.
- Relación con las personas diagnosticadas de TMS.
- Desarrollo y descripción de las tareas en relación a las personas diagnosticadas de TMS.
- Problemáticas significativas con los residentes en general y con los diagnosticados de TMS en especial.
- Conocimiento de los diagnósticos del residente, administración de la medicación, efectos secundarios, etc.
- Situaciones/conflictos en relación al TMS.
- Nivel de conocimiento clínico que los psicólogos, psiquiatras, médicos e enfermeras dan a conocer a los residentes con diagnóstico de TMS.

En relación al trabajo interdisciplinar

- Vínculo profesional con los distintos profesionales del centro: director, médico, enfermero, psicólogo, fisioterapeuta, educador social, terapeuta

ocupacional, gerocultores, administrativos, personal de cocina, personal de limpieza, personal de mantenimiento.

- Tipología de reuniones que se desarrollan en el centro.
- Problemáticas, dudas, soluciones que se plantean en las reuniones de equipo.

En relación a la comunicación y coordinación con otros dispositivos

- Tipología de conexión y/o coordinación con dispositivos ambulatorios de atención a la salud mental y sanidad pública general o primaria.
- Describe la coordinación y relación profesional que se mantiene con dichos dispositivos.
- Cuando y porque se establecen las conexiones/coordinaciones.
- Ejemplifica alguna de estas relaciones.
- Problemáticas que hayan surgido o puedan haber surgido en estas comunicaciones y como se solucionaron.
- Percepción sobre la coordinación y conexión entre dispositivos de atención a la vejez y dispositivos de atención a la salud mental.
- Indicaciones recibidas desde los dispositivos de atención de la salud mental del sistema público de la sanidad en relación a los casos de los residentes con TMS.

En relación a la formación y conocimientos en el campo de la salud mental.

- Formación impartida por la residencia o personal de esta sobre estas patologías.
- Formación impartida independientemente de la residencia sobre este tema.
- Formación del TS en general, aportación de herramientas a la resolución de problemáticas vinculadas al TMS en el contexto de las residencias.
- Disponibilidad de conocimientos necesarios para gestionar este tipo de problemáticas de los residentes con TMS por los otros profesionales del centro residencial.

- Herramientas que resultarían útiles en la cotidianidad de la profesión para una mejor atención de los residentes diagnosticados de TMS.
- Aportaciones de la figura del TS en el contexto de las residencias en casos de TMS.
- Aspectos a cambiar (si existen) en esta relación de conexión/coordinación.
- Aportaciones y/o reflexiones para contribuir a la mejora de esta relación.
- Existencia de protocolos del centro residencial para la gestión de los casos de los residentes con TMS.