

Soledades y conflictos en los hospitales: Una mirada desde el trabajo social, la ética del cuidado y la planificación del alta con personas mayores en situación de dependencia

Joan Casas-Martí¹

Enviado: 7/06/2022 // Aceptado: 25/10/2022

Resumen. Los hospitales son escenarios donde la precariedad de los vínculos sociales puede convertirse en soledad, especialmente en aquellos momentos en los que emerge una (mayor) necesidad de cuidados sociales que no puede ser satisfecha. En este trabajo se presentan los resultados de una investigación de carácter cualitativo que ha hecho uso de las técnicas de la sistematización de experiencias y la entrevista en profundidad a profesionales de la medicina, la enfermería y el trabajo social de diferentes servicios hospitalarios de geriatría. El propósito ha sido el de reflexionar en torno al modelo familista de cuidados como productor de soledad en personas mayores en situación de dependencia, así como en torno a los conflictos de múltiples ejes que esta soledad genera en los procesos de planificación del alta hospitalaria. El rol del trabajo social se identifica como primordial para superar las lógicas de desamparo que subyacen en las manifestaciones fenomenológicas de estas soledades. Las principales conclusiones a las que se llega se suman a otras voces que ya han alertado de la necesidad urgente de (re)pensar nuestro modelo de cuidados, en tanto que el actual no solamente es obsoleto e insuficiente, sino que se ha construido sobre la (re)producción de desigualdades.

Palabras clave: Soledad, envejecimiento, dependencia, planificación del alta hospitalaria, trabajo social.

[en] Loneliness and conflicts in hospitals: An outlook from the field of social work, the ethics of care and the discharge planning for dependent elderly people

Abstract. Hospitals are places where the precariousness of social ties can turn into loneliness, especially in those moments in which a (greater) need for social care cannot be satisfied. This paper presents the results of a qualitative study that has used the techniques of the systematisation of experiences and in-depth interviews with professionals in medicine, nursing and social work from different geriatric hospital services. The purpose has been to reflect on the family model of care as a producer of loneliness in elderly people in a situation of dependency, as well as on the multiple and varied conflicts that this loneliness generates in the planning processes of hospital discharge. The role of social work is identified as essential to overcome the lack of care that underlies the phenomenological manifestations of these kinds of loneliness. The main conclusions reached are added to other voices that have already urged the need to (re)think our care model, as the current one is not only obsolete and insufficient, but has been built on the (re)creation of inequalities.

Keywords: Loneliness, aging, dependency, hospital discharge planning from hospital, social work.

Sumario: 1. Introducción. 2. Objetivo y metodología. 3. Resultados. 3.1. Planificación del alta hospitalaria. 3.2. Prolongación de la estancia: Una lectura economicista. 3.3. “Yo aquí estoy bien” o “Así no me lo llevo”. 3.4. ¿Y después qué? ¿Quién te cuida si no tienes familia?. 3.5. ¿Quién te cuida si no tienes dinero? Los solitarios precarios. 4. Reflexiones finales. 5. Referencias bibliográficas.

Como citar: Casas-Martí, J. (2023). Soledades y conflictos en los hospitales: Una mirada desde el trabajo social, la ética del cuidado y la planificación del alta con personas mayores en situación de dependencia. *Cuadernos de Trabajo Social*, 36(1), 103-112.

¹ casasmarti@ub.edu
GRITS - Universitat de Barcelona
<https://orcid.org/0000-0003-2376-0347>

1. Introducción

La soledad es un concepto poliédrico que se ha interpretado desde diferentes aproximaciones teóricas y que a menudo se ve como la contrapartida subjetiva de la medida objetiva del aislamiento social (Yanguas et al., 2018). Pero las soledades se hacen patentes en el marco de un orden social subyacente (Martínez-Palacios, 2020), siendo primordial reconocerlo para no convertirla en un problema individual o desvirtuado de su dimensión política y social.

En el presente trabajo se habla de la soledad de las personas mayores en situación de dependencia escenificada en el proceso de hospitalización como una de las manifestaciones de la crisis del modelo de cuidados². Un ejercicio etnográfico realizado a partir de mi Trabajo Final de Máster concluía que aquellos procesos de salud-enfermedad que motivan ingresos hospitalarios en los que algunas personas mayores ven sus capacidades funcionales debilitadas, se convierten en un contexto en el que la soledad se hace patente (Casas-Martí, 2021), en tanto que su situación de (mayor) dependencia reclama de *alguien* que no tienen o no dispone de los recursos necesarios para poder cuidar. Ello, a su vez, pone de manifiesto que el modelo mediterráneo de cuidados, basado en la solidaridad familiar (Daly y Lewis, 2011), es totalmente insuficiente, puesto que aparte de subyacer en un marco que reproduce la desigualdad social de las mujeres, extiende las soledades en la insuficiente provisión de asistencia pública, el austericidio y la mercantilización del cuidado (Comas d'Argemir, 2014; 2019).

En este sentido, los conflictos en torno a las soledades de las personas mayores en situación de dependencia hospitalizadas no sólo pasan por las implicaciones personales en términos fenomenológicos y de desamparo sentido y vivido, sino también por la brecha existente a la hora de planificar el alta hospitalaria de pacientes³ en situación de dependencia sin contar con una familia que pueda cuidarlos, muchas veces con impedimentos de clase para acceder al mercado de servicios y en medio de un contexto sociopolítico marcado por la devaluación de los cuidados.

2. Objetivo y metodología

El presente artículo se dota de una aproximación cualitativa para reflexionar en torno de los procesos de planificación del alta (Colom, 2000), en los que los y las trabajadoras sociales entramos en juego, muchas veces, en el marco de los desamparos que dotan de sentido y significado a las soledades manifiestas en los procesos de hospitalización. Para ello, el trabajo de campo, desarrollado en la ciudad de Barcelona (España), ha conestado de dos etapas en las que se han utilizado técnicas diferenciadas:

Una primera etapa de un año de duración, de febrero de 2019 a febrero de 2020, que se ha basado en la sistematización de experiencias (Jara, 2012; Rodríguez, 2019) derivadas, *desde dentro*, de mi actividad profesional como trabajador social en el ámbito de estudio. Ello ha incluido la realización de un diario de campo sin marco categórico previo, a fin de dinamizar la producción intelectual (Expósito y González, 2017). En ninguna parte del proceso se recogió (y, por tanto, tampoco se ha hecho constar) ningún dato de carácter personal o de especial sensibilidad, sino más bien reflexiones de mi experiencia profesional en relación con las soledades que me han permitido, posteriormente, hacer un ejercicio de abstracción para el diálogo con la técnica empleada en la segunda etapa.

Una segunda etapa de ocho meses de duración, entre febrero y septiembre de 2020, en la que ya no me encontraba físicamente en el campo, coincidiendo con la finalización de mi relación laboral con el centro hospitalario donde había estado. Se han realizado, *desde fuera*, cinco entrevistas en profundidad a profesionales de la medicina, la enfermería y el trabajo social provenientes de diferentes servicios hospitalarios de geriatría de la ciudad de Barcelona. Asimismo, esta etapa se ha caracterizado por el estallido de la crisis sanitaria causada por la pandemia de Covid-19, razón por la que las entrevistas se han tenido que hacer de manera telemática, ante la imposibilidad de la presencia física y las restricciones de movilidad impuestas por el estado de alarma.

Las entrevistas han sido grabadas y transcritas para facilitar su posterior análisis, el cual se ha realizado a través de la codificación de las mismas y con soporte del programa Atlas-Ti. La estrategia de muestreo fue la bola de nieve (Brunet et al., 2002). Todas las entrevistas se llevaron a cabo después de haber informado a las personas participantes de los propósitos del estudio, así como después de recibir su consentimiento. A partir de una seudonimización, haré referencia a las personas entrevistadas como Cori (médica), Anna (enfermera) y Verónica, Mia y Claudia (trabajadoras sociales o TS). Todas ellas contaban con más de diez años de experien-

² La crisis del modelo de cuidados ha sido definida como aquella que surge en un contexto en el que el aumento de la demanda de cuidado (fruto, por ejemplo, del envejecimiento poblacional) no va acompañado de un aumento de la oferta. La falta de la socialización del cuidado, y la insuficiente respuesta pública al respecto, conduce a una refamiliarización y refeminización del mismo, reproduciendo desigualdades sociales como las de género y clase (Pérez-Orozco, 2006).

³ En algunos casos, y para aproximarme a las nomenclaturas hospitalarias *emic*, se utilizará el término *paciente* o *enfermo* en referencia a las personas hospitalizadas.

cia en su ejercicio profesional, excepto Mia, que contaba con dos años de experiencia. El motivo por el que se ha dado un mayor peso a las contribuciones de las trabajadoras sociales no se debe únicamente a cierta deformación profesional; se debe al hecho que el trabajo social sea una profesión desde la que, por su encargo asistencial, se trabaja *cara a cara* con las soledades (Hagan, 2021), siendo una figura de acompañamiento y, específicamente en el ámbito hospitalario, de enlace con la comunidad y con los recursos de atención a las personas en situación de dependencia (Colom, 2000).

3. Resultados

3.1. Planificación del alta hospitalaria

El cambio –a menudo brusco– en las necesidades de los y las pacientes a lo largo del ingreso obliga a los hospitales a establecer procedimientos de planificación del alta que, en muchos casos, comienzan a los pocos días de ingreso (Casas-Martí y González, 2019). Dolors Colom apela a la planificación social del alta hospitalaria como antídoto del círculo vicioso que se da cuando, durante el ingreso, se prioriza el tratamiento del problema orgánico, obviando toda posible dificultad en el momento del alta (Colom, 2000). Este círculo vicioso también nos habla de que, cuando se anuncia el alta, el propio paciente expresa, entonces, sus inconvenientes, alargando la estancia hospitalaria hasta que el equipo acaba convenciéndole para que vuelva al domicilio y *deje* su cama libre. Consecuentemente, y ante su situación social poco favorable y *mal trabajada*, su estado de salud empeora, y el paciente se ve obligado a reingresar.

Actualmente en los hospitales existe un trabajo interdisciplinario. Cuando hay una enfermedad que se cronifica y genera dependencia, el objetivo es conocer la situación de la persona antes de la enfermedad y ver en qué situación nos encontramos relacional y socialmente en el momento del ingreso. La idea es posicionarnos en el antes y en el después. ¿Cómo se encuentra esa persona? ¿Cómo afecta la enfermedad en sus relaciones? ¿Cómo es la relación con la familia a partir de la enfermedad? ¿Qué capacidad de apoyo existe por parte de la familia? [...] Al fin y al cabo estamos buscando los recursos de los que dispone para ver si son suficientes para garantizar los cuidados que necesitará en el momento del alta (Verónica, TS, entrevista).

En este contexto, el alta toma un gran poder simbólico, en tanto que es el retorno al medio habitual del paciente que muchas veces no tiene capacidad para cuidarlo (Allué, 2013). Durante el proceso de hospitalización el enfermo debe lidiar con la enfermedad y con la toma de decisiones inmediatas: adaptar el domicilio, ir a vivir a una residencia, contratar a una trabajadora familiar, etc. Los procesos de aceptación de una nueva situación de dependencia y de la falta de apoyo no van al mismo ritmo que los ingresos hospitalarios, estableciéndose un decalaje muy importante; cada vez hay una mayor presión a los y las profesionales para dar altas lo antes posible y así hacer ingresos económicamente más eficientes (Ceballos et al., 2014). Las personas sin una red sociofamiliar que responda a las necesidades de cuidados que se les presentan pueden suponer un problema para la institución hospitalaria, en tanto que carecen del *pilar* principal de abastecimiento de cuidados a nuestra sociedad.

Tuve el caso de un señor que rompió la pierna. Se empezó a investigar y se vio que no tenía a nadie. Era un señor que vivía en el puerto de Barcelona y no tenía a nadie. [...] Entonces la pregunta era: ¿Qué hacemos ahora con ese señor? ¿Dónde lo derivamos? ¿Dónde lo llevamos? [...] ¿Quién le hará los cuidados? ¿Quién garantiza que este señor se alimente, se hidrate? ¿Quién sostendrá esto? (Claudia, TS, entrevista).

En estos procedimientos de búsqueda de recursos, de *problema-remedio*, el paciente es tratado como un cuerpo anómalo (vulnerable, dependiente) que se contrapone a un cuerpo normativo (sano, independiente). Los cuidados se configuran como una relación entre dos (cuidadora/dependiente) sin reconocer la posibilidad de que la misma persona pueda ofrecer y recibir cuidados a la vez (Tronto, 2013). La médica que entrevisté me hablaba, precisamente, de la negación que hacen algunos y algunas pacientes a su nueva situación funcional. Algunos quieren volver a casa y rechazan cualquier tipo de apoyo, independientemente de que se tenga la certeza de que corre peligro su salud: “Si clínicamente está estable no se puede hacer nada. Hay pacientes que tienen mucha comorbilidad de base y quieren ir a casa”. Lola, a quién hizo referencia, era una mujer de 97 años que vivía sola y no tenía familia. Venía al hospital porque había caído. Las vecinas vieron que no abría la puerta y llamaron a los bomberos. La encontraron tirada en el suelo, donde había estado muchas horas: “Ves a esta señora que atendí, con muchísima patología a nivel cardíaco y a nivel intestinal, con mucha medicación de base, y como médico no te imaginas cómo puede estar sola”. Esta caída evidenciaba la fragilidad de Lola y el riesgo de nuevas caídas era muy alto. Sin embargo, quería volver a casa, y no aceptaba ningún tipo de apoyo:

La trabajadora social y yo estuvimos muchos ratos insistiendo, pero no logramos que aceptara ningún tipo de ayuda. [...] Es una señora que cada vez estaba peor a nivel funcional y no tenía a nadie, pero no tiene deterioro

cognitivo y legalmente no podemos hacer más que coordinarnos con la trabajadora social de primaria para que conozcan la situación de este domicilio (Cori, médica, entrevista).

En el proceso de planificación del alta el paciente pasa por manos de muchos profesionales (Colom, 2000). El equipo médico, el equipo de enfermería, trabajo social, etc. En muchos casos el paciente no tiene, aún, un profesional de referencia con el que pueda trabajar la salida del hospital. Una antigua profesora, con la que compartí algunas notas etnográficas, me hacía reflexionar sobre esta cuestión, narrándomelo como una especie de victimización secundaria que profundiza la soledad no deseada de algunas personas mayores hospitalizadas: *¿Quién será tu acompañante en todo este periplo? ¿Quién será esa cara con quien tú puedas confiar? ¿Quién sostiene tu inquietud?*

3.2. Prolongación de la estancia: Una lectura economicista

Lejos de poner los cuidados en el centro, aparece, con frecuencia, un discurso economicista (Carrasco, 2003) de la actividad hospitalaria por parte de las gerencias y, desde una especie de *alienación*, también por parte de los y las profesionales sanitarias. Una de las preguntas que me planteaba al sumergirme en esa lógica era si la soledad puede llegar a ser un *problema*, en términos económicos, para las instituciones. Existe la directriz general de optimizar las estancias hospitalarias ajustándolas estrictamente a los tiempos que requieren determinados tratamientos para determinadas afecciones médicas.

Un día en un hospital es carísimo. La presión que tenemos para que [los pacientes] se vayan de alta es muy importante. Las personas que no tienen ningún tipo de tratamiento por hacer, están a modo de hotel y, por supuesto, no tiene sentido. [...] Los presupuestos que existen cada vez están más ajustados. En Cataluña, desde 2010-2011, los presupuestos han ido recortándose y cada vez hay menos personal. Cuanto menos tiempo esté la persona ingresada mejor, cuanto menos gasto mejor (Verónica, TS, entrevista).

Diferentes estudios demuestran cómo existe una correlación entre la situación sociofamiliar y los días de estancia hospitalaria (Ceballos et al., 2014). No tener familia y estar solo, por ejemplo, está correlacionado con el incremento de los días de hospitalización. Antes de iniciar el trabajo de campo para esta investigación, una colega y yo aprovechamos para cuantificar el riesgo social de los y las pacientes de una unidad de subagudos (teniendo en cuenta variables como la situación y relaciones familiares o el apoyo social) y los días de hospitalaria, dándonos cuenta de que aquellos que presentaban un riesgo social intermedio o alto habían estado más días ingresados, de media, que los demás (Casas-Martí y González, 2019). También es relevante que los y las pacientes de edad más avanzada tienden a realizar ingresos hospitalarios más largos (Ceballos et al., 2014). La necesidad de planificar el alta de las *personas solas*, y la insuficiente asistencia pública de cuidados, provocan graves afectaciones en los planes de eficiencia económica de los hospitales de agudos. Algunos servicios de geriatría, a menudo ubicados en hospitales intermedios, presentan una mayor flexibilidad, ya que es frecuente que los y las pacientes tengan que reorganizar su vida en términos de provisión de cuidados. Por otra parte, la médica entrevistada apuntaba que la prolongación de la estancia hospitalaria de los y las pacientes en situación de soledad, puede venir, también, por el hecho de que el clínico quiera asegurar el cumplimiento de ciertos procedimientos terapéuticos que, una persona acompañada, podría hacer desde de casa.

Tú como médico tienes la seguridad de que si le das el alta pronto a un paciente con familia cumplirá con la medicación, y que ante una señal de alarma la familia le llevará a urgencias [...] Con los pacientes sólo no tienes la certeza de si se tomarán el antibiótico o de si cumplirán las indicaciones que les has dado. Entonces eres más precavido y le das el alta cuando ya ha terminado el tratamiento o cuando ya has corregido determinadas alteraciones analíticas. [...] Esto hace que el paciente que está solo esté hospitalizado más días (Cori, médica, entrevista).

Una de las trabajadoras sociales sanitarias entrevistadas, Mia, también subrayaba que, más allá de la soledad, lo que provoca la prolongación de la estancia hospitalaria es la lentitud de los servicios sociales para dar una respuesta a las situaciones de urgencia. La incapacidad para esperar a la activación de ciertos recursos sociales de atención a la dependencia provoca que se den altas antes de tiempo, aumentando el riesgo de desestabilización clínica y de reingreso:

Las altas son médicas, no sociales, y esto hace que a veces se den antes de tiempo, sin trabajar la parte social [...] Lo que ocurre es que a los pocos días u horas [el paciente] vuelve a reingresar porque no se ha garantizado el apoyo que necesitan (Mia, TS, entrevista).

Mia también hacía referencia a la presión que reciben las trabajadoras sociales para agilizar la disponibilidad de los recursos: “Parte del equipo no entiende que nosotros no podemos hacer más que esperar, tenemos muchas personas por encima”. Contradictoriamente, algunas estancias hospitalarias prolongadas en el tiempo,

sobre todo en los llamados *centros sociosanitarios*, han dado lugar a experiencias que recuerdan a la antigua función de asilo de los antiguos hospitales de pobres (Comelles et al., 2017). Verónica me explicaba el caso de un hombre que había estado años ingresado en una unidad de larga estancia esperando una plaza de residencia: “Era un señor que no tenía casa, era un *sin techo*. Iba en silla de ruedas y estaba a la larga estancia [unidad de hospitalización intermedia] a modo de hotel”. Y añadía: “algunas plazas de residencia demoran mucho y la administración sabe que mientras ese señor esté a un sociosanitario no lo echaremos”.

3.3. “Yo aquí estoy bien” o “Así no me lo llevo”

El conflicto que genera la soledad en las instituciones hospitalarias tiene que ver con el entorpecimiento que le supone a la maquinaria biomédica la crisis de los cuidados y el fracaso del sistema público de atención a la dependencia (Comelles et al., 2013). El aliado de la institución sanitaria, la familia que se ha *hecho cargo* siempre de los enfermos, cada vez está menos (Pérez-Orozco, 2006), y eso representa un problema inmediato para los hospitales, y un reto sociopolítico. Es, sin duda, uno de los efectos de no poner los cuidados en el centro de un sistema público que, teóricamente, debería velar por nuestra salud. El círculo vicioso de las altas hospitalarias (Colom, 2000) que se exponía antes habla, precisamente, de la problemática social al alta como una especie de variable extraña en un entorno en el que tradicionalmente los cuerpos han sido separados de las personas (Allué, 2013), encontrando sus límites en la piel. Institucionalmente se siguen configurando los recursos hospitalarios considerando el *cuerpo* únicamente como *cuerpo orgánico* y separado de su entorno sociocultural, a contracorriente de las narrativas de los y las profesionales sanitarias, sobre todo, en los servicios de geriatría. Balazs (1999), en *La miseria del mundo* de Bourdieu, presentaba la entrevista que realizó a Lousie, una mujer mayor hospitalizada que no disponía de un entorno familiar cuidador. Lousie planteaba la duda de quién se haría cargo de ella una vez le dieran el alta clínica. El malestar que le llevó a la sala de urgencias de un hospital hacía visible un aislamiento que, hasta entonces, pasaba inadvertido. En síntesis, el conflicto que provoca la soledad en los hospitales toma múltiples formas. Por un lado, el aflorar de la sensación dolorosa en aquellos a quienes el aislamiento nunca había supuesto un problema. Por otra parte, para la institución, en tanto que aparecen las reticencias al alta, y ponen en riesgo la eficiencia que pretenden tener los hospitales de hoy (Comelles et al., 2013).

Muchas veces los pacientes no quieren irse. Hay gente que se suele que al sociosanitario se lo hagan todo. [...] Hay gente que no quiere irse por miedo. Eran personas autónomas y ahora necesitan ayuda y se dan cuenta de que no tienen a nadie. (Mía, TS, entrevista).

‘Yo aquí estoy bien’ hace referencia a las reticencias al alta que vienen por parte de algunas personas mayores que se encuentran solas. Es una afirmación que se presenta por parte del paciente cuando el equipo médico comienza a hablar de la proximidad del alta. La persona hospitalizada se ve obligada a afrontarse a su soledad y a su nueva realidad funcional y de dependencia. La afirmación pide tiempo y denota que se siente protegida en el hospital. Los y las profesionales sanitarias hablan de ‘riesgo de *hospitalismo*’ cuando una persona pide quedarse en el hospital. Es un término que me generaba cierto interés, porque durante mi experiencia laboral aparecía en reiteradas ocasiones. El hospitalismo, en lo que respecta al paciente, es una condición de dependencia que aumenta constantemente en un ambiente protegido, hasta que el estilo de vida institucional desplaza y anula cualquier participación que pueda tener en la comunidad (Ryan et al., 1982). Nacido de la psiquiatría, es heredero del concepto de *institución total* de Erving Goffman, quien habla de las condiciones de aislamiento y dependencia de los enfermos en los antiguos hospitales psiquiátricos, donde eran restringidos de todo contacto con el mundo exterior y donde se ejercía un control absoluto sobre todas las actividades de los internos, anulándoles de toda privacidad (Goffman, 1970). En el hospital, cuando se habla de riesgo de hospitalismo, se habla de aquellos pacientes que ponen reticencias al alta como medio para soslayar los problemas que le esperan fuera del hospital. El cuerpo envejecido se afronta a su vulnerabilidad general, al no ser como antes. Pensar en el futuro es pensar en el declive y, en ocasiones, en la muerte.

Una colega del hospital donde trabajé hablaba de la dificultad que le supone al enfermo verse dependiente; algo que, la mayor parte de veces, ni la propia familia sabe afrontar. Otra de las afirmaciones que he escuchado en relación con las reticencias al alta viene por parte de las familias que *claudican*. ‘Así no me lo llevo’ hace referencia a la nueva situación funcional del paciente y a una imposibilidad manifiesta, por parte de quien le cuidaba, de poder siguiendo ejerciendo este rol. Tratando con familiares te das cuenta de que, a menudo, se han *abandonado* a sí mismos; para cuidar dejan de cuidarse, algo recogido en numerosas investigaciones (Esteban, 2011). Además, el reconocimiento del *no poder* es vivido, con frecuencia, como un abandono por parte de los y las pacientes y, a menudo, por parte de los y las profesionales sanitarias, los cuales, en ocasiones, no son partícipes —o suficientemente conscientes— de toda una historia de sacrificio y de carga física y afectiva hacia el enfermo.

Cada día vemos familias que dicen ‘basta’ en los servicios de geriatría. Todos los días. Pacientes mayores con deterioro cognitivo que ha progresado, que son cada vez más dependientes a nivel familiar, y que las familias

no quieren o no pueden. Al llegar al hospital dejan al paciente casi abandonado. Dicen: ‘aquí está’ [...] Siempre suele ser a raíz de una pequeña progresión de la enfermedad, de una gota que colma el vaso (Cori, médica, entrevista).

Desde una lógica que vincula los cuidados con la afectividad, y con la abnegación y la renuncia, las cuidadoras informales –en su mayoría mujeres– cuidan por amor y solidaridad, facilitando así la emergencia de emociones negativas como sentimientos de culpa, frustración o soledad. Mari Luz Esteban, en un diálogo con Isabel Otxoa, decía que, si bien sería necio negar la importancia de las emociones en la atención a los demás, esta asociación, y la construcción social de que las mujeres son seres emocionales, representa uno de los principales instrumentos de subordinación social (Abasolo, 2010). La claudicación familiar en contexto hospitalario esconde una demanda desesperada. Las familiares que claudican solicitan la transferencia de cuidados al sistema sanitario, que no puede dar respuesta cuando no existen criterios médicos de ingreso hospitalario, y se ve limitado por la austeridad del sistema público de servicios sociales y de atención en la dependencia (Comelles et al., 2013). Se corresponde, pues, hablar también de una soledad de las cuidadoras principales, a menudo únicas y sin apoyo de otros miembros de la unidad familiar o del sistema público, abocadas muchas veces a una doble explotación, en tanto que su incorporación al mercado laboral es precaria y no ha supuesto una redistribución del trabajo de cuidados (Ezquerro, 2012), y a las que la desesperanza lleva a acudir con sus familiares a los hospitales, lugares de referencia sociocultural, con la esperanza de obtener una respuesta.

3.4. ¿Y después qué? ¿Quién te cuida si no tienes familia?

Una religiosa del servicio espiritual del hospital donde trabajé, explicaba, en su libro, que el dolor y las limitaciones que pasa el enfermo reclaman *cuidados y presencia* (Puga, 2018). Aunque todas las personas somos proveedoras y receptoras de cuidados a lo largo de nuestras vidas, nuestras capacidades y necesidades varían a lo largo del tiempo (Tronto, 2013). En los hospitales hay personas que están en un momento de mayor necesidad, y las personas solas no disponen de nadie con mayor o menor capacidad para cuidarlas. Como se ha desarrollado anteriormente, la crisis de los cuidados surge precisamente con el aumento de la demanda y la reducción de la oferta de cuidados (Pérez-Orozco, 2006). La reciprocidad intergeneracional amenaza con desaparecer en tanto que las mujeres de la familia dejan, poco a poco, de ser su actor principal. En consonancia, existe un escaso acompañamiento de las políticas públicas orientadas a las personas en situación de (mayor) dependencia. La falta de relieve de solidaridad familiar ejercida por las mujeres dentro de un modelo de cuidados basado en ésta nos sitúa en un escenario en el que un importante número de personas mayores deben y tendrán que acudir a otros sistemas de provisión de cuidados (Bofill-Poch, 2018). La soledad del paciente hospitalizado pone de manifiesto esta cuestión, así como la urgente necesidad de transformación.

El camino para dar valor y repartir todos los trabajos no está en reivindicar que la sociedad reconozca lo mucho que nos debe a las mujeres; está en la negación individual y colectiva a seguir cubriendo las necesidades de cuidado como lo hacemos hoy. Sólo mediante una posición activa de resistencia, de contestación, de plantarnos ante una obligación que contribuye a nuestra discriminación, conseguiremos darle la vuelta a la situación actual (Abasolo, 2010, p. 9).

Los casos en que las personas solas disponen de una buena capacidad económica la situación de soledad no son vistos, desde los hospitales, de forma tan problemática, en tanto que, cada vez más, el mercado se establece como un gran proveedor de cuidados (Izquierdo, 2003). Sin embargo, algunas personas mayores han ahorrado toda su vida y les cuesta tomar la decisión de dedicar su dinero al proveerse del apoyo que necesitan. Aparece aquí el sentimiento de injusticia del que habla Bofill-Poch (2010) hacia la desatención que sufren por parte del sistema de atención a la dependencia: ¿Toda la vida cotizando a la seguridad social y ahora tendré que pagar dos mil euros al mes de residencia? –me manifestaban algunos pacientes, enojados, después de tenerles que informar de que no tenían derecho a una prestación pública debido a su capacidad económica–. Además, los recursos privados de atención a la dependencia esconden un batiburrillo de historias de precariedad y explotación, habiendo pasado a depender de mujeres migradas, enmarcándose éstas, en la economía sumergida, o en una regularización basada en burocratización y precariedad (Briones et al., 2014).

En caso de que no haya nadie que pueda cuidar, lo primero que se mira es si el paciente tiene recursos económicos [...] Si una persona está sola y es dependiente, pero tiene dinero, sigue habiendo vulnerabilidad, pero no es tan grave. Fácilmente pueden contratar a una cuidadora o pagarse una residencia (Mia, TS, entrevista)

En los hospitales suelen disponer de información sobre recursos residenciales privados o empresas de servicios de atención domiciliaria. Algunas residencias cercanas a los hospitales establecen convenios de colaboración informales con los y las profesionales derivantes. Algunas personas mayores prefieren contratar los servicios de una empresa recomendada por un profesional del hospital que una empresa que se busquen por sí mismas, me contaba una de mis informantes. Si bien los cuidados institucionales, sobre todo residenciales, han

sido tradicionalmente interpretados como un abandono, algunos autores apuntan a un cambio progresivo, en términos de menor estigmatización, del actual imaginario social hacia las instituciones residenciales⁴ (Barroso et al., 2016). De todas formas, es común ver cómo las personas que llevan años viviendo solas se acostumbran a esta dinámica y no aceptan fácilmente un recurso externo. Así me lo narraba Anna, la enfermera entrevistada: “La gente suele estar sola y hacer las cosas de su manera. Cuando proponemos una ayuda domiciliaria la rechazan. Reconocer que necesitan ayuda es reconocer que son mayores y frágiles”.

3.5. ¿Quién te cuida si no tienes dinero? Los solitarios precarios

Alguien decía que la fortaleza de una sociedad se mide a través del valor que otorgamos a nuestros mayores y yo añadiría, también, a través de cómo atendemos a las personas en situación de (mayor) dependencia y vulnerabilidad. Hablando de cuidados en un sentido restringido, y poniendo el foco en las intervenciones socio-políticas que se dan en el marco de la dependencia de las personas con más necesidad de recibir cuidados que capacidad para ofrecerlos, la vulnerabilidad se acentúa cuando, las personas hospitalizadas, además de mayores, solas y en situación de dependencia, son *pobres* en términos económicos. Dolors Comas d'Argemir escribía sobre la injusticia de clase asociada a los cuidados que «las desigualdades sociales inciden en las desigualdades de salud, y los sectores populares más desfavorecidos envejecen en peores condiciones» (Comas d'Argemir, 2019, p. 20). En estos casos de soledad, no sólo falla el principal proveedor de cuidados –la familia–, sino que también se dan impedimentos para poder acceder al mercado, pasando la provisión pública a ser la única opción.

En los hospitales se hace evidente que el sistema de atención a la dependencia –y la ley que lo ampara–, de ámbito estatal, es absolutamente deficiente y obsoleto, en tanto que la dependencia a menudo surge de un día para otro y, por una cuestión de dignidad e incluso supervivencia, puede requerir una respuesta urgente. Los servicios sociales, de ámbito municipal, se configuran de forma desigual en función de donde vivas, no permite la prevención, y todo debe pasar por una burocratización que ralentiza la activación de recursos. La centralidad de los cuidados, y la cuestión ontológica de que todos y todas somos, por definición, interdependientes, no vienen acompañadas de un posicionamiento sociopolítico que lo reconozca, convirtiéndose en una invisibilización que legitima la escasa intervención pública en estos casos. Cristina Carrasco critica firmemente el hecho de que se discutan los cuidados de las personas mayores, básicamente, en términos de gran coste social y como un problema financiero de las pensiones; la cuestión es cómo cuidamos a la población mayor, lo que implica bastantes más recursos que sólo el recurso monetario de las pensiones. Además, la autora afirma que hemos aceptado que, alcanzada una edad, las personas debemos disminuir nuestra calidad de vida en términos que van más allá del propio *envejecimiento natural* (Carrasco, 2003, p. 4).

La ley de dependencia no funciona bien, hay que replantear muchas cosas. La dependencia surge, muchas veces, de un día para otro y la ley de dependencia te tarda, al menos, un año [...] ¿Qué me está solucionando? Hay enfermedades que son progresivas, que te permiten planificar, pero otras muchas no. Una ayuda de 2h de cuidadora a la semana de nada le sirve a una persona dependiente, y para las residencias hay largas listas de espera (Mia, TS, entrevista).

Desde una perspectiva de ética feminista de los cuidados, se evidencia que estamos ante una sociedad que devalúa sistemáticamente los cuidados. Las cualidades morales y las capacidades asociadas a los cuidados no se ven, según Tronto (2013), entre los principales valores éticos de nuestra sociedad. Claudia me explicaba que a lo largo de los años que lleva interviniendo todo sigue igual: “La ley de dependencia creó falsas expectativas, la teoría estaba bien, pero en la práctica no lo ha sido. ¿Qué ha pasado aquí? La ley no mira la realidad, no está en el pie de calle, las situaciones son todas únicas”. Hay muchas personas mayores que están por debajo del umbral de pobreza y no hay una manera digna de poder acompañarlas: “Al final somos los profesionales los que acabamos decidiendo por estas personas. Si el ayuntamiento te ofrece una plaza de residencia urgente lo coges y no te planteas nada más”. Y, en efecto, ello pone en profundo riesgo el cumplimiento de la autodeterminación individual de las personas usuarias; uno de los valores más relevantes en las teorías éticas que han orientado, y deberían seguir orientando, la praxis del trabajo social (Cubillos, 2014).

Una trabajadora social me comentaba que las personas solas, a diferencia de las acompañadas, tenderán más a la institucionalización que al poder volver a casa. En Barcelona existen los Servicios de Acogida de Urgencia a la Vejez (SAUV) en los que, puntualmente, cuando se dan situaciones de desamparo social, se puede solicitar un ingreso temporal en centros residenciales de urgencia (Ajuntament de Barcelona, 2022). Hay residencias que tienen convenios con el Ayuntamiento y que reservan plazas públicas a estas situaciones de urgencia, aunque se tratan de recursos muy escasos y que, al pedirlos, existe todo un proceso de valoración por parte de la administración pública que lleva a aprobar, o no, las solicitudes. Estas residencias pueden estar fuera de la ciudad, pudiendo *obligar* a la persona usuaria a abandonar el entorno en el que ha vivido siempre,

⁴ Es posible que los efectos colaterales de la pandemia de Covid-19 hayan afectado a esta cuestión, aunque se deberá analizar a largo plazo.

y dando lugar, nuevamente, a acciones paternalistas o poco amparadas en los marcos deontológicos de la profesión (Cubillos, 2014). Lo que prima en el hospital es la urgencia, pero una *urgencia* entendida en un sentido biomédico, en tanto que poco tiene en cuenta su repercusión social y emocional.

Una persona que está consciente y orientada sabe lo que quiere en la vida, a sus 97 años. [...] ¿Quién eres tú para decirle que se vaya a una residencia? [...] Yo creo que el gran conflicto es el no saber acompañar la soledad sin caer en el paternalismo. Se cae en buscar el servicio, el mecanismo... Yo tendré que decidir por ti o yo utilizaré a veces la manipulación para decidir que estarás mejor en otro sitio. Se pierde de vista lo más importante, que es la historia de vida de las personas, y acompañando en la voluntad de lo que alguien quiere (Claudia, TS, entrevista).

Yusta (2019), realizando una lectura de los recursos públicos de atención a la dependencia en relación a cómo interactúan con la soledad de las personas mayores, concluye que la ley de dependencia tiene un escaso trato a las situaciones de soledad. Hablando del concepto de *soledad residencial*, apuntaba que los centros residenciales, en contra de todo pronóstico, no aseguran en ningún caso la reducción de los sentimientos de soledad subjetiva: «Aunque la persona reside junto a decenas de usuarios en una misma situación, se siente sola y muestra gran parte de los síntomas de soledad» (p. 33). Por el contrario, el servicio de atención domiciliar se plantea como un recurso que se observa que puede servir, en cierta medida, para que la persona usuaria se sienta acompañada, aunque generalmente el número de horas establecidas suelen ser insuficientes y la persona no tiene contacto con personas con un perfil similar al suyo, sino que se trata de una relación profesional usuario basada en la propia asignación del recurso.

Ingresar solo en el hospital, pasar por un sociosanitario y después ir a una residencia [...] ¿Qué pasa? Que de repente la persona piensa: ‘yo estaba en mi casa, con mis cosas, y ahora aquí hay 25 personas más como yo, pero tampoco me siento mucho más acompañada’ [...] Los vínculos emocionales son complejos de generar, y es verdad que cada vez más los centros residenciales están haciendo un cambio de *chip*: ‘Aquí no es donde la gente viene a morir, es donde las personas vienen a vivir su fin de vida’. Esto significa que, cuando entra alguien, debo saber quién es, qué quiere, qué no quiere, qué le gusta, qué no le gusta, y cuál es su motivación que le ayude en este proceso (Claudia, TS, entrevista).

La falta de recursos públicos está colapsando a los hospitales, sobre todo aquellos de atención intermedia, porque no hay salidas, recursos ni prestaciones (Casas-Martí y González, 2017; Ceballos et al., 2014). Los recursos públicos no van al mismo ritmo que la salud y la dependencia, y parecen vivir de espaldas a una creciente realidad. La crisis de los cuidados pone sobre la mesa que necesitamos un cambio, una revisión en profundidad de cómo estamos haciendo las cosas y cómo pueden hacerlas para que nuestra vida sea mejor (Pérez-Orozco, 2006). Exigir al estado que se responsabilice de los cuidados también es, según algunos debates feministas en torno a los cuidados, desmitificar que los cuidados familiares son los idóneos o únicos posibles (Comas d’Argemir, 2014). En este sentido, Tronto (2013) aboga por volver a comprometernos a cuidarnos –a nosotros mismos y a nosotras mismas y a los y las demás–, aceptando y replanteando nuestras responsabilidades y proporcionando recursos suficientes para los cuidados: «Si somos capaces de hacerlo, podremos mejorar los niveles de confianza, reducir los niveles de desigualdad y proporcionar libertad real a todos» (p.182).

4. Reflexiones finales

La aproximación cualitativa realizada ha puesto de manifiesto, en un entorno hospitalario y en la actual coyuntura de crisis, el doble conflicto que hace emerger la pérdida de autonomía en algunas personas mayores. Por un lado, la toma de conciencia de una soledad que nos habla de deficiencia y expectativas frustradas. Y, por otro lado, las dificultades de reorganización vital que emergen cuando no se cuenta con el apoyo de quien *se supone* –en el modelo familista actual– que debería ofrecerlo.

La falta de una familia que cuide en aquellos casos en los que la situación de autonomía-dependencia será diferente a la que se tenía antes de ingresar, obliga a las personas hospitalizadas y a los equipos profesionales, durante el proceso de planificación del alta, a buscar otras fuentes proveedoras de cuidados para asegurar el alta con garantías de éxito, una vez finalizados los procedimientos médico-sanitarios correspondientes (Colom, 2000). En clave interseccional, es ahí donde entran en juego distintas variables, como la clase. En los casos en que las personas solas disponen de capacidad económica, están orientadas a acudir al mercado para satisfacer sus necesidades de cuidado. Esto, más allá de representar cambios importantes en la vida de las personas y fomentar el sostenimiento de un modelo de mercantilización del cuidado precario, no es leído, a ojos de la institución sanitaria, como problemático. El conflicto que más (pre)ocupa aparece cuando las personas mayores, *solas* y en situación de dependencia, no tienen posibilidades de contratar los cuidados a través del mercado. La provisión pública es insuficiente y, aunque la ley de dependencia supuso un esfuerzo muy importante para

reconocer la dimensión social del cuidado a través de una cartera de recursos para personas en situación de dependencia, ésta resultó despejada de contenido por la austeridad derivada de años de crisis económica, deviniendo totalmente residual e insuficiente (Pérez-Orozco y Baeza-Gómez, 2006). Las personas mayores, solas y pobres en términos económicos, se convierten, en los hospitales, en la población más vulnerable.

El actual modelo de cuidados genera situaciones de soledad y desamparo, además de desigualdades de clase y género. La pandemia de Covid-19, y sus efectos aún difíciles de calcular, ha acentuado la inestabilidad y la incertidumbre heredera de la Gran Recesión de 2008, haciendo evidente la insuficiente dotación de recursos sociales y de atención a la dependencia, así como su precariedad. Las carencias y vulnerabilidades nos caracterizan a todos y todas, y esto implica, a la luz de las teóricas feministas que nos han acompañado en el transcurso del artículo, que el mundo se comprende de relaciones y que, por tanto, somos sujetos de deberes y de obligaciones. La soledad nos interpela porque está relacionada con la interdependencia, el cuidado, con nuestra participación en la comunidad y con la dotación de sentido y significado en nuestras vidas (Yanguas et al., 2018).

Este trabajo ha pretendido, en definitiva, alertar de crecientes formas de soledad que se imponen y que tienen que ver con la urgente necesidad de reubicar nuestras prioridades como sociedad: situar los cuidados en el centro entendiendo que *la vida no es posible sin los demás*. Se apuesta, además, por un trabajo social que reivindique su posición privilegiada, y perfectamente legitimada, para el estudio y visibilidad de realidades sociales (situadas) como la que se aborda. De esta forma, se prevé dar continuidad a una línea de investigación que piense el fenómeno de la soledad como un fenómeno fundamentalmente social y que se oriente al replanteamiento de nuestra función profesional, evitando la *medicalización* de problemas estructurales, y fomentando la incorporación de nuevos ejes de privilegio-desigualdad en el análisis del fenómeno (Martínez-Palacios, 2020). El abordaje de los cuidados, de la mano del trabajo social, puede ayudar a trazar un ansiado ideal de libertad que no pierda de vista que dependemos unos de otros (Cubillos, 2014), y la ética del cuidado debe ser fruto del compromiso, lo que implica una transformación social en profundidad (Comas d'Argemir, 2019) que no deje a nadie *solo*.

5. Referencias bibliográficas

- Abasolo, O. (2010). Diálogo: Mari Luz Esteban e Isabel Otxoa. El debate feminista en torno al concepto de cuidados. *CIP-Ecosocial-Boletín ECOS*, 10, 1-9.
- Ajuntament de Barcelona (2022). *Servicio de acogida de urgencia para personas mayores*. Recuperado el día 11 de octubre de 2022, de: <https://seuelectronica.ajuntament.barcelona.cat/oficinavirtual/es/tramit/20090000960>
- Allué, M. (2013). *El paciente inquieto: Los servicios de atención médica y la ciudadanía*. Edicions Bellaterra
- Balazs, G. (1999). La Soledad. En: Bourdieu, P. (dir.) (1999). *La miseria del mundo* (Vol. 1). Ediciones Ákal.
- Barroso, I., Cámara, A., Rodríguez, C., Morente, F. (2016). ¿Refugio de afectos? La familia vista por los ocupantes de los hogares solitarios. *XII Congreso Español de Sociología: Grupo 3; comunicación*.
- Bofill-Poch, S. (2010). La injusticia en la velesia. *Revista d'Etnologia de Catalunya*, 35, 70-85
- Bofill-Poch, S. (2018). Changing moralities: Rethinking elderly care in Spain. *The Australian Journal of Anthropology*, Vol. 29(2), 237-249
- Briones, E., Agudelo, A., López, M. J., Vives, C., Ballester, F., Ronda, E. (2014). Percepción de las mujeres inmigrantes del servicio doméstico sobre los efectos de la regulación del sector en España. *Gaceta Sanitaria*, 28(2), 109-115
- Brunet, I., Pastor, I., Belzunegui, À. (2002). Tipus de mostreig. Dentro de: *Tècniques i d'investigació social* (pp. 435-440). Pòrtic.
- Carrasco, C. (2003). El cuidado: ¿coste o prioridad social? *Congreso Internacional Cuidar Cuesta: Costes y beneficios del cuidado: 13 i 14 d'octubre de 2003* (pp. 1-5). Emakunde.
- Casas-Martí, J. (2021). Conflictos entorn de la soledat de les persones grans en situació de major dependència als hospitals. Una aproximació etnogràfica des de la crisi de les cures (Trabajo Fin de Máster en Antropología y Etnografía no publicado). Universitat de Barcelona.
- Casas-Martí, J., González, S. (2019). La dimensió social de la durada de l'estada hospitalària. El cas de la Unitat de Subaguts del Centre Fòrum. *Revista de Treball Social*, 215, 127-143.
- Ceballos, T. M., Velásquez, P. A., Jaén, J. S. (2014). Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Revista gerencia y políticas de salud*, 13(27), 274-295.
- Colom, D. (2000). *La planificación del alta hospitalaria*. S. XXI de España Editores.
- Comas d'Argemir, D. (2019). Cuidados y derechos. El avance hacia la democratización de los cuidados. *Cuadernos de antropología social*, 49, 13-29.
- Comas d'Argemir, D. (2014). Los cuidados y sus máscaras. Retos para la antropología feminista. *Mora*, 20, 167-182.
- Comelles, J. M., Alegre-Agís, E., Barceló, J. (2017). Del hospital de pobres a la cultura hospitalo-céntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán. *Kamchatka. Revista de análisis cultural*, 10, 57-85.
- Cubillos, C. (2014). Ética para la intervención social. Los valores aportados por el Trabajo Social y las éticas del cuidado y no paternalista como modelos de referencia para la práctica profesional. *Revista Trabajo Social*, 87(1), 3-18.

- Daly, M., Lewis, J. (2011). El concepto de 'social care' y el análisis de los Estados de Bienestar contemporáneos. Dentro de: C. Carrasco, C. Borderías, T. Torns (Eds.), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas* (pp. 225-251). Catarata.
- Esteban, M. L. (2011). *Crítica del pensamiento amoroso. Temas contemporáneos*. Edicions Bellaterra.
- Expósito, D., González, J. A. (2017). Sistematización de experiencias como método de investigación. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(2), 10-16
- Ezquerro, S. (2012). Acumulación por desposesión, género y crisis en el Estado español. *Revista de Economía Crítica*, 14, 124-147
- Goffman, E. (1970). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Martínez de Murguía Editores.
- Hagan, R. (2021). Loneliness, older people and a proposed social work response. *Journal of Social Work*, 21(5), 1084-1104.
- Izquierdo, M. J. (2003). Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. *Congreso internacional Sare 2003 "Cuidar cuesta: Costes y beneficios del cuidado"* pp. 119-154.
- Jara, O. (2012). Sistematización de experiencias, investigación y evaluación: aproximaciones desde tres ángulos. *The International Journal for Global and Development Education Research*, 1, 56-70.
- Martínez-Palacios, J. (2020). La interseccionalidad como herramienta analítica para la praxis crítica del Trabajo Social. Reflexiones en torno a la soledad no deseada. *Cuadernos de Trabajo Social*, 33(2), 379.
- Pérez-Orozco, A. (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de Economía Crítica*, 5, 7-37
- Pérez-Orozco, A., Baeza-Gómez, P. (2006). Sobre «dependencia» y otros cuentos. Reflexiones en torno a la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. *Lan Harremanak - Revista de Relaciones Laborales*, 15, 13-40.
- Puga, A. (2018). *Y camino con ellos*. Paulinas.
- Rodríguez, A. (2019). La sistematización de experiencias como método de investigación para la producción del conocimiento. *Revista de Ciencias Humanísticas y Sociales*, 4(1), 113-123
- Ryan, P., Valencia, M., Otero, B. R., Nuñez, M., González, N. R., Rascón, M. L. (1982). *Alternativas para el hospitalismo*. *Salud Mental*, 5(3), 8-15.
- Tronto, J. (2013). *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. NYU Press.
- Yanguas, J., Cilveti, A., Hernández, S., Pinazo-Hernandis, S., Roig, S., Segura, C. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *Zerbitzuan*, 66, 61-75.
- Yusta, R. (2019). La soledad no deseada en el ámbito de la Gerontología. *Trabajo Social Hoy*, 88, 25-42.