



CUIDADOS “EN CADENA”: CUERPOS, EMOCIONES Y ÉTICA EN LAS RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES

Care “chain”: bodies, emotions and ethics in nursing homes for the elderly

Paloma Moré Corral*

* Universidad Complutense de Madrid
mmore@ucm.es

Palabras clave

Trabajo
Género
Migración
Profesionalización

Resumen

Este artículo explora la realidad del trabajo de cuidados de larga duración en residencias para personas mayores. El objetivo es analizar los efectos que tiene la organización social del trabajo de cuidados, tanto a nivel social como en los propios centros, sobre quienes lo realizan —en su gran mayoría mujeres que se encuentran en la intersección de desigualdades de género, clase social, etnicidad y/o estatus migratorio—. La metodología utilizada es cualitativa e incluye entrevistas en profundidad a trabajadores de distintos centros, personal directivo de centros y personal técnico servicios públicos y observación participante acompañando al personal de dos centros (uno en Madrid y otro en París) durante sus jornadas laborales. A partir de situaciones concretas de trabajo se problematiza la idea que relaciona los cuidados con el universo inmaterial (afectos, emociones, amor) y se pone de manifiesto, por un lado, que las emociones no pueden desvincularse de la materialidad que las produce; y por otro lado, que el contexto concreto es fundamental para comprender los puntos de vista éticos (buen/mal cuidado) en relación al trabajo de cuidados.

Abstract

This article explores the reality of work of long-term care in nursing homes. The aim is to analyse the effects of the social organization of care work, both in work centers and society, on the experiences of care workers —mostly women who are at the intersection of gender inequality, social class, ethnicity and / or immigration status experiences—. The methodology used is qualitative and includes in-depth interviews with care workers, managers and technical staff and participant observation following care workers during their daily routines in two centers, one in Madrid and one in Paris. This research relies on concrete work situations to problematize the idea that care is related to the immaterial (affects, emotions, love). On the one hand, because emotions are embedded in the material interactions; on the other hand, because context is key to understand how the ethics of care are produced (good/bad caring).

Keywords

Labour
Gender
Migration
Professionalisation

Moré, P., 2016, “Cuidados “en cadena”: cuerpos, emociones y ética en las residencias de personas mayores”, en *Papeles del CEIC*, vol. 2016/1, nº 146, CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), Universidad del País Vasco, <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.1543>

Recibido: 11/2015; Aceptado: 12/2015



1. INTRODUCCIÓN

Este artículo analiza la organización del trabajo en las residencias de personas mayores, un ámbito escasamente explorado en los estudios sobre los trabajos de cuidados. Los resultados se basan en una investigación realizada en las ciudades de Madrid y París. El enfoque analítico combina los estudios en migraciones internacionales con la sociología del trabajo. Dentro de este marco el objeto de estudio es doblemente novedoso: por un lado, las residencias de personas mayores no han sido un objeto de estudio privilegiado por la sociología del trabajo más interesada por otros sectores industriales; por otro lado, desde los estudios sobre las trayectorias laborales de las mujeres migrantes se ha puesto mucho más énfasis en los cuidados a domicilio y en contextos informales, que en su paso por este tipo de centros.

El texto se divide en varias secciones. En las dos primeras se exponen brevemente tanto la metodología de la investigación, como algunas perspectivas teóricas fundamentales para el análisis; en las siguientes secciones se analiza respectivamente la configuración del sector de las residencias en las dos ciudades en las que se realizó la investigación; la organización del trabajo prestando atención a los aspectos materiales del trabajo (rutinas, tiempos, tareas, consecuencias físicas); y la importancia de las dimensiones material, emocional y moral del trabajo de cuidados; por último, se exponen algunas conclusiones que se derivan de esta investigación.

2. METODOLOGÍA

El texto expone los resultados de una investigación doctoral¹ realizada entre 2011 y 2015 en la que se compara el cuidado de personas mayores en Madrid y París. La metodología utilizada combina varias técnicas de investigación con un enfoque cualitativo: entrevistas a trabajadoras, entrevistas a informantes clave y observación participante. Si bien

¹ Esta investigación ha sido financiada por una Beca Predoctoral FPI-UCM (2011-2015). El estudio de caso en París se realizó durante una estancia de investigación (febrero-octubre 2013) en el equipo GTM-CRESPPA del CNRS bajo la tutela de Helena Hirata. El estudio de caso de Madrid ha sido realizado dentro del marco de dos proyectos de investigación: WOMINTRA (REF:06/10), dirigido por MC La Barbera y financiado por el Instituto de la Mujer y el FSE; y RETOSCRISIS (REF:CSO 2013-43666-R) dirigido por Juan José Castillo y Pablo López Calle y financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, Programa Estatal de Proyectos de Investigación I+D+I.



dentro de la tesis se realizaron un total de 84 entrevistas, para este artículo se han seleccionado aquellas que tienen relación con el trabajo en residencias, siendo un total de 35. Concretamente se han utilizado doce entrevistas semiestructuradas con trabajadoras en Madrid y quince en París, además de siete entrevistas con informantes clave, entre los que se incluyen dos directoras de residencias (una en Madrid y otra en París), un trabajador social contratado en una residencia (Madrid), un director de centro de día (Madrid), tres responsables técnicos de servicios sociales (dos en Madrid y uno en París).

Estas entrevistas se han complementado con un proceso de observación participante que consistió en acompañar a las trabajadoras durante sus jornadas laborales para así poder “ver de cerca” la realidad de su trabajo y poder contrastarla con sus relatos biográficos. En total tuve acceso a tres centros, aunque sólo en dos pude hacer el seguimiento exhaustivo de los procesos de trabajo. En el primero de estos centros, una residencia mediana (70 plazas) en Madrid, gestionada por una entidad sin ánimo de lucro tuve acceso a las salas comunes y a las habitaciones, pudiendo mantener conversaciones informales con personal, residentes y las familias -algunas de ellas registradas en mi grabadora - pero sin poder estar presente en los momentos de más carga de trabajo, como por las mañanas a la hora de levantarse, ni en los lugares donde había más contacto íntimo, como en los baños. En el segundo, una residencia municipal de la periferia madrileña, también mediana (70 plazas) gestionada por una empresa privada, tuve acceso a todas las instalaciones y pude hacer un seguimiento completo de los turnos de trabajo de las auxiliares. Así hice un seguimiento de sus turnos de trabajo durante diez días, convirtiéndome cada día en la sombra de alguna trabajadora de los turnos de la mañana y de la tarde. La tercera residencia se sitúa en la periferia parisina y es de gran tamaño (150 plazas) pertenece a una entidad sin ánimo de lucro pero está gestionada por una empresa privada. La duración de la observación consistió en diez días de seguimiento de entre seis y ocho horas diarias repartidas durante tres semanas siguiendo a las trabajadoras de la mañana y la tarde y convirtiéndome en su sombra.

3. PERSPECTIVAS TEÓRICAS PARA EL ANÁLISIS

Los cuidados son un objeto de estudio escurridizo y de difícil definición (Martín Palomo, 2008). Una de las pioneras en definirlos fue Graham



(1983) quien subrayaba su condición dual, material y psicológica, pero poniendo el énfasis en que se trataba de un trabajo dirigido a la reproducción de la familia y gobernado por los intercambios emocionales de afecto y amor. Esta perspectiva fue pronto superada por un marco de análisis más amplio que considerara también la dimensión pública del cuidado. En este sentido, Daly y Lewis (2000) propusieron el concepto de organización social del cuidado (*social care*) para analizar, desde una perspectiva de género y crítica, el reparto del trabajo de cuidado entre el Estado, el mercado, las familias y la sociedad civil. Así, Thomas (1993) propone descomponer los cuidados en dimensiones analíticas para hacer explícito quién cuida, a quién, bajo qué relaciones sociales, en qué contexto, etc., y así delimitar el concepto. Sin embargo, a pesar de la utilidad analítica de esta descomposición de los cuidados, parece que se queda corta para hablar del contenido de la definición.

Según Fisher y Tronto “cuidar” es una actividad genérica que comprende todo aquello que hacemos para mantener, perpetuar y reparar nuestro “mundo”, para que podamos vivir en él lo mejor posible (1990:40). Cuidar no sólo implica “preocuparse por” sino que también consiste en “hacer algo”, por lo que las normas no pueden disociarse de las prácticas concretas (Molinier, 2005: 301). En efecto, el trabajo de cuidado tiene la particularidad de integrar tres dimensiones - material, emocional y moral - fundamentales y difícilmente separables en la experiencia práctica (Martín-Palomo, 2008: 28). La dimensión material implica reconocer que se trata de un trabajo, la dimensión emocional manifiesta que para cuidar se requiere empatía y escucha ante la necesidad del otro, y la dimensión moral pone el énfasis en que cuidar implica sentirse interpelado por una responsabilidad.

La acción de cuidar implica un proceso dirigido a dar una respuesta concreta ante la necesidad del otro en relaciones de interdependencia, pues la vulnerabilidad es una característica universalmente humana (Paperman, 2006: 288). En el caso de las personas mayores, el deterioro físico y cognitivo provoca una mayor dependencia para mantener la vida cotidiana y los cuidados se convierten en una necesidad vital, ordinaria y exigente. Por ello, la proximidad física desborda los límites de la intimidad y el pudor y se requiere un exigente trabajo sobre el cuerpo (Wolkowitz, 2002), y sobre las emociones (Hochschild, 1979) además de un compromiso ético de responsabilidad hacia la persona que depende



de un creciente trabajo de cuidados para mantener la vida y conservar la dignidad humana.

Los cuidados han tenido dificultad en hacerse reconocer como trabajo y esto se debe en gran parte a que el cuidado se ha considerado como una predisposición natural del sexo femenino (Guimarães *et al*, 2011: 156) ocultando unas relaciones sociales, políticas y económicas marcadas por un reparto desigual y jerarquizado del trabajo entre los sexos (Kergoat, 2000: 35). Dentro del ámbito familiar, los cuidados son una obligación moral ligada a la feminidad por la que no se espera un reconocimiento social ni económico. Por ello, cuando los cuidados se mercantilizan se convierten en servicios intensivos en mano de obra y de baja rentabilidad, que dan lugar a empleos poco lucrativos, con malas condiciones laborales, flexibles y muy feminizados. Los empleos de cuidados están marcados por las relaciones de género pero también reproducen las desigualdades sociales y la división internacional del trabajo. Así, en contextos urbanos con gran demanda de estos servicios, la oferta de trabajo recae sobre las mujeres de clase trabajadora y de origen migrante. De esta manera, los cuidados son un “terreno de observación privilegiado” para analizar la articulación de las relaciones sociales de género, clase social, “raza” y/o etnicidad (Scrinzi, 2013).

Las “culturas del cuidado” son dinámicas (Vega, 2009) y las expectativas y los imaginarios sobre cómo cuidar y ser cuidado o cuidada y la propia idea del cuerpo y de la intimidad no son fijas ni homogéneas y están atravesados por dimensiones sociales básicas como el género, la clase social (Castelló Santamaría, 2011), la generación y la etnia. El modelo de cuidado elegido, más o menos profesional o doméstico introduce complejidad, pues a medida que los cuidados salen del entorno doméstico para profesionalizarse las reglas y limitaciones se multiplican. Así lo han puesto de manifiesto algunas investigaciones cualitativas que abordan los cuidados en instituciones y que han señalado las contradicciones a las que están expuestas las trabajadoras para adaptar la flexibilidad que requiere el cuidado a las rigideces de una institución residencial (Foner, 1994; James, 1992). Estas contradicciones, que se pueden encontrar en otras ramas del sector sanitario, se hacen más intensas cuando el trabajo se realiza en un contexto en el que la presión económica aumenta la intensificación del trabajo, como es el contexto de “austeridad” y crisis económica en el que se ha realizado esta investigación.



4. CONFIGURACIÓN DEL SECTOR: TRAYECTORIAS DE MIGRACIÓN Y TRABAJO

4.1. Diversidad étnica y migratoria

La proliferación de residencias de personas mayores en las últimas décadas del siglo XX forma parte de un proceso amplio de externalización y profesionalización de las tareas de reproducción social, antes asumidas por las mujeres en las familias, y ahora convertidas en empleos caracterizados por la precariedad y realizados por mujeres de clase trabajadora (Recio Cáceres, 2013). Al mismo tiempo, en un contexto de migración internacional, como es el caso de Madrid y de París, se produce una progresiva etnización de los servicios reproductivos más marginados y menos atractivos entre los que se encuentran las residencias. Tanto en Madrid como en París, la proporción de personas de origen extranjero en este sector es grande siendo la composición en términos de países de origen muy diferente y heredera del pasado colonial de cada país. En Madrid se trata de personas hispanohablantes y de origen latinoamericano y en París de personas originarias de países francófonos de África Subsahariana y el Magreb, así como procedentes de los territorios franceses de ultramar.

En Madrid, el sector de las residencias ha experimentado un enorme crecimiento durante la década del 2000² lo que paralelamente produjo una fuerte demanda de fuerza de trabajo, especialmente para proporcionar cuidados personales no sanitarios - higiene, alimentación, movilizaciones - que suponen la mayor proporción de trabajo requerido en los centros. Sin embargo, pese a la gran demanda, la oferta de auxiliares de enfermería con formación profesional oficial y dispuestos a ocuparse en este tipo de centros era escasa. De manera general, el personal de enfermería y auxiliar en España ha tendido a preferir el empleo en el sector público de la rama sanitaria, pues presenta mejores condiciones laborales que las residencias. A esto se suma que el crecimiento exponencial de los centros residenciales se ha concentrado en el sector privado ligado al desarrollo de la inversión en el negocio inmobiliario. Por ello, la segmentación del mercado laboral ha propiciado que una gran proporción de personal inmigrante se concentrara en los centros residenciales. La mayoría de estas

² Disponible en: <https://www.inforesidencias.com/contenidos/noticias/nacional/se-desacelera-el-crecimiento-del-sector-de-residencias>. Última consulta: 07/04/2015.



trabajadoras, que han llegado a España entre los años 1997-2009, han pasado previamente por el servicio doméstico en Madrid y para muchas de ellas, que provienen de países como Perú o Ecuador, un trabajo en hogares como "internas" ha sido su primera experiencia laboral en España. Por tanto, el trabajo en las residencias forma parte de una trayectoria laboral ascendente que comienza con la descualificación y el desclasamiento que sufrieron en el contexto de inserción laboral en España. Pertenecientes a distintos estratos socioeconómicos y con trayectorias muy diversas, algunas que no habían terminado sus estudios primarios hasta otras que habían finalizado con éxito una carrera universitaria, es difícil encontrar un patrón común en sus trayectorias previas. Al contrario, el rasgo que las une es el paso por una ruptura de la trayectoria laboral y el estatus social previo a la migración y la homogeneización y asimilación a una categoría social única de "mujer inmigrante", de forma que su única cualificación se convierte, precisamente, en "ser mujer" y "ser latina" (Moré, 2015).

En París la diversidad social y de orígenes étnicos y migratorios es mayor que en Madrid, en gran parte debido a la antigüedad y complejidad de los flujos migratorios que Francia ha recibido durante todo el siglo XX. Así, encontramos que en la residencia donde se realizó el trabajo de campo había un gran número de orígenes étnicos distintos, incluyendo francesas nacidos en Francia, francesas pero originarias de las Antillas francesas, francesas que habían nacido (o emigrado siendo niñas) en Argelia o Marruecos, migrantes procedentes de países subsaharianos como Camerún, Senegal, República del Congo o la República Democrática del Congo. En cuanto a las experiencias laborales previas también había mayor diversidad que en Madrid. Una gran parte de las personas entrevistadas llevaba desde el principio de su experiencia laboral vinculada a las residencias o a los hospitales, aunque en muchos casos habían pasado por distintos centros, otras tenían experiencia en cuidados a domicilio antes de obtener un título de auxiliar de enfermería y comenzar a trabajar en el centro. Por último, había también una proporción notable que habían realizado diversos trabajos en Francia, siguiendo trayectorias diversas que resultaban bloqueadas por despidos, cierres de empresa, finalización de contratos, etc., a lo que se añadían las obligaciones familiares, bastante presentes en el caso de las mujeres.



4.2. Trayectorias de (in)estabilidad laboral

En cuanto a las trayectorias de las trabajadoras dentro del sector debe señalarse la acusada circulación de las trabajadoras, que tienden a pasar de unos centros a otros como personal intercambiable, sin poder acumular antigüedad y sin poder establecer relaciones prolongadas con el personal ni con las personas residentes. Sin embargo, esta circulación obedece a procesos diferentes en cada ciudad: por un lado, en Madrid se debe, sobre todo, a los contratos de duración determinada, a menudo de menos de un año. La sucesión de contratos temporales fomenta la inestabilidad laboral de las trabajadoras, lo que permite a las empresas tener una mayor "flexibilidad" a la hora de "ajustar" su plantilla a las necesidades del momento; por otro lado, en París es una estrategia de las trabajadoras para ver distintas formas de organizar el trabajo y de ganar experiencia a la espera de poder quedarse fijas en un centro que les guste, a ser posible en un hospital. En ambos casos, además, suele contratarse bastante personal suplente para cubrir las frecuentes bajas laborales por enfermedad o accidente.

Además, para comprender las trayectorias es fundamental entender la estructura de profesionalización y el momento de la carrera en que se produce el "cierre profesional". Este aspecto constituye una de las principales diferencias entre las trayectorias de las trabajadoras en cada ciudad. En Madrid se puede acceder al empleo de auxiliar en una residencia sin tener el título de formación profesional oficial, pero esas trabajadoras no pueden ejercer en un hospital. La barrera profesional se sitúa pues en este paso de la residencia al hospital. Además, entre los factores claves que truncan las carreras ascendentes de quienes sí tienen titulación oficial se encuentra también la inestabilidad laboral que se ha señalado anteriormente. Por tanto, las expectativas de ascenso profesional una vez que se ha conseguido un empleo estable en una residencia son bajas. En París el cierre profesional es más claro pues para trabajar en una residencia en contacto con las personas mayores es necesario tener la titulación de auxiliar de enfermería. Por eso, las trabajadoras pueden fácilmente acceder al empleo en hospitales y pueden comparar las labores de la auxiliar en ambos contextos. Además, a menudo contemplan la idea de llegar algún día a titularse en enfermería, especialmente porque a partir de los tres años de experiencia tienen un acceso prioritario a estos estudios.



En definitiva, las trayectorias de ascenso profesional son más claras en París que en Madrid: por un lado porque las auxiliares de enfermería se ven a sí mismas como potenciales empleadas en hospitales; por otro, porque la trayectoria ascendente a la categoría de enfermera se veía como algo posible. En este sentido, incluso algunas de las personas migrantes que habían llegado a Francia en situación irregular tenían proyectos a medio plazo de ascender a esta categoría.

5. ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO: "CUIDADOS EN CADENA"

5.1. Rutinas de vida: estandarizar el proceso de trabajo

En los centros residenciales el cuidado se especializa en tareas concretas que cada categoría de trabajadoras repite de manera sistemática una y otra vez durante su turno de trabajo hasta que haya finalizado de hacerla con todas las personas residentes y entonces pueda pasar a la siguiente tarea. De esta manera, las trabajadoras a menudo se expresan en los términos de "hacer la persona", "hacer el comedor", "hacer las habitaciones", en el sentido de hacer determinadas tareas consecutivas hasta terminar un proceso que da lugar a un "producto" final. Este "producto" terminado puede ser desde una persona levantada y correctamente vestida y aseada, un comedor debidamente recogido, una planta con todas las camas hechas, etc. En este sentido, el proceso de trabajo se especializa, fragmenta y reparte entre los equipos de tal manera que cada trabajadora no sigue a una persona en sus diferentes actividades diarias manteniendo "su mundo" (Fischer y Tronto, 1990), como sucede en los cuidados a domicilio, sino que los residentes van pasando por una secuencia sucesiva de trabajadoras que les van asistiendo a lo largo del día, cual "producto" en la "cadena de montaje". Esta metáfora fabril de la racionalización del ritmo vital de las personas mayores no escapa a la percepción de las propias trabajadoras:

El trabajo sigue siendo el mismo (que a domicilio) solo que en la residencia es... cuando les bañas, es en cadena ¿entiendes lo que quiero decir? que no tienes el tiempo de pararte: sigues³, sigues, sigues... (Promesse, 37 años, Senegal, en París desde 2004, empleada de hogar, ayuda a domicilio, auxiliar de enfermería, en la residencia desde 2011, fija, nacionalidad francesa).

³ En el original: "*on enchaîne, on enchaîne, on enchaîne...*" Todas las citas en francés han sido traducidas al castellano por la autora.



Perdido el contacto con el domicilio la persona pierde de alguna manera su individualidad y se convierte en una pieza de un proceso de trabajo estandarizado en el que el enfoque de "atender a la persona en su conjunto" y "mantener la autonomía de la persona" - que es el discurso que se sostiene en los servicios de ayuda a domicilio - se difumina, cuanto más dependientes sean las residentes, hasta llegar a desaparecer completamente cuando pierden la consciencia. El hecho de que una parte significativa de la plantilla sea personal temporal o suplente, unido a que muchas personas ingresan ya en un estado de deterioro cognitivo avanzado, hace que a menudo las trabajadoras no conozcan a las residentes con las que tratan a diario más que de una manera superficial. El acceso al historial médico es restringido y no siempre es posible tener un contacto con familiares que puedan dar alguna información sobre estas personas. Por tanto, los datos que las trabajadoras tienen se reducen a las posibilidades de contacto con las residentes, las cuales pueden ser más o menos limitadas y dependen principalmente de la duración de la relación. Mientras las empleadas más antiguas acumulan mucha información sobre las residentes y su trayectoria personal, las nuevas o las suplentes carecen de estos conocimientos sobre la situación concreta de cada persona, sobre el seguimiento de sus patologías, sus preferencias, gustos, incluso su nombre, perdiéndose así su historia.

5.2. Tiempos de trabajo: cronometrar los cuidados

Como señala Thompson (1967) la percepción del tiempo de trabajo es histórica y social. Así en las comunidades rurales pre-industriales, al igual que en la esfera doméstica en la era industrial, el tiempo de trabajo se orienta al desarrollo de tareas específicas que son necesarias en un momento determinado, una percepción que se contrapone al tiempo de trabajo industrial, organizado de manera racional por la lógica de la medición de tiempos a través del reloj. Lo mismo ocurre con los tiempos del cuidado: mientras en el entorno doméstico las diversas actividades de cuidado, tanto materiales como inmateriales, se organizan y administran según y cuando la necesidad se percibe; cuando los cuidados se externalizan y mercantilizan el tiempo se convierte en una variable fundamental para medir su coste y para organizar las tareas de manera racional. Thompson explica, contraponiendo estas dos maneras de percibir el tiempo de trabajo, que el enfoque orientado a las tareas implica una menor demarcación entre "trabajo" y "vida" y que por ello es



en cierta medida más humanamente comprensible que el tiempo de trabajo industrial. Sin embargo, esta forma de organizar el trabajo aparece como “derrochadora de tiempo” desde una mirada acostumbrada a organizar el trabajo racionalmente y a medirlo de acuerdo a horarios precisos (Thompson, 1967: 60). Esto es lo que sucede con los tiempos de trabajo en los cuidados: si bien en el entorno doméstico, y esto incluye a las empleadas de hogar, los tiempos de trabajo se superponen a los tiempos de vida, en entornos organizados de manera industrial, como son las residencias, todo está medido a través del reloj. Algo que resulta más eficaz en cuanto al ahorro de tiempo y costes pero que resulta más difícilmente “comprensible” desde el punto de vista humano.

Es evidente que el funcionamiento de un centro residencial necesita la armonización y la rutinización de los procesos de trabajo para poder llevar a cabo la gestión colectiva de cuidados de larga duración durante 24 horas al día. Además, como señala Thompson, medir el sentido del tiempo no es sólo una cuestión de posibilidades y condicionamientos técnicos sino que la medición del tiempo de trabajo es un medio de explotación (*Ibid.*, 80). De esta manera, puesto que el “tiempo es dinero”, el tiempo de trabajo es un primer mecanismo para disminuir costes: si bien no se aumentan las jornadas laborales (como sucede por ejemplo en el empleo de hogar), ya que estas están fijadas a ocho horas, sí se puede operar con la variable de la cantidad de personal necesario para hacer funcionar un centro.

La falta de personal suficiente para realizar el trabajo y la consiguiente sobrecarga para las trabajadoras ha sido una queja recogida de manera constante tanto en Madrid como en París. Cuanto menos personal hay en los equipos, ante una carga de trabajo estable, estos están obligados a trabajar más rápido para “sacar adelante” el trabajo.

Porque ya te digo, no te hacen caminar sino que te hacen volar y correr. Tú tienes que ir pero así como bien dicen: empuja, empuja, empuja... (Estela, 50 años, Ecuador, en Madrid desde 1999, ha sido empleada de hogar “interna”, externa, auxiliar a domicilio y en residencia, doble nacionalidad).

Para dar una idea de la velocidad a la que son obligadas a trabajar pongamos el ejemplo del primero de los tres turnos diarios. El equipo de la mañana suele entrar a las siete o a las ocho, dependiendo de cada centro, y es el que inicia las actividades diurnas. Las auxiliares



comienzan por las habitaciones, solas o en parejas, para ir despertando, levantando, quitando los pañales sucios de la noche, llevando al baño, aseando las partes íntimas, duchando, poniendo nuevas protecciones y vistiendo a cada residente. Este proceso implica además algunos toques finales como poner crema hidratante, afeitar, peinar, poner colonia; así como también se debe prestar especial atención a detalles higiénicos como secar bien ciertas zonas del cuerpo, poner talco o echar crema, para prevenir las escaras y las irritaciones en la piel. Una vez que la persona está limpia, cambiada, vestida y perfumada, se la acompaña hasta el salón, en silla de ruedas o caminando, donde se le da el desayuno, si no lo puede hacer por ella misma, y se regresa a la habitación donde debe hacerse la cama, cambiando las sábanas si es necesario, y limpiar y retirar todos los desechos relacionados con los excrementos de la persona. Estas son las tareas materiales de las auxiliares, que a su vez tienen que procurar dejar a la persona hacer las tareas que pueda para mantener en lo posible su autonomía y animarla, darle conversación, estimularla, para que la persona mayor se sienta comprendida y “como en casa”. Como ellas mismas dicen es un trabajo “humano”. Pero lo humano y el contacto llevan tiempo, ralentizan el trabajo, dificultan, implican, entorpecen, y ellas, “no tienen un minuto que perder”, como explica esta auxiliar:

Tú sabes que para “hacer” a una persona te hace falta X tiempo, al menos 45 minutos (...) pero si te dicen que te tienes que ocupar de quince personas, sus habitaciones, lavarlas, servir el desayuno, y que todo el mundo esté sentado para la comida a medio día, que tu pones la mesa, calientas la comida, haces... te dices: “no, es que esto es trabajo en cadena”. Fui a ver a la responsable (...) y se lo dije: esto no es posible, esto que hacemos no es humano, porque estamos obligados a tirar de ellos.” (Marie-Ange, 45 años, Camerún, en París desde 2001, empleada de hogar, auxiliar en residencia, permiso de residencia).

De acuerdo con el estudio etnográfico realizado por Foner en la residencia “Crescent Nursing” (1994) la rutina de la mañana descrita anteriormente llevaba a las auxiliares entre 35 y 45 minutos por residente (*Ibíd.*: 32), algo que la autora consideraba agotador, especialmente teniendo en cuenta que debía repetirse cada mañana al menos ocho o diez veces consecutivas y con todos los imprevistos que iban surgiendo. Sin embargo, en las residencias donde realicé la observación participante y seguí la rutina de trabajo de las auxiliares durante este proceso, pude constatar que la carga de trabajo les



obligaba a reducir los tiempos dedicados a estas tareas. Así, en la residencia de París, se acordaban alrededor de veinte minutos por residente y en la de Madrid una media de doce minutos, tiempos que las auxiliares, sin excepción, consideraban muy por debajo de lo “humanamente” necesario.

5.3. El horario por encima de todo

En la residencias el proceso de trabajo para organizar la rutina diaria de los residentes implica una concatenación de tareas secuenciales, bien definidas y marcadas según un horario preciso que rige la marcha del centro y armoniza los distintos equipos. Puesto que el respeto del horario es la premisa y que las tareas son, en principio, secuenciales, es decir, que no se puede llevar a una residente a la terapia ocupacional sin desayunar y no se desayuna sin haberse lavado antes, las trabajadoras deben esforzarse por mantener un ritmo que les permita “llegar a todo”. El resultado es que se trabaja deprisa, algo que han indicado todas las informantes tanto en Madrid como en París:

El personal no tiene tiempo de descanso, es correr, correr y correr para alcanzar a todo lo que hay que hacer. Porque no se puede dejar el comedor sin hacer, porque viene el turno de tarde. No se puede. (Nicanora, 48 años, Ecuador, en España desde 2002, empleada de hogar “interna” y auxiliar en residencia, con permiso de trabajo).

Este proceso de trabajo se caracteriza por su rigidez frente las características generales del trabajo de cuidado, que difícilmente puede ser medido, y de manera particular frente a las características específicas de la población con la que se está tratando en una residencia de mayores (Molinier, 2013). De esta forma, la enorme cantidad de retrasos que pueden producirse, ligados a la actividad humana, simplemente, no están previstos. Así, cualquier incidente o accidente, es un obstáculo que entorpece la cadencia del “bien organizado” proceso de trabajo.

Por ello, lo que sucede a menudo es que, aunque el personal no consiga cumplir con la tarea “como se debería” esta tiene que finalizarse para poder continuar con la siguiente etapa del proceso. Así, si un día falta una compañera en el equipo de limpiadoras la limpieza de las habitaciones puede hacerse “por encima”, algo que en principio no genera demasiada incomodidad a las trabajadoras. Sin embargo, el



ahorro de tiempo en tareas que se consideran esenciales, supone el cuestionamiento ético en las trabajadoras, que se ven forzadas a poner en juego su integridad ética en beneficio de una lógica externa que no comparten. Este rechazo a realizar a toda prisa determinadas tareas que se consideran "irrenunciables" se pone de manifiesto en la distribución de medicamentos, como señala esta enfermera:

Podría darles los medicamentos en menos tiempo, pero sabiendo que más de la mitad de los residentes no se los tomarían. (...) Porque mi trabajo no consiste en repartir pastillas, sino en asegurarme de que cada persona recibe su tratamiento. (Christine, 50 años, Isla de Guadalupe (Francia), en París desde 1980, enfermera desde 1987, trabaja en un hospital desde 1988, en la residencia desde 2012 sólo hace días sueltos).

Así, debido a que los tiempos de trabajo están armonizados para sincronizar las distintas actuaciones del proceso completo de trabajo, detenerse a realizar una tarea más cuidadosamente implica ralentizar la secuencia de trabajo en equipo. Además, en un contexto en el que los contratos temporales y la inestabilidad son frecuentes, quienes están en posiciones menos estables están obligadas especialmente a no entorpecer la marcha de los equipos. En este sentido con frecuencia las trabajadoras hablan de sí mismas como "rápidas" y "lentas" haciendo referencia a una de las cualidades más importantes que se les exige, la capacidad de sacar adelante el trabajo en un tiempo mínimo.

5.4. Tareas (im)prescindibles: los ajustes en el proceso de trabajo

En los procesos de observación se han encontrado distintos escenarios y se han observado dos estrategias para ahorrar costes: por un lado, reducir el personal pero manteniendo la calidad y cantidad de las tareas a realizar, lo que supone una estrategia de intensificación del trabajo; y por otro, reducir el personal y prescindir de tareas consideradas accesorias, esto es, "perfeccionando" o "puliendo" el proceso de trabajo.

En las dos residencias el personal disponible para realizar estas tareas era considerado escaso: en París una sola persona se ocupaba de diez a doce residentes y en Madrid de ocho. La diferencia es que ante la imposibilidad de cumplir con el horario en el centro de París se había llegado al acuerdo de que algunas personas podían recibir el desayuno y los medicamentos de la mañana en la habitación, antes de ser aseadas y levantadas, para así permitir a las auxiliares realizar estas tareas hasta



medio día. En Madrid, sin embargo, el horario era respetado de manera más rígida y la norma era que todas las residentes estuvieran aseadas y levantadas para tomar el desayuno en el salón.

El centro municipal de Madrid ofrecía a sus residentes sesiones diarias de gimnasia y terapia ocupacional desde las diez hasta las doce, algo que no sucedía en París, donde para reducir costes, las actividades habían quedado reducidas a una sola animadora que, un día por semana, que jugaba a un juego de mesa con un número muy limitado de las más de cien personas residentes en el centro. En definitiva, tras una política de gestión de recursos humanos que iba en la dirección de reducir el personal al mínimo, se perfilaban dos estrategias de organización del trabajo diferentes: en el caso de Madrid se mantenía el número de tareas a realizar y se respetaba el horario, siendo la variable de ajuste la intensificación de los ritmos de trabajo de los equipos de auxiliares; en el caso de la residencia estudiada en París se habían flexibilizado los horarios y se habían suprimido un gran número de tareas y actividades consideradas "accesorias", es decir, se había "simplificado" el proceso de trabajo.

Desde una aproximación profesional a los cuidados geriátricos⁴ se remite a menudo a la importancia de hablar con las personas mayores, estimularlas, motivarlas, dejarles hacer por ellas mismas y no hacer en su lugar, no infantilizarles ni anular sus posibilidades, respetar su intimidad, etc., pero ¿cómo hacerlo cuándo se va a contrarreloj? Por ejemplo, en la observación se constató que en lugar de pedir permiso antes de entrar a las habitaciones o de saludar, las auxiliares iban a menudo "al grano", directamente a levantar a las personas o a quitarles la ropa. Sin embargo, las personas residentes, a veces hay que recordarlo, tienen vida, se mueven o no quieren moverse, se quejan, gritan, lloran, se resisten o dan conversación, hacen preguntas, necesitan ir al baño cuando "no les toca" y a veces, también manipulan. Mientras tanto, las auxiliares sortean todo esto, como una carrera de obstáculos, dejando claro que cuanto más están obligadas a correr, más desagradable se vuelve el trabajo.

⁴ En este sentido, el documental: *¿Cómo quieren ser tratadas las personas mayores?*, realizado por la diócesis de Málaga de la organización Cáritas, ilustra estas expectativas que recaen sobre las personas que trabajan en los centros residenciales. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=kcVBH3s7Wys>. Última consulta: 07/04/2015.



En definitiva, el proceso de trabajo está diseñado siguiendo una lógica externa al cuidado en la que cualquier imprevisto durante la jornada contribuye a retrasar a una persona dentro de un equipo de trabajo, sin tener en cuenta que el cuidado a personas mayores, más aún cuando son dependientes, se caracteriza por su flexibilidad y por la aparición constante de situaciones no previstas. Así, las trabajadoras tienen la impresión de que se les obliga a trabajar dejando de lado el sentido último de su trabajo, que es el cuidado de personas mayores y/o dependientes, para cumplir con objetivos económicos que requieren una escasa inversión en costes de personal.

5.5. Mucho trabajo a las espaldas: accidentes y problemas de salud

Una constante en los relatos de las trabajadoras en las residencias son los problemas de salud ligados al trabajo. Esto es una consecuencia directa de las características que se han mencionado a lo largo de estas páginas: por un lado, la realización de esfuerzos físicos como levantamiento de pesos y movimientos repetitivos que implican que continuamente se fuerce la espalda y los brazos; por otro, la intensificación de los ritmos de trabajo, que contribuye a incrementar los niveles de riesgo, porque bajo la presión de tiempos a menudo se descuida la atención a la corrección de los movimientos y se fuerzan ciertas partes del cuerpo. Así, la mayoría de las trabajadoras a las que se entrevistó habían tenido algún problema de salud relacionado con la espalda, ya fuera por acumulación de fatiga y malas posturas o debido a algún incidente o accidente concreto.

Los problemas como dolores de espalda, piernas y brazos; así como los accidentes de trabajo son una constante en ambos casos. Sirva de ejemplo que en Madrid, de las doce informantes que habían trabajado como auxiliares, siete afirmaron haber sufrido problemas de salud relacionados con el trabajo, la mayoría de ellas relataron el momento preciso, una caída o un mal movimiento, en el que habían sufrido un accidente. En el caso de París de nueve auxiliares de enfermería cinco relataron también accidentes o problemas de salud directamente relacionados con el trabajo. En cuanto a las cuatro agentes de servicios logísticos, tres de ellas expresaron pequeños problemas de dolores en las muñecas y de circulación en las piernas a causa de los movimientos repetitivos y del hecho de pasar muchas horas seguidas de pie. En



ambos casos, las personas que no habían sufrido ningún problema de salud relacionado con el trabajo eran trabajadoras llegadas recientemente al oficio o que habían ejercido durante periodos cortos, por eso su respuesta a menudo dejaba entrever más bien un “no, todavía” que un “no” rotundo. De todas las auxiliares a quienes se realizó entrevistas en profundidad y que llevaban diez o más años en el oficio, solamente dos de ellas declaraban no haber sufrido problemas “todavía” a pesar de ser buenas conocedoras, a través de otras compañeras, de la problemática.

Además, cuando acompañaba a las auxiliares en sus diferentes tareas casi constantemente ellas mismas reclamaban una mirada de atención a las posturas que deberían mantener: la inclinación de la espalda cuando se trabaja sobre una persona encamada; los levantamientos de peso cuando se hacen las movilizaciones de la cama a la silla y viceversa; las cabriolas que debían hacer con las muñecas al empujar las sillas de ruedas para entrar y salir de los baños y las habitaciones; la fuerza que debe hacerse para empujar a una persona de 70 kilos en una silla de ruedas; etc., etc. En las formaciones sobre geriatría se hace hincapié sobre la ergonomía en estos puestos de trabajo, pero las auxiliares saben que una cosa es “la teoría” y otra las posibilidades prácticas de aplicarla:

La teoría es una cosa pero es que luego, si no te dan el tiempo... Te dicen: “Mira, para llevar a los baños a los abuelos, los que no se pueden por sí solos hay las grúas y todo eso...” Pero ¡hay residencias que no las tienen! (Marcela, 40 años, Perú, en Madrid desde 2008, auxiliar contable, empleada de hogar “interna”, FP auxiliar de enfermería, prácticas en residencia).

Esta diferencia entre lo que se aprende en las formaciones profesionales y la realidad de algunos centros supone un desajuste que recae sobre la salud de las trabajadoras. Además, como se ve en el siguiente ejemplo, aunque exista el material pertinente y las trabajadoras sean conscientes de que deberían utilizarlo, en ocasiones también se encuentran motivos para poner en riesgo el propio cuerpo:

(...) Porque también a mí, a veces, la grúa... es como sí no es una persona... para atarla así pum, pum, pum, y levantarla con la grúa, como si fuera... sabes, a mí eso me pesa un poco, sabes, yo prefiero acostarla, porque la puedes acostar entre dos, porque ahí siempre trabajamos de dos en dos para acostar. Pues prefiero coger a Gertrudis (una residente) así y mi compañera



así, levantarla y tumbarla en la cama, que coger la grúa... ya sé que es más cómodo, para cuidarte también, para no joderte la espalda, sabes... pero yo prefiero hacerlo así. (Nino, 38 años, Senegal, en Madrid desde 2008, auxiliar de geriatría en residencia, sin titulación oficial, permiso de residencia temporal, actualmente de baja por accidente laboral).

Si bien en el trabajo prescrito podemos hablar de mejoras con respecto al trabajo a domicilio, debido a que las mejoras técnicas son incorporadas de manera mucho más generalizada, si miramos detenidamente a las situaciones concretas de trabajo encontramos que el hecho de que las trabajadoras estén tratando con personas dependientes es también un factor importante a la hora de su sobreexposición a los accidentes de trabajo. Como se advierte en el ejemplo anterior, el auxiliar siente reparo de colocar a otro ser humano en un montacargas como si fuera una mercancía pues considera que es deshumanizar a una persona. Puede parecer una acción desproporcionada que excede sus funciones como auxiliar. Sin embargo, en una profesión que genera tan poco reconocimiento social, tanto material como simbólico y en la que durante gran parte del tiempo se realizan tareas altamente desagradables, encontrar un sentido de gratificación, aunque sea por la vía del "heroísmo" desmedido, no está fuera de lo habitual. Así, en numerosas ocasiones se han encontrado relatos "heroicos" para narrar cómo se produjo un accidente laboral "para salvar a una persona". Esto se explica porque el contacto continuado con las residentes y su estado de dependencia hacen que la implicación emocional sea grande y que verles sufrir sea doloroso para las auxiliares, pero además, porque una caída o un accidente suponen un fracaso, una mancha en el historial de responsabilidad que forma parte imprescindible de la profesión.

6. CORPORALIDAD Y CONTROL EMOCIONAL: LOS LÍMITES DE LO MORALMENTE ACEPTABLE

6.1. Trabajar las emociones: integrar el desagrado

En las residencias el trabajo emocional y corporal son centrales pues el contacto con los cuerpos⁵ ajenos es muy íntimo y la exposición del

⁵ Con respecto al trabajo a domicilio es importante destacar la pluralidad de cuerpos con los que el personal de una residencia entra en contacto en el ejercicio de su trabajo.



propio cuerpo particularmente destacable (Foner, 1994: 33-36). Ambas dimensiones del trabajo están profundamente interrelacionadas y cualquier separación cartesiana mente/cuerpo en el análisis resultaría excesivamente rígida y extraña a la experiencia real de las personas involucradas en las situaciones reales de trabajo. No solamente porque las emociones son experiencias corporales sino también porque el contacto íntimo con los cuerpos ajenos y el trabajo sobre los cuerpos ajenos (Wolkowitz, 2002) también desata emociones específicas. Siguiendo la definición de Hochschild (1979: 561) de trabajo emocional, como el esfuerzo por ajustar las emociones a reglas de sentimiento socialmente aceptadas. Estas reglas de sentimiento tienen un carácter ideológico y normativo y en el caso de las trabajadoras de una residencia incluyen aspectos como mostrarse agradable y solícita, al mismo tiempo que firme y profesional. La paciencia y el autocontrol son los dos aspectos que las trabajadoras señalan con más frecuencia como parte imprescindible del trabajo emocional que deben realizar, incluso para quienes tienen una función "secundaria", como es el caso de las agentes o limpiadoras:

Hay que ser paciente, muy paciente, hay que tener siempre una sonrisa, hay que dejar los problemas de lado cuando llegas a la puerta, hay que saber medir sus palabras, hay que ser bastante calmado, no hay que enfadarse, hay que saber medir su temperamento. (...) Al principio, francamente, es duro. Es verdad que es duro al principio, pero después te haces... y ahora... ahora es normal... todo, es natural ahora... (Laëtitia, 21 años, Francia, en la residencia desde 2012, agente de servicios logísticos, empleada temporal).

Como explica esta trabajadora se supone que el objetivo del trabajo emocional es que en algún momento deje de suponer "un trabajo" porque su dominio se incorpore –en el sentido más corporal también– hasta que llegue a realizarse "de manera natural". Wolkowitz define el trabajo sobre el cuerpo (*body work*) como aquel que tiene el cuerpo como el lugar inmediato de trabajo, implicando un contacto íntimo y desordenado con el cuerpo (frecuentemente desnudo o pasivo), sus orificios o productos, a través del contacto físico y la proximidad

Mientras que a domicilio se accede al universo íntimo del hogar, los centros residenciales no son espacios de intimidad. Al contrario, en un entorno impersonal y neutro se entra de lleno en contacto con la intimidad, en su sentido más corpóreo, de multitud de seres humanos adultos.



(Wolkowitz, 2002: 497). En las residencias al dividirse el trabajo entre distintos profesionales (personal de limpieza, de cocina, gerentes y auxiliares) estas últimas tienen el cuerpo de las residentes como foco principal de atención y de trabajo y el trabajo sobre el cuerpo ajeno implica un trabajo emocional constante.

En las residencias si bien una parte del trabajo emocional consiste en asistir emocionalmente y ser una fuente de ánimo y apoyo para las personas mayores (Diamond, 1988:48) gran parte de esta reelaboración de las emociones tiene como objetivo el dominio de la expresión de lo desagradable, el asco o la repulsión que produce el contacto directo con los cuerpos ajenos, tal y como Wolkowitz lo describe en la definición citada. Las trabajadoras relatan a menudo el calvario de los primeros días hasta que se acostumbraron a soportar olores desagradables y a presenciar escenas escatológicas. Sin embargo, todas aseguran que después de un tiempo se aprende a integrar esto como parte del trabajo, como si hubieran superado el tiempo de iniciación y ya su cuerpo se hubiera adaptado a manejar las emociones de una manera "más adaptada" a lo que se esperaba de ellas. En los dos casos estudiados se repitieron los relatos de auxiliares que al principio no eran capaces de comportarse "como las otras" hasta que finalmente "se acostumbraron":

¡Ah! He llorado durante una semana... estaba petrificada, perdida, asqueada. (...) Veía a la gente comer, veía a las chicas reírse, veía incluso que las personas mayores que tenían pequeños trastornos también se reían. Y yo me decía: "¿Cómo la gente puede seguir comiendo y riéndose con este olor a orina y caca? Todas esas personas que deambulaban, que decían cosas incomprensibles... ¿Cómo?" - Yo no me sentía cómoda. Y después, yo misma me acostumbré. Te haces... no insensible, pero es como si pusieras una barrera, como que todo eso se hace normal para ti." (Fatiha, 54 años, Argelia, en París desde 1960, auxiliar de enfermería, en la residencia desde hace 30 años, nacionalidad francesa).

Otros autores han puesto de manifiesto que el trabajo emocional no es en sí una carga o un peso para las trabajadoras, al contrario, puede ser una herramienta para sobrellevar el trabajo o una fuente de gratificación, pero los costes más sistemáticos que experimentan los trabajadores envueltos en trabajo emocional se refieren a su invisibilización. En este caso concreto, por ejemplo, el enorme esfuerzo que supone este "acostumbrarse", que de hecho tiene mucho de "aguantarse y punto", permanece oculto. Ese enorme y continuo



esfuerzo no añade ningún valor al trabajo realizado, no se remunera ni se reconoce porque como no se asocia a competencias profesionales ni se considera como parte de la cualificación.

Se trata de un control emocional que se debe poner en práctica a diario y cuya exteriorización tiende a reprimirse. Durante la observación se comprobó que los gestos de desagrado son rápidamente corregidos, especialmente cuando se estaba en contacto directo con la persona mayor. Esto tiene que ver con las "reglas de sentimiento" que definen la imagen de una "cuidadora con humanidad" entra en conflicto con una manifestación externa de asco o repulsión frente a la persona cuidada. Por ello, las auxiliares ponían todo "el cuidado" posible para que su desagrado no fuera perceptible por las residentes. Ahora bien, para hacer frente a este tipo de situaciones ponían en práctica dos mecanismos: se acentuaba una actitud empática con la persona tratando de neutralizar así el desagrado producido (Marché-Paillé, 2010: 41; Molinier, 2013: 117) por la vía de un vínculo humano fuerte; en otras ocasiones o de manera simultánea, las auxiliares recurrían al humor, a veces incluso al sarcasmo, para distanciarse de la situación (Foner, 1994: 124; Molinier, 2013: 124). Esto último era posible especialmente cuando trabajaban en equipo. Al contrario, salir de la habitación o dejar sola a la persona sola era menos frecuente, al menos ante la mirada de un observador externo, pues sería una respuesta contraria a las reglas de sentimiento que legitiman la figura de la buena cuidadora.

6.2. Controlar la respuesta: integrar la agresividad

Los procesos de deterioro de las capacidades cognitivas de las residentes producen numerosas reacciones agresivas hacia las trabajadoras (Foner, 1994: 36). Esto es algo que está aceptado como parte del oficio y se suele asumir con una disculpa racional del tipo "ellos no tienen la culpa porque es cosa de la enfermedad". Sin embargo, la exposición cotidiana a distintas manifestaciones de agresividad desatadas sin motivo alguno, implica para las trabajadoras un continuo trabajo emocional para contener sus respuestas. Durante la observación asistí en numerosas ocasiones a reacciones violentas –mordiscos, levantamientos de mano, insultos, etc. – por parte de residentes haciendo que como observadora tuviera la precaución de mantenerme a cierta distancia de alguna de ellas. En cuanto a las trabajadoras, que están obligadas a mantener un contacto corporal muy cercano, suelen



mantener una actitud estoica ante la agresividad verbal y suelen estar atentas a los movimientos de las residentes para prevenir una descarga de violencia física. En ocasiones se notaba el desgaste y el cansancio ante una retahíla de insultos – a veces alternados en caótico desorden con algún cumplido – otras era tomado a risa, otras simplemente continuaban trabajando ante la más absoluta indiferencia... pero también en algunas ocasiones las trabajadoras bajaban la guardia y no podían reprimir la emoción causada, como en este caso cuando Cándida recibió un guantazo en plena cara por parte de un residente:

Pues me dio por llorar porque nadie nunca me había pegado, nadie, chica ¡qué rabia, qué frustración! Porque no le puedes arrear a él porque es un enfermo. (...) Porque nos pagan para eso y hay que aguantar porque no se lo puedes devolver, pues con frustración, de... ¡yo me eché a llorar! (Cándida, 42 años, España, empleada de hogar por horas, auxiliar a domicilio y en residencia).

Como es el caso de Cándida, las trabajadoras suelen asumir que ciertas residentes tienen estas reacciones porque sufren deterioros cognitivos que generan alteraciones en su comportamiento. Sin embargo, como muchas veces no están diagnosticados, o al menos las trabajadoras no disponen de esa información, se generan dudas acerca de la verdadera intencionalidad de determinadas personas. Esta frontera difusa entre la verdadera agresividad y la demencia es algo que las trabajadoras intentan discernir en cada caso concreto. Sin embargo, la respuesta suele ser siempre la misma, mantener la calma y continuar trabajando, incluso cuando se trata de soportar insultos claramente racistas (Foner, 1994: 45), algo que para algunas trabajadoras - especialmente para aquellas que, sin ser necesariamente migrantes, sí pueden ser consideradas como "negras" - es bastante frecuente:

Me ha dicho "sucia negra" mientras que antes ella no decía eso, pero ahora que la enfermedad toma un poco las riendas, a fin de cuentas, pues no se da cuenta de lo que dice y entonces aflora lo que realmente piensa. ¡Uf! pero en esto, tienes verdaderamente que acostumbrarte ¡eh! (Christine, 50 años, Isla de Guadalupe (Francia), en París desde 1980, enfermera desde 1987, trabaja en un hospital desde 1988, en la residencia desde 2012 sólo hace días sueltos).

Como se ha señalado, en una residencia la rutina de trabajo gira en torno al cuerpo de las residentes. La vida diaria está orientada a atender las necesidades corporales más básicas y por tanto hay un contacto



físico muy cercano e intenso entre cuidadoras y residentes. Esta característica parece tener un peso en la orientación de las manifestaciones de agresividad y particularmente del racismo. En ocasiones aparecen manifestaciones de racismo de tipo étnico/cultural, como expresiones de rechazo a los extranjeros consideran que lo culturalmente distinto debe permanecer alejado y se basan en un cierto fundamentalismo cultural (Stolcke, 1995). Sin embargo, en el contexto de las residencias existen pocos espacios para que los argumentos de tipo cultural puedan manifestarse y el rechazo a lo extranjero – en el sentido de lo extraño – se cristaliza en un racismo extremadamente explícito y violento, basado en el color de la piel y en el contacto físico. Así, se aprecia en el ejemplo de una auxiliar que es francesa de nacimiento, pero que por su fenotipo afro-caribeño suele ser el objeto de comentarios racistas por parte de las residentes:

En la residencia donde estaba antes había muchas personas racistas, pero yo les explicaba que era conmigo o con una colega que era tan negra como yo, así que podían elegir. ¡Y no había elección porque no había más que negras que trabajaban ahí! (risas) si no era yo, era con otra más negra todavía... (...) Uf, mmmmh... ahora ya no hago ni caso, no hago ni caso, pero cuando era más joven me afectaba, sí, pero ahora, no, ahora ya no hago ni caso, soy como la flor de loto, la gota se desliza por encima sin mojarme (risas) (Gislene, 32 años, Isla de Guadalupe (Francia), en París desde 2001, auxiliar a domicilio y después en residencia desde 2011).

En el caso de Gislene se aprecia cómo el rechazo físico basado en el color de la piel se convierte en una experiencia cotidiana y compartida por los distintos miembros del equipo y que requiere un fuerte trabajo emocional para conseguir, siguiendo la metáfora de Gislene, que “la gota resbale” en lugar de “colmar el vaso”. Este trabajo emocional permanece totalmente invisible y silenciado. Cuando se da algún caso similar las auxiliares tienen ellas la responsabilidad de buscar un cambio con sus compañeras, si esto es posible, y si no, ellas tienen que juzgar hasta qué punto intervenir sobre el cuerpo de la persona, forzando el contacto, o desestimar la intervención dejando la tarea sin hacer. En París este tipo de violencia racista centrada en el color de la piel ha aparecido de manera mucho más frecuente que en Madrid, donde las manifestaciones racistas solían ser más sutiles y más centradas en la esencialización de cualidades étnico-culturales. A pesar de esta



diferencia general, también las trabajadoras negras se tenían que enfrentar a situaciones similares a la descrita anteriormente.

6.3. Pelear “por su propio bien”

Como señala Bolton (2006) las reglas de sentimiento son diversas y contextuales y debe entenderse el control emocional de manera amplia, no solo destinado a satisfacer fines comerciales. Así, en el contexto de las residencias la prescripción de un control emocional, frente a las agresiones, el desagrado, las demandas insistentes o el estrés, no solo se afianza en el deseo de mantener el empleo, sino en la virtud “moral” frente a una eventual acusación de maltrato⁶. Por un lado las auxiliares consideran que tienen que “pelear con ellos” para convencerles de hacer cosas que se niegan a hacer y que son “por su propio bien”, desde alimentarse hasta levantarse de la cama, hay que conseguir que “colaboren” pero al mismo tiempo, la “lógica” que se les inculca en la formación es que “no se debe forzar a la persona” porque esto puede suponer un maltrato. Esto pone a las trabajadoras en una situación delicada pues depende de ellas interpretar la diferencia entre insistir y forzar a una persona.

Por ello, las auxiliares están obligadas a utilizar su pequeño margen de maniobra para tratar de adaptar la organización colectiva del centro, con su lógica racional externa e impuesta, a las particularidades de cada residente, algo que incrementa la sensación de estrés y de “no poder llegar a todo”. Existen detalles que se intentan respetar, como tratar de levantar en último lugar a una persona que prefiere dormir hasta más tarde, pero estas preferencias no siempre pueden ser satisfechas y además generan un retraso en los tiempos de las auxiliares, que no siempre se ven recompensadas con una actitud colaborativa y positiva por parte de las residentes. Como señala James, uno de los principales problemas que enfrenta el personal de enfermería son las tensiones entre las prioridades de la organización y la atención personalizada a cada paciente, algo que parece insuperable incluso cuando el personal busca activamente dar “un buen cuidado” al paciente (James, 1992: 495). A pesar de que la necesidad de mantener la calma es la consigna más

⁶ Para dar una idea de hasta qué punto las residencias portan el estigma de lugares de maltrato y las auxiliares de potenciales sospechosas, se puede consultar el reportaje “Behind closed doors: elderly care exposed”, aparecido en 2014 en la BBC. Disponible en: <http://www.bbc.co.uk/programmes/b042rcjp>. Última consulta: 07/04/2015.



repetida por todas las informantes y de que el miedo a ser tachadas de “maltratadoras” contribuye a reprimir las emociones, a veces, las auxiliares, que no son “ni santas ni monstruos” (Foner, 1994: 38), sino seres humanos, también terminan por perder los nervios. Por ello, es necesario analizar la vulnerabilidad y el maltrato también desde la óptica de la organización del trabajo (Bardot, 2009: 132).

6.4. Empatizar frente a la “cosificación”

La construcción de un vínculo personal es una manera de recordar a las auxiliares la “humanidad” de quienes tienen en frente es un elemento fundamental para no “explotar” en un ambiente donde todo confluye para que lo hagan. Por un lado aferrarse a su “humanidad” impide que se les trate como un “mueble” o un “objeto”, un “saco de patatas” (son numerosas las metáforas que las propias auxiliares censuran y rechazan) y, por otro, contribuye a hacer de esas personas extrañas, a veces agresivas, desagradables o malolientes, “sus” residentes o “sus abuelos”. Este mecanismo de “hacer propio” al sujeto al que se cuida es una forma de distanciarse de las emociones negativas producidas por determinadas situaciones (Marché-Paillé, 2010: 42). Con sus propias palabras, vemos cómo una auxiliar explica que ante las dificultades del trabajo se recurre a la empatía y a la consigna del rechazo moral ante el maltrato a otro ser humano:

Con los ancianitos pues bueno, ya le digo que es un poco duro, es pesado el trabajo, es muy pesado el trabajo. Te toca cambiarlos, a veces tú los bañas, ya los tienes duchaditos, ya vestidos y ¡pum! se te orinan o se te hacen de todo y te toca cambiarlos. Pero bueno, yo los adoro a mis abuelos, los adoro porque pienso en mi padre, pienso en mi madre y me digo que algún día... o yo misma, a veces me digo que cuándo esté así no quisiera que a mí me traten mal. No, no, no. No quisiera llegar a ese sistema de tratar a los abuelos mal. (Francisca, 50 años, Ecuador, en Madrid desde 1999, empleada de hogar “interna” y auxiliar en residencia, doble nacionalidad).

Sin embargo, la organización del trabajo va en dirección opuesta a esta necesidad de “hacer humanas” a las residentes y más bien lleva a convertirlos en “objetos” que hay que manipular contrarreloj, especialmente si comparamos las relaciones cuidadora-anciana que se dan en el trabajo a domicilio. Durante la observación se puso de manifiesto que algunos factores como la gran eventualidad de las trabajadoras, la presión de tiempos, la asepsia de los centros y la



ausencia de momentos lúdicos de encuentro más allá de la rutina de la satisfacción de las necesidades básicas, contribuían a hacer que las trabajadoras se mantuvieran en silencio durante los contactos con las residentes o que trataran de evadirse del trabajo, por ejemplo, escuchando música con auriculares mientras realizaban tareas con las residentes.

En este sentido, en la residencia privada de París, donde la dirección censuraba un comportamiento demasiado cercano con las residentes y las auxiliares no tenían acceso a sus historiales médicos y debido a la gran circulación de personal no había “una historia” que contar acerca de estas personas cuando eran válidas. Incluso de unas plantas a otras se notaba mucho la diferencia: por un lado, en las plantas donde había muchas personas en situación temporal el trato a las residentes estaba mucho más deshumanizado; por otro lado, cuando en un equipo varias personas eran veteranas el trato era mucho más cercano y las situaciones de violencia y tensión se resolvían de manera mucho más pacífica. Por el contrario, cuando había un mejor ambiente en el centro y una historia de pertenencia a la “casa” o “la resi”, incluso bajo presión de tiempos, las trabajadoras lograban tener una relación más fluida con las personas mayores.

7. CONCLUSIONES

Los cuidados de larga duración en las residencias de personas mayores implican un proceso de trabajo estandarizado, en el que los cuidados se fragmentan en tareas, se reparten en equipos, se organizan según un horario y están cronometrados. Se trabaja siguiendo un ritmo marcado por objetivos de horario y el proceso de trabajo se caracteriza por su rigidez frente a la flexibilidad que requiere el contacto con personas, especialmente cuando son dependientes. De esta forma, cualquier incidente o accidente, es un obstáculo que entorpece la cadencia del “bien organizado” proceso de trabajo. En un contexto de “minimización de costes” el tiempo de trabajo y la cantidad de personal son las variables de ajuste produciendo una presión para finalizar las tareas “a tiempo” aunque no se consigan hacer “como se debería”. De esta manera, las trabajadoras se resienten a menudo de la falta de personal, de la falta de tiempo y ponen en riesgo su salud y el buen trato hacia las personas mayores. Ellas ponen de manifiesto, una y otra vez, el fuerte sentido moral que atribuyen a su trabajo y señalan que una organización



del trabajo demasiado inflexible deshumaniza el cuidado y las hace tratar como "objetos" a las personas que tienen a su cargo.

El trabajo en residencias implica tareas duras y a veces desagradables y requiere un fuerte trabajo emocional para ajustar las emociones a una imagen coherente con una visión digna de sí mismas, la cual encuentra su sentido en la función moral de su trabajo. En este sentido, la construcción de un vínculo personal con los residentes facilita el trabajo emocional de las trabajadoras que convierten a quienes cuidan en "sus residentes" o "sus abuelos" por la vía de restituir su "humanidad". Sin embargo, la temporalidad, las reiteradas bajas y sustituciones, la intensificación del trabajo y la presión de tiempos, orientan la rutina de trabajo en la dirección opuesta contribuyendo a descontextualizar a las personas residentes y convirtiéndolas en "objetos" a manipular.

Las trabajadoras de las residencias saben que si bien su trabajo no está reconocido socialmente, sí es "humanamente" necesario. Por ello, claman por una organización del trabajo que no sólo reduzca los riesgos para su salud sino que les permita trabajar con dignidad, es decir, que no les haga perder el sentido de responsabilidad con la vida humana que asocian a su labor. En este sentido, la "voz" de las trabajadoras de las residencias expresa un punto de vista ético legítimo (Paperman, 2013: 47) sobre cómo la sociedad está descuidando su responsabilidad en asegurar un final de vida digno a las personas que ingresan en centros residenciales.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Bardot, F., 2009, "Travail et maltraitance dans une maison de retraite", en *Travailler*, nº 22, pp. 121-134.
- Bolton, S., 2006, "Una tipología de la emoción en el lugar de trabajo", en *Sociología del Trabajo*, nº 57, pp. 3-29.
- Castelló Santamaría, L., 2011, "Trabajo de cuidado, género y clase social. Remedios desiguales a un problema común", en *Sociología del Trabajo*, nº 73, pp. 24-41.
- Daly, M., Lewis, J. 2000, "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states", en *British Journal of Sociology*, 51(2), pp. 281-298.
- Diamond, C., 1988, "Losing your concepts", en *Ethics*, Vol. 98, nº 2, pp. 255-277.



- Fischer, B., Tronto, J., 1990, "Toward a feminist theory of care", en E. Abel y M. Nelson (Dir.), *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives*, SUNY Press, Albany, pp. 36-54.
- Foner, N., 1994, *The Caregiving Dilemma: Work in an American Nursing Home*, University of California Press, Berkeley.
- Graham, H., 1983, "Caring: a labour of love", en J. Finch y D. Groves (Eds.), *A labour of love: women, work and caring*, Routledge and Regan Paul, Londres.
- Guimarães, N. A., Hirata, H., Sugita, K., 2011, "Cuidado e cuidadoras: o trabalho de care no Brasil, França e Japao", en *Sociologia e Antropologia*, Vol. 1, nº 1, pp. 151- 180.
- Hochschild, A. R., 1979, "Emotion Work, Feeling Rules and Social Structure", en *American Journal of Sociology*, Vol. 83, nº 3, pp. 551-575.
- James, N., 1992, "Care = organisation + physical labour + emotional labour", en *Sociology of Health & Illness*, Vol. 14, nº 4, pp. 488-509.
- Kergoat, D., 2000, "Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe", en H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doaré y D. Senotier (Coords.) *Dictionnaire critique du féminisme*, PUF, Paris, pp. 34-44.
- Marché-Paillé, A., 2010, "Le dégoût dans le travail d'assistance aux soins personnels, s'en défendre mais pas trop", en *Travailler*, nº 24, pp. 35-54.
- Martín-Palomo, M.T., 2008, "Domesticar el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados", en *Cuadernos de Relaciones Laborales*, Vol. 26, nº 2, pp. 13-44.
- Molinier, P., 2013, *Le travail du Care*, La Dispute "Le genre du monde", Paris.
- Molinier, P., 2006, "Le Care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets", in P. Paperman y S. Laugier (Eds.), *Le souci des autres. Éthique et politique du Care*, Editions de l'École des Hautes Études en Sciences sociales, Paris, pp. 299-316.
- Moré, P., 2015, "When Your CV is "to be a Latina Woman": The Rearticulation of Stereotypes Affecting the Identity of Ecuadorian Women in the Care and Domestic Sector", en M. C. La Barbera (Ed.), *Identity and Migration in Europe: Multidisciplinary Perspectives*, Springer, Switzerland.
- Paperman, P., 2013, *Care et sentiments*, Puf "Care Studies", Paris.



- Paperman, P., 2006, "Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel", en P. Paperman y S. Laugier (Eds.), *Le souci des autres. Éthique et politique du Care*, Editions de l'École des Hautes Études en Sciences sociales, Paris, pp. 281-298.
- Recio Cáceres, C., 2013, *El empleo en el sector de la atención a las personas en España*, Tesis doctoral inédita, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.
- Scrinzi, F., 2013, *Genre, migrations et emplois domestiques en France et en Italie. Construction de la non-qualification et de l'altérité ethnique*, Éditions Petra, Paris.
- Stolcke, V., 1995, "Talking Culture: New Boundaries, New Rhetorics of Exclusion in Europe", en *Current Anthropology*, Vol. 36, nº 1, pp. 1-24.
- Thomas, C., 1993, "De-Constructing Concepts of Care", en *Sociology*, vol. 27, 4, pp. 649-669.
- Thompson, E. P., 1967, "Time, Work-Discipline, and Industrial Capitalism", en *Past and Present*, Vol. 38, pp. 56-97.
- Vega, C., 2009, *Culturas del cuidado en transición. Espacios, sujetos e imaginarios en una sociedad de migración*, Editorial UOC, Barcelona.
- Wolkowitz, C., 2002, "The Social Relations of body Work", en *Work, Employment & Society*, Vol. 16, nº 3, pp. 497-510.