

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

Facultad de Ciencia Política y Relaciones

Internacionales

DOCTORADO EN TRABAJO SOCIAL

**“EXPERIENCIAS CONVIVENCIALES ENTRE ADULTOS
MAYORES AUTÓNOMOS Y CON DEMENCIA
EN UNA INSTITUCIÓN DE LARGA ESTADÍA”
UN ESTUDIO DE CASO**

AUTOR: Laura Adriana Cabero

DIRECTORA: Dra. Susana Verdinelli

CODIRECTORA: Dra. Carmen Delia Sánchez Salgado

Septiembre de 2015

RESUMEN

La presente tesis doctoral es el resultado de una investigación iniciada a fines del año 2013. La misma pretende otorgar un aporte al estudio de las interacciones entre los adultos mayores en el contexto de una residencia de larga estadía. Esto mediante la reflexión del Trabajo Social en particular y a las distintas disciplinas que emergen en el abordaje y la intervención sobre la vejez y el envejecimiento.

La circunstancia del envejecimiento progresivo de la población mundial, lleva a aquellos adultos mayores que se encuentran con alguna problemática de salud a una posible institucionalización. Por tal razón se ha de contar con Instituciones de larga estadía que respondan a la demanda e impartan los cuidados necesarios y adecuados a esta población emergente. Se han realizado variadas investigaciones sobre el tema. Sin embargo quedan interrogantes sobre las interacciones cotidianas que se producen entre los residentes autónomos y aquéllos que padecen demencia dado que las mismas tienen un impacto directo en el bienestar del adulto mayor.

El propósito de este estudio basado en la tradición cualitativa del estudio de caso fue analizar las interacciones que se producen entre los adultos mayores institucionalizados comprendiendo las circunstancias de la autonomía y la demencia en el marco de una residencia de larga estadía privada de la ciudad de Mar del Plata Partido de General Pueyrredon.

Seleccionamos cuatro grupos para conformar la muestra: veinte adultos mayores, ocho familiares o referentes, catorce cuidadores formales y seis integrantes del equipo técnico. Las técnicas de recolección de la información fueron la entrevista semiestructurada y la observación participante. El interaccionismo simbólico sirvió como principal sustento epistemológico y teórico en esta investigación.

Los resultados principales de este estudio indican la existencia de conflictividad convivencial entre los adultos mayores institucionalizados con

mayor problemática al interior del grupo de los autónomos. En cambio la interacción entre autónomos y los que padecen demencia no mantiene tal conflictividad. La organización y dinámica institucional funciona con una rutina estricta que no fomenta la libre elección y limita el desarrollo de los proyectos personales.

La presente investigación tiene el potencial de otorgarnos información relevante para mejorar la calidad de atención en las instituciones de larga estada para mayores y nos profundiza el bagaje teórico en pos de estrategias de intervención que favorezcan el bienestar de la población estudiada.

ABSTRACT

This doctoral thesis is the result of a research that began at the end of 2013. It aims at advancing the knowledge on elders' interactions within the context of a nursing home and long term care facility. This was accomplished through a reflection on Social Work and the different disciplines that emerged in the approach and intervention of elders.

The phenomenon of the progressive aging in the world population leads to older elders who present health problems to be institutionalized. To respond to this need it is necessary to have long term care facilities that provide adequate and necessary services to this emerging population. Research has been conducted on this population; however, there are still unanswered questions about the daily interactions that occur between elders with and without dementia. It is relevant to study these interactions as they have a direct impact on the elders' wellbeing.

The purpose of this study qualitative case study was to analyze the interactions that occurred among elders at a private long term care facility in Mar del Plata city Partido de General Pueyrredon. It was relevant to understand the dynamics and relationships that emerged in the daily interactions of people with and without dementia.

Four groups composed our sample: twenty older elders, eight family members or legal guardians, fourteen staff members, and six health care professionals. Semi structured interviews and participant observation were used to collect information. Symbolic interactionism was the main theoretical and epistemological framework used in this study.

The main results in this study showed interactional conflict among institutionalized older elders indicating higher levels of conflict among elders without dementia. The interactions among elders with and without dementia do not show that level of conflict. The institutional organization functions with a strict routine and it does not foster the elders' personal choice restricting the development of their individual projects.

The current investigation has the potential of delivering relevant information to improve the quality of services in elders' long term care facilities. It also provides a more in depth theoretical understanding that can help in creating interventions to increase the elders' wellbeing.

AGRADECIMIENTOS

*“Confía en el tiempo, que suele dar dulces salidas
a muchas amargas dificultades”*

Cervantes Saavedra

He recorrido este camino hasta llegar a su fin con momentos muy gratos y otros con algunas dificultades pero que no impidieron la culminación de este proyecto. He contado con la colaboración de muchas personas que me resulta imposible mencionar a todas y cada una de ellas. Pero considero necesario resaltar algunas.

Esto tiene sus méritos que se depositan en un Gracias!!! En primer lugar a mi amigo, compañero, lector y amante esposo, Gustavo por su apoyo incondicional durante todos los años que hemos transcurrido juntos.

A mis amados hijos, Rodrigo y Florencia a quienes les he invadido sus espacios y tiempos pero con su paciencia cotidiana me han comprendido y apoyado.

A mis queridos padres, Luisa y Raúl por darme la posibilidad de comenzar con esta querida profesión.

A mi directora y co-directora, Susana y Carmen por ser personas con calidad humana, por el tiempo que me han brindado, la paciencia ante mi ansiosa necesidad de retroalimentación. Pero fundamentalmente por los conocimientos que tan desinteresadamente me han transmitido.

A todos y cada uno de los docentes del Doctorado por su solvencia teórica y metodológica. Y a quienes tienen un lugar especial en este trayecto, María de los Ángeles Yanuzzi, Coqui Fernández y Cristina Bloj. Con mención especial para la Doctora Alicia González Saibene quien además ha sido incondicional en su acompañamiento, sostén y ocupación por la culminación de la tarea iniciada.

Un agradecimiento especial a todas aquellas personas que lograron concretar la gestión para realizar el Doctorado en la ciudad de Mar del Plata,

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata y a la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Rosario.

Otro agradecimiento personal por el acompañamiento en este camino académico de las colegas, Mariana Buzeki y Mariana Brighth quienes por su calidez en las discusiones, revisiones y aportes epistemológicos, contribuyeron para llevar adelante y culminado el trabajo que hoy leemos.

A mis amigos de la vida: Sandra, Mónica, Herminia, Sandra, Eva, Gabriela, Leticia, Laura y Lía por las charlas pendientes. A mis compañeros de labor Guillermo y Elisa por su paciencia.

Y a los que sin su incondicional aporte no hubiese sido posible la realización de la presente investigación: Todos los entrevistados, en especial a los adultos mayores de la institución elegida.

Mi más sincero y profundo agradecimiento a quien ocupa un lugar especial en mi corazón, la colega Kuki Muguetti.

MIL GRACIAS A TODOS!

Laura

ÍNDICE

Resumen	2
Abstract	4
Agradecimientos	6
Introducción	14
Capítulo I	
El envejecimiento demográfico en un escenario mediado por la globalización	
1.1. Introducción.....	26
1.2. La globalización y los efectos sobre la sociedad y las personas mayores.....	27
1.3. La pirámide poblacional silenciosamente invertida.....	32
1.3.1. Impacto a nivel mundial y continental.....	32
1.3.2. La situación Argentina coincidente con el fenómeno demográfico mundial y continental.....	39
1.3.3. Contextualización de la vejez en el Partido de General Pueyrredon.....	42
Capítulo II	
Miradas en torno de la vejez	
2.1. Introducción.....	48
2.2. Dilucidando los conceptos sobre envejecimiento y vejez.....	49
2.3. El envejecimiento a la luz de diversas teorías.....	56
2.3.1. Teorías biológicas.....	57
2.3.1.a. Teorías estocásticas.....	58
2.3.1.b. Teorías no estocásticas.....	58
2.3.2. Teorías sociológicas.....	59
2.3.3. Teorías psicológicas.....	66
2.3.3.a. Teorías del Desarrollo.....	67
2.3.3.b. Teorías Ecológicas.....	68
2.3.3.b.1. Enfoque del ciclo vital.....	68
2.4. La atención gerontológica centrada en la persona.....	72
2.5. Envejecimiento diferencial: adultos mayores autónomos vs. mayores con demencia.....	73
2.5.1. Envejecimiento normal o usual o primario.....	76
2.5.1.1. Autonomía en la vejez.....	76
2.5.2. Envejeciendo con alteraciones.....	79
2.5.2.1. Deterioro cognitivo leve.....	79

2.5.2.2. Demencias.....	81
-------------------------	----

Capítulo III

Las Residencias de larga estadía a la luz de la teoría y los distintos paradigmas

3.1. Introducción.....	90
3.2. Las residencias como institución: hacia una mirada crítica.....	92
3.3. Institucionalización.....	96
3.4. Las instituciones a la luz de los dos Paradigmas.....	100

Capítulo IV

Residencias de larga estadía, conceptualizaciones, contexto histórico y aproximaciones a la cotidianidad

4.1. Introducción.....	109
4.2. Diferente denominación un mismo significado.....	110
4.3. Del Asilo a la Residencia: un recorrido histórico.....	114
4.4. La conformación cotidiana de la organización institucional.....	117
4.4.1. El personal	120

Capítulo V

Las interacciones sociales en el espacio institucional

5.1. Introducción.....	126
5.2. En relación a las interacciones.....	126
5.3. Configuraciones vinculares.....	127
5.4. Los medios de comunicación en las interacciones.....	129
5.5. La atracción interpersonal.....	131
5.5.1. Atracción interpersonal y la influencia de la proximidad, la familiaridad y la ansiedad	133
5.5.2. La ansiedad social.....	136
5.5.3. La soledad.....	137
5.6. Las interacciones en el ámbito institucional.....	139
5.7. Reciprocidad en las relaciones del adulto mayor institucionalizado.....	140
5.7.1. El papel de lo afectivo y lo cognitivo en las relaciones interpersonales.....	141
5.8. El interaccionismo simbólico en el campo del conocimiento científico...	142
5.8.1. Las interrelaciones en la vida cotidiana.....	146
5.8.2. La necesidad del lenguaje en la interacción.....	154
5.8.3. Respeto de la identidad del adulto mayor.....	155

Capítulo VI

Fundamentos, enfoque y estrategia metodológica

6.1. Opción Epistemológica	159
6.2. Sobre la tradición metodológica elegida.....	165
6.2.1. El paradigma cualitativo.....	166
6.2.2. El estudio de caso.....	167
6.3. Objetivos propuestos.....	169
6.4. Construcción y delimitación del objeto de estudio.....	169
6.4.1. Lógica de la selección.....	171
6.4.2. Caracterización de la Institución estudiada.....	171
6.4.3. Criterio de selección y justificación de los participantes de la muestra.....	174
6.4.3.1. Adultos mayores residentes.....	174
6.4.3.2. Cuidadores Formales.....	174
6.4.3.3. Equipo Técnico.....	175
6.4.3.4. Familiares o referentes.....	175
6.5. Sobre las técnicas e instrumentos de construcción de datos.....	176
6.5.1. La observación participante.....	177
6.5.2. Conversaciones informales.....	178
6.5.3. Entrevista semiestructurada.....	178
6.5.4. Documentos.....	180
6.6. Descripción y características del trabajo de campo.....	180
6.6.1. Haciendo retrospectiva del trabajo de campo.....	181
6.6.2. Acceso a la Institución.....	181
6.6.3. Ingreso progresivo al campo.....	182
6.6.4. Relatos sobre la dinámica de las entrevistas.....	183
6.7. Descripción del proceso de análisis de los datos.....	184
6.8. Criterios de calidad o rigor de la investigación.....	185
6.9. Sobre los procedimientos éticos.....	187

Capítulo VII

Objetivando las interacciones

7.1. Introducción.....	191
7.2. Iniciación a la vida institucional	192
7.2.1. Motivo o causa de la internación.....	193
7.2.1.1. Por problemas de salud.....	193
7.2.1.2. Por una situación socio-familiar problemática.....	194
7.2.1.2.1. Por acompañar a un familiar enfermo.....	195
7.2.1.3. Por encontrarse obligado.....	196
7.2.1.3.1. Por determinación familiar.....	196
7.2.1.3.2. Por determinación de la justicia.....	197

7.2.2.Decisión de ingreso.....	197
7.2.2.1. Propia.....	198
7.2.2.2.Decisión tomada por un tercero.....	199
7.2.3.Adaptación a la vida institucional	200
7.2.3.1. La adaptación desde la perspectiva de los protagonistas: adultos mayores autónomos.....	201
7.2.3.2. Los familiares de los adultos mayores con demencia opinaron sobre la adaptación de éstos.....	203
7.2.3.3. La percepción del equipo técnico sobre la adaptación.....	205
7.2.3.4. La percepción de la adaptación según los cuidadores informales	206
7.3. Las narraciones y el tejido de las interrelaciones.....	209
7.3.1.Interrelaciones entre los adultos mayores autónomos.....	209
7.3.1.1. Interacciones vivenciadas por los adultos mayores autónomos.....	210
7.3.1.2. Percepción de las relaciones que tienen los autónomos de los “otros” adultos mayores autónomos.....	211
7.3.1.3. Percepción de los familiares o referentes respecto de las interrelaciones de los mayores autónomos.....	213
7.3.1.4. Percepción de los integrantes del equipo técnico respecto de las interrelaciones de los mayores autónomos	214
7.3.1.5. Percepción de los cuidadores formales respecto de las interrelaciones de los mayores autónomos.....	215
7.3.2. Interacciones entre adultos mayores que padecen síndrome demencial.....	217
7.3.2.1. Percepción de los mayores autónomos sobre las inter relaciones que tienen los adultos mayores con patología.....	217
7.3.2.2. Percepción de los familiares o referentes sobre las relaciones entre los mayores con patología.....	218
7.3.2.3. Percepción del equipo técnico sobre las relaciones entre los mayores con patología.....	218
7.3.2.4. Percepción de los cuidadores formales sobre las interacciones entre mayores con patología.....	219
7.3.3. Características de la convivencia entre adultos mayores moradores del espacio institucional, autónomos y con demencia.....	221
7.3.3.1. El decir de los mayores autónomos sobre la convivencia con los padecen demencia.....	222
7.3.3.2. La percepción de los mayores autónomos sobre la convivencia de los “otros”.....	225

7.3.3.3. La percepción de los familiares respecto de la convivencia entre los mayores autónomos y los que padecen demencia.....	226
7.3.3.4. La percepción de los integrantes del equipo técnico.....	227
7.3.3.5. La percepción de los cuidadores formales.....	227
7.3.4. Particularidad de la interacción entre los dos grupos sobre los autónomos.....	230
7.3.4.1. El decir de los mayores autónomos.....	230
7.3.4.2. La opinión del equipo técnico.....	232
7.3.4.3. La opinión de los cuidadores formales.....	233
7.3.5. Percepción de la recepción del residente con patología respecto a la interacción con el autónomo.....	234
7.3.6. Caracterización del estado anímico de los adultos mayores en relación al contacto con sus familiares o referentes.....	235
7.3.6.1. Lo que tienen para decir los adultos mayores sobre sus familiares	236
7.3.6.2. Perspectiva de los familiares sobre el mantenimiento del vínculo	239
7.3.6.3. La apreciación de los integrantes del equipo técnico.....	240
7.3.6.4. La apreciación de los cuidadores formales sobre el sentir de los mayores.....	241
7.4. El escenario de las disposiciones institucionales.....	244
7.4.1.Divisiones por sectores conforme a las características del residente.....	244
7.4.1.1. Pronunciamiento de los adultos mayores.....	245
7.4.1.2. Manifestaciones de los familiares o referentes.....	246
7.4.1.3. Manifestaciones de los cuidadores formales.....	247
7.4.2.Dinámica de las actividades de la institución.....	248
7.4.2.1. Las actividades espontáneas.....	248
7.4.2.2. Las actividades mediadas.....	249
7.4.2.2.1. Sobre la dinámica institucional cotidiana con los cuidadores formales.....	249
7.4.2.2.2. Sobre las actividades de la vida diaria e higiene y confort.....	252
7.4.2.2.3. Talleres y tipologías organizadas por el equipo profesional.....	253
7.4.2.2.4. Actividades organizadas en función de las problemáticas de las interacciones.....	255
7.4.3.La participación, sus características.....	256
7.5. Para ir cerrando.....	260

Conclusiones	263
Referencias Bibliográficas	274
Apéndice	300

INTRODUCCION

La presente tesis abordó el estudio de la convivencia entre los adultos mayores¹ que mantienen autonomía y los que padecen de síndrome demencial en una residencia de larga estadía² del Partido de General Pueyrredon. Estudiamos las interacciones espontáneas que se producen entre los mayores en su vida cotidiana y las que se encuentran mediadas por la organización institucional, entre los meses de noviembre de 2013 y agosto de 2014.

El interés y la trascendencia del tema nos ha surgido de la favorable y, al mismo tiempo, preocupante situación del hecho de vivir cada vez más años. El envejecimiento de la población resulta ser uno de los fenómenos demográficos más importantes de este siglo y su incremento es constante en los distintos países (Pochtar & Pszemirower, 1999; Agar Corbinos, 2001; Huenchuan, 2004; CELADE/CEPAL, 2007, CELADE/CEPAL 2008; Sánchez Gonzáles, 2009; Huenchuan & Rodríguez Piñero, 2010; CEPAL/UNFPA³, 2012; OMS, 2012; Mendoza Nuñez & Martínez Maldonado, 2013; Jáuregui, 2014).

Concomitantemente, se han producido cambios en las familias de la sociedad moderna. Por ejemplo las transformaciones recientes de la economía, la inclusión de la mujer en el mercado laboral y en la enseñanza de educación superior. Han trastocado el rol del generador de los cuidados, dado que éstos últimos eran característicos de la familia tradicional y actualmente se han trasladado a las instituciones.

Si bien la prolongación de la vida resulta beneficiosa ya que evidencia los logros mencionados, plantea a su vez los problemas psicosociales y sanitarios que implican la necesidad de ingreso a una residencia de larga estadía que le otorgue lo necesario para su calidad de vida. En estas instituciones⁴ observamos personas

¹ En el presente estudio se denominará como equivalentes las palabras usadas como: adulto mayor, persona mayor, anciano y mayor.

² Residencia o Instituciones de Larga Estadía: establecimientos que cobijan a adultos mayores que infieren cuidados en sus necesidades sanitarias, sociales, en forma cotidiana y permanente.

³ UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

⁴ Será utilizado el término residencia como equivalente a institución, geriátrico y establecimiento.

mayores que han sido ingresadas por padecer una o varias patologías y otras que sin la presencia de enfermedad mantienen su autonomía y su ingreso se debe a otras razones (Fernández & Comes, 2011). Esto genera un ingreso con determinaciones psicosociales, familiares y sanitarias y una permanencia en convivencia que resulta en una interacción particular.

Podemos sostener que el estudio de las interacciones entre los adultos mayores y la forma en que la institución las organiza, resulta un área relativamente no explorada. Inferimos que es la razón por la cual no se ha encontrado material específico acerca del problema de estudio de la presente investigación. De todos modos hemos encontrado producción académica sobre investigaciones vinculantes de la temática, de las cuales las más relevantes las organizamos de modo diacrónico.

La investigación sobre adultos mayores institucionalizados en la última década estuvo focalizada en explorar la influencia de ciertas variables sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos. La misma concluyó que el nivel educacional, el uso del tiempo libre y el apoyo social percibido influyen significativamente sobre la calidad de vida del institucionalizado (Arias, 2004; Rodríguez Feijoo, 2007; Montoya, 2015).

Respecto del bienestar y la calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados, se destacó que es inferior el nivel de satisfacción en el aspecto relacional en los institucionalizados (Molina Sena, Meléndez Moral & Navarro Pardeo, 2008). En tanto, las redes de apoyo social en la institución son fuertes y, por otra parte, la soledad es motivo de ingreso a una institución y el maltrato es menor en la institución que con sus familiares (Cardona Arango & Estrada Restrepo, 2008). Las relaciones y la comunicación entre el cuidador y el adulto mayor en hogares para ancianos son beneficiosas en cuanto a que desarrollan la interacción personal y el crecimiento psíquico y emocional (Blanca Gutiérrez, Linares Abad, Grande Gascón, Jiménez Díaz & Hidalgo Pedraza, 2012).

En las Instituciones de larga estadía conviven adultos mayores que tienen padecimientos psíquicos como la demencia con adultos mayores autónomos. Diversas circunstancias, como el cohabitar el dormitorio, los espacios de recreación, las ingestas, obligan a los adultos mayores a vivir compartiendo su vida cotidiana. Si bien mantienen cubiertas sus necesidades vitales, la complejidad de la convivencia diaria puede afectar el estado de salud y el bienestar del anciano. Por otra parte, la institución organiza las dinámicas de las interacciones.

Indagamos sobre los factores que favorecen o desfavorecen la convivencia, y se buscó conocer la interacción entre los adultos mayores autónomos y los que padecen síndrome demencial y la interacción al interior de cada uno de los grupos mencionados además de explorar sobre la influencia institucional sobre las interacciones. Dado que las pautas institucionales pueden favorecer o no las interacciones de manera que sean espontáneas o regladas.

Cabe destacar la existencia de investigaciones que estudian calidad de salud, en tanto en este caso exploramos la convivencia por considerarlo un factor invisibilizado por el modelo médico en donde el individuo mayor es pocas veces pensado fuera de la enfermedad, y que tiene un impacto directo en su calidad de vida (Montes de Oca, 2013).

Dieron origen y guiaron la presente investigación los siguientes interrogantes: ¿Cómo se desarrolla la interacción entre los adultos mayores institucionalizados? ¿Cuáles son los desafíos que enfrentan los adultos mayores autónomos y los adultos mayores con síndrome demencial al interactuar en el mismo ámbito? ¿Cómo organiza la institución las interrelaciones entre los mayores?

El objetivo general de la presente Tesis fue “analizar las interacciones que se producen en el espacio institucional entre los adultos mayores que conviven en una residencia de larga estadía del Partido de General Pueyrredon”, como objetivo general. Como objetivos específicos se plantearon: “Reconstruir las prácticas cotidianas de las interacciones en la institución de larga estadía”; “analizar el proceso de la convivencia y las prácticas de interrelación entre los grupos de

adultos mayores autónomos y los que padecen algún tipo de demencia y al interior de cada uno”; “analizar las estructuraciones de organización de las interacciones para los residentes mayores que caracterizan a la institución privada”.

Para alcanzar los objetivos propuestos contemplamos la realidad institucional tal como se presentaba, el transcurrir cotidiano de los implicados, sus ideas, motivaciones y sentimientos. Intentamos estar atentos a todos los dichos y comportamientos de cada uno de los entrevistados. Intensificamos la mirada sobre el Trabajo Social por la naturaleza del presente estudio.

Surgieron entonces como áreas de exploración que orientaron la investigación, la existencia de tensión o conflicto en las interacciones cotidianas entre los mayores en un espacio cerrado que no resulta el propio hogar, que no se posee vínculos familiares convivientes, que se cambia de usos y costumbres en donde pareciera que pasa a primer plano la organización, dinámica y estructura institucional; a su vez la convivencia entre los adultos mayores autónomos mantienen mayor conflictividad que al interior del grupo de los que padecen de síndrome demencial. La institución organiza la dinámica de las interacciones de modo estructural y dejando escaso espacio a las interrelaciones espontáneas. Asimismo, las actividades recreativas-terapéuticas que los interrelacionan no referencian las características personales y hobbies de los adultos mayores en su adultez porque responden a objetivos institucionales y profesionales.

En tanto las personas que se encuentran en las instituciones de larga estadía, dependen de otros para que sus proyectos vitales puedan llevarse a cabo. Por lo cual, el entorno en donde son atendidas puede facilitar o funcionar obstaculizando el desarrollo de sus proyectos personales (Jaskilevich & Badalucco, 2014).

Los aportes teóricos que han conformado los fundamentos de la presente investigación, han sido relevados desde varios autores. Aunque las críticas y aportes específicos de Goffman (1959; 1961) y Berger & Luckmann (1968) sustentaron teóricamente con mayor relevancia el abordaje de las interacciones y de la dinámica institucional estudiada. La mirada de Erving Goffman aporta

conceptualmente para comprender algunos aspectos de la institución como el aislamiento y el carácter totalitario de algunas gestiones. Desde un enfoque construccionista, se usa a Berger & Luckmann que permiten comprender la realidad como una construcción social. Consideramos además, la existencia de otros aspectos de las instituciones totales y su cultura, las formas en que se resignifica la condición de aislamiento, las maneras de vivir, la vida cotidiana y otras manifestaciones que se evidencian en las residencias y que no mantienen explicación sólo desde la teoría de Instituciones totales (Graeff, 2005).

Consideramos de relevancia el aporte desde la teoría del nuevo paradigma, que se fundamenta en el reconocimiento del adulto mayor como sujeto de derecho y participe activo en toda situación que lo concierna, y análisis del funcionamiento actual de las instituciones de larga estadía. Por lo que, en consonancia con este paradigma contextualizamos la tesis y sus propuestas, dado que se encuentra íntimamente relacionado con la modificación de la visión de la vejez, el adulto mayor como sujeto de derecho y su derecho al ejercicio de los mismos dentro de la Institución.

El envejecer en el siglo XXI, ha conducido a una revolución demográfica que se evidencia claramente en las estadísticas. Alrededor de 600 millones de personas de 60 años y más habitaban el mundo en el año 2006, cifra que se duplicará hacia el año 2025 y para el 2050 llegará casi a dos mil millones, la mayoría serán de países en vías de desarrollo (ONU, 2012). En la actualidad, las regiones más desarrolladas del mundo tienen el 23% mayor de 60 años, y esto ascenderá hasta el 32% en 2050 y en el año 2100 llegará al 34%.⁵ De acuerdo a lo expuesto la población mundial tiene una estructura de edad en transición de joven a vieja (Rodríguez Figueroa, 2015).

La Argentina es uno de los países más envejecidos de Latinoamérica. De un total de 5.725.838⁶ de población, las personas mayores de 60 años representan el 14,3% y un 2,4% son la proporción de mayores de 80 años. La situación del Partido de General Pueyrredon no resulta ajena a esta realidad poblacional, en

⁵ <http://actualidad.rt.com//actualidad/view/97314-población-mundial-crecimiento-onu>

⁶ Datos definitivos del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010.

donde, de un total de 618.989 habitantes, 119.006 es mayor de 60 años lo que se traduce en un 19,30% de la población. Se encuadra así en su denominación como enclave gerontológico (Golpe, 2003; Rinaldi, 2009), por la densidad de población añosa y por los servicios socio-sanitarios que se ofrecen en ella (INDEC, 2010).

La población de adultos mayores que tienen 60 años y más, que vive en instituciones de larga estadía en la Argentina es del 1,5%. La realidad del Partido de General Pueyrredon respecto de los mayores que viven en este tipo de establecimiento, en el año 2007 conformaba el 1,87% lo que equivalía a unas 2.302 personas que se encontraban distribuidas en 101 establecimientos habilitados⁷. En la actualidad existen 114 Residencias de larga estadía privadas que se encuentran funcionando habilitadas o con la habilitación en trámite. Se reconoce la existencia de lugares que funcionan como Residencias de larga estadía o Pequeños Hogares que no están habilitados y que, aunque se desconoce su cifra con exactitud, se presume numeroso⁸.

Si observamos la evolución demográfica de las poblaciones se ve la necesidad de contar con evaluaciones acordes a los sistemas de cuidados y, especialmente, a los lugares de internación para la contención de los diferentes grupos de esta franja etaria (IMSERSO, 2011).

Hemos de considerar que son varias las causas que producen el envejecimiento, entre otras, la disminución de la natalidad y mortalidad, la reducción de las enfermedades transmisibles como principales causales de muerte, la esperanza de vida y el control de enfermedades al nacer y avances médicos tecnológicos. Apareja profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales; de ahí que sea necesario adoptar políticas encaminadas a satisfacer sus demandas y necesidades (Sánchez Salgado, 2005; Rodríguez Feijóo, 2007; CELADE/CEPAL, 2008; CEPAL, 2012; UNFPA y Help Age International, 2012; Montes de Oca, 2013).

⁷ Datos extraídos del Área de Tercera Edad dependiente de la Dirección de Adultos Mayores de la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de General Pueyrredon (Julio, 2015). Resultando la última sistematización pública cuantitativa de datos.

⁸ Fuente: Dirección General de Inspección General. Subsecretaría de Control. Secretaría de Gobierno. Municipalidad de General Pueyrredon (junio, 2015)

El envejecimiento no es un proceso estático ni homogéneo en la vida de los seres humanos, ni tan siquiera se trata de un hecho meramente biológico, sino que es una perspectiva psicosocial. Conforman un proceso individual, natural, universal que es constante, irreversible y progresivo (Altarriba Mercader, 1992; Ors Montenegro & Laguna Pérez, 1997; Clemente, 2003; Ocampo & Londoño, 2007; García Ramus, 2007; Silva, Rodríguez & Zas, 2013; Morales, 2014). Es un período cada vez más amplio del desarrollo de la persona, en el que existe una capacidad de respuesta y de adaptación, tanto al déficit psicosomático que aparece, como a los nuevos patrones sociales y en el que concurren múltiples factores que pueden modificar y alterar su curso natural.

En este proceso, el control del deterioro de las facultades intelectuales, hecho común a la vejez, ocupa cada vez un papel más relevante sin que ello deba considerarse una enfermedad. Su puesta en escena tiene un carácter dimensional, incrementándose con el paso de los años. Este deterioro se manifiesta con un amplio abanico sintomático que va desde el enlentecimiento de las capacidades ejecutivas hasta alcanzar su máxima expresión en la demencia que se caracteriza por la pérdida progresiva de la autonomía (Marín, 2003; Roca Socarrás, 2011; González, 2010; CEPAL, 2012). En resumen, el envejecimiento humano o senescencia, consisten en un declive de las funciones y sistemas de los órganos y componentes del cuerpo, que afecta con la edad y la capacidad de sobrevivir y no se reduce a un proceso biológico, sino que es una experiencia individual y natural interpretada y conducida por reglas colectivas pero variables.

Se ha de dar cuenta de las construcciones acerca del proceso de envejecimiento, sus necesidades, su caracterización, en un contexto determinado desde lo social, político, económico y cultural. Esto es lo que le otorga y sostiene las prácticas cotidianas en las residencias para adultos mayores. Estos sentidos, discursos y prácticas podrán caracterizarse por estar sustentados desde el *paradigma asilar* o el *nuevo paradigma*.

Si bien ambos paradigmas responden a contextos diferentes, las Residencias fueron creadas como respuesta a la problemática del Adulto Mayor bajo el paradigma asilar (Goffman, 2001; Croas & Colmeneros, 2013). En la

actualidad, se parte del nuevo paradigma, denominación propuesta en la 25^a Conferencia Sanitaria Panamericana, organizada por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (2008)⁹. El enfoque del paradigma propone el empoderamiento de los mayores con derecho a elegir y tomar decisiones libremente en todas las esferas de la vida. En una sociedad integrada generacionalmente, el adulto mayor debe ser visto como sujeto de derecho con goce de garantías y también de responsabilidades respecto de sí mismo, de su familia y de la sociedad (Danani, 2009).

A partir de las concepciones teóricas, los antecedentes encontrados y las preguntas de investigación es que consideramos a la metodología cualitativa como la más apropiada para abordar el problema de estudio, evidenciar el contexto, los significados de las interacciones sociales, comprender, interpretar y describir los vínculos sociales implicados. Intentamos comprender el fenómeno de estudio sin explicar causas ni modificar situaciones realizando una participación activa en la vida cotidiana. Buscamos, siguiendo un enfoque analítico, conocer, describir y explicar las situaciones presentadas por los participantes. El estudio de caso lo utilizamos por el interés en dilucidar cómo son las interacciones entre los grupos de adultos mayores institucionalizados en una residencia de larga estadía y poder acceder a analizar profundamente este objeto de estudio.

La elección del carácter privado de la institución obedeció a un criterio metodológico y epistemológico. La investigadora se desempeña laboralmente en el ámbito público y en las distintas instituciones del área objeto de estudio, por el cual pretendimos poner distancia con la labor cotidiana y las relaciones profesionales imperantes. Además el estudio de las instituciones privadas está más limitado cuantitativamente dado que resulta dificultoso el acceso por decisiones de los propietarios. Jugó un papel primordial, para la posibilidad de acceso diario y libre espacial y temporalmente en la institución seleccionada, el conocimiento previo de la investigadora con la administradora de la Residencia a través de la

⁹ Se llevó a cabo la 25^a conferencia Sanitaria Panamericana en Washington del 21 al 25 de septiembre de 1998. Y el texto que describe la acuñación de la terminología dice así: “Se presenta en este documento un nuevo paradigma del envejecimiento por el cual se concibe a las personas de edad como participantes activos en la sociedad y se sientan las bases de un nuevo enfoque de la promoción de la salud.”.

trayectoria de ambas en el campo de la gerontología local. La Institución en donde se recolectaron los datos, cuenta con una población de ciento cincuenta y tres adultos mayores, atienden a personas con las características que pretendimos estudiar, cuentan con personal de cuidado directo y formal, un equipo técnico y compuesto por Trabajadora Social, Médico geriatra, Terapeuta Ocupacional, Enfermero, Nutricionista, administradora, administrativos, maestranza y el propietario que es independiente de cualquier función profesional de la Institución.

Abordamos a la población de adultos mayores que se encuentra viviendo en la institución, en estado de autonomía o con alguna demencia, de ambos sexos, edad entre los 75 y 100 años, que residieron por un tiempo mínimo de 12 meses. Estudiamos las interacciones sociales entre los residentes autónomos, entre los que padecen demencia y entre ambos grupos. Identificamos a los adultos mayores con demencia de acuerdo con las evaluaciones interdisciplinarias realizadas por el equipo de la Institución, que hayan coincidido con este tipo de envejecimiento patológico. Tuvimos en cuenta, para estipular el momento oportuno de no integrar nuevo material, el criterio de saturación teórica, que se obtiene cuando las observaciones no conducen a nuevas comprensiones, cuando los datos comienzan a ser repetitivos y no se obtiene nueva información significativa (Glaser & Strauss, 1967; Flick, 2007).

Para la construcción de la información realizamos, entrevistas semiestructuradas. Estas se aplicaron a los adultos mayores autónomos, a los cuidadores formales, al equipo técnico y a los referentes¹⁰ o familiares (éstos en función de obtener datos sobre las personas que padecían síndrome demencial). Utilizamos también, conversaciones informales y la observación con participación. Como apoyo de fuentes secundarias trabajamos el relevamiento y análisis documental: estudio de las fichas personales, historias clínicas, libro de salidas, libro de visita, lecturas de auditorías de obras sociales disponibles en la Institución.

¹⁰ Los referentes los componen los amigos, vecinos, conocidos; sin vínculo consanguíneo ni político.

El presente estudio reviste una impronta interdisciplinaria ya que se puede decir que no hay abundancia de estudios de este tipo que se orienten a la indagación sobre cómo son y cómo lo viven los adultos mayores el proceso de interacción institucional. El conocimiento de la demanda que emerge de la interacción resulta necesario para acceder al aporte profesional que entienda en una intervención creativa y favorecedora. Tomar distancia de las casi permanentes intervenciones en la “urgencia” que demanda el accionar profesional, para dar lugar prioritario al entender el contexto relacional que se presenta en pos de otorgar alternativas metodológicas adecuadas.

Esta investigación hace unos aportes de naturaleza informativa, teórica y metodológica. La perspectiva propuesta sobre los conocimientos de la interacción entre la población mayor con padecimiento demencial y sin él en la institución de larga estadía otorga información sustantiva en referencia a la profundización de los conocimientos teóricos para las intervenciones en donde el profesional tiende a mejorar el funcionamiento objetivo y subjetivo entre el adulto mayor y su ambiente en pos del diseño de estrategias que favorezcan el bienestar de la población estudiada. Constituyen un aporte a la Gerontología, por lo cual hacemos una contribución a las Ciencias Sociales en general y al Trabajo Social en particular. Representa además, un potencial de información para nuevas investigaciones que profundicen sobre la temática y la investigación se convierta en sustento teórico para las mismas.

A partir del planteo del problema, los objetivos de investigación y la perspectiva teórico-metodológica organizamos la exposición de la Tesis en siete capítulos. En el Capítulo I ofrecemos un análisis sobre la globalización y sus efectos en la población mayor. Presentamos la gerontología como ciencia que aborda el envejecimiento. Planteamos un panorama global demográfico del envejecimiento como fenómeno de impacto poblacional mundial y la replicación en Argentina y en el Partido de General Pueyrredon.

En el Capítulo II, presentamos las principales teorías del envejecimiento y la mirada psicosocial más relevante al tema de la investigación. Exhibimos el enfoque del ciclo vital, así como las conceptualizaciones referenciales a los tipos

de envejecimiento, mayores en condiciones de autonomía y con síndrome demencial.

En el Capítulo III, exponemos sobre las Residencias de larga estadía a la luz de las teorías y los distintos paradigmas. En el Capítulo IV referimos a las Residencias, las diferentes conceptualizaciones y su evolución socio histórica. En el Capítulo V, analizamos las interacciones sociales en el espacio institucional, desde la psicología social y cognitiva, el interaccionismo simbólico y la perspectiva de Erving Goffman y Berger & Luckmann. En el Capítulo VI presentamos la opción teórica-epistemológica de la metodología cualitativa seleccionada. Los procedimientos metodológicos, instrumentos utilizados, la selección de los participantes, los criterios de calidad y rigor de la investigación y las consideraciones éticas.

El Capítulo VII lo dedicamos a la exposición de las distintas narraciones surgidas en las entrevistas contextualizadas en la trama de iniciación a la vida institucional, en el tejido de las interrelaciones y el escenario de las disposiciones institucionales. Consideramos en estas exposiciones todas las categorías en un entramado con los discursos teóricos.

Para finalizar se acopian las conclusiones de la investigación conjuntamente con nuevas líneas de intervención e investigación en relación a la temática.

Capítulo I

EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRAFICO

EN UN ESCENARIO MEDIADO POR LA GLOBALIZACION

1.1. Introducción

En el presente capítulo nos ocupamos del envejecimiento de la población y su relación con los cambios que se producen en la estructura por edades de la población.

La pirámide poblacional, en Argentina, muestra un aumento de la franja de mayores de 60 años y una transformación en la conformación de la familia tradicional donde observamos la presencia de más abuelos que hijos. Este fenómeno de envejecimiento poblacional se debe a la baja en la tasa de natalidad y fecundidad que a su vez tiene efectos rejuvenecedores en la estructura poblacional. La tendencia actual es que la disminución en los nacimientos es un factor decisivo en el envejecimiento de la población e implica menor cantidad de jóvenes. Por otra parte, la disminución de la tasa de mortalidad y el aumento de la expectativa de vida intervienen directamente en la formación de la tradicional pirámide poblacional cuya base se ha disminuido y la cúspide se ha ensanchado. Otro aspecto a tenerse en cuenta es el factor migratorio. Observamos que el movimiento de los jóvenes tiene un efecto rejuvenecedor en el país receptor mientras que en el de origen el efecto es el de envejecer.

El fenómeno del envejecimiento poblacional ocurre en todos los países y la influencia de la globalización sobre la vejez ha mantenido una constante en los contextos internacionales, nacionales y locales. En la Argentina, las estimaciones apuntan a un crecimiento cuantitativo de adultos mayores a lo largo del presente siglo, lo que redundará, para el 2050, en una población de mayores que constituirá un cuarto de la población total (CEPAL-CELADE, 2004). En nuestro país, durante los años '90, la precarización laboral y el desempleo tuvieron como resultado, la expulsión de una enorme cantidad de personas mayores del mercado laboral. Muchos de éstos no tienen la edad suficiente para acogerse a la jubilación, otros no estaban incluidos en sistemas previsionales. Al mismo tiempo que los que accedieron al sistema jubilatorio encuentran que los ingresos son mínimos y no alcanzan a cubrir las necesidades básicas en esta etapa de la vida.

Finalmente, en este capítulo abordaremos el contexto del Partido de General Pueyrredon para comprender la perspectiva de enclave gerontológico que obliga a responder a una alta demanda de adultos mayores en múltiples circunstancias sanitarias, económicas y sociales, con servicios residenciales de larga estadía.

1.2. La globalización y los efectos sobre la sociedad y las personas mayores

En la actualidad, las sociedades se encuentran en la era de la Globalización, de la Modernidad, de la Postmodernidad, de la Modernidad imaginada, de la Modernidad líquida, y así podríamos continuar de acuerdo con el autor que nos referenciamos. Pero todos consideran que la misma ha traído aparejados cambios importantes e influyentes en los sujetos, instituciones y la sociedad en general. El origen y los efectos que produjo ese cambio resultan diferentes de acuerdo a quién se consulte.

Ocupa la atención el efecto que ha tenido y tiene la nueva sociedad sobre los adultos mayores. Estos vivían en una sociedad tradicional en donde tenían “su lugar”, en el cual sus experiencias eran sabias para las nuevas generaciones y el término tecnología no se mencionaba. Los cambios que se produjeron a nivel global han afectado a este grupo de una manera particular, tanto a nivel social como individual.

Encontraremos diferentes formas de explicar el fenómeno de la globalización, también llamada por autores francófonos “mundialización”. Con el propósito de aclarar sobre estos dos términos, resulta adecuada la transcripción de la referencia del libro “Estado y Sociedad en la era global” de la Dra. Yannuzzi. Señala: “Los autores francófonos prefieren referirse a ella como *mundialización* (Létourneau, 1993), planteando de esta forma una diferencia semántica con el vocablo *globalización*. Con este último término se alude a la expansión del razonamiento económico a todas las actividades humanas, mientras que con el primero se hace hincapié en la extensión planetaria de los intercambios, que

pueden ser económicos, culturales y políticos, entre otros. Si bien, en castellano contamos con ambas palabras, dada la fuerte influencia de la literatura anglófona, habitualmente se usa el término *globalización*, utilizando en todo caso como sinónimo el vocablo *mundialización* [...]”.

Resultan interesantes las metáforas de Bauman, para entender de qué se trata el proceso de la globalización. Las mismas hablan de “fluidez” o “liquidez” para conocer la fase actual de la modernidad. Como los líquidos no conservan sus formas, están dispuestos a cambiarla y, aquí, lo importante es el tiempo. Contrariamente, los “sólidos” poseen una dimensión espacial que neutraliza el impacto del tiempo y hasta lo pueden ignorar. Los sólidos que se fueron disolviendo, condujeron a la emancipación de la economía de sus tradicionales ataduras políticas, éticas y culturales. Se abre un nuevo orden, en principio en términos económicos. En palabras de Bauman, la “disolución de los sólidos”, como rasgo de la modernidad, ha adquirido un nuevo significado y nueva dirección. Los efectos de la redirección fueron la disolución de las fuerzas que mantenían el tema del orden y del sistema de la agenda política. Los sólidos que se están derritiendo, son los vínculos entre las elecciones individuales y los proyectos y acciones colectivas, las estructuras de comunicación y coordinación entre las políticas de vida individuales y las acciones políticas colectivas (Bauman, 2004:11-12).

De todos modos, en la modernidad líquida, el individuo cuenta con toda la libertad, la sociedad ha dejado de cuestionarse en su conjunto. Al decir de Giddens (1990), en la actualidad, todos estamos comprometidos en la “política de vida”; somos “seres reflexivos” que observan con atención cada movimiento que hacen, que rara vez están satisfechos con sus resultados y que siempre están deseosos de rectificarlos (Bauman, 2005:28).

Analizando a la nueva sociedad reflexiva, posmoderna, líquida, Ulrich Beck (1998) incorpora una mirada de la misma como la “Sociedad del riesgo”. Esta surge del desarrollo mismo de un proceso de modernización independizado, que no ve consecuencias ni peligros y con una importante influencia de la invención de lo político. Refiere a decisiones tomadas a nivel mundial en donde se

coloca al mundo en una situación de peligro potencial, con un significado político central, que se desvincula de las instituciones políticas propias de la sociedad industrial y su funcionamiento.

Como la otra cara del envejecimiento de la modernidad industrial hace su aparición la “sociedad del riesgo: [...] una fase de desarrollo de la sociedad moderna en la que los riesgos sociales, políticos, ecológicos e individuales generados por la misma dinámica de la renovación, se sustraen crecientemente a las instituciones de control y aseguramiento de la sociedad industrial.” (Beck, 1998:32).

El envejecimiento es un aspecto constitutivo de la condición humana. Surge desde la potencialidad creativa como perpetuadora de la humanidad, a través de la transmisión de valores y la autoestima que posibilitan la trascendencia. La vejez se construye social y culturalmente en cada lugar y tiempo, a partir de las condiciones materiales y simbólicas de la vida.

En la sociedad moderna, se presentan los adultos mayores en situación de vulnerabilidad relacionadas a su entorno social, político y económico. Incide directamente el contexto de las profundas transformaciones mencionadas, características de la globalización, lo que impide acceder, en su mayoría a un bienestar general.

Un importante grupo de esta población se encuentra en situación de dependencia en referencia a su subsistencia económica, atención de la salud y seguridad personal. Los ajustes realizados por la política económica han impactado en el sistema de seguridad social, resultando de esto una disminución en los niveles de protección y, a su vez, degradación de las condiciones de vida de los adultos mayores. Si se habla de jubilación y retiro, se evidencian las desigualdades. Existe muy poco efecto redistribuidor entre los aportes y la jubilación propiamente dicha. Todo ciudadano puede retirarse pero corre el riesgo de encontrar una vejez financieramente segura, o como se ve en la actualidad con ingresos muy inferiores al monto de la canasta básica.

La inestabilidad laboral, común a todos los mercados de trabajo, como consecuencia de la competencia globalizada, acentúa la incertidumbre de la condición de aquellos viejos que se encuentran en condiciones y mantienen deseos o necesidad de continuar trabajando y se les dificulta y hasta obstruye la integración a la nueva sociedad. Esto apunta a una desigualdad entre individuos activos y pasivos, que se encuentra social y políticamente construida. Al decir de Castel (2001), poder vivir positiva o negativamente como individuo es una construcción social. En función de un progreso social, es imprescindible la reducción de las desigualdades económicas, y en este caso un cambio en los valores de vida respecto a esta etapa de la vida, la vejez.

Coincidiendo con Rosanvaloon (1995), en la actualidad se trata también de apoyarse sobre lo que se llamaría un reformismo del individuo, reformismo adaptado a la pluralidad de las situaciones en las que se encuentran los actores, apuntando a dotarlos de medios adecuados de acción y defensa.

Cabe aquí incluir el análisis de Pécaut (2002) sobre el no lugar, trasladando esto a la cotidianidad del grupo de adultos mayores. Estos viven en instituciones con incertidumbre, con una dependencia generalizada, en tanto no son libres de elegir sus propias ingestas, sus lugares para el descanso, sufren de limitaciones para llevar adelante salidas, y, en la gran mayoría de los casos, las salidas le son privadas si no ha medida una autorización de un familiar o adulto a cargo. Estas situaciones son avaladas por las políticas institucionales y la sociedad en general. Si mencionamos la institucionalización como decisión ejercida por un familiar sobre los adultos mayores, podemos sostener que a la vulnerabilidad se le suma la predisposición y actitud de las instituciones que no respetan, tan siquiera tienen en cuenta la opinión del adulto mayor respecto a su propio futuro y su lugar de residencia; cuestión ésta que, con unos pocos años menos, la mirada sociocultural en su vida adulta permitía el acceso a las prestaciones y servicios con propia decisión y autodeterminación.

La “nueva sociedad” percibe esta situación como circunstancias naturalizadas, en donde el adulto mayor no tiene cabida en las decisiones. Según Pécaut: “La opinión pública no está en mejor situación, pues sólo reacciona frente

al acontecimiento cuando éste reviste una dimensión simbólica mayor. Y aún, esos acontecimientos se olvidan rápidamente pues, unos reemplazan a los otros. Además la emoción se agota. Fuera de estos momentos fuertes, la opinión apenas se manifiesta” (Pécaut, 2002:224). Los propios adultos mayores, continúan buscando la sensación de estar entre los ciudadanos con libertad de determinación dentro de su ilusión de igualdad.

Observamos en estas situaciones un importante debilitamiento de las solidaridades, a menudo reducidas a algunas personas muy cercanas, y un eventual repliegue en las estrategias individuales que constituyen otras modalidades del no lugar. El sujeto mismo se ubica en posición de no lugar (Pécaut, 2002:240). Podemos inferir una comparación del grupo de los adultos mayores, en la exposición de Pécaut cuando habla de los “desplazados”, refiriéndose a que constituyen un problema social y político. En tanto, la coyuntura económica actual no permite una pronta solución y la coyuntura política tampoco ofrece soluciones (Pécaut, 2002:276).

Por otra parte, el impacto de las tecnologías de la información y de la comunicación ha sido sorpresivo para el grupo mencionado, dado que, si bien “[...] se observan esfuerzos por parte de las propias entidades o servicios públicos para poner a disposición a través de la red, una amplia información sobre las prestaciones que ofrecen o los derechos que pueden ejercer, así como una explícita presentación de quien es responsable de qué, y cómo localizar a los distintos empleados o supervisores de cada proceso o servicio” (Subirats, 2002:10). La mayoría no accede a esto por diversas razones: falta de medios económicos, ignorancia cibernética, desconocimiento de la disponibilidad del recurso y encontrarse en una institución de larga estadía. Las generaciones de adultos mayores, en su mayoría, se pueden excluir de la influencia de “[...] que la televisión está produciendo una permutación, una metamorfosis, que revierte en la naturaleza misma del *homo sapiens*. La televisión no es sólo instrumento de comunicación; es también, a la vez, *paideía* [...] que genera un nuevo tipo de ser humano” (Sartori, 2005:36).

Ellos, han nacido y crecido con la radio, la oralidad, el lenguaje escrito y si bien, han alcanzado la era de la televisión e internet, su elección continúa siendo aquello que consumieron en el pasado. Las nuevas tecnologías, principalmente internet, les genera incertidumbre, inseguridad y hasta rechazo; no pudiendo incorporarlo a la cotidianidad. Aunque cabe mencionar, que algunos han adoptado rutinariamente programas televisivos, aduciendo su soledad y la transformación del aparato como “compañía”.

1.3. La pirámide poblacional silenciosamente invertida

1.3.1. Impacto a nivel mundial y continental

El mundo crece cuantitativamente de manera multifacética, paulatina e ineludiblemente. El final del siglo XX y los comienzos del siglo XXI lo demuestran sugestivamente. Por ende, se han producido cambios en la estructura por edades de la población mundial lo que nos enfrenta a un reto demográfico que ha tenido connotaciones de logros por un lado, a partir de los avances científicos, médicos y sociales. En otro aspecto conforma un desafío en torno a los efectos que produce sobre las estructuras familiares, sociales, económicas, de asistencia sanitaria entre otras (Huenchuan 2004; OISS, 2006; OMS, 2012; Rodríguez Figueroa, 2015).

Al focalizar en una mirada sobre los adultos mayores, nos motiva a reflexionar sobre el relevante lugar del envejecimiento en la actualidad. La proporción de la población mayor se incrementa progresivamente en relación con la población económicamente activa (jóvenes de 0 a 15 años), lo que se ha traducido en un fenómeno de dimensiones cada vez más importantes y preocupantes a la vez (Sánchez Salgado, 1990; 2010; Huenchuan, 2004; Arias, 2004; CELADE, 2006; CEPAL/UNFPA, 2012; OMS, 2012; Roqué & Fassio, 2012).

Los factores decisivos e influyentes en este fenómeno son, la disminución de la fecundidad, el descenso de la mortalidad y las migraciones. Este último en aquellos países en donde la población joven migra hacia otras zonas y los adultos mayores quedan en su lugar de residencia. También ocurre en aquellos casos donde los migrantes se asientan sin realizar movilidad y a posteriori encontraremos una población migrante envejecida (Sánchez Salgado, 1990; Roqué & Fassio, 2012). Sánchez Salgado (1990) hace mención al descenso de la mortalidad como cuestión que afecta la estructura de la población mayor y altera los patrones de causas de muerte de toda la población.

Por otra parte, la convergencia de los avances científicos y tecnológicos, los adelantos de la medicina y la elaboración de nuevos fármacos, han redundado en importantes transformaciones a lo largo del último siglo. Esto produjo la prolongación de la expectativa de vida y un mayor control de la natalidad. Así, observamos un acelerado y constante proceso de envejecimiento poblacional mundial. Se profundiza esta situación con los cambios en el estilo de vida en la adultez y vejez como son la alimentación, la inclusión del deporte, la llegada de programas de prevención y promoción para los adultos mayores y la educación formal entre otros (Arias, 2004).

Estimamos que el número de personas de 60 años y más se duplicará en el mundo entre el año 2000 y el 2050, del 11,5 % pasará al 22 % (OMS, 2012). Este aumento significará que para este último año, los mayores superen cuantitativamente a los niños de 15 años. En el año 2011, la población mundial ascendía a 7.000 millones de los cuales 893 millones eran personas mayores de 60 años y se estima para el 2050 un aumento del total a 9.000 millones de personas y unos 2.400 millones de adultos mayores (UNFPA, 2011)¹¹. Rodríguez Figueroa analiza los datos publicados por el Population Reference Bureau¹². Expone que la población de 65 años y más representa el 8% de los 7.2 billones de habitantes del

¹¹ Fondo de Población de las Naciones Unidas. Datos relevados del Informe de la Población Mundial 2011.

¹² Population Reference Bureau (PRB) es una organización privada sin fines de lucro con sede en Estados Unidos. Informa sobre la población, la salud y el medio ambiente a nivel mundial.

Planeta y que este indicador demográfico nos revela una estructura de edad en transición de joven a vieja (Rodríguez Figueroa, 2015).

La situación descripta se traduce en consecuencias económicas, políticas y sociales. Podríamos decir que incluidas en éstas últimas se evidencia un aumento de las demandas de cuidados, entre otras las otorgadas por las Instituciones de larga estadía. Esto implica preparar un escenario acorde a la prestación de un servicio de calidad y bienestar para el adulto mayor. Esta cuestión es neurálgica y, para la cual se intenta mediante la presente investigación, un acercamiento que vislumbre claridad a las interrelaciones intrainstitucionales, que a la fecha han sido muy poco atendidas. La Organización Mundial de la Salud (2012) prevé un aumento de la necesidad de atención de larga duración (atención sanitaria en servicios residenciales, hospitalarios, atención en domicilio, etcétera). Para el 2050 las personas que no pueden valerse por sí, se duplicarán por cuatro en los países en vías de desarrollo.

Las Naciones Unidas abordaron por primera vez el tema de la edad avanzada en el año 1948, cuando nuestro país presentó un proyecto de declaración sobre los derechos de la ancianidad a la Asamblea General. Con el transcurso del tiempo, en el año 1969, el tema resurge, y se continuó su tratamiento en el decenio de 1970 culminando en 1982 con la celebración en Viena de la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. En dicha Asamblea fue aprobado el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, que resultó el primer instrumento de política sobre el tema. El programa de las Naciones Unidas destaca el efecto del mismo sobre la vida familiar y la comunidad. Por otra parte, coordina la formulación de una acción mundial ante ese fenómeno en cooperación con los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales (Huenchuan, 2012; Roque & Fassio, 2012).

En el año 2002 se celebró en Madrid, la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento con el objetivo de implementar políticas que respondan a la realidad demográfica que se presentaba, lo que continuaba afectando y preocupando a todas las naciones. En esta Asamblea se genera un Plan Internacional de Acción. El mismo hace un llamado para el cambio de actitudes

políticas y prácticas a todos los niveles en todos los sectores de manera, que puedan concretarse las enormes posibilidades que brinda el envejecimiento en el siglo XXI. El Plan de Acción constituye un marco de referencia obligado para todos los países del mundo en el desarrollo e implementación de políticas públicas para las personas de sesenta años y más.

A partir de los años 90, los países desarrollados han adaptado y perfeccionado políticas y programas para enfrentar el fenómeno del envejecimiento poblacional. De igual manera, la Argentina y otros países en desarrollo también están realizando la implementación de políticas y diversos programas para poder alcanzar gradualmente la cobertura en la atención de la problemática poblacional que aumenta año tras año. Aunque, en éstos últimos, existen dos factores críticos: el primero es una infraestructura institucional insuficiente para dar cabida al número y la proporción creciente de adultos mayores; y el segundo, la incertidumbre de que la familia pueda seguir prestando a sus ancianos la atención y contención que ameritan.

Decir que “las personas en todo el mundo están viviendo más años” (OMS, 2014; BIRF-AIF, 2014) no es simplemente una frase hecha. Dado que la esperanza de vida¹³ es un indicador que lo demuestra si tomamos los promedios mundiales encontramos que en el lapso entre 2010-2015 el mismo es de 78 años de edad en los países desarrollados y de 68 en los que están en vías de desarrollo y a modo de comparación podemos incluir la proyección del período 2045-2050 que la cifra en años se acercaría a 83 y 74 años respectivamente (UNFPA, 2011).

Otros datos sugestivos, nos revelan la situación demográfica y sus proyecciones en Europa de adultos mayores respecto a los menores de 15 años de edad. La relación es de 170 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años, mientras que en América del Norte es de 113 mayores por cada 100 menores, aproximadamente. La proyección para el 2050 alcanzará a 270 mayores en Europa y a 190 en América del Norte (CEPAL/UNFPA, 2012).

¹³ La esperanza de vida indica la cantidad de años que viviría un recién nacido si los patrones de mortalidad vigentes al momento de su nacimiento no cambian a lo largo de la vida del infante (BIRF-AIF, 2014).

En cuanto a los países mejores clasificados respecto a la expectativa de vida al nacer y la diferenciación por sexo, en el año 2012, en el caso de las mujeres fue de 87 años en Japón y de 85.1 en España, Suiza y Singapur. Respecto a los hombres, fue de 81.2 en Islandia, de 80.7 en Suiza, Australia con 80.5 e Israel con 80.2 (OMS, 2014). Todos los mencionados resultan ser países desarrollados.

En el marco de los países en vías de desarrollo encontramos una esperanza de vida elevada en años. En el período 2010-2015 se evidencia con mayor índice en sexo femenino a Chile (82), Costa Rica (81.6), Cuba (81.2), Panamá y Uruguay (80.5) y el sexo masculino con el promedio más alto Cuba 77.1, Costa Rica con 76.7, Chile 75.8 y Panamá 74.3 (CEPAL-CELADE, 2013). Las fluctuaciones numéricas observables hacen evidente las diferencias respecto al sexo en las expectativas de vida, siendo los índices superiores en el caso de las mujeres cuestión que se mantiene estable independientemente del estado de desarrollo que posean las naciones.

Es notable la divergencia entre la realidad poblacional de los países ricos y los pobres. Esto lo podemos ilustrar con el ejemplo de la esperanza de vida en países como Sierra Leona que es de 45 años; en Botswana de 47; en Mozambique es de 50 años. En cambio, en Japón, Suiza y Francia es de 83 años (BIRF-AIF, 2014). Paradójicamente, de acuerdo a las estadísticas sanitarias anuales de la OMS, los países de bajos ingresos han logrado mayor progreso en este sentido dado que se ha aumentado en 9 años promedio entre 1990 y 2012. Un ejemplo de esto es Liberia de 42 años de edad en 1990 a 62 en 2012 y Etiopía de 45 a 64 años (OMS, 2014).

A continuación veremos un cuadro comparativo de los índices de la población de 60 años y más de los países de América Latina y el Caribe:

	1990	2005	2010	2015	2030	2050
1er.	Uruguay 16,5	Uruguay 17,9	Uruguay 18,5	Cuba 19,6	Cuba 31,4	Cuba 38.4
2do.	Argentina 13	Cuba 15,2	Cuba 17,1	Uruguay 19,1	Chile 23,0	Chile 30.6
3er.	Cuba 12,1	Argentina 14,0	Argentina 14,6	Argentina 15,5	Uruguay 22,3	Brasil 29.5
4to.	Chile 9,0	Chile 11,6	Chile 13,1	Chile 15,0	Costa Rica 19,0	Uruguay 27.8
5to.	Panamá 6,9	Brasil 8,9	Brasil 10,2	Brasil 11,9	Brasil 18,9	Argentina 25.3
6to.	Brasil 6,8	Costa Rica 27,9	Costa Rica 9,5	Costa Rica 11,3	Argentina 18,3	Panamá 23,6

Elaboración propia.

Datos extraídos de: CELADE-División de Población de la CEPAL, revisión 2013

Podemos inferir en cuanto al género de las personas de 60 y más años que, a nivel mundial, no sólo el sexo femenino comporta un número superior que el sexo masculino sino que, al mismo tiempo conforman un aglomerado de más de la mitad de ellas en el mundo. Viven en países en vías de desarrollo, en una proporción de 198 millones comparados con 135 millones de mujeres que habitan en los países desarrollados. Las proyecciones continúan en la misma línea (OMS, 2014).

La realidad de América Latina es algo preocupante y diferencial para cada una de las naciones que la componen. La CEPAL revela que en América Latina se cuenta con los índices más altos de envejecimiento junto a Europa y Asia (CEPAL/UNFPA, 2012). Describe que las actuales cifras resultan engañosas en tanto se tomen como anticipatorias futuristas dado que seguramente el envejecimiento arribará antes que en otras regiones a valores altos y la cantidad de

personas con necesidades a satisfacer sobrepasará todas las expectativas. Cuestión ésta que no encontrará un escenario preparado para tal fin.

Los actuales índices de envejecimiento¹⁴ revelan la situación descripta que se refleja en América Latina y el Caribe. Proporcionalmente en el año 2010 había 36 personas de edad por cada 100 menores de 15 años (CEPAL, 2012).

El siguiente cuadro muestra a los países que poseen más bajo porcentaje de menores de 15 años de edad.

	1990	2005	2010	2015	2030
1er.	Cuba 23,2	Cuba 19,5	Cuba 17,3	Cuba 15,7	Cuba 13,5
2do.	Uruguay 26	Uruguay 23,8	Chile 22,1	Chile 20,6	Chile 17,4
3er.	Chile 30	Chile 24,9	Uruguay 22,5	Uruguay 21,4	Costa Rica Brasil 17,7
4to.	Argentina 30,7	Argentina 26,3	Argentina Costa Rica 24,9	Costa Rica 22,4	Uruguay 19,1
5to.	Brasil 35,3	Brasil 27,6	Brasil 25,5	Brasil 22,9	Argentina 20,8
6to.	Costa Rica 35,8	Costa Rica 27,9		Argentina 23,8	

Elaboración propia.

Datos extraídos de: CELADE-División de Población de la CEPAL, revisión 2013

¹⁴ Índice de envejecimiento: revela la forma en que varía el crecimiento de la población mayor con respecto a la más joven (se obtiene calculando el cociente entre el número de personas de 60 años y más con respecto al de menores de 15 años multiplicándolo por 100); demuestra también la capacidad de renovación de la población, cuanto más alto es su valor, se acentúa el descenso de la capacidad de la población para renovarse (CEPAL, 2011).

Por convención internacional, consideramos a un país con estructura poblacional envejecida cuando el porcentaje de personas de 60 años y más es del 7% o lo supera. Un indicador del proceso de envejecimiento es el índice de envejecimiento. Esto es la relación entre la cantidad de personas mayores y la de niños y jóvenes. A continuación analizamos la demografía Argentina en tanto resulta ser un país envejecido.

1.3.2. La situación Argentina coincidente con el fenómeno demográfico mundial y continental

Adoptamos para la Argentina la edad de sesenta años, como edad cronológica para la entrada en la vejez. Esta edad es confirmada por las Naciones Unidas en la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, en Vienna, en el año 1982. Además, es edad referente para todas las políticas públicas de este país y la región. En la actualidad, la proporción de personas de 60 años y más ha pasado de un 13,4 % en el año 2000 al 14,3 % en la actualidad.¹⁵

Por lo expuesto podemos afirmar que la República Argentina es uno de los países más envejecido de Latinoamérica junto a Uruguay, Cuba y Chile (Sánchez Salgado, 1990; ONU, 2012; BIRF-AIF, 2014). Según los datos del INDEC-Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, el número de personas mayores de 60 años asciende a 5.725.838, y representa un 14,3% de la población total. La proporción de los mayores de 80 años es del 2,4%. La esperanza de vida, en los últimos 50 años ha aumentado casi 20 años, los últimos datos informan que en el año 2012, ya se alcanzó 76 años promedio (BIRF-AIF, 2014).

Si analizamos la situación podemos observar que Argentina se encuentra entre los seis países con más bajo índice de personas entre 0 y 15 años de edad, precedida por Cuba, Uruguay y Chile ocupando el cuarto lugar desde 1990 al 2015. A partir de este año cambia su ubicación al sexto lugar que continuará ocupando conforme a las proyecciones para el 2030. En resumen, la cantidad de

¹⁵ Fuente: INDEC. Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina. 2012.

personas de 60 años por cada 100 menores de 15 años alcanza el 62.7 %, y la esperanza de vida al nacer es de 76 años (CELADE, 2013).

Nuevamente y confluyendo con la situación demográfica de género con el mundo y Latino América, sobre la esperanza de vida al nacer en Argentina y la cuantificación de población por sexo, podemos realizar la siguiente comparación. El período comprendido entre 1990 y 1995 fue de 72.2 años de edad para ambos sexos. Pero si queremos diferenciar y resulta interesante ya que es una constante cuantitativa superior el sexo femenino en la vejez, contaba con un promedio de 75.8 y los hombres con 68.6. Entre el 2010 y el 2015 ascendió a 76.0, encontrando al sexo femenino con 79.8 y al masculino con 72.2. Estimamos para el período 2025-2030 un promedio de 78.3 años de edad, que incluye a las mujeres con 82.0 y a los hombres con 74.4 (CEPAL-CELADE, 2013).

Merece mención especial el crecimiento de la población mayor de 75 años de edad sobre el total de la población mayor de 60. Este es un fenómeno que incluimos dentro del fenómeno del envejecimiento y representa una tendencia marcada y en ascenso que se lo denomina el envejecimiento del envejecimiento. Las personas de 75 años y más, en 1975 componían el 2,3 % de la población total del país, en el año 2000 el 4,1 % y actualmente representan el 4,5 %.¹⁶ Se proyecta que para el 2025 constituya el 5,4% mientras que para el año 2050 se espera sea un 8,4%.¹⁷ En el último Censo Nacional (2010) aparece por primera vez la franja etaria de personas de 90 a 94 años. Los integrantes de estas edades han conformado la presente investigación, inclusive con edad superior, con un rol protagónico en la muestra seleccionada.

Durante el transcurso del año 1950 se podía encontrar a 12 personas activas por cada adulto mayor de 65 años y más. En el año 2011 esta cifra disminuyó a 7 personas activas por cada adulto mayor y la proyección resulta en un continuo descenso, un 2050 con probabilidad de sólo 3 personas activas. (UNFPA, 2014).

¹⁶ Fuente: INDEC. Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina. 2012.

¹⁷ Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. División de Población de la CEPAL. Boletín demográfico N°73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050. CELADE 2004.

Si profundizamos en la franja etaria abordada en el presente estudio conformada por adultos mayores entre 75 y 99 años, podemos observar que en el año 1990 sumaban un total de 3.3%. En el 2005 un 4.4%, en el 2010 un 4.7% y en el presente año 4.9 %. Se proyecta para el 2030 un porcentaje del 6.3. Para visualizar claramente la situación expuesta la ilustramos en el siguiente cuadro:

Total de la población y porcentaje de la franja de adultos mayores estudiados

	1990	2005	2010	2015	2030
Total de la población (en miles)	32.627	38.652	40.370	42.119	46.630
75 y más (porcentaje)	3.3	4.4	4.7	4.9	6.3

Fuente: Elaboración propia.

Datos extraídos de: CELADE-División de Población de la CEPAL, revisión 2013

Respecto de la franja etaria referenciada en la presente investigación, de 75 a 99 años de edad, encontramos una estimación para el presente año de 1.706 (en miles) adultos mayores sobre un total de población de 42.119 (en miles) que habitan en nuestro país. De éstos, 1.341 son de sexo femenino y 365 son masculinos. La proyección para el año 2030 es, de una población de 46.630, 2.419 mayores siendo 1.877 mujeres y 542 hombres (CEPAL-CELADE, 2013).

Evidenciamos un claro proceso de envejecimiento poblacional dado que se ha duplicado la proporción de personas mayores entre 1950 y el año 2000. Esperamos un ascenso notorio, se estima para el año 2050 que una de cada cuatro personas será adulto mayor en tanto que el número de jóvenes disminuirá concomitantemente, será de 9 adultos por cada diez jóvenes (menores de 15 años) (CEPAL-CELADE, 2004; ONU, 2012).

1.3.3. Contextualización de la vejez en el Partido de General Pueyrredon

La ciudad de Mar del Plata, según el censo del año 2001, tenía una población de un 18,3 % mayor de sesenta años, lo que representa una cifra de 103.050 habitantes. En el último censo (2010) la cifra asciende al 19,3 % que se traduce en 119.006 habitantes de un total de 618.989.

Resulta evidente una importante población de personas de edad que ha convertido a la ciudad en un enclave gerontológico. Esta caracterización implica múltiples impactos socio-económicos y políticos que a lo largo del tiempo, se trasunta a nivel cultural en la conformación de imaginarios urbanos, que las perciben como “Ciudades de Viejos”. Destacamos lo expuesto con los datos estadísticos sobre los viejos-viejos, aquellos mayores de 75 años. Estos conforman, en la actualidad, el 6,6 % de la población etaria estudiada. Por el año 1996, Mar del Plata constituía la urbanización con mayor porcentaje de personas de 80 y más años y de 65 y más. Se ubicaba en un tercer lugar, luego de Río Cuarto y Bahía Blanca con personas de 75 años y más y de 60 y más años de edad (Arias, 2004).

El fenómeno se explica por la migración constante hacia esta ciudad, la cual ofrece servicios y prestaciones en una amplia variedad de áreas y niveles: sociales, culturales, en la salud y la educación. Además existe un compartir, entre los mayores, con expectativas de bienestar y actividades de ocio y recreativas promovidas por un imaginario social que influye marcadamente en la elección del lugar de residencia.

La presencia de un proceso migratorio en esta comunidad, se correlaciona con tres factores de tipo estructural. En primer lugar, una oferta destacada en lo referente a áreas que favorecen la calidad de vida. Existe una importante red de servicios socio-sanitarios y culturales dependientes de instituciones estatales y otras privadas. En segundo lugar, un mito acerca de la oferta laboral, que se incrementaba en verano, la cual influía por lo general en la decisión acerca del traslado junto a todo el núcleo familiar. En estos casos, son poblaciones

económica y socialmente desfavorecidas las cuales demandan además, principalmente una red asistencial de apoyo estatal. Otro factor, como mencionamos, es la presencia de un imaginario social el cual se encuentra sostenido en una intensa publicidad consistente en posibilidades y características ofrecidas desde una ciudad turística y con una importante vida social y cultural durante todo el año.

En verdad, vemos dos caras de la misma realidad marplatense respecto de la situación y caracterización de la franja etaria en estudio y sus demandas institucionales. Por un lado, un grupo que demanda recursos institucionales de costos medios y elevados, de acuerdo a su status socio-económico. Por ejemplo este grupo de residentes se radicaron en la ciudad a partir de la posesión de viviendas compradas para veraneo que posteriormente se transformaron en los hogares para pasar su etapa final. Hoy requieren de una institución de larga estadía del orden privado, dado que cuentan con los recursos económicos para solventarla.

Por el otro, un grupo que ha emigrado a esta ciudad pero bajo condiciones muy diferentes, mencionadas anteriormente, como es en búsqueda de trabajo o actividad laboral o remunerativa para lo cual se instalaban en temporadas de verano o en momentos en que la zona portuaria necesitaba de mano de obra. Posteriormente ya se asentaban en forma definitiva o dejaban sus precarias viviendas al cuidado de un adulto mayor residiendo hasta la próxima temporada laboral. Ante esto, la demanda de los establecimientos de larga estadía es del orden público. En la actualidad los recursos institucionales son la Residencia para Mayores “Eva Perón” y la Residencia Protegida Punta Mogotes.

Aquellos adultos mayores que están afiliados al Instituto Nacional de Jubilados y Pensionados (PAMI), y necesitan de una internación geriátrica, tienen la posibilidad de acceder, previa evaluación socio-económica de dicha entidad, con un descuento en su haber previsional.

En referencia a la decisión de institucionalización, cabe hacer mención a una realidad mundial y de impacto local, que tiene relación, en nuestros días, con

la composición de las familias. La familia se ha modificado consistentemente (monoparentales, grupos familiares ensamblados) al igual que la situación socioeconómica al interior de las mismas. La mujer, quien ha ingresado a la fuerza laboral, era quien mantenía la identidad socialmente atribuida y subjetivamente asumida por los integrantes de la familia, de ser considerada cuidadora de la salud (Firevicius & Nouzeilles, 1985; Jelin, 1998). Por ende, era la mujer quien suministraba los cuidados al adulto mayor, en todos los casos en que se requería.

Sus obligaciones laborales actuales ya no le permiten cumplimentar el rol de cuidador. Por ello, en muchos casos, se decide una institucionalización debido a la fragilidad del anciano, o a su estado de deterioro cognitivo o, simplemente, a la alternativa de no quedar durante la jornada diurna en soledad, se decide una. En otros casos, por diferentes circunstancias socioeconómicas algunos grupos familiares se han trasladado a convivir con sus progenitores adultos mayores en las propiedades de éstos últimos. Esto resulta en una dinámica relacional cotidiana de difícil convivencia, jugando un papel importante lo intergeneracional, la redistribución del lugar físico que ocupaba el anciano. En ocasiones se produce hacinación o espacios inadecuados o poco cómodos para cada integrante.

Lo anterior ha llegado a producir que el adulto mayor abandone su hábitat para ingresar en una institución, en donde la organización y el entorno es regulado, formal y, muchas veces impersonal. Se produce el desarraigo y una necesaria adaptación a la nueva situación. En el ambiente institucional la toma de decisiones personales respecto a las actividades cotidianas y las rutinas que se realizaban en el hogar, se traducen en negativas o difíciles de llevar adelante. Se producen cambios en el individuo sobre la percepción del control de los sucesos de la vida cotidiana.

Respecto de la atención en establecimientos de larga estadía, podemos afirmar que la institucionalización -tanto privada como pública- presenta una serie de problemas. Algunos de los cuales pueden ser considerados en el ámbito de la revisión de derechos humanos dado que, en ocasiones la calidad de la atención varía sensiblemente según el propietario, el equipo técnico, la responsabilidad

profesional de quienes los dirigen y, también, en el costo de algunas. Cabe mencionar que investigaciones de diferentes contextos sostienen que la red de apoyo más importante para el adulto mayor la constituye la familia (Sánchez Ayéndez, 1994; Sánchez Salgado, 2005).

En cuanto a la revisión de Derechos Humanos reconocemos una falta de controles que cuenten con profesional de incumbencia geriátrica o gerontológica sobre el funcionamiento de los geriátricos en la ciudad y en todo el territorio nacional. Esto, no sólo en lo que respecta a infraestructura y personal sino también en lo referido al tipo de atención brindada y la concepción con que se orienta el trabajo con los ancianos. Muchos establecimientos entre sus funciones sólo se limitan a «mantener» al anciano sin proporcionarle calidad de atención específica y personalizada. Aún, en la ciudad de Mar del Plata, el contralor de geriátricos y pequeños hogares¹⁸ lo realizaban agentes del área de tercera edad de la Dirección de Adultos Mayores, por cuestiones diversas. En el año 2009, el control lo lleva a cabo Inspección General de la Municipalidad, dentro del marco general de inspecciones a comercios y empresas.

Hemos visto a través del presente capítulo, el panorama mundial del envejecimiento poblacional, partiendo de la globalización y su influencia sobre la vejez. También se ha reseñado, la situación imperante y preocupante a la vez de las naciones de América Latina y de la República Argentina en donde se cruza el logro del aumento de la esperanza de vida con las dificultades que presentan los países en desarrollo para enfrentar la problemática del envejecimiento poblacional.

Podemos concluir que las personas de todas las naciones están viviendo más años y esta cuestión demográfica del envejecimiento se encuentra transversalizada por las diferentes realidades que vivencian los países desarrollados de aquellos que se encuentran en vías del desarrollo. Además se evidencia el género como decisivo a la hora de cuantificar los adultos mayores.

¹⁸ Pequeños Hogares: Vivienda en donde conviven hasta cuatro adultos mayores autoválidos con una familia que contiene y atiende sus necesidades. Ordenanza Municipal 4751/80.

Encontramos una pirámide poblacional invertida que nos vislumbra preocupación y ocupación a la vez, dado que se ha de trabajar política y conjuntamente a nivel mundial, continental, nacional y local en pos de afrontar el fenómeno descrito. La vejez es un proceso que se lleva adentro activamente. Toda la sociedad ha de tener en cuenta que la mayoría llegará a viejo, por lo cual, se tendría que responsabilizar y revisar la calidad de prestación y servicios que reciben los adultos mayores institucionalizados.

Veremos en el próximo capítulo las conceptualizaciones sobre la vejez y el envejecimiento; sobre las ciencias como la Geriatria y la Gerontología. Además de los aportes que hacen las distintas teorías biológicas, psicológicas y sociales sobre el proceso de envejecer y los tipos de envejecimiento.

Capítulo II

MIRADAS EN TORNO DE LA VEJEZ

2.1. Introducción

En este segundo Capítulo intentamos ofrecer una visión general sobre las concepciones de la vejez y el envejecimiento, vislumbrando al primero como un estado que comienza en un momento dentro del ciclo de la vida, y el segundo que presenta su inicio al empezar la vida. Pretendemos además, diferenciar aquellas definiciones cronológicas de los procesos de construcción social del concepto. Se analizan las influencias de las ciencias que dieron origen al envejecimiento, la Gerontología y la Geriatria como disciplinas específicas. También se ofrece un repaso por aquellas aproximaciones teóricas que sustentan una mejor comprensión de la vejez y el envejecimiento entre las cuales se incluyen las biológicas, las sociales y las psicológicas. Se hace un análisis del proceso de envejecer con la presencia de la multidisciplinariedad desde donde exponemos las diferentes teorías que se aproximan a dar cuenta de sus causas y características. Lejos de llevar adelante un examen exhaustivo de cada una de ellas, planteamos una revisión en función de aportar el lineamiento teórico necesario para comprender el origen de la presente investigación.

Las teorías biológicas presentadas son aquellas que hacen referencia a los cambios que se producen en la apariencia física, la declinación gradual del vigor y la pérdida de la habilidad física. Hacemos mención a las teorías sociales que se vinculan a las condiciones de vida, los roles, estereotipos y los aspectos generales relacionados al contexto social que lo condiciona. Finalmente las teorías psicológicas presentadas son aquellas asociadas con los procesos sensoriales, destrezas motoras, inteligencia, habilidad para resolver los problemas, entendimiento, procesos de aprendizaje y emociones, los que también sufren modificaciones y están en estrecha relación con los aspectos biológicos y con el ambiente social del individuo.

Planteamos que las teorías biológicas, las perspectivas psicológicas y las sociológicas en tanto abordan varios aspectos del comportamiento humano relacionando las aptitudes, expectativas, motivación, autoimagen, roles sociales,

personalidad y ajustes psicológicos a la vejez, están a su vez relacionadas entre sí. Las mismas, vinculan la representación social que el proceso de envejecer simboliza para la sociedad y la influencia que los individuos ejercen sobre ella, tomando en consideración al individuo, su entorno, la comunidad, la economía, la salud y las políticas sociales. Estas son cuestiones coincidentes con el lineamiento teórico de la investigación.

La Teoría ecológica con su perspectiva del ciclo vital denominada enfoque del ciclo vital, cuyo portavoz ha sido Baltes (1983), es otro componente fundamental teórico de este trabajo. La misma profundiza en el individuo a lo largo de su vida, reconoce una multidimensionalidad, cambios permanentes, plasticidad y toma en cuenta los contextos sociales, históricos y culturales desde donde resulta interesante el acceso al estudio de las interacciones (sección 2.3.3.b. y 2.3.3.b.1). Además discutiremos sobre las conceptualizaciones de acuerdo al tipo de envejecimiento (sección 2.5.), aquel envejecimiento natural o normal que incorpora a los sujetos adultos autónomos y el envejecimiento con alternaciones que engloba a aquellas personas mayores que padecen un proceso de demencia.

2.2. Dilucidando los conceptos sobre envejecimiento y vejez

Una investigación que se focalice en el estudio de personas mayores ha de definir las manifestaciones que de los términos vejez y envejecimiento se explicitan. Si bien, son términos que se contienen; el primero es de orden socio cultural, determinado y definido por cada cultura y sociedad en un contexto temporal e histórico, y se encuentra ligado al interior del segundo. El segundo, es del orden biológico en donde vislumbramos un proceso de continuidad, de evolución, de carácter permanente y universal que comienza con el nacimiento. De acuerdo con Fernández Ballesteros, “se producen unos patrones de cambio y de estabilidad así como de desarrollo y declive” (Fernández Ballesteros, Moya Fresneda, Iñiguez Martínez & Zamarrón, 2003).

El intento de definir los conceptos de vejez y envejecimiento nos introduce en un abanico complejo de dimensiones, teorías, disciplinas que de acuerdo a la lupa con que se observe resultarán conceptualizaciones biológicas, sociales, psicológicas, culturales, históricas y hasta algunos estereotipos y acercamientos peyorativos. Durante años los intentos de encontrar una definición se inclinaron en la búsqueda generalizada y universal, en tanto las variantes individuales y los cambios que se producen no se tenían en cuenta. El homogeneizar estos términos a partir de las ciencias con afirmaciones reduccionistas, las caracterizaciones de este grupo resultaría en asumir determinantes que mermen la impronta subjetiva de los diferentes fenómenos de la experiencia del individuo.

Con el avance y el acercamiento de la ciencia a esta temática, en la última década conocimos fundantes variantes que el individuo desarrolla durante su vida en todos los ámbitos y que, en la última etapa, la vejez, es donde se encuentra la diversidad. Subyacen tantas vejezes como personas mayores habitan el planeta.

Iniciar este análisis desde esta perspectiva nos permite acceder a la comprensión de la vejez ligándola a la realidad social que la connota. El aumento cuantitativo de personas mayores responde tanto a causales como circunstancias mundiales. Las mismas implican el aumento de las expectativas de vida por múltiples razones como son los avances tecnológicos y científicos que concatenan las disminuciones de las tasas de mortalidad, un estilo de vida diferente, unido a una importante reducción de la natalidad.

En la conceptualización de la vejez realizamos un acercamiento de la persona a su desarrollo, el cual lleva adelante en el transcurrir de sus ciclos vitales. Tomamos en cuenta su sentido dinámico y la dependencia de las etapas previas, de las características socioeconómicas, socioculturales, biodemográficas, sociofamiliares y psicosociales (Zetina Lozano, 1999:25). El envejecimiento se construye colectivamente desde la sociedad, la cultura y el momento histórico. Se construye, singularmente desde las características del individuo a nivel biológico con la disminución de potenciales y un paulatino declive con la edad, pero también desde las variantes psicológicas y sociales. El envejecer podemos vincularlo a un incremento o a una deducción de sus potenciales lo que revelará la

impronta personal al modo en que cada cual lo desarrolla. La vejez, así entendida será el espejismo de una etapa de pérdidas y ganancias con una variación en las manifestaciones singulares e interpersonales lo que da cuenta de la complejidad y el respeto meritorio a su abordaje. De esta manera, consideramos a los cambios multidimensionales y la multidireccionalidad, como las características de cada persona o de cada grupo, confluyendo en lo insoslayable que resulta la experiencia, el propio historial, los contextos en que se produce (sociales, educativos) que van a integrar las variables decisivas (Izquierdo, 2005).

El abordaje científico de la vejez y el envejecimiento tiene sus raíces en la Gerontología y la Geriatria. En la actualidad se han desplegado en abordajes específicos dentro de ellas como son la gerontología social, gerontagogía y otras. El mencionar el término gerontología implica su búsqueda etimológica. Esta emerge del griego, geron=viejo y logos=estudio. Parece que el término gerontocracia, con el que se describía en Grecia antigua al gobierno controlado por los ancianos pudiera haber sido el término precursor.

No podemos evitar recordar al austríaco Ignatius Nascher (1863-1944), quien acuñó el término geriatría y a quien se le considera el padre de la misma. Nascher definió a la geriatría como la rama de la medicina que estudia los aspectos clínicos, preventivos, terapéuticos y sociales del anciano en situación de salud o de enfermedad. Lo expuso en su obra de 1907 titulada “Geriatría, las enfermedades de los ancianos y su tratamiento”; donde consideró que la enfermedad y la atención médica de las personas mayores han de poseer una especialidad independiente. Anteriormente y por el año 1903, Michel Elie Metchnikoff (1845-1916) sociólogo y biólogo ruso había propuesto a la Gerontología como ciencia, dado que se evidenciaban importantes modificaciones en el curso del último período de la vida. Podemos entender que en forma conjunta, la gerontología y la geriatría, acceden al estudio de la vejez y el envejecimiento.

Durante largo tiempo se ha asociado y limitado a la Geriatria, todos los aspectos relacionados con los adultos mayores, entendida ésta como la rama de la medicina que se encarga del estudio terapéutico, clínico y preventivo de la salud y

enfermedades de los ancianos (Sociedad Británica de Geriatria, 1940). Tomando sólo en consideración la obvia impronta patológica y de la enfermedad, no se ha dado lugar a los aspectos psicosociales y fisiológicos. Con el correr de los tiempos y a fines de siglo pasado se comenzaron a visualizar los aspectos mencionados como influyentes y determinantes en las concepciones del envejecimiento y vejez. La Gerontología, en la actualidad conforma la ciencia del orden pluridisciplinar que mantiene como objetivo el otorgar explicaciones sobre el envejecimiento desde las diferentes especialidades biológicas, psicológicas y sociales e intentan entender el fenómeno y la influencia del mismo sobre el individuo, la sociedad y las instituciones. Planteamos de esta manera que es una ciencia más abarcadora.

La sociedad contemporánea establece marcadores sociales, que actúan como principios ordenadores tomando como referencia la edad. Podemos decir que se aborda desde una definición cronológica de la vejez. Estos marcadores se imponen en la vida de un sujeto de acuerdo a la sociedad en la que está inmerso. Por ejemplo, en consonancia con la declaración de las Naciones Unidas¹⁹, en aquellos países desarrollados la edad cronológica que se toma como referente de pertenencia al grupo de adultos mayores, es de 65 años de edad, en cambio en nuestro país y los demás que se encuentran en vías de desarrollo es de 60 años. De todos modos, hacer espacio sólo a esta realidad no permite entender la vejez dado que nos estaría limitando sólo al aspecto cronológico, sin visualizar la constitución de su realidad multifacética en donde subyacen aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

La edad cronológica observada, está relacionada con el aspecto biológico y sus manifestaciones se expresan por trastornos funcionales. Conforme a este criterio el individuo modifica su posición en la sociedad y lo visualizamos con una mayor presencia en el aspecto laboral. En estrecha vinculación encontramos la edad fisiológica, interpretada por la pérdida de capacidad funcional y disminución gradual del tono muscular, la densidad ósea y la fuerza. Por último, la edad social correlaciona con las conductas y actitudes que manifiestan los

¹⁹ Adoptada por Naciones Unidas en la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, VIENNA 1982.

individuos y que se encuadran a la edad cronológica determinada (Arber & Ginn, 1995). Por lo anterior es que afirmamos que la edad de la vejez es una construcción social e histórica. El modelo cultural define así a los procesos biológicos que le caracterizan, conforma una categoría social construida desde lo biológico y en relación con las percepciones subjetivas, lo que el individuo siente y los años que se le atribuyen (Arber & Ginn, 1995). Por lo tanto, podemos considerar a la vejez como una construcción social y cultural, heterogénea y ambivalente. Aunque admitimos que la misma tiene una determinación insoslayable e innegable de los factores biológicos y/o psicológicos, que implican la pérdida de ciertas capacidades funcionales e instrumentales respecto a la autonomía y la independencia. En tanto, incluye la percepción que el individuo y la misma sociedad tienen respecto a los cambios que en este proceso suceden, lo que determinará el acontecer de los adultos mayores y la respuesta que la sociedad conceda.

Ponemos aquí en juego la determinación de la sociedad en cuanto a la categoría de adulto mayor por el promedio de años vividos y de su calidad de vida. En ocasiones, los adultos mayores no padecen dolencias físicas que los haga dependientes sino que se los categoriza socialmente e inciden en comportamientos que lleva a la sociedad a visualizarlos con una imagen negativa. A raíz de lo anterior, es que predominan estereotipos negativos que generalizan a la población y los estigmatiza, individual y grupalmente. Simone de Beauvoir establece al respecto:

“El joven teme esa máquina que va a atraparlo, trata a veces de defenderse a pedradas; el viejo, rechazado por ella, agotado, desnudo, no tiene más que ojos para llorar. Entre los dos la máquina gira, trituradora de hombres que se dejan triturar porque no imaginan siquiera que puedan escapar. Cuando se ha comprendido lo que es la condición de los viejos no es posible conformarse con reclamar una “política de la vejez” más generosa, un aumento de las pensiones, alojamientos sanos, ocios organizados. Todo el sistema es

lo que está en juego y la reivindicación no puede sino ser radical: cambiar la vida” (Beauvoir, 1983: 642).

Coincidimos con Simone de Beauvoir (1983) cuando señala que: "la vejez sólo puede ser entendida en totalidad, dado que no es un hecho biológico, sino un hecho cultural". Mirar a la vejez desde esta perspectiva nos permitirá abordarla desde la multiplicidad de caracteres que de ellos se compone. Esto es, observar al envejecimiento como un proceso natural e individual que se encuentra transversalizado por términos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Es así el reconocimiento a la participación en este proceso de variables interdependientes y secuenciales que se relaciona con los diferentes sucesos, en los que están presentes el ciclo biológico, el tiempo cronológico, el ciclo de vida familiar y el ciclo del cambio social e histórico. Todo el proceso es diferencial (Zetina Lozano, 1999:26). Este proceso, distintivo en cada uno será internalizado y vivido de tantas formas como personas mayores pueblen el planeta.

De acuerdo con Coria Balanzat (2006), el envejecimiento no tiene un marcador biológico que lo determine, ni dispone de un patrón concreto que señale su punto de partida. Se conocen múltiples marcadores biológicos que participan en el envejecimiento, pero no hay una línea divisoria nítida entre normalidad y patología. Por esto, su enfoque y tratamiento ha de hacerse en su globalidad y contemplarse en toda su magnitud. Por otra parte, en el proceso de envejecimiento, el control del deterioro de las facultades intelectuales, hecho común a la vejez, ocupa cada vez un papel más relevante sin que ello deba considerarse una enfermedad. Su puesta en escena tiene un carácter dimensional, incrementándose con el paso de los años. Este deterioro se manifiesta con un amplio abanico sintomático que va desde el enlentecimiento de las capacidades ejecutivas hasta alcanzar su máxima expresión en la demencia.

La vejez como proceso dinámico y heterogéneo en la vida del hombre, posee una mirada desde una perspectiva social. Es un período cada vez más amplio del desarrollo de la persona, en el que existe una capacidad de respuesta y de adaptación, tanto al déficit psicosomático que aparece, como a los nuevos

patrones sociales y en el que concurren múltiples factores que pueden modificar y alterar su curso natural.

El proceso de envejecimiento nos permite una mirada desde un enfoque multidimensional e integral. A partir de los aspectos biológicos prestamos atención, a los cambios en los órganos; los aspectos psicológicos o psíquicos, toman en cuenta lo psicoafectivo y cognoscitivo que se ve afectado por los distintos cambios y la crisis de la etapa de la vida. Y en lo social, se atiende el rol desempeñado por el adulto mayor dentro de la sociedad.

Por otra parte, tendremos presente como lineamiento del trabajo que nos convoca que la prolongación de la vida permite, en muchos casos, el disfrute de un período en el que diferentes capacidades y posibilidades de los adultos mayores pueden constituir integraciones beneficiosas para el entorno familiar y social. En tanto, la calidad de vida y el bienestar de los adultos mayores varían de acuerdo a la diversidad de situaciones personales, familiares y sociales.

De esta manera y en función de lo que nos convoca, definiremos al proceso de envejecimiento, conforme a los autores que preceden. Huenchuán (2003:16) nos refiere al mismo como: “el modo en que que los individuos se transforman con el correr del tiempo, dependiendo este proceso de la interacción compleja de fuerzas biológicas; alude a la posición del individuo en cuanto a la duración de su vida y con los procesos que la limitan y condicionan; corresponde a fuerzas psicológicas que están relacionadas a la sensación de sentirse viejo y ambientales o sociales, relacionadas con la posición del individuo en cuanto a las normas y roles de su grupo o de su sociedad, aquí se entre mezclan la vejez biológica, cronológica y psicológica pero no están definidas por éstas”.

Respecto de la vejez podemos concluir que es una etapa de la vida espejada en un funcionamiento biológico, psicológico y cultural que la determina, en donde se producen ganancias y pérdidas. Aspectos del funcionamiento psicológico que poseen base biológica producen un declive mientras que en otras funciones intelectuales (ligadas a la trasmisión cultural) no lo hacen, por el

contrario se incrementan, al menos hasta los sesenta (Fernández Ballesteros et al., 2003:24).

2.3. El envejecimiento a la luz de las teorías

Con el devenir del tiempo y los sucesivos y actuales avances en los estudios e investigaciones médicas, psicológicas y sociales se ha provocado una variedad de teorías sobre la temática. Presentamos a continuación una descripción de las principales teorías que han abordado el estudio del envejecimiento como proceso y como etapas. En primer lugar se exhiben las teorías biológicas y posteriormente, las teorías tanto psicológicas como sociológicas. Dado que, a éstas últimas las podemos hallar en una interacción constante, siguiendo a José Bleger (2006) en su análisis de la conducta: “[...] la conducta de un ser humano o de un grupo está siempre en función de las relaciones y condiciones interactuantes en cada momento dado”. Por ello es que otorgamos una mirada psicosocial que intenta integrar ambos enfoques con una visión global. De este modo, pretende visualizar la forma en que los adultos mayores intentan adaptarse al envejecimiento desde la influencia de los factores ambientales y la personalidad, por un lado, y la percepción y connotación de la sociedad por el otro. Ambos influirán directamente en los cambios que se producirán durante este proceso. Si bien las teorías psicológicas pretenden explicar estos cambios que se producen en las personas en sus conductas, carácter y personalidad, se encuentran ligados estrechamente los cambios a nivel sociológico, su estilo de vida, las condiciones que les ofrece la sociedad, etcétera.

Otorgamos particular atención a una de las teorías ecológicas, *la teoría del ciclo vital* (Neugarten, 1999; Baltes, 1983) con el objetivo de ser el soporte del presente trabajo en cuanto al problema de investigación. Esta teoría permite un abordaje holístico en donde convergen diversos pensamientos, especialmente el sociológico y el psicológico, logrando una dimensión psicosocial, que enfoca su análisis a nivel micro y macro social, incluyendo la población y los individuos a

lo largo del tiempo (Bengtson, Burgess & Parrot, 1997; Cardona Arango & Pelaez, 2012).

2.3.1. Teorías biológicas.

El envejecimiento biológico no ocurre en todos los individuos de igual forma. Los diferentes sistemas del organismo no envejecen de la misma manera, algunos experimentan una pérdida mayor de funciones que otros. Los biólogos se refieren a este proceso como senectud o senescencia (envejecimiento biológico normal). La senectud es el período de la vida en el que las personas se tornan más susceptibles a enfermedades o muerte. Se puede definir como el conjunto de cambios estructurales y funcionales que experimenta un organismo como resultado del transcurso del tiempo (Sánchez Salgado, 2005).

Estas teorías pretenden otorgar una explicación del envejecimiento haciendo hincapié en el declive del funcionamiento corporal, se ocupan del envejecimiento de los órganos, los sistemas y los componentes anatomofisiológicos. Desde la perspectiva elegida para el presente estudio, que mantiene una dimensión psicosocial, la diferenciamos de las que se describen a continuación, en tanto éstas sostienen que luego de una etapa de desarrollo proviene una de madurez y acaba con una involución. Estas teorías sostienen que una etapa de desarrollo puede mantenerse hasta el final, sucediéndose momentos de estabilidad, declive y recuperación. El deterioro se puede llegar a presentar ante algún problema patológico que afecte a nivel psicológico al individuo que va haciendo referencia a un declive funcional. La diferencia radica en explicar el envejecimiento desde las causas y su dificultad para definir y comprender el fenómeno con las características implícitas en él que afectan al ciclo vital del individuo en una sociedad que se encuentra en constante cambio y un ser que mantiene diferencias en su individualidad.

Dentro de las perspectivas biológicas coexisten diversas teorías y podemos

diferenciar en dos categorías, las estocásticas y las no estocásticas (Goldstein & Reichel, 1981).

2.3.1. a. Teorías estocásticas

Las teorías estocásticas, contemplan el envejecimiento como la acumulación de daño que se produce en el organismo, la sumatoria de alteraciones que van surgiendo en forma aleatoria y a lo largo del tiempo. A su vez, se encuentran otras teorías entre las que se destacan principalmente la *teoría del desgaste natural*, que sostiene que los cuerpos envejecen por el uso continuado, que la vejez es el resultado de agravios acumulados en el cuerpo. Cada organismo, compuesto por partes irremplazables, sufre el daño en las partes vitales y esto lo llevaría a la muerte de células, tejidos, órganos y al organismo propiamente dicho (Papalia & Wendkos, 1998). La *teoría de los radicales libres* postula que el envejecimiento sería el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los procesos celulares y tejidos por los radicales libres (Harman, 1956).

2.3.1. b. Teorías no estocásticas

Las teorías no estocásticas, consideran que el envejecimiento está programado genéticamente. Esto es predeterminado, como la continuación del desarrollo y diferenciación, que correspondería a la última etapa incluida en la secuencia de eventos codificados en el genoma. También son denominadas como *teorías programadas*, englobarían los fenómenos que describimos por medio de un número limitado de variables conocidas que evolucionan de la misma manera en cada reproducción del fenómeno. Es decir, cada uno tiene sus propios patrones de envejecimiento y expectativa de vida, y es determinado e innato. Otra teoría dentro de éstas es la *Teoría del marcapasos* (Reloj del envejecimiento para

Burnet, 1970). Esta infiere que los sistemas inmune y neuroendocrino serían los “marcadores” intrínsecos del envejecimiento. Su involución estaría determinada genéticamente y ocurriría en momentos específicos de la vida. El último juega un rol importante ya que al modificarse la función de los linfocitos T, disminuye la inmunidad y aumenta, por ejemplo, la frecuencia de cánceres. Sostiene Burnet (1982) que la diversidad genética del hombre se relaciona más que cualquier otro factor con el tiempo de vida, en el envejecimiento y en la patología de la muerte. Finalmente la *teoría genética* subraya al factor genético como un determinante en el proceso de envejecer, si bien no se conocen los mecanismos involucrados, sí marca que cada especie tiene un código de longevidad.

2.3.2. Teorías Sociológicas

Las tradiciones teóricas sobre las que se construyeron las primeras teorías sociales del envejecimiento son el interaccionismo simbólico (Mead, 1863-1931; Blumer, 1939; Cooley, 1902 y Thomas, 1928) y el funcionalismo estructural (Durkheim, 1895 y Parsons, 1951). El interaccionismo simbólico pone su inscripción y destaca aquí las interacciones sociales de las personas y su participación activa en las mismas. Sostiene que la interacción de los factores como el ambiente, la persona y sus encuentros sociales afectan al proceso de envejecimiento (Sánchez Salgado, 2010).

Al profundizar sobre el envejecimiento, las perspectivas sociales evidencian cuestiones como la condicionalidad de la edad cronológica. Esta es sin duda la edad estipulada, de acuerdo al sexo, para el retiro laboral y su consecuente haber previsional. El ingreso a la franja etaria tiene íntima y directa relación con el proceso productivo, establecido jurídicamente por la seguridad social tanto en el caso de la Argentina como de otros países (Oddone, 2013). Al envejecer la persona sufre y padece una serie de pérdidas (sociales, motoras, sensoriales) que paulatinamente reducen su autonomía y competencia.

Gognalons (1994) establece que las perspectivas teóricas de las ciencias sociales y humanas sobre el envejecimiento, han ido evolucionando desde los años cincuenta en adelante. Se las puede diferenciar en primera, segunda y tercera generación. La *primera generación*, son teorías adaptativas en donde se encuadran las teorías de la desvinculación, la de la actividad, la de la continuidad, la de la subcultura y la del medio social, que estudian la capacidad de interacción del individuo con su medio social. En la *segunda generación* se encuentran las teorías estructurales, representada por las teorías de la modernización y de la economía política. Estas analizan los componentes estructurales, la influencia de la organización social sobre el envejecimiento sobre las distintas cohortes de las personas que envejecen. Este enfoque corrige el individualismo de las teorías anteriores e incluye la dimensión política y ha recibido críticas por otorgar escasa atención a los micro procesos, al cambio y a las oportunidades y enfatiza en los factores estructurales (Satorres Pons, 2013). La *tercera generación*, aglutina la teoría de economía moral, de desarrollo y del ciclo de vida, reconcilia las posturas individualistas con las estructurales en donde se pone énfasis en el cambio y las oportunidades.

Huenchuan Navarro & Rodríguez Piñero (2010), exponen que desde la sociología del envejecimiento se ha puesto énfasis en la interpretación de la realidad de los mayores y para lo cual se elaboraron las siguientes interpretaciones teóricas: la teoría funcionalista del envejecimiento, la teoría de la economía política en la vejez y la teoría de la dependencia estructurada.

Consideramos que el exponer todas y cada una de las teorías o perspectivas que a lo largo del tiempo han surgido resultaría inoportuno y que no es el objeto que nos convoca. Por lo tanto, repasaremos aquellas de mayor relevancia y que ilustran las miradas de las ciencias sociales sobre el envejecer.

La perspectiva del Funcionalismo²⁰ tuvo su auge en las décadas sesenta y setenta del siglo pasado y entiende que la comprensión del equilibrio necesario en

²⁰ Críticos a esta teoría funcionalista del envejecimiento como describe Bury (1995), sostienen que conciben el envejecimiento como herramienta ideológica que fundamentan sobre la problemática de la población que envejece y los consideran como improductivas o no comprometidas con la

el sistema social logra comprender el comportamiento social. Tanto el control social como la socialización son los mecanismos que permiten al sistema social mantener su equilibrio. Cada individuo se convierte en parte de ese orden social en tanto satisface las necesidades del sistema. De esta manera funciona eficientemente la sociedad con la conformidad y consenso como principales elementos del orden social (Sánchez Salgado, 2010).

La teoría de la desvinculación, desde el funcionalismo estructural, teoría de la separación o retraimiento (Sánchez Salgado, 2010) que formulan Cumming & Henry (1961), surge como reacción a la teoría de la actividad y postula un progresivo distanciamiento de las personas que envejecen de sus responsabilidades. Las personas se alejan de sus actividades y compromisos y, a su vez la sociedad presiona en el mismo sentido, se cambian los lazos entre el individuo y la sociedad en forma cualitativa. Desde la perspectiva social esta teoría revela, por una parte evitar que impacte en el sistema la desaparición del individuo y por la otra, que contribuyamos a la capacidad de evolución de la sociedad que otorgue lugar a los jóvenes en los desarrollos laborales.

Las críticas a esta teoría refieren que sería una reestructuración cualitativa dado que se producen cambios en la participación y la vinculación y la importancia de los componentes individuales que determinarán cuanto será más feliz alguien con su retiro de la vida social y otro continuando activo e integrado a la misma. Además, sostiene que encuentra la separación social más vinculada a una mala salud, a la viudez, a la jubilación o al empobrecimiento, que a la edad. Muchos individuos continúan siendo activos y ejercen funciones sociales, que la desvinculación no ha de ser una opción irreversible, que subestima la necesidad de interacciones sociales (Neugarten, Havighurst & Tobin, 1961; Bazo, 1992; Papalia & Wendkos, 1998; Ortiz de la Huerta, 2005). A su vez, Salvarezza (1998) sostiene que la felicidad de los adultos mayores está relacionada con la adherencia a los objetos personales y, que las actividades que no pueda continuar realizando, las sustituiría.

sociedad y que se insiste en una adaptación personal del sujeto corriéndose el riesgo de que se desarrolle un egocentrismo y aislamiento progresivo (En Huenchuan Navarro & Rodríguez Piñero, 2010).

En *la Teoría de la modernización*²¹ (Cowgill & Holmes, 1972) confluyen factores sociales y culturales (Mishara & Riedel, 2000). Supone que la posición de prestigio de la persona mayor se relaciona en forma inversa con el nivel de industrialización de la sociedad. Por ejemplo, en las sociedades tradicionales, el anciano era reconocido por su sabiduría y experiencia y en la actualidad se encuentra desplazado (Sánchez Salgado, 2010).

La Teoría de la estratificación por edad es ubicada por Sánchez Salgado (2010) dentro de las teorías estructuralistas-funcionalistas. Exponen Riley (1971; 1987) y Foner, (1975) que la dinámica de la sociedad influye en las personas mayores, en tanto éstas dependen de las experiencias de su curso de vida conforme a los cambios físicos y mentales y, el momento histórico que han vivido como grupo de cohorte de edad al que pertenecen. Las vivencias modifican y modelan al grupo que envejece. La estratificación por edad determina las funciones sociales y quien las ha de desempeñar.

La teoría de la actividad (Havighurst & Albrecht, 1953)²² focaliza en que la vejez se produce como consecuencia de una pérdida de roles sociales y que resulta relevante estar socialmente involucrado realizando actividades. Estos funcionarían para atenuar el trauma y ajustarse a la vejez en forma activa y satisfactoria. La persona ha de ser productiva mediante las actividades que realice en este nuevo estado. Esta teoría es también llamada o confundida, según Tartler (1961), con la teoría de los roles dado que sus planteamientos se asemejan. La cuestión que las une y confunde es que las actividades sociales suponen un rol. Cariou (1995) citado en Ortiz de la Huerta (2009) expresa: “en este sentido, el tener diferentes roles sociales o interpersonales se relaciona de manera significativa con un nivel elevado de adaptación o de satisfacción de vida, en la edad avanzada”. Esta teoría se ubica en el polo opuesto o como reacción a la

²¹ La encontramos inserta en el modelo de Gognalons-Nicoloet, a su decir en la segunda generación, las teorías estructurales en donde se estudia el impacto de la organización social sobre el envejecimiento.

²² La teoría de la actividad desarrollada explícitamente cuando tuvo que enfrentar a la teoría del descompromiso, no estaba enmarcada dentro del interaccionismo simbólico; con el aporte de Cavan (1962) se la vincula a esta corriente teórica dado que comienza a enfatizar en la importancia de la interacción social en el desarrollo del concepto de sí mismo en la vejez (Oddone, 2013).

teoría de la desvinculación (Cumming & Henry, 1961; Carstensen & Edelstein, 1990; Moody, 1998).

Carbajo Vélez refiere que el tomar en cuenta lo social, lleva a mencionar la existencia de los mitos y estereotipos con los que se ve a la vejez; tradicionalmente se la ha asociado con déficits, deterioros, pérdidas sociales, psicológicas y físicas, pero, contrariamente, desde la teoría de la actividad se evidencia una vejez participativa y activa que logra una buena calidad de vida (Carbajo Vélez, 2009). En la actualidad, se pueden modificar o compensar los déficits y pérdidas por la plasticidad del organismo humano, según refiere Rocío Fernández Ballesteros (1992; 2008).

La teoría de la actividad vislumbra un énfasis en la etapa de la jubilación y en el desarrollo de actividades como forma de atrasar el proceso de envejecer. Sin embargo, existe un marcado número de personas con problemas de salud o muy longevas o con bajos ingresos, que se les dificulta la realización de actividades. En relación a lo expuesto, Arber y Gin (1995) visualizan que las personas mayores que se dedican a su desarrollo personal y a la práctica de estilos de vida juveniles constituye una opción que no alcanza a la mayoría que padece de problemas de salud o carece de ingresos económicos sostenibles. Por otra parte, podemos decir que esta teoría propone una visión algo extremista en donde solamente el individuo activo encuentra satisfacción y puede ser feliz. No considera la existencia de actividades que satisfacen a la persona y que no son consideradas productivas per se (Maddox, 1964; Oddone, 2013; Ortiz de la Huerta, 2005).

La *teoría de la continuidad*, planteada por Atchley (1971) y Costa & McCrae, (1980) establece que lo que forma parte de la personalidad como son las disposiciones, las preferencias, los hábitos, proyectos y los compromisos, se mantienen en el envejecimiento y que la disminución en las actividades se debe a problemas de salud o de otra índole. Además, las personas aprenden a elaborar estrategias de adaptación que le darán sus frutos ante los sufrimientos y dificultades. No existe una ruptura radical ni transición abrupta entre la edad adulta y la etapa de la vejez marcada por pérdidas sino que se trata de cambios

progresivos, ocasionales y menores que permiten una continuidad y estabilidad entre las etapas mencionadas. En esta teoría se rescata el sentido de identidad del individuo (Ortiz de la Huerta, 2005).

Las críticas a esta teoría evidencian que se resta importancia al entorno familiar, contactos sociales y las interacciones. Si bien permite ver lo que la persona pudo hacer en su pasado para adaptarse a sus condiciones de vida, le impide actuar en el presente para mejorar una situación difícil. Se presenta dificultad al intentar conciliar el desarrollo de la personalidad con la continuidad en el sentido de estabilidad (Ortiz de la Huerta, 2005).

La *Teoría de la subcultura* (Rose, 1965) sostiene que los ancianos crean su propia subcultura con normas y valores específicos a su grupo, que trasciende otras distinciones de posición social –género, clase social- desarrollando una identidad grupal. Esto se debe a que interactúan más entre sí que con otra categoría de edad. Comparte con la opinión funcionalista acerca de las normas de interacción con otros.

Teoría del medio social (Gubrium, 1973) aquí se otorga importancia a la dependencia del comportamiento a determinadas condiciones biológicas y sociales. El medio en el que se desenvuelve el individuo incluye un contexto social que posee normas, que le ofrece posibilidades y también obstáculos de tipo material. Así, se sostiene que en la actividad del individuo influyen los apoyos sociales, la salud y el dinero (Mishara & Riedel, 2000). Si bien se ve limitado el desarrollo de actividades por cuestiones financieras, el hecho de contar con una pareja o relaciones sociales resulta una motivación.

Complementamos esta discusión con la *Teoría de la competencia y el fracaso social* (Kuypers & Bengston, 1973) que considera que los problemas del envejecer por ejemplo, problemas de salud y pérdidas de seres queridos, se explican por la interacción negativa del ambiente social y sucede con la modificación de la imagen propia del adulto mayor y a partir de la pérdida de sus funciones sociales. Se produce una atrofia de las potencialidades de competir con lo cual se internaliza una percepción propia negativa que aumenta la

vulnerabilidad, menoscabando la competencia social y psicológica. Se propone así, la reconstrucción social por Kuypers & Bengston, que tiende a la creación de servicios sociales que den respuesta a las necesidades del anciano mediante apoyos sociales.

La teoría de la *dependencia estructurada* aquí pone el énfasis en que el origen de la dependencia se encuentra en la estructura social y la organización de la producción. Esta teoría, según Bury (1995), ilumina las reglas y recursos que influyen y limitan la vida cotidiana de los adultos mayores. Se argumenta sobre el carácter problemático de los mayores en tanto son improductivos y, a su vez el insistir en que la adaptación personal resultaría en el desarrollo egocéntrico o aislamiento progresivo. Una crítica planteada por McMullin (1995) refiere a que esto resulta insuficiente para entender la vejez en cuanto se juzga a las personas mayores respecto a la vida productiva y reproductiva de las generaciones jóvenes (Huenchuan, 2011).

Otro lugar ocupa la *economía política de la vejez* dentro de las teorías sociales a la que se refieren Estes (1979) y Minkler & Estes (1984). Estos autores sostienen que los principales problemas de los ancianos son construidos socialmente a consecuencias de la concepción social de la vejez. Dan énfasis al rol de las políticas sociales, las instituciones y los intereses de grupo en pos de los patrones de envejecimiento que crean los problemas de la vejez, las ideas sociales y a las políticas prevalentes en donde se modifican las condiciones materiales, económicas y psicológicas del individuo (Sánchez Salgado, 2010). Podemos observar, a modo de crítica, que se realiza una focalización de los ancianos como población muy vulnerable y carente de derechos, a su vez que no centra sobre los diferentes ambientes que influyen en los ancianos.

La *Teoría del intercambio en la vejez* a la que hace referencia Sánchez Salgado (2010) tiene como principal orador a Down (1975) quien utiliza el concepto de intercambio para la relación entre la edad y la estructura social. Esta teoría incorpora una dimensión en la que se pone énfasis a las interacciones inmediatas entre el grupo de ancianos y otros grupos de edad. Sostiene que el intercambio es desbalanceado porque los ancianos poseen menos recursos para el

intercambio (escolaridad, salud o ingresos), por lo cual se disminuye la participación de este grupo en la vida social.

En resumen, la relevancia en el envejecimiento está protagonizada por la forma en que reaccionan las personas ante este acontecer. Hemos hecho referencia a distintas teorías que ilustran el cómo las personas viven su propio proceso de envejecimiento y la relación con su ambiente social. De igual forma abordamos el indiscutible rol de la sociedad que influye directamente en este proceso. Estas teorías tienen una perspectiva social y psicológica a la vez, entienden sobre las relaciones entre el individuo y la sociedad y de las modificaciones que se producen en el interior de las personas durante el distanciamiento (García Martín, 2002).

A modo de crítica de las teorías descritas, observamos que se visualiza a la vejez como forma de ruptura social y pérdida progresiva de funciones. Se evidencia a las personas mayores no comprometidas con la sociedad y le otorgan un lugar especial a la adaptación personal la que obviamente no será igual a la de las generaciones jóvenes en términos de productividad y competitividad. A su vez, el lugar que ocupa el anciano lo advertimos influenciado por los estereotipos y los prejuicios de la sociedad más que desde una postura individual de retiro o desvinculación.

2.3.3. Teorías Psicológicas

Estas teorías están relacionadas con la memoria, la atención, las percepciones, las emociones y las actuaciones de las personas. Han sido propulsores de ellas, Jung (1930), Levinson (1978), Havighurts (1961), Erikson (1985) y Neugarten (1999) entre otros. Se destacan las *teorías del desarrollo* y las *teorías ecológicas*. Dentro de ésta última se ubica la *perspectiva del ciclo vital* que subyace en el presente estudio como argumentación teórica de apoyo fundamental para comprender las interacciones entre los adultos mayores en el contexto residencial.

2.3.3. a. Teorías del Desarrollo

A las teorías clásicas del desarrollo las centramos en el desarrollo humano. Jung (1930) lo planteó como un proceso que se caracteriza por el crecimiento y el cambio en donde las personas se guían por sus metas y experiencias. Distingue dos etapas dentro de la segunda mitad de la vida, la mediana edad y la vejez. En esta última Jung refirió que había en la persona una tendencia a la extroversión, que se daba en la juventud y una introversión evidenciada en las personas mayores en donde se reflexiona sobre el mundo interior y los valores. Las críticas sobre la visión clásica del desarrollo la acusan de asociar sólo a ganancias y profundizar en las primeras décadas de la vida. Por esto es que se propone un desarrollo más complejo y diverso relacionado con la inclusión del cambio a lo largo de la vida, haciendo su aparición el enfoque del ciclo vital (Villar, 2007).

La *Teoría del Desarrollo Psicosocial* propuesta por Erickson (2007), describe distintas fases del desarrollo de la personalidad en búsqueda de la identidad personal, en función de adecuaciones a variables psicosociales. Erickson organiza en forma jerárquica ocho estadios en donde se desarrolla el ego. Cada uno de ellos se caracteriza por una crisis que permitiría la sucesión de los mismos, el desarrollo psicológico y las expectativas sociales. Corresponde al estadio de la vejez (más de 65 años) la integridad del Yo vs. desesperación. En este estadio la persona observa la vida en forma retrospectiva y la ve como una experiencia productiva y feliz o en forma decepcionante sin llegar a cumplir sus metas, jugando aquí las experiencias propias y las sociales un rol principal que determinan esta crisis en el final de la vida. Erikson sostiene que un Yo completo será el desencadenante de la negociación de los conflictos inherentes a la etapa final. Cada persona llevará el proceso en forma única, de acuerdo a sus características y conforme a cómo resuelva el conflicto sobrevendrá o no la desesperación (Erikson, 2007; González de Gago, 2010). Erikson sustentó que el ciclo vital individual no puede entenderse fuera del contexto social en el que se lleva a cabo. Así, el individuo y la sociedad se encuentran ligadas, entrelazadas

llevando a cabo una interrelación dinámica y un continuo intercambio (Erikson, 2007:117).

2.3.3. b. Teorías Ecológicas

Estas teorías sostienen que el estudio del envejecimiento ha de incluir el análisis de los factores contextuales y no sólo a la persona. Bronfenbrenner (1979), su propulsor, ha destacado la importancia que tienen los ambientes para incidir en el desarrollo de la persona, en sus cambios, en la percepción y en la relación que con ellos tenga. Sobresalen las condiciones de vida e indicadores de estilos en términos de espacios en donde el sujeto desarrolla su actividad, la forma en que lo hace y las modalidades de interacción. Entre los elementos presenta el microsistema como el espacio más cercano a la persona, el mesosistema que lo conforman las interacciones entre los microsistemas, el exosistema, las circunstancias del escenario social y el macrosistema referente a los valores culturales, políticos y los modelos económicos que afectan a los sistemas de menor orden. La presente perspectiva resulta relevante para esta investigación, en tanto replica en el análisis de las interacciones de los adultos mayores estudiados.

Dentro de las teorías ecológicas encontramos la *perspectiva teórica del ciclo vital* en la cual se tiene en cuenta lo que le sucede individual y socialmente al individuo en su proceso de envejecer. La misma merece un apartado especial por considerarse base teórica de la presente investigación.

2.3.3. b.1. Enfoque del ciclo vital

Como hemos mencionado previamente, son numerosas las teorías y perspectivas que abordan la vejez. La teoría del *ciclo vital* concibe al desarrollo humano a partir de interacciones entre el sujeto y la sociedad, lo que implica una

inserción histórica y social de los seres humanos, todo aquello que le acontece al individuo a lo largo de su vida.

La concepción del envejecimiento como proceso social admite diversos enfoques. Entre ellos se destaca el abordaje sociológico y un enfoque de índole psicológico. En el primero la unidad de análisis es la sociedad, sus características y la forma en que ésta configura oportunidades y condiciones de vida para los adultos mayores. En el segundo, la unidad de análisis son los individuos que envejecen y se pone énfasis en la manera en que éstos enfrentan su proceso de envejecimiento dentro de la sociedad.

Una combinación de ambos es el enfoque psicosocial, que se interesa por la forma en que los individuos, miembros de una categoría social, encaran su envejecimiento dentro de un contexto social que los condiciona. De acuerdo con esta perspectiva, éste es un proceso individual de adaptación a condiciones cambiantes provenientes del propio organismo, del medio social o de ambos, cuyo carácter dependerá de cómo se encaren y resuelvan los problemas.

La teoría social, estructuralista funcionalista ubica a esta perspectiva dentro de ella, sosteniendo que el ciclo vital es un concepto que reconoce que el envejecimiento comienza desde el nacimiento y culmina con la muerte. Este ciclo se desarrolla en procesos sociales, psicológicos y biológicos y las experiencias de la vejez están influenciadas por factores históricos de las generaciones (Clausen, 1986; Hultsch & Deutsch, 1981). El ciclo de la vida (infancia, niñez, adolescencia, adultez, vejez) nos explica las diferencias del comportamiento y pensamiento de las personas y su contribución a la sociedad (Sánchez Salgado, 2010).

En el marco de la psicología, este enfoque resulta uno de los más significativos en la actualidad y más que una teoría conforma “un conjunto de principios generales sobre el desarrollo a lo largo de la vida que pueden ser aplicados en la elaboración de modelos más concretos que den cuenta del cambio de períodos vitales y/o ámbitos evolutivos más específicos” (Villar, 2005). La comprensión del comportamiento y del desarrollo individual del sujeto la

entendemos desde la articulación de las variables internas: biológicas o psicológicas, de las variables interpersonales: la relación entre pares, y desde las variables externas: ambientales o institucionales (Dixon & Lerner, 1992).

Baltes (1983), plantea que los aspectos sociales y culturales son tan importantes como el aspecto biológico. Esto los podemos traducir en tres tipos de influencias sobre la configuración de las trayectorias evolutivas personales. Las mismas aparecen durante todo el ciclo vital. Las *normativas relacionadas con la edad* son aquellos factores (biológicos o socioambientales) que hacen que los sujetos de una sociedad se parezcan entre sí, en un momento dado o en intervalos de edad. Las influencias *normativas relacionadas con la historia* afectan sujetos de una generación o diferencialmente a personas de diferentes generaciones en un momento histórico lo cual hace que las personas que pertenecen a determinada generación se parezcan. Y las influencias *no normativas* se refieren a los factores biológicos o socioambientales que afectan a un grupo concreto dentro de una comunidad, en donde personas de la misma generación se diferencian entre sí. Durante la vejez, los factores normativos relacionados con la edad aumentan a causa de la acentuación del declive biológico o la pérdida de ciertos roles, dado que enfatizan homogeneidad y regularidad en los cambios. Las influencias no normativas que producen importancia a través de los años, pueden determinar la forma en que se vive esa etapa (Villar, 2007).

Erikson (1986; 1988) se configura en un referente de este enfoque que privilegia la idea de que cada individuo es el artífice de su destino personal, ya que elabora una forma peculiar de enfrentar la realidad de su vejez y de adaptarse y actuar dentro del marco definido por su sociedad. La perspectiva psicosocial centra entonces la atención en la forma en que los ancianos logran adaptarse a las condiciones que les ofrece la sociedad, cómo buscan respuesta a los problemas que se les presentan y cómo aceptan y asumen pérdidas y frustraciones.

Estudiar a la vejez como una etapa de la vida conlleva reflexionar sobre la vida que ha transcurrido cada persona, su trayecto con los diferentes bagajes y experiencias por su historia de aprendizaje y circunstancias vividas. Es aquí donde se denota la variabilidad de esta etapa en cada persona y lo que hace individual y

particular este proceso de vida. Aún más, se incrementan las diferencias conforme a los contextos sociales, culturales, educativos, históricos y los aspectos psicológicos y biológicos.

Planteamos que debe tenerse en cuenta una perspectiva socio-histórica en relación a la vejez y al envejecimiento, dado que en cada contexto se construye una imagen y un rol del adulto mayor visto y valorizado de diferentes maneras en los distintos momentos y lugares del mundo. Por tanto, la vejez es producto de condicionantes socio-culturales, del modo de elaborar los cambios biológicos, psicológicos y sociales que apareja esta etapa de la vida. En este contexto la vejez puede ser tanto una etapa de pérdidas como de plenitud. Esto va a depender de la modalidad de envejecimiento, de la combinación de recursos y de la estructura de oportunidades individuales y generacionales a la que están expuestos los individuos durante el transcurso de su vida, de acuerdo a su condición y posición al interior de la sociedad.

Esta perspectiva contribuyó al enfoque del ciclo vital, el cual se ha visto reforzado desde la psicología cognitiva y desde parámetros sociales. Por un lado, esta teoría sostiene que los eventos que ocurren en la vida de las personas y los roles que se asumen a lo largo del trayecto de vida, resultan ser parte del autoconcepto y de la propia identidad. Por otro lado, los supuestos de este enfoque demuestran que, en el transcurrir de la vida, se da un balance entre crecimiento y declive (ganancias y pérdidas). Aumenta la variación entre las personas que transitan la misma etapa vital, existe una capacidad de reserva durante la vida que permite compensar las pérdidas mediante entrenamiento externo, podemos envejecer de distintas maneras (envejecimiento normal, con éxito y patológico) y, para ello las personas pueden ir adquiriendo aprendizajes. El envejecimiento no se considera más como un proceso biológico irreversible, sino como un proceso modificable y susceptible de influencias exógenas. Los factores sociales, económicos, históricos y también los ecológicos determinan aún más que el desarrollo biológico, la forma en que el individuo envejece.

Hemos evidenciado múltiples teorías y perspectivas que intentan definir el envejecimiento desde los diferentes espacios disciplinares. La perspectiva del

curso de la vida es la que nos orienta la visualización de la vejez en este estudio. Es una perspectiva que nos presenta una mirada integradora que da lugar a un abordaje multidisciplinario e interdisciplinario. La misma posibilita la convergencia entre diversos pensamientos, especialmente sociológicos y psicológicos, que se enfocan en indagar sobre los procesos de análisis micro y macro social, incluyendo la variable tiempo en los individuos estudiados (Bengston et al., 1997).

2.4. La atención gerontológica centrada en la persona

En el marco del paradigma de derechos incluido en el campo social de la Gerontología (Roqué & Fassio, 2012) y de acuerdo a Martínez Rodríguez (2011), la atención gerontológica centrada en la persona puede ser definida como “un enfoque de la intervención, como una metodología de intervención y, desde una visión más amplia, como un modelo de atención.

➤ Es un *enfoque* de atención donde la persona, desde su auto-determinación en relación a su calidad de vida, es el eje central de las intervenciones profesionales.

➤ Como *metodología*, aporta un conjunto de técnicas e instrumentos que facilitan la intervención personalizada y orientada a la persona.

➤ Como *modelo*, partiendo del reconocimiento de la dignidad de todo ser humano, busca la autodeterminación y la mayor independencia posible de las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia en su proceso de atención para así mejorar su calidad de vida y su bienestar subjetivo.

Como Modelo, integra y desarrolla cuatro elementos, a saber:

✓ Los *principios rectores*, enunciados en referencia a las personas, que orientan de forma genérica los objetivos de las intervenciones y los criterios técnicos.

✓ Los *asuntos importantes y consideraciones* en que se concretan los principios rectores en relación con los agentes y contextos de intervención cotidiana.

✓ Las *opciones metodológicas* (estrategias, técnicas e instrumentos de intervención) acordes a los principios y consideraciones.

✓ Las *pautas y contenidos para la buena praxis*, incluyendo la identificación de los riesgos en el día a día.” (Martínez Rodríguez, 2011:39).

En este marco nos resulta importante mencionar el aporte del Modelo de atención centrada en la persona, el cual otorga una visión diferente sobre los abordajes clásicos. “Una mirada que profundiza en la idea de lo individual ligada necesariamente a la autonomía personal y a la gestión de la vida cotidiana, donde tiene una influencia determinante el plan de atención que se diseña, y como éste se construye desde un determinado servicio” (Martínez Rodríguez, 2011:37). A partir de lo antes descrito nos resulta de interés atender los tipos de envejecimiento partiendo desde lo que es un proceso habitual o normal y otro que se caracteriza por poseer un padecimiento psíquico del de tipo demencias que, en adelante lo denominamos envejecimiento con alteraciones y refiere específicamente al envejecimiento patológico.

2.5. Envejecimiento diferencial: adultos mayores autónomos vs. mayores con demencia

Advertimos que también confluyen en las conceptualizaciones de la vejez las representaciones sociales, variadas investigaciones se han orientado y profundizado sobre el tema y resulta relevante exponer los resultados de las que mantienen relación con lo trabajado en el presente capítulo. Las mismas indicaron que los cuidadores de ancianos están influidos por sus propias representaciones sobre la vejez, que poseen una visión decremental con inducción a la dependencia, infantilización y paternalismo. Por otra parte, las representaciones han estado ligadas al “viejismo”, estado de sufrimiento y sentimientos de soledad generados

en los institucionalizados, identificación de los ancianos con la dependencia, fragilidad, decrepitud. En la misma línea las subjetividades y discursos de los mayores dependientes, profesionales de la medicina, familia y el discurso social aluden a una imagen devaluada de los que cursan la vejez (Monchietti & Buzeki, 2003; Castro, Brizuela, Gómez & Cabrera, 2010; Arroyo y Salas, 2009; Martín Maraver, 2012).

Previamente se estableció que el envejecimiento es diferencial, por lo que nos resulta necesario acceder a conocer la población conforme a la descripción de los tipos de envejecimiento de los dos grupos de adultos mayores que son protagonistas del presente estudio. Esto es, intentar entender las particularidades de cada uno en su dinámica, en su accionar, en sus interacciones. A continuación exploramos el envejecimiento normal y el desarrollo de la autonomía y, el envejecimiento con alteraciones en relación con la demencia, aquella que afecta a la persona y la limita a conservar su autonomía.

Reconociendo el envejecer como un proceso diferencial, sobreviene en cada individuo con modificaciones de distinta naturaleza. Mientras en algunos se presenta un envejecimiento normal en otros se manifiesta con alteraciones patológicas. Se profundiza sobre el envejecimiento normal y el envejecimiento patológico dado que conduce a conocer las características de los adultos mayores autónomos y de aquellos que padecen demencia, cuestión de importancia fundamental en función de nuestro estudio.

Tal como hemos descripto en la primera parte del presente capítulo, el envejecimiento como proceso implica experimentar varios cambios, entre éstos de naturaleza psicológica, la presencia o no de enfermedades algunas de las cuales son progresivas, intrínsecas y deletéreas como aquellas en las que se evidencia una disminución del rendimiento mental que, a su vez las observaremos en mayor o en menor medida en cada cual dado que no son universales. Se presentan en el adulto mayor en relación al proceso diferencial, cambios normales y otros que evidencian enfermedad.

Así, Baltes & Baltes (1990) desde la perspectiva biológico-funcional

describen tres patrones de envejecimiento: *normal o primario o usual; el patológico o secundario y el exitoso u óptimo o competente*. En el primero no se evidencian patologías biológicas o mentales, el segundo se caracteriza por presentar síndromes de enfermedad e incapacidad funcional y el tercero está relacionado a un buen funcionamiento cognitivo y de la capacidad física. Esto representa un decremento funcional y sensorial atribuible al proceso de envejecimiento per se, ausencia de enfermedad, un alto nivel funcional físico y cognitivo y participación activa en actividades sociales y productivas (Fernández Ballesteros, 1998; Saxon & Etten, 2005; Satorres Pons, 2013; Pérez & Villalobos, 2013).

Algunos autores como Sáez Narro, Aleixandre & Meléndez Moral y Fernández Ballesteros incorporan el envejecimiento *terciario* que se lo conoce también como “bajón terminal”. Este puede manifestarse hacia el final de la vida, como deterioro funcional acelerado durante los meses que preceden a la muerte, cuando observamos un marcado déficit de funciones cognitivas, físicas y de ajuste al medio, diferenciables de la disminución habitual por edad avanzada. Este estado no se relaciona en principio con la edad cronológica sino más bien con la proximidad de la muerte (Sáez Narro, Aleixandre & Meléndez Moral, 1995; Fernández Ballesteros et al., 2003).

La salud funcional se refiere al funcionamiento de la persona mayor y se determina por la capacidad de realizar actividades de la vida diaria. Esta capacidad determina su bienestar psicosocial, manteniendo la competencia para vivir en su propio hogar y entorno social evitando o retrasando la institucionalización. A mayor autonomía, mayor bienestar psicosocial.

Definir salud funcional es preguntarnos en qué medida los trastornos que padece el adulto mayor afectan su desempeño en la vida cotidiana. El estado funcional indica la edad social de un viejo: que espera la sociedad y el entorno familiar de ese sujeto. Por tanto la noción de edad cronológica se vuelve irrelevante y vacía sino la relacionamos con la salud funcional y el grado de autonomía del adulto mayor.

En los últimos años se han realizado avances significativos respecto de la epidemiología, criterios diagnósticos, marcadores biológicos, psicológicos, conductuales y neuropsicológicos de la demencia y del deterioro cognitivo leve, lo que no profundizamos en este estudio. Entendemos que sí mantienen una impronta de interés las características generales de ambos tipos de envejecimiento patológico en función de diferenciar la población meta del presente estudio. Abundamos sobre el envejecimiento natural o normal y el patológico o secundario dado que el envejecimiento exitoso y el terciario exceden la incumbencia de la investigación.

2.5.1. Envejecimiento normal o usual o primario

El denominado envejecimiento natural, normal, usual o primario es el que transitan aquellas personas que llevan habitualmente una vida activa en la comunidad, sin sufrir enfermedades o procesos patológicos. Se caracteriza por un deterioro orgánico gradual, fruto del efecto combinado de la enfermedad y del estilo de vida sobre el proceso de envejecimiento intrínseco, coincidente con el decremento común del estado de salud que usualmente se asocia con la vejez (Fernández Ballesteros et al., 2003; Reyes, 1993; Izquierdo, 2005; Triadó & Villar, 2007).

Los que se incluyen en esta variedad no están totalmente exentos, en su mayoría, de algunas dolencias crónicas. Pero las mismas no tienen gran impacto en su capacidad funcional cotidiana, en tanto ha mediado una adaptación exitosa entre lo individual y lo social. Encontramos con frecuencia, población mayor con *trastorno de la memoria asociado a la edad* que se evidencia con cambios en la memoria de fijación, siendo autoválido y sin alteraciones suficientes para considerárselo portador de deterioro cognitivo o demencia.

2.5.1.1. Autonomía en la vejez

El término autonomía en relación con la vejez fluye por dos senderos, el funcional y el conductual o decisional. La autonomía funcional es la posibilidad de que el sujeto desarrolle por sí mismo las actividades de la vida diaria y la autonomía conductual o decisional es la gestión de las dependencias por el propio individuo, el control sobre la toma de sus decisiones (Gómez Rodríguez, 2005; Puijalon, 2009). Lo podemos ver expresado claramente en la legislación española sancionada en el año 2006:

“La capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria” (España, Ley 39/2006, art. 2).

Si nos remitimos a la concepción etimológica de la palabra, del latín autonomía es: “Potestad que dentro de un Estado tienen municipios, provincias, regiones u otras entidades, para regirse mediante normas y órganos de gobierno propios”; “Condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie” (Real Academia); del griego *auto nomos* que se traduce en “el que gobierna en su propia ley”.

Resulta iluminador el análisis etimológico de la palabra para la elección en el abordaje de la presente investigación de la concepción de autonomía. Es decir, entendemos a la *autonomía* como la condición del sujeto adulto mayor de mantener la gobernabilidad de su libertad de pensamiento y de elección logrando valerse de sí mismo en cuanto a la toma de decisiones y la responsabilidad de las consecuencias que de ellas emanen. En síntesis, los adultos mayores autónomos son aquellos que poseen la capacidad de controlar sus decisiones y asumir las consecuencias que de ellas emanen (Danani, 2009; Martínez Rodríguez, 2011; Huenchuan, 2013; Croas & Colmeneros, 2013). En general, acuden a una institución geriátrica en búsqueda de una respuesta adecuada a los problemas de vivir solo, de no tener soporte familiar, o la decisión de gozar de la atención integral socio-sanitaria en un espacio de protección.

Por otra parte, los escritos sobre la autonomía durante las dos últimas décadas han incluido la referencia a la adquisición del derecho a la misma, que independientemente de las capacidades de la persona es garantía de su posesión y desarrollo para ejercerla directa o indirectamente (López Fraguas, Marín González & de la Parte Herrero, 2004; Martínez Rodríguez, 2011; Huenchuan, 2013; Croas & Colmeneros, 2013). En este último caso, el ejercicio suele ser mediado por el familiar o un referente para aquellos que padezcan de una afectación grave.

Según López Fraguas et al. (2004), distinguimos a la autonomía como capacidad y a la autonomía como derecho. La primera hace referencia al conjunto de habilidades que tiene cada persona para tener sus propias elecciones, tomar sus decisiones y responsabilizarse de las consecuencias de las mismas. La autonomía se aprende, se adquiere mediante su ejercicio, mediante el aprendizaje que proviene de uno mismo y de la interacción social. Y la segunda, hace mención a la garantía de que las personas, independientemente de sus capacidades, puedan desarrollar un proyecto vital basado en su identidad personal y tener control sobre el mismo.

En el marco de la autonomía como derecho y “en el caso de las personas con grave afectación, el ejercicio del derecho a su autonomía suele ser indirecto, es decir mediado por otros y a través de los apoyos precisos” (López Fraguas et al., 2004; Croas & Colmeneros, 2013). La relación entre los niveles de dependencia de parte de la población, el entorno físico, la cantidad de personal y las actividades desarrolladas facilitarían la misma. Las instituciones de larga estadía han de desarrollar la autonomía, la independencia y el bienestar subjetivo como principios rectores de la atención al adulto mayor (Croas & Colmeneros, 2013). Como principio, la autonomía insta a los profesionales, cuidadores formales y demás personal de las instituciones a promover y respetar las decisiones de los residentes. Lo que implica reconocer el derecho que tienen de expresar sus opiniones y reconocerles los valores, creencias y proyectos.

Es así que diferenciamos a la autonomía como capacidad y como derecho. Tal como expresamos anteriormente, nos referimos aquí a la autonomía como

capacidad de los adultos mayores. Por ello, a los fines del presente estudio se distingue el grupo de adultos mayores autónomos de los mayores con demencia.

2.5.2. Envejeciendo con alteraciones

El envejecimiento secundario o patológico nos muestra la presencia de enfermedades usualmente relacionadas con la vejez y un deterioro marcado del estado de salud que acompaña al envejecimiento intrínseco. La vejez patológica está relacionada con la edad cronológica, ya que a medida que tenemos mayor edad hay mayor incidencia de enfermedades, no es dependiente de ella.

De este patrón de envejecimiento analizaremos el deterioro cognitivo leve y la demencia. Los adultos que padecen alguno de estos síndromes conformarán la muestra del presente estudio, de acuerdo al grupo pertinente. Es decir, por las características del deterioro cognitivo leve incluiremos a aquellos que lo padezcan, junto al grupo denominado *adultos mayores autónomos*, a partir de la definición de autonomía referenciada para el presente estudio. Conformaron el grupo de *adultos mayores con demencia* los que la portan.

El proceso de envejecimiento de algunos sujetos se acompaña de cambios sutiles en determinados aspectos, entre otros del funcionamiento cognitivo. En general, las áreas más afectadas son la velocidad motora, la velocidad de procesamiento de información y la flexibilidad mental.

2.5.2.1. Deterioro cognitivo leve

Las alteraciones cognitivas mantienen un abanico de tipologías, desde el deterioro cognitivo leve hasta la demencia en sus diversas manifestaciones. El que trataremos en el presente apartado, al día de hoy no mantiene una específica y delimitada definición que lo encuadre, dadas las características heterogéneas de presentación, criterios de diagnóstico y escasez de investigaciones sobre su

evolución (Meléndez Moral, Sanz Álvarez & Navarro Pardo, 2012; Redondo Díez, Sánchez Zeballos & Urchaga Litago, 2014).

El *deterioro cognitivo leve*²³ es un síndrome o proceso degenerativo que precede a la demencia. Se manifiesta a través de deterioro en la memoria que no resulta suficiente para considerarse demencia dado que las funciones cognitivas globales se conservan. Se puede decir también que precede a la demencia, y usualmente es el término utilizado para identificar sujetos en la transición de la normalidad al Alzheimer (Petersen et al., 1999; Fustinoni, 2002; Petersen, 2004; Figuera, Mulet, Sánchez Casas, Rosich Estragó, Arrufat Cardús & Labad Alquézar, 2005; Gorelick et al, 2011; Sánchez Rodríguez & Torrellas Morales, 2011; García Herranz, Díaz Mardomingo & Peraita, 2014; Rabagliati Tirado et al., 2012).

Redondo et al., exponen, siguiendo a Gauthier et al (2006) que el DCL es un síndrome que se define como deterioro cognitivo superior al esperado para la edad cronológica del sujeto y su nivel de educación pero que no obstruye significativamente en las actividades de la vida diaria (Redondo et al, 2014). En este sentido, un estudio realizado por Meléndez Moral, Sanz Álvarez & Navarro Pardo (2012) al analizar la edad y el nivel de estudios con criterio psicométrico se evidenció que a mayor edad y menor nivel académico se halla un mayor riesgo de aparición de síntomas amnésicos y de otros dominios cognitivos.

Meléndez Moral et al., en su texto explicitan que “el deterioro cognitivo leve se define como un estado intermedio entre el envejecimiento normal y el patológico, que en ocasiones, puede evolucionar a algún tipo de demencia, principalmente de tipo Alzheimer”. Son los test neuropsicológicos (generalmente de memoria) los que utilizamos para detectar este síndrome (Meléndez Moral, et al., 2012:1) y el uso de baterías de pruebas que conjuguen datos objetivos y sistemáticos para la detección y diagnóstico del DCL, dado el importante riesgo de evolución en demencia (Redondo et al, 2014).

²³ El término deterioro cognitivo leve (DCL) fue definido inicialmente por Flicker et al. (1991) en base a la escala de deterioro global de Reisber et al. (1982), y utilizado por Petersen et al. (1999)

Clarifican Meléndez-Moral et al. (2012) que en la actualidad no existe un acuerdo que aglutine integralmente las pruebas más idóneas y que se está al encuentro de protocolos específicos que evalúen también las funciones ejecutivas, el lenguaje, la velocidad psicomotora, la atención y la capacidad visual y espacial.

Cabe mencionarse que, conforme a las últimas investigaciones, el DCL, no se presenta sin ecua non como el estado intermedio entre el envejecimiento normal y el patológico, dado que puede evolucionar o no hacia la demencia (Manly et al., 2008). Podemos afirmar que las personas que lo padecen conforman un grupo heterogéneo que se hallan bajo una situación imperante superior a la del resto de las personas para evolucionar en una demencia (Sánchez Rodríguez & Torrellas Morales, 2011; Meléndez Moral et al., 2012).

Asimismo, otro estudio respecto de la población con deterioro cognitivo comparados con los que no poseen, resultó que tienen una comorbilidad y deterioro funcional superior de los que padecen DCL (Roca Socarrás, Henriette, Ramírez Rojas & Prosper, 2013).

2.5.2.2. Demencias

La palabra **demencia** etimológicamente deriva del latín *de* "ausencia de" o "fuera de la mente" y *mens* (genitivo *mentis*) "mente". La entendemos en la actualidad como la pérdida de capacidades intelectuales. En ellas podemos incluir la memoria, la capacidad de expresarse y comunicarse adecuadamente, de continuar con la vida cotidiana personal, familiar, laboral y social autónoma y evoluciona a un estado de dependencia total (Roca Socarrás, 2011; Nitrini & Dozzi Brucki, 2012; Cabello Benito, 2014).

“El concepto de demencia en La Grecia clásica y Roma iba asociado al de la vejez. Era una consecuencia inevitable del envejecer. Esta creencia incluso persiste hoy en día en las capas populares de la sociedad y aún se sigue empleando el término *demencia senil* que acuñó Areteo de Capadocia. Sin embargo autores como Cicerón (*De Senectute*) defendían que la pérdida de

memoria en la vejez era consecuencia de una enfermedad ajena al propio envejecimiento. En la misma línea, autores del siglo I antes de Cristo como Titus Lucrecius (*De Rerum Natura*) o Celsus en su *Enciclopedia hablan de la demencia como locura, fuera de la mente de uno*» en un entorno más relacionado con la medicina” (Cabello Benito, 2014:5).

En referencia a la conceptualización y criterios diagnósticos para la demencia, encontramos que la Organización Mundial de la Salud recomienda el uso del Sistema de clasificación Internacional de enfermedades denominado CIE-10²⁴ mientras que la American Psychiatric Association elabora el DSM-IV. Ambos son totalmente compatibles y coincidentes en que la *demencia* es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits cognitivos múltiples en funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia permanece clara. El déficit cognoscitivo se acompaña por lo general, y ocasionalmente es precedido, de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación” (CIE-10, 2008; DSM-IV, 2012).

Es decir, la demencia²⁵ es un síndrome, un cuadro clínico que puede deberse a múltiples causas. Se debe establecer el diagnóstico sincrónico y posteriormente el etiológico. Es necesario para establecer el diagnóstico que el trastorno cognitivo sea intenso, es decir que perturbe o interfiera por sí, en las actividades ocupacionales y sociales, las actividades instrumentales que son propias de la edad y del entorno del paciente; incluso en estadios avanzados las actividades de la vida diaria. El referencial resulta ser el estado previo de la

²⁴ “La décima revisión de la *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud* (CIE-10), llevada a cabo por la OMS, se publicó en 1992, pero seguramente no tendrá un uso oficial en Estados Unidos hasta finales de los años noventa. Todas aquellas personas que han confeccionado la CIE-10 y el DSM-IV han trabajado en estrecho contacto para coordinar sus esfuerzos, lo cual ha dado lugar a una recíproca influencia. La CIE-10 consiste en un sistema oficial de códigos y en una serie de documentos e instrumentos relacionados con la clínica y la investigación. Los códigos y los términos del DSM-IV son totalmente compatibles con los de la CIE-9-MC y la CIE-10 (apéndice G)” (DSM-IV, 1995:20).

²⁵ Fuentes hace mención que varios autores proponen el cambio de término *Demencia* por el de *Desorden Neurocognitivo Mayor*, dado que se ha considerado peyorativo y estigmatizante (Fuentes, 2011).

persona en su integridad contextual (laboral, social, familiar, etcétera.) evaluado con pruebas neuropsicológicas (Robles, Del Ser, Alom & Peña Casanova, 2001; Fustinoni, 2002; Nitrini & Dozzi Brucki, 2012; Jaskilevich & Badalucco, 2014). Las más frecuentes son la enfermedad de Alzheimer y sus variantes, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad de Parkinson.

En la década del 60 se llevó a cabo un estudio necrótico de personas fallecidas con demencia que evidenció a la enfermedad de Alzheimer como la principal causa de demencia. Actualmente no poseemos una certeza absoluta para diagnosticarla por lo cual es que para corroborar el diagnóstico hemos de realizar una autopsia (Urtega Valente, 2010)

Nitrini & Dozzi Brucki (2012) ofrecen una definición que consideramos clarificadora e integradora.

“La demencia puede ser definida como un síndrome caracterizado por la presencia de deterioro cognitivo persistente que interfiere con la capacidad del individuo para llevar a cabo sus actividades profesionales o sociales, es independiente de la presencia de cambios en el nivel de conciencia (es decir, no ocurre debido a un estado confusional agudo o delirio) y es causada por una enfermedad que afecta al sistema nervioso central. La demencia es una enfermedad adquirida [...]” (Nitrini & Dozzi Brucki, 2012:76).

En la mayoría de los casos es irreversible, aunque en algunos en donde los diagnósticos como la demencia de la depresión y las causas extracerebrales clínicas, pueden ser reversibles (Fustinoni, 2002). Para acceder al diagnóstico de demencia se necesita de criterios específicos, los que ilustramos a continuación a través de un cuadro:

Criterios para el diagnóstico de demencia de cualquier etiología

<p>Demencia diagnosticada cuando hay síntomas cognitivos o de comportamientos neuropsiquiátricos) que:</p>	<p>Representan deterioro en relación al nivel funcional y al desempeño previo del paciente</p> <p>Interfieren en la destreza laboral o en las actividades habituales</p> <p>No pueden ser explicados por enfermedad psiquiátrica</p>
<p>El deterioro cognitivo es detectado y diagnosticado mediante combinación de:</p>	<p>Anamnesis con el paciente e informante que conozca la historia</p> <p>Evaluación cognitiva objetiva, mediante examen breve del estado mental. Examen neuropsicológico se ha de realizar cuando la anamnesis y el examen cognitivo breve realizado no resulten suficientes para diagnosticar con seguridad.</p>
<p>Los déficits cognitivos o de comportamiento afectan por lo menos dos de los siguientes dominios:</p>	<p>Memoria: pérdida en la capacidad para conseguir o evocar informaciones recientes; con síntomas como la repetición de las mismas preguntas o asuntos, los olvidos de eventos o de lugares en donde ha guardado objetos.</p> <p>Funciones ejecutivas: deterioro de la capacidad de razonamiento que permita realizar tareas complejas; con síntomas como la mala comprensión de situaciones de riesgo, disminución de capacidad para la administración del dinero, para la toma decisiones y la planificación de actividades complejas.</p> <p>Habilidades visuales - espaciales, los síntomas incluyen la incapacidad para reconocer rostros u objetos comunes, para buscar objetos en el campo</p>

	<p>visual, para manejar utensilios, para vestirse, etcétera. Los que no tienen una explicación desde las deficiencias visuales o motoras.</p> <p>Lenguaje (expresión, comprensión, lectura y escritura), se presentan síntomas que incluyen la dificultad para encontrar y/o comprender palabras, errores en el habla y escritura, con cambio de palabras o fonemas. Los que no tienen una explicación de naturaleza deficitaria sensorial o motora.</p> <p>Personalidad o conducta, se presenta con alteraciones del humor (labilidad, fluctuaciones no específicas), aislamiento, pérdida de empatía, agitación, apatía, desinterés, desinhibición, conductas obsesivas, compulsivas o socialmente inaceptables.</p>
--	--

Cuadro Propio.

Fuente: McKhann et al., 2011; Frota et al., 2011; Nitrini & Dozzi Brucki, 2012.

La CIE-10 clasifica a la demencia en tres grupos: demencia en la enfermedad de Alzheimer, demencia vascular y demencia en enfermedades clasificadas en otra categoría. Fustinoni (2002) y otros como Nitrini & Dozzi Brucki (2012), las desarrollan entre otras como las enfermedades que causan demencia con más frecuencia:

- Enfermedad de Alzheimer: llamada “Demencia tipo Alzheimer (EA)”, dado que no podemos afirmar la enfermedad si no hay anatomía patológica. La enfermedad comienza con una alteración de la memoria reciente a lo que le continúa una desorientación temporal, espacial, apraxia y agnosia. Es irreversible aunque tratable sintomáticamente. Alcanza entre el 60 y 70 % de los casos de demencia (OMS, 2015).

- Demencia vascular: se debe a la enfermedad cerebrovascular y sus manifestaciones son corticales (cognitivas) y subcorticales (paresias, lentitud psicomotora, trastornos de la marcha, síndrome supra bulbar, etcétera). El deterioro se vincula a lesiones y cambios cerebrovasculares, como la desmielinización peri ventricular vinculable a la isquemia. Resulta irreversible pero tratable.
- Demencia mixta: es aquella que se presenta con una evidencia de tipo Alzheimer y lesiones y signo sintomatológicos cerebrovasculares que contribuyen a su deterioro.
- Demencia por cuerpos de Lewy (agregados anormales de proteínas en el interior de las células nerviosas) y un grupo de enfermedades que pueden contribuir a la demencia frontotemporal (degeneración del lóbulo frontal del cerebro). Los límites entre las distintas formas de demencia son difusos y frecuentemente coexisten formas mixtas (OMS, 2015).
- Demencia de la enfermedad de Parkinson: se afirma una vez que se diagnostican manifestaciones motoras; el trastorno cognitivo es subcortical, con aumento de la lentitud psicomotora; finalmente las respuestas cognitivas son correctas.
- Demencia de la depresión: son depresiones que se manifiestan como deterioro no con los síntomas clásicos de la depresión. Es reversible con antidepresivos.

Las cifras de las personas que padecen síndrome demencial exponen una situación alarmante y en progreso. La demografía mundial revela que en el año 2012 unos 35,6 millones de personas padecían demencia mientras que en la actualidad asciende a 47,5 millones y cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos (OMS, 2012; 2015).

A modo de cierre del capítulo podemos referir que en las teorías biológicas, las psicológicas y las sociales y su interacción reconocemos que realizan un aporte sustancial para la comprensión del envejecimiento, de las posiciones de las personas mayores y de la sociedad. Es evidente que ninguna de

ellas logra responder cabalmente a la multidimensionalidad y variabilidad del fenómeno en estudio. Como hemos visto, el envejecimiento del individuo hace referencia al conjunto de procesos que atraviesa cada persona según avanza su edad. Por otro lado, tenemos que tener presente que el envejecimiento de la sociedad se refiere a los cambios que tienen lugar en la estructura social como consecuencia del envejecimiento de las personas.

En síntesis, el envejecimiento no lo consideramos más como un proceso biológico irreversible, sino como un proceso modificable y susceptible de influencias exógenas. Los factores sociales, económicos, históricos y también los ecológicos determinan aún más que el desarrollo biológico la forma en que el individuo envejece. Hemos evidenciado múltiples teorías y perspectivas que intentan definir el envejecimiento desde los diferentes espacios disciplinares. La perspectiva del *curso de la vida* es la que nos orienta en la visualización de la vejez en el presente estudio. Es una perspectiva que nos presenta una mirada integradora, que da lugar a un abordaje multidisciplinario e interdisciplinario, posibilita la convergencia entre diversos pensamientos, especialmente sociológicos y psicológicos, que se enfocan en indagar sobre los procesos de análisis micro y macro social, incluyendo la variable tiempo en los individuos estudiados (Bengtson, et al., 1997).

El envejecimiento patológico en las expresiones estudiadas (deterioro cognitivo y demencia) resulta ser predictor de institucionalización dado que los cuidadores familiares o referenciales sufren sobrecarga además de ser cuantitativamente insuficientes por el número creciente de adultos mayores con padecimiento. La situación afecta a países desarrollados y los que están en vías de desarrollo (Roca Socarras, 2011). El envejecer de modo natural y con autonomía se convierte casi en la opción elegida por la población para la continuidad de una vida independiente pero como veremos en el capítulo III muchos mayores con éstas características forman parte de la comunidad institucional.

En el siguiente capítulo analizamos la institución como Residencia de larga estadía, en donde se alberga a adultos mayores que en su mayoría padecen de las patologías abordadas. Además de aproximarnos al proceso de la

institucionalización y la modalidad de visualización y atención que poseen las Residencias conforme al paradigma desde el cual lo miremos, el paradigma asilar o el nuevo paradigma.

Capítulo III

LAS RESIDENCIAS DE LARGA ESTADIA

A LA LUZ DE LA TEORIA Y LOS DISTINTOS PARADIGMAS

3.1. Introducción

Hemos expuesto en el capítulo II el proceso de envejecimiento y vejez en las personas visualizando las distintas teorías y optando por el enfoque del ciclo vital. Además, hemos pormenorizado la visión del adulto mayor desde sus diferentes características personales y colectivas en el marco de la autonomía y la demencia; trataremos aquí aquellos lugares en los que residen algunos de ellos, las residencias de larga estadía que son parte de las denominadas instituciones.

Para presentar los diferentes aspectos de la institución como puede ser el aislamiento y el carácter totalitario de algunos comportamientos institucionales focalizamos en Erving Goffman (2001). También consideramos la existencia de otras facetas de las instituciones totales y su cultura, las formas en que se resignifica la condición de aislamiento, las maneras de vivir, la vida cotidiana y otras manifestaciones que se evidencian en las residencias que no se explican sólo desde la teoría de Instituciones totales (Graeff, 2005).

Se han mantenido y se mantienen diferentes denominaciones respecto de los lugares en donde se albergan y atienden a las personas mayores. A su interior, todas y cada una, incluyendo la denominación elegida por la autora, **residencia de larga estadía**, referencian a *institución*. Desde la conceptualización que aporta Erving Goffman:

“[...] institución total, como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente [...]” (Goffman, 2001:13).

“Los establecimientos de este tipo se clasifican entre las instituciones totales, porque abarcan todos los aspectos de la vida del paciente, que transcurre allí en la compañía inmediata de otras personas igualmente aisladas del resto del mundo mayor” (Goffman, 2001:203).

Las actuales residencias de larga estadía para adultos mayores han evolucionado. Desde la concepción como asilo en donde se otorgaba atención a personas que se encontraban en situación de pobreza, excluidas o marginadas, con perspectiva desde la beneficencia, hasta la actualidad que se trata de dispositivos que se han ido adecuando y lo continúan haciendo en forma paulatina a una atención integral de la persona con algún tipo de problemática sanitaria fundamentalmente, con un encuadre que tiende a dar continuidad a un proceso vital enmarcado en lo individual y personal.

Coincidimos con múltiples estudios, Rivadeneira & Valenzuela y Ruiz & López que sostienen que las características de las instituciones de larga estadía mantienen la organización y funcionamiento de tipo asilar. De manera complementaria, diversas investigaciones comprobaron que es inferior el nivel de satisfacción en el aspecto relacional en los ancianos institucionalizados y que ciertas variables como el nivel educacional, el uso del tiempo libre y el apoyo social que percibe el adulto mayor dentro de la institución influyen significativamente en la calidad de vida (Rivadeneira & Valenzuela, 2014; Ruiz & López, 2009).

La institucionalización conforma una de las políticas sanitarias de la presente era. Otorga una de las respuestas alternativas a las problemáticas de deterioro cognitivo y demencia que acompañan a aquellos adultos mayores en el proceso de envejecimiento patológico. Esto implica visualizar los dos paradigmas sobre la concepción de la organización y funcionamiento de las instituciones, el paradigma asilar o el propuesto en la actualidad en el marco de la política social y reforzado por el Plan de Acción de Madrid y la Estrategia Regional de Implementación del Plan de Acción de Madrid para América Latina y el Caribe, el paradigma de derecho (Fassio, 2007; Rodríguez Rodríguez, 2007).

Podemos adelantar que el paradigma asilar visualiza al adulto mayor institucionalizado como objeto de cuidados. En cambio el paradigma de derecho promueve una atención al adulto mayor como sujeto de derecho. A partir de estos enfoques se construyen las dinámicas institucionales que se evidenciarán hacia uno u otro o probablemente una composición entre ambos.

3.2. Las residencias como institución: hacia una mirada crítica

La residencia de larga estadía estaría dentro del primer grupo de instituciones de las cinco que plantea Goffman (2001). Es aquella que se encarga de cuidar a personas que parecen incapaces e inofensivas. Hemos de incluir que estas personas resultan ser adultos mayores (edad cronológica que corresponde a 60 o más años de edad) que en algunos casos mantienen autovalidez e independencia y en otros cuentan con padecimientos psíquicos, físicos y, en menor medida, sociales.

Las Instituciones de Larga Estadía (ILE) resultan una alternativa actual para el alojamiento y atención integral del adulto mayor. Tanto por su matriz y sistema institucional acogen personas que demandan una cobertura por un tiempo prolongado. Albergan personas mayores con necesidad de cubrir sus necesidades básicas y atención integral, fundamentalmente el aspecto sanitario. Las podemos encuadrar en, al decir de Goffman (1974), un híbrido social, dado que se encuentra conformado por una comunidad residencial y como organización formal, en donde se absorbe toda la vida de la persona; a su vez, agregan Berger y Luckmann (2001) que las instituciones son producto de su historia y se ha de tener en cuenta el proceso histórico en el cual se produjeron para poder comprenderlas y analizarlas.

Advertirá Martínez Rodríguez (2011) que las residencias actuales resultan incapaces de dar respuestas a los deseos de los adultos mayores. Este argumento se sostiene en las narrativas de los entrevistados que se presenta en el capítulo VII.

Asimismo, los adultos mayores, en su mayoría, se sienten agradados con la cobertura de sus necesidades básicas no siendo de la misma manera en la necesidad de afecto; en relación a esto, manifiestan la necesidad de estar con sus familiares (Castro et al., 2010). Aunque otros estudios han confirmado que la sintomatología depresiva es común en las personas mayores institucionalizadas y deterioran la calidad de vida. Además que se aumenta la sintomatología depresiva

en aquellos que habían perdido sus roles, a sus seres queridos y se encontraban en estado de dependencia (vonMühlenbrock, et al., 2011; Estrada, 2013).

Tal como se ha descrito en el capítulo segundo, la forma en que se concibe a la vejez se traducirá en los fines que tengan las instituciones para su atención. Así en la actualidad se encuentran más ligadas a la asistencia y al control y las podemos considerar como “instituciones totales”. Goffman las clasifica como lugares en donde se reside y se trabaja, compuestas por un número importante de individuos que mantienen la misma situación. A su vez, en cierto modo, aislados de la sociedad por un período considerable y que desarrollan una rutina diaria que es administrada formalmente. Es una categoría natural y fecunda en tanto los miembros que la conforman tienen mucho en común, lo suficiente como para poder comparar entre las instituciones por sus semejanzas (Goffman, 2001). Los mismos adultos mayores, previo a su ingreso y apoyados por las concepciones sociales sobre la vejez han perfilado su negatividad y aislamiento que favorecerá el desarrollo de su vida dentro de la institución como continuidad de la cultura en la que se ha formado y que define ese perfil institucional (Bayer, 1993; Barenys, 1990).

Las Instituciones como “instituciones totales” (Goffman, 2001) son una mezcla de “comunidad residencia y de organización reglamentada”, en donde coexisten el *grado de internamiento* (medido por la frecuencia e intensidad de intercambios en el mundo externo) y la *reglamentación*. “Toda organización, del tipo que sea, tiende a absorber a las personas que a ella pertenecen. Para ello delimita unas fronteras con el exterior. Las organizaciones son ámbitos ecológicos²⁶. Parte de su riqueza estriba, paradójicamente, en el tipo de intercambio que establece con otros ámbitos. En la medida en que toda persona discurre dentro de la institución, ésta cobra el matiz de “total”. Las instituciones de ancianos son propensas a revestirse de este carácter cuanto más deteriorados (física o psíquicamente) se encuentren sus residentes” (Barenys, 1990:160).

²⁶ U. BRONFENBRENNER, *The Ecology of Human Development*, Harvard U.P., 1979. Citado por: BARENYS, María, “Un marco teórico para el estudio de las Instituciones de Ancianos”, Barcelona, Pág. 160.

Así como Goffman (2001) indica que los mencionados establecimientos mantienen una inclinación hacia una tendencia absorbente, dado que en ocasiones se limitan al intercambio con la sociedad. La misma conserva una ruptura con tres ámbitos de la vida. En primera instancia, dentro de ella se desarrollan todos los aspectos de la vida y siempre teniendo una autoridad. Luego la actividad de la vida diaria es compartida por otros miembros quienes tienen el mismo trato y se espera que hagan las mismas cosas. Por último, las actividades cotidianas están programadas y mantienen una secuencia que le establecen una autoridad con normas formales explícitas. En pos del logro de objetivos que la institución se ha propuesto Berger y Luckmann (2001) señalan que comienza así el proceso de la socialización secundaria en donde se internaliza el “submundo” institucional.

En tanto, las personas que imparten los cuidados institucionales, cuidadores formales, son aquellas que asisten o cuidan al adulto mayor que puede o no, mantener una minusvalía o una incapacidad que le dificulte el desarrollo normal de sus actividades de la vida diaria o de sus relaciones sociales (Flórez Lozano, Adeba Cándenas, García García & Gómez Martín, 1997).

Por otra parte, Fernández y Comes concluyen en su trabajo que este tipo de instituciones de larga estadía estatales, no son más que el reflejo de la tensión que se produce entre inclusión y exclusión en la que históricamente se ubica a la vejez (Fernández & Comes, 2011). Sin embargo, Castoriadis (2013) dirá que la institución es una red simbólica en la que se combinan dos variables, un componente funcional y otro imaginario. Por otro lado (aún cuando en cierto sentido van de la mano), nos parece ineludible comentar sobre la visión de Castoriadis, quien por cierto, entre los múltiples referentes que posee, se encuentra el psicoanalítico. Aunque con una mirada crítica logra utilizarlo certeramente cuando menciona:

"Todo lo que se presenta a nosotros, en el mundo social-histórico, está indisolublemente tejido a lo simbólico. No es que se agote en ello. Los actos reales, individuales o colectivos -el trabajo, el consumo, la guerra, el amor, el parto-, los innumerables productos

materiales sin los cuales ninguna sociedad podría vivir un instante, no son (ni siempre ni directamente) símbolos. Pero unos y otros son imposibles fuera de una red simbólica. Las instituciones no se reducen a lo simbólico, pero no pueden existir más que en lo simbólico, son imposibles fuera de un simbólico en segundo grado y constituyen cada una su red simbólica." (Castoriadis, 2013:201).

En este trabajo, Castoriadis se refiere a lo simbólico, en parte desde la aproximación de Lacan, aunque más adelante lo critica ferozmente. Plantea el simbolismo no sólo en la instituciones, sino en y desde el lenguaje, aclarando que el significante no remite directa ni rígidamente al significado, no remite a definiciones "cerradas" ni "transparentes". Incluso aporta que " [...] en los usos sociales (y no científicos) del simbolismo, el 'desplazamiento' y la 'condensación' como decía Freud, (la metáfora y la metonimia como dice Lacan), están constantemente presentes. No puede identificarse pura y simplemente la lógica del simbolismo social a una 'lógica pura', ni siquiera a la lógica del discurso lúcido" (Castoriadis, 2013:211).

También tratamos aquí la importancia de los cuidadores formales y su necesidad de apoyo, lo demuestran estudios como el de Berruti (2004) que refiere a la necesidad de espacios de psicoprofilaxis, de contención y de cuidado para los cuidadores formales. E investigaciones recientes de Muñoz, González, Vélez, Rivera, Agudelo & Ríos sobre la capacitación de los mismos, en espacios en donde se integren elementos del desarrollo psicosocial, para lograr con éxito la relación terapéutica entre el cuidador formal y el adulto mayor. Mirado desde la perspectiva de Erickson, las personas mayores presentan crisis de identidad, en relación al haber sido y tener que hacer frente al no ser, lo cual es asumido con desesperanza en unos y con sabiduría en otros (Muñoz, et al., 2013).

El comenzar a ser parte de una residencia de larga estadía implica una inclusión al sistema y dinámica institucional con reconocimiento de uno mismo en otro hábitat que significa una acomodación a la institucionalización. Esta cuestión la tratamos a continuación.

3.3. Institucionalización

Desde hace unas décadas, observamos un contexto en donde el crecimiento de la institucionalización de los adultos mayores se ve influenciado, por la alta incidencia de demencias y de diferentes grados de deterioro físico y cognitivo. Además por los cambios producidos en la estructura, organización y roles familiares, en particular en el rol de la mujer como proveedora económica y la tensión que implica ser trabajadora, ama de casa y madre, se agrega el tiempo y el esfuerzo para sostener y dispensar cuidados a los ancianos de la familia. También podemos mencionar la incidencia de la reducción espacial de las viviendas y la inexistencia o insuficiencia de alternativas a la institucionalización geriátrica. Esta situación se encuentra parcialmente atendida por el Estado lo que provoca la proliferación de residencias privadas con escaso control por parte de aquel (Fassio, 2007).

Varios estudios han demostrado que la institucionalización no es la mejor solución social y que existe una problemática socio institucional que evidencia insatisfacción en los adultos mayores; que el habitar en sus domicilios o en un ambiente familiar sería más beneficioso dado que las residencias, en cierta forma, impiden el desplazamiento de los ancianos hacia el exterior (Ors Montenegro, 2008; Sepúlveda, Rivas, Bustos e Illesca, 2009; Ruiz & López, 2009). También encontramos que la institucionalización no favorece la participación en estructuras formales, la intimidad, la información y la independencia física; y que se asocia con un debilitamiento de la autonomía (López Norori, 2008; Rivadeneira & Valenzuela, 2014).

La admisión institucional resulta un proceso de retiro o despedida y, a su vez, de una nueva etapa, un comienzo. Existe un retiro de la vida cotidiana social para comenzar con una vida cotidiana institucional. En este sentido hacen referencia Berger & Luckmann (2001) a la socialización secundaria entendiendo

que cualquier proceso que sea posterior a la socialización primaria²⁷ lo induce al individuo ya socializado a nuevos sectores del mundo objetivo de su sociedad. Durante este proceso ha de despedirse de un conjunto importante de pertenencias que se relacionaban con él y que hablaban sobre él ante los demás, conformaban su yo. Lo va reduciendo a escasos artículos o elementos (portarretratos, reloj, etcétera) que estarán con él de acuerdo a las imposiciones reglamentarias institucionales; limitando y coartando su mismo yo. Berger y Luckmann señalan la importancia de la habituación lo que implica un proceso que ha de anteceder a la institucionalización puesto que se implican nuevos actos con procedimientos operativos que tendrán otros significados para la nueva rutina en la institución.

En esta investigación se analiza en varias narrativas coincidentes la similitud con las características del nuevo paradigma respecto a la posibilidad de tenencia de objetos personales. Pero los mismos no lograban cumplir el objetivo de considerar al espacio como propio, al igual que con el que contaban al ingresar, su hogar. Asimismo, en ningún caso se ha llevado a cabo la habituación ni conocimiento previo de su futura morada.

Agregan Berger & Luckmann, “Las tipificaciones de las acciones habitualizadas que constituyen las instituciones, siempre se comparten, son accesibles a todos los integrantes de un determinado grupo social y la institución misma tipifica tanto a los actores individuales como a las acciones individuales” (Berger & Luckmann, 2001:76). Graeff (2005) advertirá que los primeros tiempos de la institucionalización se marcarán por un proceso de ajuste que se caracterizará por ambigüedades y un estigma de la nueva condición que se vivirán con una experiencia de adquisición de nuevos patrones culturales.

“Los vínculos que unen al individuo a entidades sociales de diversas clases presentan características comunes. La participación

²⁷ Berger y Luckmann se explayan sobre la socialización primaria, es la primera por la que el individuo atraviesa en la niñez y por medio de ella se convierte en miembro de la sociedad. Advierten que esta socialización suele ser la más importante para el individuo y que la estructura básica de toda socialización secundaria debe asemejarse a la primaria. Y apoyados en la teoría de la socialización de Mead, continúan “Todo individuo nace de una estructura social objetiva en la cual encuentra a los otros significantes que están encargados de su socialización y que le son impuestos” (Berger y Luckmann, 2001:166).

del individuo en la entidad, sea ésta una ideología, un país, [...], tendrá los mismos rasgos generales. Le creará obligaciones: duras algunas, por comportar alternativas inevitables, trabajos o servicios a cumplir, tiempo a insumir o dinero a gastar; más blandas y cálidas otras, porque le exigirán que se sienta integrante de la entidad, que se identifique con ella y que exprese adhesión afectiva. La participación en una entidad social implica un compromiso y al mismo tiempo una adhesión” (Goffman, 2001:175).

Los residentes carecen de privacidad en tanto, a su vez, “[...] siempre hay alguien que puede verlo y oírlo, siquiera se trate de sus compañeros de internado [...]” (Goffman, 2001: 36). En la institución estudiada se habla del respeto al residente pero hemos observado que raramente se tienen en cuenta las maniobras o recaudos para el logro de la privacidad.

En las circunstancias en que las personas se encuentran en las instituciones de larga estadía, dependen de otros para que sus proyectos vitales puedan llevarse a cabo. Por lo cual, el entorno en donde son atendidas puede facilitar o funcionar obstaculizando el desarrollo de sus proyectos personales (Jaskilevich & Badalucco, 2014).

El adulto mayor ingresa a la institución con disposiciones sociales estables de su entorno social, laboral y familiar. Al pasar a ser residente institucional, resulta para muchos un despojo casi total de su rol social. Comienzan desviaciones radicales de sus roles, cambios progresivos e inminentes que le ocurren internamente y sobre los otros significativos. Se interrumpe bruscamente el desempeño de su rol, dado que la vida institucional lo separa radicalmente de la vida social extramuros y perdura por veinticuatro horas diarias.

Respecto de la dinámica de la institución, la misma “[...] absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo un mundo propio teniendo en síntesis, tendencias absorbentes. Cuando repasamos las que componen nuestra sociedad occidental, encontramos algunas que presentan esta característica en un grado mucho mayor que las que se hallan próximas a

ellas en la serie, de tal modo que se hace evidente la discontinuidad. La tendencia absorbente o totalizadora está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de los miembros, y que suelen adquirir forma material: puertas cerradas, altos muros, [...]” (Goffman, 2001:17).

Goffman (2001) se refiere a los cambios que se producen al formar parte de instituciones totales en el estilo de vida de la persona, sus espacios diferenciados para lo laboral, lo recreativo, el descanso y los diferentes tipos y variaciones de vínculos relacionales. Son autoridades disímiles bajo las que se encuentran. Sin una programación rutinaria amplia; estos cambios formarán parte de un cambio del diario vivir. Berger y Luckmann lo señalan como “la realidad de la vida cotidiana que se mantiene porque se concreta en rutinas, lo que constituye la esencia de la institucionalización” (Berger & Luckmann, 2001:187).

Estas cuestiones dan un giro importante que se sostiene en una realidad cotidiana en donde todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar siendo iguales la estructura y la autoridad que se enlaza con el rango elevado y el carácter (Goffman, 1993). De acuerdo a Foucault (1994), las relaciones de poder se encuentran bloqueadas y fijadas.

Cada una de las actividades de la vida diaria se lleva a cabo en compañía de otros adultos mayores, con igual trato y actividades similares. Por último, cada una de las actividades se encuentra programada y mantiene una secuencia continua y rutinaria. Son actividades obligatorias que integran un plan y obedecen al logro de objetivos institucionales que emanan desde las autoridades al igual que las normas formales de funcionamiento general. Foucault advertirá:

“Cuando un individuo o un grupo social llegan a bloquear un campo de relaciones de poder, a volverlo inmóvil y fijo y a impedir toda reversibilidad de movimiento (...) se está frente a lo que se puede llamar un estado de dominación” (Foucault, 1984)²⁸

²⁸ Entrevista con Michel Foucault realizada por Raúl Fonet-Betancourt, Helmut Becker y Alfredo Gómez-Muller el 20 de enero de 1984. Publicada en la Revista *Concordia* 6 (1984) 96-116.

Una vez que el individuo forma parte de la vida institucional se exime de responsabilidades económicas y sociales, las cuales son asumidas por los referentes o por nadie. Pero, sí se organizan entre los residentes, que son sociablemente distantes se ayudan mutuamente aunque obligados por una intimidad forzosa que impone la institución. En algunos casos se confraterniza y se forman vínculos diferenciados. Se mantiene una jerarquía en tanto el cumplimiento de las reglamentaciones y permisos, encontramos el personal de cuidados formales, profesionales del equipo técnico y el equipo directivo. A estas reglamentaciones el adulto mayor ha de ajustar su conducta, estas normas especifican la rutina, las indicaciones en cuanto a lo que les está permitido y lo que no.

A su vez, resulta de importancia mencionar que el personal también está sometido a reglamentos y juicios que impactan en las acciones de los residentes. Ejemplo de éstos son las rutinas diarias que rompen con la autonomía del sujeto en tanto las acciones que realiza, cada una de las especificaciones priva a la persona de la posibilidad de equilibrar sus necesidades y sus objetivos en forma personal (Goffman, 2001).

3.4. Las instituciones a la luz de los dos Paradigmas

Los textos clásicos de interaccionismo simbólico escritos por Goffman (1961) que hemos revisado, han sostenido el cimiento para el precedente análisis. Desde una mirada de asilos, han sido y continuarán siendo llamados “Internados” y “Manicomios, Prisiones y Conventos”. A partir de priorizar un abordaje comprensivo de las ciencias humanas (Dilthey, 1992; Gadamer, 1993; Graeff, 2005) y en la búsqueda de la composición de un mundo compartido es que nos interesa estudiar las características de los dos paradigmas que moldean a las residencias de larga estadía.

Las construcciones acerca del proceso de envejecimiento, sus necesidades, su caracterización, se enmarcan en un contexto determinado desde lo social,

político, económico y cultural. Esto es lo que le otorga y sostiene las prácticas cotidianas en las Residencias para Adultos Mayores. Estos sentidos, discursos y prácticas podrán caracterizarse por estar sustentados desde el *paradigma asilar* o el *nuevo paradigma*²⁹. Este último está sustentado en la noción y ejercicio de los derechos de los mayores con participación activa como ciudadano en pos del logro de una buena calidad de vida (CEPAL-UNFPA, 2012; Montes de Oca, 2013; Huenchuan, 2013; Gajardo & Cifuentes, 2014; CEPAL-UNFPA, 2014).

A partir de la década de 1990 comenzamos a visualizar el nuevo paradigma con la necesidad de realizar una mirada diferente hacia la vejez y el envejecimiento, respaldado por las Naciones Unidas³⁰. Se origina una impronta ética y normativa que deja de lado al anciano como sujeto de cuidado para considerarlo un sujeto titular de derecho promoviendo el empoderamiento de cada ciudadano adulto mayor (OPS, 1998; CEPAL-CELADE, 2006; ONU, 2007; Huenchuan, 2009; CEPAL, 2012).

Este cambio ha propuesto políticas sociales desde el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación Argentina, que han impactado inclusive en la concepción del anciano institucionalizado. Se elaboraron reglamentaciones con deberes y derechos de los residentes soslayando permanentemente su condición de sujeto de derecho (Roqué, 2005).

En relación con el nuevo paradigma, la atención del adulto mayor ha de ser integral y centrada en la persona. Ha de estar dirigida a la consecución de una mejoría en la calidad de vida y el bienestar, partiendo del respeto a la dignidad y a los derechos, a los intereses y preferencias (Naciones Unidas, 2012³¹; Croas & Colmeneros, 2013). Se persigue el logro de convertir a las instituciones de larga estadía en centros gerontológicos abiertos, que tiendan al desarrollo personal y atención sanitaria multiprofesional (Rodríguez Rodríguez, 2001).

²⁹ El “Nuevo Paradigma” se lo denomina también “Paradigma de Derechos” (Arias, 2009; Fassio, 2011; Croas & Colmeneros, 2013)

³⁰ En el año 1996 se lleva a cabo la *Asamblea Permanente por los Derechos Humanos* en donde se trató y consideró necesario reconocer como sujeto de Derecho a todas las personas que conformen el grupo etario de personas mayores (Pszemiarower, 1999).

³¹ Carta de San José sobre los derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe. Naciones Unidas/CEPAL, San José de Costa Rica, mayo 2012.

A partir del nuevo paradigma, se sostiene como alternativa positiva en la intervención para la atención de los adultos mayores, el modelo español denominado *atención en instituciones cerradas de larga estadía centrado en la persona*³². Busca, el modelo mencionado, el protagonismo del adulto mayor, en donde los indicadores son los derechos de la persona (seguridad jurídica, privacidad, intimidad, autonomía, libertad, participación y dignidad). Donde existan profesionales especializados y con condiciones de trabajo interdisciplinario. Que la organización cuente con una visión y misión con los valores concomitantes en la cual se propicie la autonomía individual y grupal. Un medio físico accesible, seguro, ergonómico que permita el confort y la atención integral de las necesidades en el diario vivir del adulto mayor, con el cuidado de su salud a nivel psicológico, afectivo y social (Rodríguez, 2010; Martínez Rodríguez, 2011).

Ambos paradigmas responden a contextos socio-históricos diferentes. Las residencias tienen su origen y fueron creadas como respuesta a la problemática del adulto mayor bajo el paradigma asilar (Croas & Colmeneros, 2013). En una situación en la cual se los incorporaba junto a otras generaciones que compartían la locura, mendicidad, pobreza, exclusión como motivo de confinamiento en una institución. Aunque algunas características de dichas instituciones según Goffman (2001), son instituciones totales, de encierro.

Este tipo de instituciones ha ido transformándose a lo largo de la historia, buscando adaptarse a los cambios socio culturales, económicos y demográficos actuales. Tienden a llevar adelante atenciones específicas, interdisciplinarias y otorgar un rol importante a las familias.

Explicitamos a continuación las características de cada uno de los paradigmas desde el análisis de los indicadores tomando como referencia los textos de CEPAL-CELADE (2009-2011) y Croas & Colmeneros (2012).

³² Modelo de atención centrado en la persona: es un modelo que se orienta hacia una mejor calidad de vida y un bienestar cotidiano del adulto mayor. Que otorgue respuesta a sus necesidades y, principalmente, vele por sus derechos, deseos y preferencias. Es decir que se promueven los cuidados a partir de la dignidad y el apoyo de la autonomía. En donde tienen compromiso participativo, el adulto mayor, los integrantes de los equipos técnicos, personal y responsables de las instituciones (Martínez Rodríguez, 2011).

Respecto al *ingreso*, la *admisión* y la *adaptación* en la residencia, el paradigma Asilar responde a la solicitud de ingreso por parte de un familiar o referente o una derivación profesional. Las características de admisión son impuestas por la institución y no existe un período de adaptación institucional. El nuevo paradigma sostiene que la solicitud es realizada por el adulto mayor o bien, por el familiar o referente, con el consentimiento del geronte. Además cuenta con un proceso de adaptación con acompañamiento terapéutico.

En relación a la consideración sobre *el residente y sus necesidades*, la mirada asilar otorga una asistencia colectiva y los considera a todos como objetos de cuidado, con predominio de prejuicios y preconceptos negativos. Las necesidades se canalizan con intervenciones colectivas y objetivas (alimento, aseo, vestido, descanso y atención médica). En cambio, desde el nuevo paradigma se diferencian a los residentes conforme a su singularidad, se los trata como sujetos de derechos otorgándoles una atención individual y personalizada de acuerdo a las necesidades individuales. Se consideran las potencialidades para su desarrollo y la prestación integral garantizando sus derechos.

Acercas de las *normas institucionales y la planificación de actividades*, en el contexto del paradigma asilar, las normas se presentan rígidas y siempre predominan ante los residentes y el personal, donde los horarios son rígidos y estrictos para cada una de las actividades de la vida diaria. La planificación de las actividades cotidianas es unilateral desde los profesionales, las autoridades o el personal de la institución. En tanto, desde el nuevo paradigma, existen normas que resultan algo flexibles de acuerdo a las necesidades de los residentes y petitorios del personal. La planificación de actividades se tiende a realizar en forma conjunta, orientándose desde lo profesional pero con la consideración decisional del adulto mayor.

La *participación* en todas las cuestiones de la vida diaria, se lo considera en el viejo paradigma como peligroso para la institución, sólo se participa en actividades restringidas, controladas y ordenadas. Sin embargo, en el actual se plantea como estrategia residencial para el diseño de las actividades y el

desenvolvimiento cotidiano, se fomenta y motiva regularmente para la totalidad de los residentes.

En tanto las *relaciones entre los residentes, entre el personal y los residentes y los residentes y su entorno*, no le preocupa ni se interviene en la escasa relación que resulta conflictiva, mantiene una impronta jerárquica de control y evita la afectividad en las relaciones. Los residentes son nombrados por la patología que padecen o por un número o denominaciones impersonales. No media ninguna relación con el entorno social, sólo en pocas ocasiones cuando el interés es desde el exterior y por sobre los residentes, desde la mirada asilar. Los conflictos son reprimidos y se visualiza a la vejez como enfermedad. Existen situaciones abusivas que no se abordan, se mantienen ocultas y hasta se justifican sin tener en cuenta la denuncia de los residentes.

A partir del nuevo paradigma se fomenta el intercambio, el respeto, las buenas relaciones en un entorno de escucha, respeto y apoyo social que permite el flujo natural de retroalimentación. Se les llama por su nombre y se realiza un intercambio fluido y regular con el mundo externo, fundamentalmente a pedido del residente y en ocasiones desde el exterior en donde el geronte decide su inclusión. Se consideran los conflictos como condiciones naturales de la convivencia y se los aborda para su resolución. En ocasiones en donde se dan situaciones de abuso o maltrato, se atienden y se le otorga un lugar de importancia, interviniendo desde la escucha al residente para resolver e impulsar la desnaturalización.

Por otra parte, en relación a *la autonomía, la independencia, la intimidad y la privacidad del residente*, el personal realiza todas las tareas para optimizar el tiempo y evitar demoras lo que cercena tanto la autonomía como la independencia; nada resulta ser propio o privado. Los espacios pasan a ser todos públicos, los dormitorios son pabellones en donde se los higieniza con las puertas abiertas, ningún secreto se resguarda como tal. La sexualidad es negada, ridiculizada y reprimida.

En cambio el nuevo paradigma pone énfasis en el fomento de la autonomía y la independencia a través de actividades planificadas y labores del personal en forma cotidiana, independientemente de las condiciones de dependencia que posea el anciano. Se garantiza la privacidad e intimidad con la existencia de espacios privados diferenciados de los de acceso público o comunitario. Se respeta la sexualidad a partir de la intimidad y naturalidad, pensada como intrínseca a la vida, otorgándose espacios para su continuidad.

En relación con los *cuidados progresivos* y el abordaje del *final de la vida*, son considerados innecesarios, los óbitos se producen sin mediar más allá que los trámites burocráticos correspondientes. Mientras que en el nuevo paradigma se los considera a los cuidados progresivos como la continuidad del cuidado del adulto mayor en su hábitat.

Las características institucionales que responden al viejo Paradigma Asilar, coinciden con la posición teórica de Goffman (1961). El aporte del nuevo paradigma, pone énfasis en la capacidad del adulto mayor autónomo para que pueda acceder a una vida satisfactoria. Una persona es más autónoma cuando puede elegir y tomar sus decisiones libremente en todas las esferas de su vida (Danani, 2009).

Podemos inferir que en la actualidad las instituciones no presentan extremas sus características para ubicarlas dentro de uno u otro de los paradigmas. Pero los indicadores analizados las ubican en una forma mixta o matizada entre los dos paradigmas. El avance desde la mirada de los derechos de los adultos mayores ha ido modificando gradualmente alguna de las características de estas instituciones principalmente las públicas que se rigen por la política social que emanan desde el Estado.

Resulta relevante tener en cuenta el lugar de importancia que ocupan en este marco, las políticas sociales, dado que constituyen un subconjunto de las políticas públicas. Si se enmarcan en una visión desde el nuevo paradigma presentan una mirada diferente sobre la vejez y la institucionalización.

Para concluir este capítulo hacemos mención a Castoriadis (2013), sobre las instituciones humanas y su dominio. Para él no existe un modelo teórico, sólo una realización que se produce en el tiempo al hilo de millones de decisiones particulares y de conductas individuales concretas. Un desafío para la gerontología actual es elaborar un modelo de institucionalización que no genere aislamiento social y las consecuencias que de ello se desprenden. El nuevo paradigma tiende a mejorar tanto la calidad como la eficiencia y eficacia de los recursos humanos y materiales a nivel institucional.

Intentamos la modificación paulatina de la dinámica institucional con reconocimiento del adulto mayor como persona autónoma a pesar de su declinación en el nivel sanitario. Se demuestra a través de los escasos pero presentes consentimientos informados de las instituciones que miran al adulto mayor como persona íntegra y portador de derecho como todo ciudadano dejando de lado la arbitraria decisión de un familiar o referente para la organización del diario vivir o proyecto vital.

En la era de los derechos humanos nos resulta difícil concebir residencias de larga estadía con características según las descritas por Goffman y Foucault. En su gran mayoría mantienen desde lo visible un acceso restringido y con llave. Por ejemplo, que sólo se autorizan los accesos al interior y al exterior respectivamente por la autoridad de la institución, el familiar o referente independientemente de la opinión, necesidad o decisión del adulto mayor para la flexibilidad de horarios, régimen cotidiano y actividades, entre otros.

Es decir, las instituciones de larga estadía para adultos mayores en la actualidad, mantienen indicios claros que conservan su semejanza a las instituciones totales teorizadas por Erving Goffman (2001). A su vez en algunos casos hacen un acercamiento hacia las cuestiones que buscan agradar al nuevo paradigma.

Las residencias de larga estadía inciden con las características de las instituciones. Es necesario conceptualizarlas, conocer brevemente su recorrido

histórico y otras cuestiones que serán importantes a la hora del análisis de la Institución estudiada. En el próximo Capítulo desarrollaremos la cuestión referida.

Capítulo IV

RESIDENCIAS DE LARGA ESTADÍA, CONCEPTUALIZACIONES, CONTEXTO HISTÓRICO Y APROXIMACIONES A LA COTIDIANEIDAD

4.1. Introducción

Lo que hemos expuesto en el capítulo teórico anterior sobre la concepción de las instituciones y la institucionalización de la mano de Edwin Goffman (1961), Berger y Luckmann (1968) y Foucault (1972), invita a avanzar sobre las diferentes conceptualizaciones de las Residencias de larga estadía en donde conviven los adultos mayores. Por ello, en el presente Capítulo analizamos los conceptos que confluyen en la organización y dinámica de una institución para mayores con procesos propios pero características del colectivo en su tipo.

Hablar de *residencias de larga estadía* es hacer referencia a “hogares de ancianos”, “geriátricos”, “establecimientos de larga estadía”. La terminología generalizada en el país, es de “geriátricos” la cual es utilizada cotidianamente y se reproduce en los medios de comunicación masivos. Sin embargo, los profesionales e investigadores del campo de la geriatría y la gerontología, adherimos a la versión actual con la utilización de los términos “residencias” o “establecimientos” haciendo alusión al mismo tipo de institución (Barenys, 1993; De los Reyes, 2007; IMSERSO, 2009).

A las residencias de larga estadía, las encontramos compuestas por diversos actores sociales: los ancianos, los profesionales, los directivos, los cuidadores formales (personal de enfermería, auxiliares y mucamos) personal de cocina, de ordenanza y los familiares o referentes que acuden de visita. En las mismas residen personas de 60 años o más que por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados.

Para funcionar como Residencia de Larga Estadía, se requiere contar con autorización en esa calidad otorgada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud competente del lugar en que se encuentra ubicado y las habilitaciones provinciales y municipales correspondientes para su buen funcionamiento.

Los cuidados diferenciados ofrecidos en las Instituciones referidas, tendrán por objeto la prevención y mantenimiento de la salud, la estimulación de la

funcionalidad y el reforzamiento de las capacidades remanentes en la persona. En términos sociales, los cuidados se pueden definir como las actividades y relaciones que se producen con la finalidad de satisfacer necesidades físicas y emocionales de los adultos mayores.

En el presente estudio, implicamos al *cuidador formal* como la persona que desempeña su tarea laboral en la residencia de larga estadía, imparte los cuidados directos al adulto mayor durante la totalidad de su módulo horario. Incluimos aquí al auxiliar de enfermería³³, al asistente geriátrico³⁴ y al mucamo.

En la literatura sobre cuidadores formales y las relaciones que mantienen con los adultos mayores se encuentra variedad y notable cantidad de estudios, María Berruti, (2004) afirma que el cuidador establece un compromiso emocional para sostener su tarea y que, en muchas ocasiones, este compromiso se transforma en una relación defensiva que culmina dificultándose, por lo cual ya no resulta satisfactoria la tarea sino una carga que deteriora a quien la cumple y para quien va dirigida. Coincidimos en que existe una relación directa entre el cuidador formal y la forma en que realiza la tarea, pues se da conforme a su visión sesgada por representaciones sociales del viejismo con significados desfavorables hacia los residentes; y en base a esto organizan su práctica de cuidado (Monchietti & Buzeki, 2003; Berruti, Maria, 2004; de los Reyes & Buzeki, 2005).

4.2. Diferente denominación un mismo significado

Bajo el término “instituciones de larga estadía”, la IMSERSO³⁵, se refiere también a “residencias de personas mayores”, “hogares para ancianos”, “asilos de ancianos” o “geriátricos”. Son definidos como “establecimientos destinados al

³³ Para obtener el título de Auxiliar de Enfermería se realiza un curso en entidad pública o privada y la función es sanitaria y, justamente colaborar con el enfermero en la asistencia al geronte.

³⁴ En este caso, el asistente geriátrico es aquel que, sin mediar ninguna capacitación o titulación y habiendo ingresado para realizar labores de mucamo en la institución obtiene el cargo por antigüedad en el desempeño de ese rol; de acuerdo a la decisión de la autoridad institucional el nombramiento varía conforme al desempeño individual.

³⁵ IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España.

alojamiento temporal o permanente, con servicios y programas de intervención adecuados a las necesidades de las personas objeto de atención, dirigida a la consecución de una mejor calidad de vida y a la promoción de su autonomía personal” (IMSERSO, 2009).

También podemos mencionar la definición que denomina a estos establecimientos como lugares “en que residen adultos mayores que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la mantención de su salud y funcionalidad” (SENAMA³⁶, 2010:38).

A su vez, la Secretaria de Tercera Edad y Acción Social dependiente del Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente, desde el nuevo paradigma ofrece otra definición. En la misma se define como “Un módulo u organización institucional integral destinado al alojamiento y atención de las necesidades bio-psico-sociales y culturales de las personas de sesenta años y más, mediante personal capacitado para tal fin, que cuenta con áreas específicas según requerimientos prestacionales en un ambiente adecuado al funcionamiento gerontológico” (Secretaria de Tercera Edad y Acción Social dependiente del Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente, 2000)³⁷.

La ley 14.263 de regulación de funcionamiento de establecimientos geriátricos, enmarca en esta denominación a “toda institución de gestión pública o privada que tenga por finalidad brindar alojamiento, alimentación, higiene, recreación activa o pasiva, atención médica y en general toda acción que haga al bienestar físico y psíquico de las personas adultas mayores desde los sesenta y cinco (65) años de edad, en las formas y condiciones que establezca la Autoridad de Aplicación” (Ley 14.263, art. 4º).

Entre las variadas definiciones usadas para referirse a las instituciones de personas mayores, podemos mencionar: “geriátricos”, “hogares geriátricos”³⁸,

³⁶ SENAMA: Servicio Nacional del Adulto Mayor. Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de Chile.

³⁷ Ministerio de Desarrollo Social de la República Argentina.

³⁸ *Hogar de Ancianos* es la terminología que se ha utilizado durante varias décadas para hacer referencia a las instituciones públicas que alojan mayores en forma permanentes. Anterior a esta

“establecimientos geriátricos”³⁹, “residencias de adultos mayores”⁴⁰, “hogares de ancianos” y “residencias de larga estadía” y más. Para fines de esta investigación se utiliza **residencias de larga estadía** para designar a las instituciones de este tipo. Las residencias públicas albergan personas mayores de 60 ó 65 años de edad que se encuentran en situación de vulnerabilidad, con carencia de redes de apoyo afectivo y material, sin recursos económicos que faciliten su sustento, con problemática de salud que conjugue problemática socio-familiar.

Pero con el correr de los tiempos se ha ido transformando su búsqueda intentando adaptarse a los cambios sociales, culturales, económicos, históricos y demográficos de todas las sociedades. El objetivo es dar cabida a modelos de atención cada vez más especializados, basados en atenciones específicas, interdisciplinarias y con inclusión de las familias. El modelo español por ejemplo, denominado “De Atención en Instituciones Cerradas de Larga Estadía Centrado en la Persona”, se basa, como su nombre lo dice, en la persona mayor como protagonista en su papel de usuario o residente. En torno a éste giran una serie de indicadores o variables. Estos son: los derechos de la persona (seguridad jurídica, privacidad, intimidad, dignidad, autonomía, libertad, participación); los profesionales a cargo (cualificación, buenas prácticas, trabajo en equipo, formación, actitud); la organización misma (misión/visión, valores, procesos); el medio físico (condiciones arquitectónicas, instalaciones, equipamientos, accesibilidad, seguridad, ergonomía, confort); y la atención integral de las necesidades (cuidados y atenciones para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), condiciones de salud, psicológicas, afectivas y sociales) (Rodríguez, 2010).

denominación y, en ocasiones en algunos pueblos o ciudades, se utilizó *Asilo de Ancianos*. Es el caso de la ciudad de Mar del Plata para referirse a la actual Residencia para mayores Eva Perón.

³⁹ Denominación utilizada en la legislación Municipal del Partido de General Pueyrredon (Ordenanza 4751/80) y en la Ley Provincial 14263 por Decreto 1190/12 en referencia a la Habilitación de comercio.

⁴⁰ Denominación utilizada por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, conocido como PAMI.

NOTA: En el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, figura el término “Hogares geriátricos” al referirse a las Habilitaciones de los comercios del estilo. <http://www.ms.gba.gov.ar/habilitaciones-hogares-geriatricos>.

En la actualidad, la aparición de las Residencias de larga estada para mayores progresa constantemente dado que son varios los factores que inciden para que esto ocurra. Estos factores son múltiples y diferentes. Por un lado el aumento de adultos mayores octogenarios, nonagenarios y centenarios acompañado de los avances de las ciencias médicas y sociales que permiten, no sólo vivir más años sino alcanzar calidad de vida con medidas de promoción y prevención. También la evolución de patologías de deterioro cognitivo y demencias que acrecientan la dependencia y por ende la necesidad de cuidados permanentes (Fassio, 2007; Rodríguez, 2007; Roca Socarrás & Blanco Torres (2007); Ribagliati Tirado et al., 2012; Maturana Navarrete, 2014).

Pilar Rodríguez Rodríguez explica en su texto que uno de los fenómenos que da respuesta a la oferta y demanda en las Residencias está relacionado con el debilitamiento del recurso familiar que fue, desde siempre, el principal proveedor de cuidados a nivel internacional. A éste se lo conoce como apoyo informal, que en la mayoría de los casos lo propenden las mujeres de la familia y en el seno de la misma (Rodríguez Rodríguez, 2007:4).

Hacemos referencia a lo descripto en el capítulo anterior, respecto a la consideración de los alojamientos por el sociólogo Erving Goffman (2001) quien los consideraba incluidos en lo que denominó *institución total*. Esto es espacios sociales cerrados en donde la reglamentación limitaba la intimidad, la libertad y la autonomía de los internos. Dando lugar a un constructo social de la vejez institucionalizada enmarcada en estereotipos negativos relacionados con la enfermedad, la inutilidad, la dependencia, la fragilidad, la pérdida de autonomía y la muerte, que evidencian desprotección social.

Los inicios de las residencias han estado ligados a condicionamientos culturales que se mantienen con persistencia. De acuerdo a Foucault (1972) podemos situar a los asilos de ayer traducidos en residencias de hoy, en corrientes de movimientos sociales: valores culturales en proceso de consolidación, representaciones colectivas y opciones éticas que han ido soslayando puntos de inflexión en la historia de las mentalidades. Esos “enclaves” se crearon para los sujetos que no han podido proveer para su subsistencia, que carecen de asistencia,

de un techo para el cobijo. Las residencias se han proyectado sobre una ayuda tradicional de la familia que ha sido relevada parcial o totalmente y, por otra parte han conformado una respuesta al problema social ante las situaciones de vulnerabilidad que se correlacionen con el vagabundeo y la mendicidad (Barenys, 1993:156).

Estas Residencias, se remontan al siglo XVI con la necesidad de acogida de los desamparados, locos, mendigos, personas con enfermedades contagiosas y otras formas de marginalidad aguda que se asilaban en lugares según Foucault (1972) que implicaban un *gran encierro* (Goffman, 2001; Foucault, 1972; Redondo, 2010; Fernández Colmeneros & Croas, 2013; Fernández & Comes, 2011).

4.3. Del Asilo a la Residencia: un recorrido histórico

Como hemos mencionado, en el siglo XVI, aparecen los asilos o residencias creados para dar albergue a vagabundos, locos, desviados de la ley y viejos. Sus objetivos eran los de vigilar y castigar, educando y corrigiendo conductas.

En la Argentina, los llamados asilos ocultaban a los pobres, ancianos, mendigos y otros considerados inadaptados. Se ocupaba de ello el modelo de la caridad cristiana. Pero por el año 1823 comienza a intervenir el Estado en los asuntos sociales a partir de la creación de la Sociedad de Beneficencia por Bernardino Rivadavia, con intención de dar un quiebre al modelo mencionado. Tenti Fanfani menciona que “la filantropía como valor universal, busca desplazar el concepto cristiano de la caridad, al mismo tiempo que no se le opone, sino que lo engloba dentro de un referente más universal, la moral laica de origen racional y no relevada” (Tenti Fanfani, 1989:18).

Es decir, que habían pasado los asilos a manos del estado dejando su origen de la órbita religiosa por decreto. Pero el avance continuo de corrientes filantrópicas reclamando acción directa del Estado resultó en un retorno de la

sociedad de beneficencia en poder de órdenes religiosas y, la creación de Hogares por parte de colectividades como la italiana, israelita, española y otras. Se ocupaban de ello las mujeres de las clases altas y dominantes aunque se evidenciaba descontento por tender a acciones paternalistas, indiscriminadas, que favorecían la indigencia y la vagancia (Croas & Colmeneros, 2013).

Podemos hablar de un período que va desde 1820 a 1955 impregnado de una visión asilar de las instituciones tanto para adultos mayores como para otras franjas etarias. En tanto, en Argentina, en el año 1906 se crea la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales con intención del Estado de dar cobertura a personas envejecidas, sin familia, pobres y enfermas (Bou Pérez, Saggio, Alfano, Fernández & Aptekman, 2008).

Dentro del período mencionado, el que abarca desde 1947 a 1955, visualizamos una perspectiva de la justicia social en donde el Estado encara un compromiso con los derechos en varios aspectos entre los que se encuentran la inclusión de las personas mayores. Así en el año 1950, la Fundación Eva Perón⁴¹ construye Hogares de Ancianos y se obtuvo la sanción de una ley que otorgaba pensiones a los mayores de 60 años que carecieran de recursos⁴² (Croas & Fernández Colmeneros, 2013).

Desde 1955 a 1970, vemos las ideas desarrollistas y un comienzo de la tecnificación de la atención a los mayores. Subyace aquí un supuesto positivista que tiende a prescindir de la política y de la ideología. En pos del mejoramiento de las condiciones económicas, culturales y sociales de la sociedad, la población se suma a los gobiernos. Se comienza con la rehabilitación.

A partir de 1970, se desarrollan trabajos interpretativos como son los aportes de Erving Goffman y Michel Foucault en el marco de las teorías sociológicas del envejecimiento. En el año 1971 se crea el Instituto Nacional de

⁴¹ La Fundación Ayuda Social María Eva Duarte de Perón, se constituyó y obtuvo la personería jurídica en 1948. En el año 1950 pasó a denominarse “Fundación Eva Perón”.

⁴² Esta Fundación logró que la Argentina fuera la primera Nación en proclamar los derechos de la Ancianidad; fueron incorporados a la Constitución de 1949. Aunque en el año 1956 al ser derogada la Constitución mencionada, quedaron sin jerarquía constitucional los derechos proclamados.

Servicios Sociales⁴³ (PAMI) por medio del cual observaremos nuevos dispositivos para la atención de adultos mayores de acuerdo con las demandas emergentes que incluían la creación del *tercer nivel* (atención ambulatoria o de internación). En la misma década, e impuesto por la dictadura militar, se destruye el sistema de salud implementado por Ramón Carrillo⁴⁴. Por los años 80 comenzamos a visualizar la promoción de la salud, cuestión que vimos fuertemente influenciada por la Primer Asamblea Mundial de Envejecimiento en Vienna (1982) y la declaración de los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad (1991).

Desde el año 2000, si bien ya había indicios, en adelante ha tomado una envergadura de carácter mundial no sólo el envejecimiento sino la problemática del mismo a partir del creciente y continuo avance cuantitativo de personas mayores. Durante la última década se han producido asambleas, convenciones, redes, acuerdos, declaraciones, federaciones, comités a nivel internacional. Por ejemplo la Segunda Asamblea Mundial sobre envejecimiento (Madrid, 2002) y la creación de HelpAge International; a nivel regional algunas demostraciones son la Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento, Santiago de Chile, para la implementación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. En la CEPAL (2004), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de Demografía (CEPAL/CELADE), la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, la Federación Iberoamericana de Personas Adultos Mayores, Red Latinoamericana y del Caribe de Personas Mayores (Red Tiempos), la Red Iberoamericana de Asociaciones de Adultos Mayores (RIIAM), el Programa de Apoyo a Organizaciones de Adultos Mayores y cooperaciones técnicas entre países. Otras instancias lo son, la Red Intergubernamental Iberoamericana de Cooperación Técnica (RIICOTEC), la Latin American Research Network on Ageing LARNA y la Carta de San José sobre los derechos

⁴³ Mediante la sanción de la ley 19.032, el 13 de mayo de 1971 se crea el PAMI con objetivo de brindar una asistencia médica, social y asistencial a la población adulta mayor que lo requería.

⁴⁴ El Dr. Ramón Carrillo (1906-1956). Su Política Sanitaria Argentina (1949) estaba fundamentada en tres principios: 1. Todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la sanidad; 2. No puede haber política sanitaria sin política social; 3. De nada sirven las conquistas de la técnica médica si ésta no puede llegar al pueblo por medio de dispositivos adecuados (Dirección de Información Parlamentaria del Congreso de la Nación)

de las personas mayores de América Latina y el Caribe. A nivel nacional han tomado relevancia los impartidos por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Todos y cada uno, han tendido al cambio de la mirada asilar de los lugares de alojamiento para los adultos mayores, a otorgar una respuesta integral con dispositivos específicos como son las residencias de larga estadía que se construyen sobre un cimiento de derechos en donde el anciano deja de ser un objeto de cuidado para ser un sujeto de derecho (Huenchuan & Rodríguez Piñero, 2010; CEPAL, 2010; CEPAL, 2012; Roqué & Fassio, 2012; Huenchuan, 2013; Croas & Fernández Colmeneros, 2013; Montes de Oca, 2013; CEPAL, 2013)

En resumen, las políticas sociales mundiales y nacionales, a través de organizaciones que se dedican al estudio y asumen la promoción de los derechos de los adultos mayores realizan esfuerzos mancomunados en favor de la difusión de una mirada de la vejez diferente. Una portadora de autonomía, de libertad, de independencia como continuidad del proyecto vital de la persona, intentando modificar y eliminar los estereotipos que sobre el envejecimiento y la vejez que se visibilizan en las distintas sociedades.

4.4. La conformación cotidiana de la organización institucional

En la vida cotidiana de las residencias de larga estadía participan personal y residentes. Dentro de los primeros se encuentran a los profesionales, autoridades, cuidadores formales y personal de servicio. En el segundo, los adultos mayores. Estos últimos viven en la institución y su contacto, en la mayoría de ellos, es nulo con el entorno familiar y social. Respecto del personal que desarrolla sus diferentes labores de acuerdo con su función, cumplen un horario de ocho horas o menos y mantienen su contacto con el mundo circundante.

Evidenciamos una diferencia en la toma de decisiones respecto de las necesidades de los residentes, en tanto son determinadas por el personal o las autoridades y, en otros casos por la misma familia. Se restringen decisiones, se

planifican las necesidades esenciales y las actividades a realizar. Con estas programaciones diarias en ocasiones, los residentes sufren de aburrimiento dado que carecen de tareas a realizar.

Un trabajo sobre el diario vivir dentro de la institución demostró que los adultos mayores refieren que han de acostumbrarse a las normas institucionales que se establecen y que sienten un cansancio de la rutina en referencia a los horarios para las ingestas, para compartir pertenencia, etcétera (Castro et al., 2010).

La organización institucional, implica también, el autorizar los permisos para las salidas al exterior, consultas médicas, salidas de las habitaciones a los lugares de espacio libre dentro de ella, hablar por teléfono, podríamos encuadrarlas dentro de intromisiones a la vida personal. Por variados motivos como son el control de salud, autorizaciones o no de los familiares o referentes, o simplemente la organización de la rutina. Esta disminución del yo que se relaciona con los ordenamientos institucionales implica una tensión para el adulto mayor. La distribución espacial conforma una importancia tal que se relaciona directamente con las características psicofísicas.

De acuerdo con Goffman, “suele haber solidaridades particulares en toda la extensión de una zona físicamente cerrada, como pueden serlo una sala o un pabellón, cuyos habitantes advierten que constituyen una sola unidad administrativa, y por lo tanto tienen el intenso sentimiento de un destino común”. Y continúa “[...] reconocidas por otros internos como inseparables, de camaradas o consortes que llegan a depender ampliamente el uno del otro en materia de ayuda mutua y apoyo emocional [...]” (Goffman, 2001:68).

Respecto de la adaptación a la institución, el mismo Goffman plantea cuatro tácticas adaptativas. Estas son: la “regresión situacional”, el interno retira su atención aparente de todo cuanto no sean los hechos inmediatamente referidos a su cuerpo, que ve en una perspectiva distinta a la de los otros que están presentes. La abstención drástica de toda anticipación activa en la vida de relación, se da en forma más pura en los hospitales psiquiátricos, bajo el nombre

de “regresión”. La “línea intransigente” se caracteriza porque el interno se enfrenta con la institución en un deliberado desafío y se niega abiertamente a cooperar con el personal. El resultado es una intransigencia constantemente manifiesta y a veces una elevada moral individual (Goffman, 2001).

La tercera táctica en el mundo institucional es la “colonización”; el pequeño espécimen del mundo exterior representado por el establecimiento significa para el interno la totalidad del mundo. Se construye, pues, una vida relativamente placentera y estable, con el máximo de satisfacciones que pueden conseguirse dentro de la institución. A veces los colonizadores se creen obligados a disimular que están satisfechos de la institución, aunque sólo fuere para apoyar los hábitos de resistencia en que se funda la solidaridad de los internos. Quizás entonces, ante la inminencia de la fecha indicada para su liberación, se les ocurra meterse en un lío y asegurarse de seguir encerrados, por un motivo aparentemente involuntario. El personal intenta hacer más tolerable la vida en las instituciones totales, debe encarar el peligro de que acaso aumente así el atractivo y las perspectivas de la colonización (Goffman, 2001).

Una cuarta forma de adaptación al ambiente es la “conversión”: el interno parece asumir plenamente la visión que el personal tiene de él, y se empeña en desempeñar el rol del perfecto pupilo (Goffman, 2001).

Las personas ingresan en las instituciones totales con diferente estado de ánimo, hay quienes ingresan en forma involuntaria y otros que, contrariamente, decide sobre su ingreso rotulándolo de voluntario. Los ingresos son realizados por un familiar o referente, mayoritariamente el más allegado y próximo al adulto mayor, con quien él contaba hasta la fecha. Los *mediadores*, como los denomina Goffman (2001:118), serían los profesionales que indican que lo más aconsejable es la internación. Estos últimos son reemplazados por los directivos de la Institución (Goffman, 2001).

“[...] la mayoría de los casos la persona más allegada ya habrá concertado una consulta con el profesional que haya elegido por su propia cuenta, lo habrá puesto en antecedentes del caso, etc. Estas

medidas tienden a constituir a la persona más allegada como la persona responsable a quien hay que comunicar las conclusiones a que se llegue en el estudio de la persona, caracterizada como el paciente” (Goffman, 2001:142).

En la etapa de adaptación, los allegados han de justificar la internación reuniendo pruebas para simplificar la misma. Esto lo hacen, justificándose en el pasado mediato e inmediato del residente en donde la enfermedad ha evolucionado en los últimos años o meses y que habrían de sobrevenir males peores. Ya era un riesgo para sí o para terceros, según si vivía solo o en compañía.

Aunque en algunos casos, como los adultos mayores autónomos e independientes para las actividades de la vida diaria, cuentan con el contacto con el exterior, mediante salidas regulares, los roles han sido totalmente modificados e irrevocablemente perdidos. Se sufre un despojo en tanto pasa a ser el titular del adulto mayor, un familiar, un amigo o un referente quien tiene la potestad de administrar sus posibles salidas de la institución como la administración de sus bienes. Aunque esto último, no implica de ningún modo un aspecto legal sino de acuerdo tácito de la institución y la persona que “representa” al adulto mayor, el cual puede contar con un desarrollo de su autonomía funcional y social sin inconvenientes pero va a estar coartado por el acuerdo realizado en su admisión institucional.

4.4.1. El personal

De acuerdo con Goffman, en relación con la cultura institucional, pareciera que uno de los propósitos principales de esta cultura fuera lograr el control de los pacientes, control que suele hacerse sin tomar en consideración su bienestar. Este propósito queda expuesto con referencia a los deseos o pedidos que expresa una persona anciana. Todos éstos, por razonables que sean, suelen ser vistos como evidencia del desorden mental. Le resulta difícil al personal reconocer la normalidad en un medio del que normalmente sólo pueden esperarse

anormalidades. Por ejemplo en ocasiones en que el adulto mayor expresa su deseo de salir al parque en un día frío o bien el expresar su deseo de un cambio de vestimenta o la concurrencia a un comedor que no es el cotidiano. Los médicos, por su parte, consumen las manifestaciones conductitas expresadas por los cuidadores y corroboran los juicios de los asistentes. Por lo cual los médicos contribuyen a perpetuar la idea del control como elemento esencial en el trato de los residentes (Goffman, 1974; 2001).

Se presenta una relación de derechos y normas en donde empíricamente los legalmente capacitados son la familia, algún referente o la institución. Es decir, los derechos negados a un residente suelen transferirse a un pariente, a un sujeto referente, o bien al director de la institución, que en ese caso sea constituido en el representante legal, cuya autorización debe solicitarse para los asuntos del mayor que puedan surgir (Goffman, 2001).

Un aspecto especificado por Goffman está relacionado con la simpatía y el cariño del personal hacia los residentes, por varios intentos que el personal realice para evitarlo o mantener distancia. El interés afectuoso que presentan algunos miembros de la institución por los residentes, puede exponerlos a sentirse afectados por lo que éstos últimos sufran o hagan.

Encontró, Claudia Arias a través de un estudio sobre el apoyo social que el mismo está dado con más frecuencia por los cuidadores formales y mucamas, aunque en algunos casos se incluye a profesionales del equipo institucional; consideró, también que se tenga presente a los profesionales y a los cuidadores como recurso de importancia para el apoyo. Propuso orientar a fortalecer las relaciones familiares y sociales como aquellos vínculos de intimidad al interior de la residencia (Arias, 2004).

Hablamos de prácticas institucionalizadas que según Erving Goffman son formas de cruzar la frontera y lo expresa así: “[...] toda institución total parece desarrollar una serie de prácticas institucionalizadas -ya espontáneamente, ya por imitación- a través de las cuales personal e internos para que cada grupo obtenga una imagen algo favorable del otro, y se identifique simpáticamente con la

situación del otro. Estas prácticas expresan unidad, solidaridad e interés conjunto en la institución, antes que diferencias entre ambos niveles” (Goffman, 2001:101).

Se produce acercamiento entre ambos grupos, personal y residente los cuales tienen características particulares. Según las palabras de Goffman: “Estos acercamientos institucionalizados se caracterizan, en su forma exterior, por una atenuación de las formalidades y la orientación de trabajo que rigen los contactos entre los internos y el personal, y por un ablandamiento en la cadena habitual de mando”. A menudo la participación es relativamente voluntaria. Con respecto a los roles ordinarios, estas actividades representan “relevos del rol”.⁴⁵ Considerando el intenso efecto aislador de la distancia entre personal e internos, cualquier pequeño cambio orientado a una expresión de solidaridad, representa automáticamente un “relevo de rol”. Fácil sería especular sobre las múltiples funciones que cumplen estos acercamientos, pero ninguna explicación podría resultar más convincente, que la extraordinaria vitalidad con que tales prácticas siguen prosperando en toda clase de instituciones totales, hasta en los terrenos que parecen más estériles. Basta observarlo, para pensar que deben fundarse en muy buenas razones, por escondidas que estén” (Goffman, 2001:102).

Vuelve a darse aquí una especie de coalición entre ambos grupos. El personal concede privilegios por ejemplo el pasar un tiempo en un medio relativamente “no estructurado” o igualitario, y hasta otorgan un cierto derecho a exponer sus quejas. Ante lo cual se espera cierta compensación y que se eluda la resistencia, lograr acercarse al yo que el personal ha dispuesto. La investigación realizada por Blanca Gutiérrez y otros observan en el mismo sentido, la comunicación y relación óptimas entre el profesional y los residentes beneficia el desarrollo de la interacción personal, crecimiento psíquico y emocional y la independencia (Blanca Gutiérrez et al., 2012).

En las fiestas o celebraciones de días en particular se suele invitar a los familiares o a la comunidad quienes comparten con los residentes y el personal. En este sentido, Goffman (2001) habla del recorrido de la institución por parte de

⁴⁵ Este término fue sugerido por Everett C. Hughes, y se emplea en un escrito inédito, *Social Control and Institutional Catharsis*, de Joseph Gusfield.

los invitados y que así ven los altos principios humanitarios, en donde se observa un despliegue institucional que se lo denomina “casa abierta”. Esto mantiene una respuesta favorable en cuanto a la posibilidad otorgada de observar directamente el hábitat y las atenciones brindadas.

En los momentos de festejo y la puesta en escena, se asemeja más a las características del mundo exterior que a las condiciones reales de cotidiano vivir institucional. Demuestran que en la institución todo marcha bien, que las relaciones entre el personal y los residentes son amables, inclusive las relaciones con el familiar o amigos que los frecuentan en estas ocasiones.

Las residencias se encuentran con dinámicas grupales en donde emergen diferentes roles, tanto entre el personal como entre los adultos mayores. Así lo expresa Goffman: “Las instituciones totales varían mucho, en la medida en que hay diferenciación de roles dentro de los grupos de personal e internos y en la nitidez de la línea divisoria entre ambos estratos [...]” (Goffman, 2001:123).

El residente, en la cotidianeidad mantiene un derecho de propietario con el lugar que se ocupa en las habitaciones, la mesa y el lugar en la misma. Conforman un espacio, llamado por Goffman territorio personal, en donde el adulto mayor se siente protegido y con poder pero, en este caso, el mismo es compartido, en su mayoría por tres personas. Otros cuentan con artículos personales, portarretratos, cuadros, libros (Goffman, 2001).

En este capítulo hemos realizado un recorrido sobre las distintas concepciones de la Residencia de larga estadía. También hemos presentado la secuencia de su transformación de asilo a las actuales residencias en donde se lleva a cabo una organización cotidiana que ha permitido acercarnos a una reseña de su dinámica.

Dando origen a las residencias como una categorización recíproca, dos personas comienzan a interactuar y convivir, lo que conforma entonces la interacción en una convivencia cotidiana. Será prioridad en el siguiente capítulo la

mirada teórica de las interacciones que se producen dentro de la institución con interés fundamental en las que se producen entre los residentes.

Capítulo V

LAS INTERACCIONES SOCIALES

EN EL ESPACIO INSTITUCIONAL

5.1. Introducción

Hablar de Residencias o de establecimientos de larga estadía, nos lleva a cuestionar sobre los vínculos que en ella se producen y reproducen diariamente. Se constituye así en una dinámica que mantiene su vaivén en las interrelaciones, interacciones entre los sujetos que la habitan temporal o permanentemente. Hemos sustentado el presente apartado con el aporte teórico elegido a partir de la proximidad de los miramientos teóricos con las interrelaciones particulares entre adultos mayores institucionalizados. Intentado llevar adelante un diálogo sobre las interrelaciones e interacciones vistas desde las teorías psicológicas y las teorías sociales.

Tal como explicitamos en la introducción, la escasez del material teórico que se aboque a la cuestión de las interrelaciones entre los mayores en un ámbito institucional nos ha limitado en esta cuestión. Por ello es que hemos optado por incorporar la mirada de las ciencias y diferentes autores que mantienen más cercanía al tema de estudio.

Abordamos en el presente capítulo aquellas teorías que se evidenciaron a partir de la segunda mitad del siglo XX, que emanan de la psicología y de la psicología social y que han aportado al análisis de las interacciones. Mencionamos algunas contribuciones relevantes a la presente tesis provenientes de la Psicología cognitiva y desarrollamos los fundamentos epistemológicos del interaccionismo simbólico destacando nuevamente las contribuciones de la sociología de Erving Goffman y Peter Berger y Thomas Luckmann.

5.2. En relación a las interacciones

A partir del encuentro de personas se gesta algo nuevo, que surge de los intercambios entre ellos y se construye a través del tiempo como suceso social, como red de relaciones. Esta es la situación que se gesta como resultado de la

convivencia de adultos mayores en un espacio institucional quienes mantienen una cotidianeidad por un período muy prolongado de tiempo.

La Psicología Social ha destacado como tema relevante el interés en las interacciones, la integración individuo-sociedad. Se ha ocupado de la naturaleza social del individuo y de los espacios interpersonales. En esta dinámica, se posibilita que los grupos se constituyan en esos espacios privilegiados para el estudio de las mismas.

Por otra parte, para la Sociología hemos de mencionar la influencia del concepto de “estructura social”. La misma se refiere al hecho de que los contextos sociales están estructurados en cuanto a las regularidades que se presentan en las diversas maneras que tenemos de relacionarnos unos con otros. Se produce una modificación permanente en este proceso a partir de los significados que las personas atribuyen a sus acciones, aunque éstas pueden no tener las consecuencias deseadas. Así, se establece una diferencia de propósitos, los deseados por el propio comportamiento y los que son producto de las consecuencias no deseadas. “Es así que, algunas veces, las acciones que se emprenden para lograr un objetivo determinado tienen consecuencias que, en realidad, impiden que éste se alcance. Lo que hacemos en la vida y de qué modo nuestras acciones afectan a otros puede entenderse como una combinación de consecuencias deseadas y no deseadas” (Fassio & Zanghellini, 2013:16).

5.3. Configuraciones vinculares

En la cotidianeidad, observamos una amplia variedad de formas de vinculación de las personas mayores, condicionadas por la determinación cultural, las redes sociales de apoyo y los modos de interacción e intercambio al interior de las instituciones. El significado etimológico del término vínculo deriva del latín “vincūlum” que quiere decir unión, lazo, cadena o atadura. Se utiliza también para referirse a unir, juntar o sujetar con otras personas u objetos de valor y conlleva duración y firmeza. La configuración vincular es el modo en que se relaciona un

sujeto con una persona, objeto, institución y las influencias de ese vínculo en las representaciones y significados sobre el propio sujeto y la situación. Resultan un soporte material de la identidad y todo proceso de cambio refigura la representación de sí. El vínculo fluye de un espacio intersubjetivo y posee una doble direccionalidad, dado que forma una relación que a su vez es conformador, por el sujeto y por el otro.

Desde una mirada del psicoanálisis, Berenstein (1991) propone tres tipos de vínculos. Primeramente lo intrasubjetivo o intrapsíquico que se caracteriza por las relaciones de objeto y son ligaduras dispuestas a perpetuarse pero que pueden modificarse por experiencias personales significativas. Los significados que se originan se orientan hacia adentro y se irradian hacia afuera. La segunda es la intersubjetiva o interpersonal. Existe una presencia de ligaduras estables entre dos objetos. Ejemplo son las parejas, hermanos. En tercer lugar se encuentra la transubjetiva. Estas son las representaciones que se ligan a la política, la ideología, la religión y la ética que forman pactos vinculares. Los vínculos aparecen organizados por sistemas de alianzas que forman las relaciones entre sujetos. Podemos definirlos como sistemas de reciprocidad basados en el encuentro con el otro que genera intercambio. Tanto desde lo social como desde lo psicológico, el sujeto requiere del otro para un encuentro regulado. Aunque es un organizador de la identidad, cualquier situación de crisis o cambio en el otro o en el propio sujeto, modificará el vínculo y la identidad⁴⁶.

La estructura de los vínculos que regulan el orden de las relaciones tiene una íntima relación con los sistemas de intercambio. El vínculo lo podemos referir a varias representaciones que tienen valor para el sujeto y que implican relaciones. El mismo vínculo puede generar una relación relevante en un momento y que puede resultar irrelevante en otro. En tanto, las relaciones y los vínculos resultan interdependientes. En este contexto, los sujetos ocupan roles y a su vez generan redes de apoyo, de acuerdo al estudio realizado por Enriquez y Aldrete que se construyen a lo largo de la vida y la conforman, entre otros, los familiares, amigos

⁴⁶ Iacub (2011) infiere que la construcción ontogenética del sentido de identidad resulta posible a partir de los vínculos que facilitan identificaciones y diferenciaciones. En donde el sujeto pasa dialécticamente por momentos de configuración y de refiguración.

y vecinos. Por ejemplo, se activan por problemas de salud, de inseguridad social o inconvenientes económicos (Enriquez & Aldrete, 2006).

Se produce una vivencia de cambio cuando surge una falta de vínculo en donde repercute con la pérdida de representación, de apoyos, de afectos. Si bien, una relación de pérdida puede generar un pesar, lo que se pierde es el vínculo establecido puesto que requiere de una refiguración de sí en mayores proporciones. Esto dejaría al sujeto en una carencia y desorganización de sí mismo que se evidencia en situaciones de desequilibrio, inseguridad, pérdida de control y de sentido.

Los vínculos resultan medios para lograr el contacto y la proximidad con otras personas, con objetos o instituciones; lo que garantiza representaciones, apoyo y afecto, y, a su vez, conforman las figuras de la propia identidad. Desde las relaciones y las determinaciones, las configuraciones vinculares van a otorgar información sobre el modo en que las personas mayores recorren sus cambios en los vínculos a nivel de la identidad y de los espacios relacionales. Es aquí en donde entra en juego el apoyo social, en el contexto de las vinculaciones y sus relaciones intra y extra muros.

Los estudios sobre el apoyo social coinciden en sostener la importancia de la participación social y la disponibilidad de apoyo aunque, reconocen una limitación en las posibilidades debido a los estereotipos negativos existentes sobre la vejez. En tanto, se profundiza en las alternativas para posibilitar el mantenimiento de la autonomía y elevar la calidad de vida. Para lograr lo mencionado se apunta a la articulación de las redes sociales, por un lado con una apertura de las residencias, obtendríamos que los ancianos continúen participando en la vida familiar y social; y por el otro, favoreceríamos la inclusión de la familia, amigos y otras instituciones a la residencia (Rodríguez Rodríguez, 2001; Arias, 2013).

5.4. Los medios de comunicación en las interacciones

A lo largo de la historia de la humanidad ha predominado la interacción cara a cara dentro de un espacio físico compartido. Los desarrollos de los medios masivos de comunicación, en la actualidad, impactan fuertemente generando nuevas formas de interacción entre los adultos mayores y la sociedad. Imponen una comunicación distinta a la comunicación cara a cara que se mantenía desde antaño, alejándose de esta interacción ya que no se comparten las coordenadas espaciales y temporales. El impulso en el último siglo de los productos mediáticos ha afectado la interacción social.

Thompson (1995) realiza una clasificación de los tipos de interacción: interacción cara a cara, interacción mediática y casi interacción mediática. La interacción cara a cara es descripta como aquella que tiene lugar en un contexto de co-presencia, en la cual se comparte un sistema de referencia espacio-temporal común; siendo posible eliminar la ambigüedad de diversas maneras. Implica un flujo de información y comunicación bidireccional en donde emisor y receptor intercambian recíprocamente. En este tipo de contacto, los participantes emplean multiplicidad de señales simbólicas tanto para transmitir mensajes como para interpretar mensajes emitidos por otros. Se hace referencia a gestos, guiños, posturas, movimientos corporales, entre otros. Así pueden aparecer interrupciones, ruidos, inconsistencias que darán lugar a una serie de problemas que en algunos casos podrían amenazar o poner en riesgo o contaminar la continuidad de la interacción como así también poner en cuestión la sinceridad de quien emite el mensaje. Los mensajes resultan para alguien específico y es una relación dialógica.

En la interacción mediática, los contactos los ubicamos en contextos espaciales y o temporalmente distintos. Los marcos de referencia se especifican, por ejemplo en las conversaciones telefónicas de donde estoy, quien habla, al igual que en las cartas. Evidenciamos limitaciones en referencia a las señales simbólicas que sí son importantes en el primer tipo de interacción. Con lo cual se privan las señales visuales y se resaltan la escritura como la oralidad. Por ello, es más dificultoso eliminar la ambigüedad aunque se mantiene un carácter dialógico

y directivo. Esta interacción es más limitada que la primera, se utilizan recursos propios y un mayor esfuerzo para interpretar los mensajes.

Respecto a la casi interacción mediática está relacionada a través del tiempo y del espacio. Las formas simbólicas son producidas para una audiencia indefinida. Mantiene un carácter monológico donde el flujo de la comunicación es unidireccional. Carece en absoluto de una reciprocidad pero configura un nuevo tipo de interacción. Ejemplos de ello son, la radio, el periódico y la televisión.

A estas últimas las diferenciamos por el carácter dialógico o monológico y se asemejan en término de constitución espacio-temporal.

En general, coexisten los tres tipos de interacción y se hacen presentes tanto en la sociedad como en la cotidianidad del anciano institucionalizado. Con el desarrollo amplio de la interacción mediática y casi mediática, los individuos adquieren cada vez más información y contenido simbólicos de otras fuentes que no son las personas con las que interactúa diariamente.

Goffman (1993) ilustra sobre la importancia de la presencia inmediata de otros, el cara a cara. En ésta, hay información concluyente que yace oculta y que se puede acceder a ella de forma indirecta a través de la expresividad involuntaria de su conducta aunque haya signos naturales que no estén al alcance de sus sentidos.

5.5. La atracción interpersonal

En el intento permanente de obtener conocimiento sobre nosotros mismos y de los que nos rodean, realizamos comparaciones sociales y capturamos recompensas psicológicas y materiales a través del intercambio social. Todo lo cual compone la justificación de buscar al otro para obtener información y para obtener resultados positivos.

Siguiendo a la teoría de la comparación social de Leon Festinger (1954), los sujetos sienten la necesidad de obtener visiones exactas del mundo social que

los implica y de ellos mismos. Una de las formas de conocernos y entender el lugar en el ambiente social es la comparación con los otros. La información que obtenemos sirve para evaluar al yo. Estas comparaciones se dan, con más frecuencia cuando el sujeto se halla en un estado de incertidumbre en relación a un aspecto importante para el yo. La comparación es con otros similares dado que, podremos usar la información obtenida en la gente similar para comprender mejor las acciones propias. Utilizamos la comparación social para mejorar, para obtener información sobre las emociones y la elección de amigos. Esta teoría propone la evaluación de los propios pensamientos y acciones en un proceso de comparación con los otros.

La teoría del intercambio social (Homans, 1958) que también explica la afiliación, se acerca a la interacción entre los sujetos. Los mismos buscan y sostienen relaciones en donde se obtengan recompensas que superen los costos e intenta dar fin o evitar aquellas que los costos superen las recompensas. Es una mirada hedonista, en donde se prioriza el placer y se minimiza el dolor. Es decir, se relacionan los sujetos, atraídos por quien mejor lo recompense.

George Homans (1958)⁴⁷ sostuvo que las relaciones sociales son como acuerdos económicos y cada uno da el valor a los bienes que se intercambian. Estos bienes pueden ser materiales o no materiales. Entre los primeros, se encuentran el dinero y la comida, entre otros. Y entre los segundos, información, afecto e influencia social. Las personas llevan la cuenta de lo que intercambian y controlan si las recompensas superan los costos.

Thibaut y Kelley (1959) afirman que el nivel de costos y recompensas acumulado en una relación actual se compara con posibles recompensas y costos que estén a disposición en relaciones alternativas. De no existir ésta, el sujeto no hará cambios. Los seres humanos tenemos una motivación dominante referente a la necesidad de pertenencia. Si ésta no es satisfecha por la exclusión social reaccionamos en forma negativa, resultando en un aumento del estrés, de la

⁴⁷ El sociólogo George Homans fue quien presentó una de las primeras versiones de la teoría del intercambio social.

ansiedad y de una conducta autoderrotista que impactan en una disminución de la salud física (Buckley, Winkel & Leary, 2004).

Existen diferencias individuales en la necesidad de afiliación que implican al sistema nervioso central y a la actividad cerebral. Se encuentran relacionadas con las emociones positivas y negativas. En la investigación inspirada por Hans Eysenck (1990), se sugirió que la introversión y la extroversión se asocian a diferentes patrones de actividad cerebral y que, la experiencia de afecto positivo podría indicar una de las características fundamentales de la extroversión.

Subsiste una diferencia biológica que moldea los deseos de afiliación. Cada sujeto nace con un sistema nervioso que implica diversos grados de tolerancia a la estimulación que resulta de la interacción social, lo que influye en las emociones que se experimentan (Franzoi, 2003).

Además de las causas biológicas, las necesidades de afiliación poseen variables culturales y de género. En el estudio de Hofstede (1980) resultó con variable positiva la relación entre el grado de individualismo de una cultura y las necesidades de afiliación. Las culturas más individualistas poseen menor necesidad de afiliación. Lo esperable es que los sujetos desarrollemos en forma individual nuestras propias relaciones y lo efectivemos en distintos escenarios sociales. Al contar con varios grupos sociales, las relaciones serán numerosas pero no íntimas. Las culturas colectivistas, a diferencia de las mencionadas, se involucran en una interdependencia típica con lazos emocionales y psicológicos con los de su grupo.

5.5.1. Atracción interpersonal y la influencia de la proximidad, la familiaridad y la ansiedad.

El contacto social está fomentado por las diferencias individuales pero podemos encontrar factores situacionales que otorgan necesidad de afiliación y producen atracción interpersonal. La proximidad física conduce a la relación e intercambio, pero no necesariamente a una relación de amistad. Nahemow y

Lawton (1975) encontraron efectos de la proximidad en proyectos urbanos de alojamiento para ancianos. Se conforman vínculos emocionales con los que están físicamente más cercanos unos a otros. La cercanía hace, por lo menos posible, que se intensifique la atracción.

Respecto a la familiaridad entendida como la frecuencia de contacto real con otros sujetos, Robert Zajonc (1968) plantea que la exposición repetida a alguien es suficiente para aumentar la atracción. Aunque resulta más fuerte si existen sentimientos positivos previos. Ser atraído por los sujetos o las cosas que son familiares es una adaptación de la mera exposición porque, es escasamente probable que signifique un peligro para la seguridad o la salud.

En un estudio de Schachter (1959) encontramos que cuando los sujetos se sienten ansiosos o temerosos buscan afiliarse con otros que estén experimentando sentimientos similares. Además, Schachter sugirió que la mera presencia de otros también motiva la necesidad de afiliación. Se considera la comparación social como factor motivante, en tanto la situación de ansiedad la podríamos comparar entre las personas involucradas con sus reacciones emocionales. El acercamiento entre sujetos tiene, también, objetivos de reunir información para hacer juicios sociales. La conclusión de Schachter sostuvo que el estrés incrementa el deseo de afiliarse porque se agudiza la dependencia de información. Existe una atracción hacia otros similarmente ansiosos por el deseo de comparación social.

Semejanzas en las actitudes han sido motivo de atracción interaccional, en diversas culturas; el deseo de semejanza actitudinal es fuerte como para expulsar a miembros del grupo si se niegan a compartir actitudes sobre cuestiones importantes. La investigación de Clore & Baldridge (1968) y de Montoya & Horton (2004) nos indicó que las actitudes de las personas son más importantes que la semejanza de las personalidades, para la determinación de su atracción mutua. Esta semejanza influye notoriamente en la atracción interpersonal aunque es un área poco visible.

Byrne & Clore (1967) afirmaron que el coincidir con alguien es un hecho que refuerza porque otorga una validación consensual que produce un efecto

beneficioso. Es por esto que agrada a las personas quienes comparten opiniones. En cambio en aquellos encuentros en que la información invalida los puntos de vista producen efectos negativos.

Podemos inferir que el aceptar comentarios y conductas positivas indicaría simpatía. En cambio el rechazo o desagrado expreso de esos comentarios estaría conduciendo a la antipatía. Si un sujeto tiene una actitud pero no la expresa, la misma no comunicará nada de forma interpersonal. A su vez, si no se conoce el objeto de la actitud también carece de significado.

Por el deseo de comparación social, parece que existe atracción por los que resultan similares, tanto en las evidencias exteriores, atractivo físico y raza como en las actitudes y valores. El conocer a otros que comparten opiniones hace que las personas se sientan mejor porque asegura los aspectos esenciales del autoconcepto, dándole validez social. Cuando se validan las creencias con otro, esto desarrolla actitudes positivas. En caso de estar en desacuerdo ocasionaría sentimientos negativos por lo que se evitaría la relación en el futuro.

La semejanza da lugar a la atracción en tanto tenemos en cuenta la teoría del equilibrio propuesta por Fritz Heider (1958). En esta teoría se parte del supuesto de que las personas desean una coherencia o equilibrio cognoscitivo en sus relaciones sociales, pensamientos y sentimientos. Como resultado, las relaciones equilibradas resultarían más gratificantes que aquellas que presentan discrepancias. Se mantiene agrado en una relación cuando hay un equilibrio con las cosas que se valoran positivamente.

Las relaciones desequilibradas resultan desagradables, en tanto se motivará a restablecer el equilibrio haciendo congruente lo que se piensa de la relación; podría restablecerse si se cambian las actitudes. Por lo cual, se siente simpatía por quienes comparten opiniones y puntos de vista propios. Esto es una táctica en la que se coincide con el otro y se la denomina conformidad de opinión según Byrne (1971).

Se establece atracción, también, por aquellos que se complementan, se eligen personas entre las que la relación suple necesidades básicas mutuamente

satisfechas. También se atraen aquellas personas opuestas. Por ejemplo las sumisas con individuos dominantes porque se satisfacen las metas de control. Esta complementariedad de rasgos personales serían ejemplos de acuerdos compatibles entre diferencias.

En el marco de la teoría del equilibrio, Heider (1958) sostiene que se desarrolla una relación de agrado hacia otro u otra cosa con la que el sujeto se relaciona positivamente y la valora. El hecho de que el sujeto se siente atraído por aquellos que les importa su persona, está ligado a que la percepción del agrado es él mismo y no por sus actitudes. En estudios realizados por Rebecca Curtis & Kim Miller (1986) se hallaron evidencias de que existe una profecía autorrealizada del agrado. Es decir, el pensar que uno agrada a otro se tiende a actuar de manera de incrementar la probabilidad de que sea real ese agrado. Pero si la creencia consiste en el que existe un disgusto, el estilo de interacción a posteriori será negativo. Sentiremos atracción interpersonal en aquellos casos en donde se comparten o son similares las características demográficas, el atractivo físico y las actitudes. También, entre aquellas personas que posean características que complementen a otras; y, finalmente se sentirá atracción por quienes sienten agrado por uno.

5.5.2. La ansiedad social

De acuerdo a la conceptualización otorgada por Leary & Kowalski (1995), la ansiedad social “es la emoción desagradable que experimentamos debido a nuestra preocupación por la evaluación interpersonal”. Esta ansiedad será la que causará la evitación temporal o no, de la interacción social. Al experimentarla es menos probable que se inicien interacciones. Si se inician, se conversa menos o se tartamudea al hablar. La evitación a la afiliación sólo ocurre cuando la ansiedad involucra a otras personas.

Siendo el sujeto una criatura autorreflexiva, construye la realidad social y así podremos comprender la naturaleza de la ansiedad social. Schachter (1964) consideró en su teoría de los dos factores de las emociones, uno la activación

fisiológica y el otro el etiquetamiento cognoscitivo de la causa de esa activación. En ésta, los sujetos que no estén seguros de lo que sienten buscarán en su entorno señales. Si los otros están contentos, probablemente, se interprete la activación como felicidad, si los otros se encuentran ansiosos también lo hará.

5.5.3. La soledad

Ha sido producto de investigación el tema de la soledad, en donde ha resultado que la soledad conforma un motivo de institucionalización, aunque continúa permaneciendo el sentimiento por la falta de contacto regular y una mediana satisfacción con amigos y la propia institución (Cardona Arango & Estrada Restrepo, 2008).

El hecho de tener una red de relaciones sociales e íntimas más pequeña o menos satisfactoria de la que se desea, compone la definición de soledad (Green, 2001). A su vez, es una reacción emocional por la imposibilidad de lograr relaciones con otros, la imposibilidad de comunicar los miedos, esperanzas a los más cercanos y estar lejos de amigos y seres queridos. Resulta ser una experiencia subjetiva de lo que se piensa sobre la propia vida interpersonal. Podemos estar solos sin sentir soledad y, por el contrario, encontrarnos junto a una multitud y sentir soledad. Se difieren en la calidad de los intercambios y no en la cantidad de las interacciones. Podemos obtener la soledad desde una forma pasajera o como un rasgo crónico; muchos podemos experimentar la soledad crónica en forma independiente al tiempo que se pase en nuevos escenarios sociales.

Contrario a los estereotipos generalizados sobre la vejez, se ha encontrado que no son los ancianos los que sufren más de la soledad sino grupos de jóvenes adultos y adolescentes (Peplau & Perlman, 1982). Una de las razones es que este grupo se caracteriza por tener más transiciones sociales, conformar pareja, tener hijos, cambios de trabajo, dejar a la familia y amigos, lo que puede causar soledad de acuerdo a Oswald y Clark, (2003). Otra razón es que los adultos mayores a

medida que han madurado establecen relaciones más estables y duraderas donde los vínculos emocionales contribuyen notoriamente.

En los casos de las personas crónicamente solitarias, la soledad se comporta reduciendo sus posibilidades de establecer relaciones nuevas y gratificantes. Estas personas suelen carecer de habilidades sociales por lo que reciben reforzamiento positivo escaso de los demás en relación a su estilo de interacción. De igual manera suelen disgustar o ser ignorados por los demás.

Podemos concluir que en base a la teoría del intercambio social, se busca mantener las relaciones que resultan positivas y gratificantes para uno mismo. Además, traen aparejadas más recompensas que costos. Desde la teoría de la comparación social, buscamos a otros sujetos similares para realizar una comparación de modo que se pueda juzgar y mejorarse a sí mismo. Es probable, de acuerdo a lo señalado, que conforme a cómo piensa la persona que es, entonces buscará a aquel que se comporte de manera congruente con sus creencias. Las relaciones interpersonales difíciles ocasionan múltiples inconvenientes y problemas para los individuos en las sociedades modernas.

De acuerdo a la teoría de penetración social propuesta por Altanm & Taylor (1973) el intercambiar información propia, privada, con otro sujeto puede resultar positivo y gratificante para los dos. Puede constituir además un punto importante en el desarrollo de la amistad. Los autores nos hablan de autodivulgación, en donde, entre amigos se abordan más temas y es más íntima que la que se trata con conocidos. Se considera que ese intercambio no constituye un mero producto de la relación sino que se evidencian tipos y cantidad de información relevante que influye en la intimidad de la relación. Es decir, la autodivulgación es un proceso que en forma verbal o no verbal donde se permite el conocimiento de una persona con otra.

Hay conductas no verbales que favorecen la amistad. Según Mehrabian (1972), algunas transmiten cercanía y los receptores las perciben en forma favorable. Ejemplos de esto son: acercarse al interlocutor, la inclinación del cuerpo hacia adelante, orientar la mirada hacia los ojos de la otra persona,

sostener una posición cara a cara, realizar gestos de afirmación o intentos de tocar al otro.

5.6. Las interacciones en el ámbito institucional

Resulta relevante el análisis de las interacciones que se producen en la convivencia diaria. El envejecimiento poblacional conlleva en algunas ocasiones situaciones particulares a una posible institucionalización de los adultos mayores. Por lo tanto es preciso, el contar con Instituciones de larga estadía que respondan específicamente a la demanda de la población impartiendo los cuidados necesarios.

Las interacciones sociales se construyen a partir de situaciones compartidas y vivenciadas con otros sujetos, en la construcción de afectos y conocimiento en la confrontación de puntos de vista y en el descubrimiento y creación de nuevos sentidos. Para explicar la importancia de la interacción y el doble origen (social y biológico) del desarrollo humano Vygotski utiliza los conceptos de internalización y mediación. La internalización de acuerdo con Vygotski es “la reconstrucción interna de una operación externa” (Vygotski, 1979:92). Corresponde a las capacidades humanas de reconstruir e interiorizar las experiencias vividas externamente. En una sociedad mediada por la cultura, el hombre, al interactuar, reconstruye dialécticamente sus experiencias, atribuyendo a éstas un significado conforme a los elementos culturales presentes en su contexto (Castorina, 2004). No se trata de un sujeto moldeado pasivamente por lo social, ni tampoco de un individuo y sus recursos propios. “El plano intersubjetivo no es el plano del otro, sino el de la relación con el otro” (Góes, 1991:20).⁴⁸

Toda institución está situada en un espacio en donde se ubica lo geográfico y lo relacional. Se lleva adelante una vida de interacción en un espacio territorial determinado. Han de mantener un vínculo fluido con el entorno donde se sitúa.

⁴⁸ Cita de CASTORINA & Dubrovsky, “Psicología, Cultura y Educación: perspectivas desde la obra de Vigostky. Noveduc, Bs. As., Noviembre 2004

Aunque, las relaciones sociales que se desenvuelven en este tipo de establecimientos acentúan la distancia con el mundo exterior, esto es reforzado por los rituales institucionales. Se estructuran en una homogeneización horaria para alimentarse, levantarse, higienizarse y bañarse, vestirse, cortarse el cabello, etcétera. “Es decir, el proceso de Institucionalización tiende a la despersonalización individual y colectiva” (Croas & Colmeneros, 2013:23). En términos de Berger & Luckmann (2001) la realidad de la vida cotidiana se divide en sectores: aquellos que son problemáticos y aquellos que no lo son. Estos últimos son los denominados por los autores sectores de rutina.

Respecto a las relaciones de poder que se generan en la institución, los "internados" en su interacción están asignados por los poderes diferenciales instituidos, protagonizados por las reglas institucionales y el personal. Entre otras cuestiones se evidencia la utilización de apodosos y seudónimos que imprimen una distancia entre los grupos además de estigmatizarlos (Croas & Colmeneros, 2013)

Croas & Colmeneros (2013) refieren que la relación entre los internados es pobre, escasa y conflictiva y que está lejos de promover la solidaridad y la convivencia. Se une a esto el hecho de que la disposición del espacio físico no contribuye a que los internados dispongan de ámbitos privados lo que genera una provocación de tensión entre los adultos mayores. Para que se pueda acceder a una interacción la comunicación es un proceso ineludible. Desde el modelo circular de comunicación personal y colectiva hay que atender al movimiento de ida como de vuelta en la información que se produce (Marín, 1997). Existe una comunicación de retorno siempre, dado que no hay comunicación en donde el receptor no se sienta afectado por ella, (aunque no se verbalice la recepción) (Fassio & Zanghellini, 2013).

5.7. Reciprocidad en las relaciones del adulto mayor institucionalizado

Se debaten luchas por los espacios de poder al interior de los grupos

convivenciales en donde entran en juego los modos de intercambio y tipos de contactos.

5.7.1. El papel de lo afectivo y lo cognitivo en las relaciones interpersonales

Las relaciones interpersonales influyen en la afectividad, negativa o positivamente, durante la vejez. No encontramos efectos directos de la edad en la afectividad positiva, pero sí en la personalidad y el funcionamiento intelectual. Carstensen & Mikels (2005) han realizado investigaciones en este sentido, y las conclusiones se presentarán en los párrafos siguientes.

En la etapa de la vejez, las relaciones y los afectos se reducen a pocas personas pero significativas en una búsqueda de gratificación emocional. En este marco, la teoría de la selectividad socioemocional (Carstensen, Fung & Charles, 2003), sostiene que el sujeto que considera tener menos tiempo de vida busca afectos seguros. Se explica por esto, que los adultos mayores eligen relaciones afectivas intensas las cuales conforman el centro de su intercambio social. Como por ejemplo, surge un riesgo de relevancia, en cuanto a que estas relaciones suelen ser vulnerables para el bienestar, dado que se produce una cierta dependencia de los otros. El solo hecho de entablar pocas pero valiosas relaciones y que dependa de ellas para su bienestar, hace al adulto mayor vulnerable a síntomas depresivos (Carstensen et al., 2003).

Carstensen & Mikels (2005) explican en su teoría, el bienestar y el balance entre el afecto positivo y negativo en la vejez. Tanto el afecto como la cognición se van reestructurando con el avance de la edad. Los sujetos le ponen un valor mayor a las metas emocionales que son significativas para éstos y se trabaja la inversión con sus recursos sociales y cognitivos para obtenerlas. Este cambio promueve la regulación emocional.

En otra investigación los autores, en referencia al reconocimiento y el recuerdo de imágenes positivas, negativas y neutras, concluyeron que predominó el material positivo sobre el negativo en aquellos participantes que poseían más

edad cronológica, empero a su déficit global en los adultos mayores. Si el sujeto prioriza la regulación emocional durante su envejecimiento, el proceso cognitivo de las emociones puede mantenerse relativamente igual, comparando con los procesamientos de otro tipo de material. El centrarse en el material positivo e incluir lo negativo genera mayor bienestar emocional (Carstensen & Mikels, 2005).

A medida que se envejece se lleva adelante una autorregulación emocional que va a permitir miradas más positivas con el objetivo de lograr el bienestar emocional. Los autores mencionados, utilizan el término “positivismo” en el marco de una actitud positiva u optimista para enfocar las cosas y no desde la corriente filosófica.

En situaciones importantes se ven tanto las cuestiones positivas como las negativas. Las personas mayores ven las situaciones positivas por la facultad de visualizar el tiempo de la vida, y no solamente el del calendario o el reloj. Esto los hace reflexionar en que no se vive eternamente. Las elecciones se tornan más precisas, se valora la vida, se encuentra más placer y satisfacción en el diario vivir y se vive con intensidad el tiempo presente (Carstensen & Mikels, 2005).

Si bien, estudios científicos sostienen que los cambios cognitivos ocurren debido a la edad, las expresiones mencionadas anteriormente, nos ilustran que los cambios positivos en el mundo afectivo pueden declinar la emocionalidad negativa de acuerdo a una integración o elaboración emocional.

5.8. El interaccionismo simbólico en el campo del conocimiento científico

El interaccionismo simbólico ha sido considerado para Álvaro & Garrido (2007), Collier, Minton & Reynolds (1996), Ibáñez (2003) y Munné (1989), como núcleo influyente para la psicología social de tradición sociológica. Entiende a la persona como la formación social en cuanto se observa a sí misma como objeto logrando un pensamiento reflexivo sobre sí. Sólo a través de la comunicación la persona saldrá de sí.

El *interaccionismo simbólico*, situado en el paradigma interpretativo busca dar explicaciones sobre los significados de las acciones humanas a través de las interacciones sociales que se realizan. Indaga sobre las explicaciones, comprensiones e interpreta los fenómenos sociales y los significados individuales. Se adentra en la vida de los sujetos y tiene presente para el análisis los contextos naturales, las idiosincrasias, los intereses y las motivaciones que los particularizan.

Como premisa teórica se presenta a la persona como un ser social que vive en interacción con otros y el proceso de interrelación colabora indefectiblemente a la configuración de la personalidad del sujeto. Se dirige hacia las capacidades mentales de los seres humanos y su vinculación en términos de procesos, con la acción y la interacción.

Su conceptualización se orienta a la visualización de los procesos de designación e interpretación, en donde los participantes definen y a su vez interpretan sus actos, organizando sus líneas de acción (Blumer, 1982). Por otro lado, Jacob conceptualiza la interacción simbólica como la forma de comprensión de los individuos con capacidades de tomar perspectivas distintas y aprender significados y símbolos en situaciones de participación (Jacob, 1987).

Desde el punto de vista de Mead (1863-1931)⁴⁹, el ser humano no nace siendo persona sino que se forma cuando logra observarse como objeto y llega a un pensamiento reflexivo sobre sí. Puede salir de sí a través de la comunicación. Esta supone que se asume la postura del otro y desde el otro se puede mirar hacia uno mismo. Las acciones de las personas conforman un proceso de interacción consigo mismo, dado que posee “un sí mismo” el cual orienta sus actos. Por lo tanto, la acción del ser humano es una conducta definida por el actor mismo.

Plantea Mead que la interacción simbólica tiene su expresión en la exposición de gestos por parte de una persona y al obtener una respuesta por parte de otra, ambas se comprenden, dado que el significado es el mismo. Aquí radica lo simbólico. De acuerdo a Mead, el espíritu surge de la sociedad y, ésta

⁴⁹ Su libro “Espíritu, persona y sociedad” fue una recopilación de su pensamiento realizada por Morris (1973) quien fuere uno de sus alumnos.

representa el conjunto de respuestas que el individuo adopta en forma de “mi”. El individuo pensante es inconcebible sin un grupo social que le antecede. La autora utiliza el término sociedad para englobar al proceso social que antecede a la mente y al yo (self)⁵⁰. Su énfasis lo volcó hacia la primacía del mundo social y como núcleo básico el acto social que contiene como mecanismo esencial el gesto. En tanto su distinción entre los seres humanos y los animales radica en que, los primeros poseen la capacidad de entender y comunicar en forma consciente sus gestos, lo que conduce a una peculiaridad de desarrollar símbolos significantes que culminan en el lenguaje que permite la comunicación mutua. A su vez, estos símbolos permiten el pensamiento y la interacción simbólica.

Blumer (1982), enfatizó en diferenciar que el conductismo y las teorías sociológicas macro y del funcionalismo estructural, no eran los adecuados para analizar la realidad social, ya que no tenían en cuenta los procesos mentales. La primera pone énfasis en los estímulos externos sobre la conducta del sujeto y las segundas, sostienen la determinación de la conducta individual por macrofuerzas exteriores (normas, valores, la estructura social, la cultura, etcétera).

Blumer diferencia la interacción no simbólica de la simbólica. La primera no implica necesariamente pensamiento, es decir que una persona responde al acto de otra sin interpretarlo. Esto conforma para George Mead, el primer nivel: “conversación de gestos”. La segunda (la simbólica) sí requiere del pensamiento dado que involucra la interpretación del acto. Esto es el segundo nivel para Mead o el “empleo de símbolos significativos”. Blumer otorga relevancia al pensamiento y a los objetos, éstos últimos definidos por los sujetos, realiza una distinción entre los objetos físicos, los abstractos y los sociales. Cada sujeto define el objetivo en forma concomitante con su idea relativista sobre el significado que tiene para él (Blumer, 1982).

El autor sostuvo que, para realizar el análisis de lo social deberían estar presentes los siguientes aspectos:

⁵⁰ Cuando Mead nos habla de un ser humano en posesión de un "Self", debemos entender que este ser es un objeto para sí mismo. El individuo con capacidad de auto percibirse, ser reflexivo consigo mismo, de ponerse en lugar de otros.

- El proceso por el cual los sujetos construían significado
- El *self* de los sujetos
- Que la conducta del sujeto no se determina por macrofuerzas exteriores

Como puntos de partida del interaccionismo simbólico, Blumer plantea tres premisas fundamentales:

- La primera premisa es que los seres humanos actúan con respecto a las cosas de acuerdo con los significados que éstas tienen para ellos.
- La segunda premisa es que el significado de estas cosas deriva o surge de la interacción social que se tiene con los propios compañeros.
- La tercera premisa es que estos significados se manejan en un proceso interpretativo utilizado por la persona al hacer frente a las cosas que encuentra, y este proceso los modifica (Blumer, 1982 en Flick, 2007:32).

Hallándose vinculadas la conducta de las personas con el significado que tienen las cosas, lo que signifiquen las cosas para éstas será el producto de su interacción social con otros sujetos del entorno; lo que aprendió en la experiencia social interactiva (Blumer, 1982).

Las personas definen sus conductas por medio del manejo de símbolos a los cuales le atribuyen un significado. Son constructores de significados que se organizan de forma dinámica de acuerdo a los procesos de interacción social. Así, por medio de la interacción se crea la sociedad y ésta a su vez crea a la persona.

Son tres los enfoques que, aunque presenten algunas divergencias, los consideramos afines en sus postulados al interaccionismo simbólico. Estos son: la fenomenología social (su procurador fue Alfred Schütz, discípulo de Edmund Husserl), la etnometodología (desarrollada por Harold Garfinkel) y la etogenia (impulsada por Rom Harré y Paul Secord).

En la misma línea de la fenomenología de Schütz, se destacan Berger y Luckmann (2001), sosteniendo que la realidad se construye socialmente. Destacan la influencia del sujeto en la definición de la realidad en contacto con los que lo rodean. Así se presenta la realidad, en forma intersubjetiva, un espacio que se comparte con otros.

5.8.1. Las interrelaciones en la vida cotidiana

Es preciso otorgar un papel protagónico a los sociólogos Berger & Luckmann (2001), por el aporte que han hecho para llegar a entender las cuestiones que entran en juego en la convivencia de un relacionarse a diario con el otro. Ese otro puede ser interpretado por un par, un cuidador formal, un profesional o una persona cercana como lo es un familiar o referente.

Berger & Luckmann (2001) afirman que la realidad de la vida cotidiana es una construcción social en donde las interacciones entre los individuos se establecen a partir de significados compartidos. La realidad de la vida cotidiana son esas rutinas; es un mundo intersubjetivo que se comparte con otros, a su vez es intercomunicativa. Se presenta como objetivada, es decir, constituida por un orden de objetos que han sido designados como objetos con anterioridad. Además, es una realidad organizada alrededor de un tiempo y un espacio, en el aquí de un cuerpo y del ahora de un presente. Pero no se agota en este aquí y ahora, ya que hay otros fenómenos que no están dentro de esto. Significa que los sujetos experimentan la vida cotidiana en grados diferentes de proximidad y de alejamiento, tanto espacial como temporal.

Los autores sostienen que la vida cotidiana se desarrolla cara a cara en presencia de otro. El otro se manifiesta en su totalidad frente a uno y cuando más próximos se está más signos se reciben del otro. En la interacción el otro cambia frente a uno. La situación cara a cara es el prototipo de la interacción social, el resultado es un intercambio continuo entre nuestra expresividad y la suya, la subjetividad del otro nos es accesible, y el otro se vuelve completamente real para uno. La hipocresía, la interpretación errónea son más difíciles de sostener cara a cara. Pero esta interacción se encuentra mediada por esquemas tipificadores cuyas principales características, según los autores, son la reflexividad y la reciprocidad. La primera alude a la modificación de la interacción y la segunda, se refiere al esquema mental del otro y viceversa.

La realidad de la vida cotidiana contiene esquemas tipificadores en donde los otros son aprehendidos y tratados en encuentros cara a cara. De este modo se puede aprehender al otro como: demente, viejo, etc. Todas estas tipificaciones afectan continuamente la interacción con el otro. Por lo tanto nuestra interacción cara a cara llevará la impronta de esas tipificaciones en cuanto no se vuelven problemáticas debido a una interferencia de su parte. Es natural que nuestro esquema tipificador tenga que ser modificado. Estos mismos son recíprocos. El otro también nos aprehende de manera tipificada. Las tipificaciones de unos son tan susceptibles a la interferencia del otro, como lo eran las mías a la suya. En otras palabras, estos esquemas entran en “negociación” continua cuando se trata de una situación cara a cara. Las tipificaciones de la interacción social se vuelven progresivamente anónimas a medida que se alejan de la situación cara a cara. Toda tipificación entraña, un anonimato insipiente. Se interpretan por lo menos algunos aspectos de nuestro comportamiento como resultantes de dicha tipificación (Berger & Luckmann, 2001).

En las situaciones cara a cara tenemos evidencia directa de nuestros semejantes, de sus actos, de sus atributos, etcétera. El anonimato aumenta a medida que nos alejamos. El grado de interés y de intimidad puede combinarse para aumentar o disminuir el anonimato de la experiencia. La realidad social de la vida cotidiana es pues aprehendida en un continuo de tipificaciones que se vuelven progresivamente anónimas a medida que se alejan del aquí y ahora. La estructura social es la suma total de todas estas tipificaciones y de las pautas recurrentes de interacción establecidas por intermedio de ellas. La estructura social es un elemento esencial de la vida cotidiana (Berger & Luckmann, 2001).

Es habitual que en el fenómeno de la institucionalización las interacciones se originen mediante estos esquemas. Como por ejemplo entre los residentes: ser viejo, demente, autónomo, compañero de habitación, compañero de mesa, etcétera; y entre los cuidadores y los residentes: el sano y el enfermo.

Hablar de interacción es hablar de contacto con otro/otros, aquellos otros significativos. Este contacto que se produce conlleva un intercambio de expresiones entre los sujetos, resulta una experiencia relevante en la vida y

cotidianeidad del individuo. Cada una de las expresiones verbales y no verbales está dirigida a un otro y viceversa. Es la situación “cara a cara” donde se nos hace accesible la subjetividad del otro.

Se experimenta la interacción en la vida cotidiana de la institución compartiendo la realidad con el otro de diferentes modos. Como señalan Berger y Luckmann (2001), la situación “cara a cara”, conforma la experiencia más importante. Es el prototipo de la interacción social y del cual proceden los demás casos. En las situaciones que se comparten cara a cara se vive un presente, el “aquí y ahora” de uno, gravita con el del otro mientras dura la situación. Resulta una incesante reciprocidad de la expresividad de ambos.

En las instituciones de larga estadía, las interacciones cara a cara ocupan el papel central, en donde la subjetividad es un continuum. Todas y cada una de las expresiones del adulto mayor están dirigidas al otro. Ese otro puede ser, un par, cuidador formal con quienes se vincula diariamente y con mayor temporalidad, o un integrante del equipo profesional o un referente suyo o de algún compañero. Se produce, en forma simultánea y con una correspondencia recíproca un acceso a la subjetividad del otro mediante síntomas diversos y variados (comunicación verbal o no verbal) que se pueden interpretar en forma correcta o errónea. Así, la subjetividad de ambos se encuentra tan próxima que resulta totalmente real, inmiscuida en la vida cotidiana, en donde el otro resulta más real que uno mismo.

La presentación del otro en la interacción cara a cara otorga toda la información de la situación en cuanto a lo que él es. En cambio lo que uno mismo es, resulta con menor acceso. Para poder acceder a uno mismo se hace necesario un espacio reflexivo que corta con la cotidianeidad, el cual es producto de las actitudes del otro hacia él. En definitiva, la reflexión de uno deviene en relación a la actitud que el otro demuestre hacia el primero.

Las interacciones son recíprocas y flexibles, a su vez se modifican por la gran variedad de significados subjetivos que se producen, sean cuales fueren las pautas en juego. Aunque en este tipo de contacto resulta difícil una interpretación equívoca de los significados del otro, puede suceder cuando el otro expone actitud

escondiendo su significado real. De todos modos, se aprende al otro mediante esquemas tipificadores, que influyen permanentemente en la interacción pero que, por medio de ésta pueden ser modificados.

Si bien es difícil aplicar pautas rígidas a la interacción, en la rutina institucional ya estarán legitimadas en la vida cotidiana. Las tipificaciones efectuadas influirán permanentemente en la interacción aunque puedan ser problematizadas y modificadas ante la aparición de una interferencia de cualquiera de las partes, lo que determinaran los actos seguidos en la propia interacción. Inferimos una “negociación” continua en donde los encuentros resultan típicos desde un doble aspecto: uno aprehende al otro como tipo y los dos interactuarán en la situación típica (Berger y Luckmann, 1968).

El tipo de identificación que hacemos del adulto mayor respecto a una categorización, en primera instancia como viejo y en segunda, dentro de los autónomos o los que padecen demencia, será la revelación de su comportamiento de acuerdo al resultado obtenido de esa tipificación de la que es objeto. Aunque, sucederá que el mismo adulto mayor irrumpa con su comportamiento en la expresión de la situación con el otro en donde se pondrá en juego el *self* y, el otro, ha de modificar su tipificación.

En esta misma línea Goffman (1993) en su libro “La presentación de la persona en la vida cotidiana” hace un análisis pormenorizado e impecable sobre las interacciones. Las mismas son analizadas a la luz del objetivo de la presente investigación en el siguiente capítulo.

El autor plantea que todo en la vida de interacción con otros es una actuación, es una puesta en escena aunque no sepamos de lo estamos haciendo. Define la interacción como la “influencia recíproca de un individuo sobre las acciones del otro”, “la interacción total que tiene lugar en cualquier ocasión en que un conjunto de individuos se encuentra en presencia mutua y continúa” (Goffman, 1993: 11). Siempre, ante la presencia de otros, desempeñamos un papel para esos otros, tratando de adquirir información para poder definir la situación permitiendo saber que esperan de él los demás.

Muchas son las fuentes para transmitir información, pero si las personas no están familiarizadas con el sujeto, recogerán aspectos de él que les permitirá aplicar su experiencia previa con otros similares o aplicarles estereotipos. Algunos hechos se encuentran ocultos a la interacción, como las creencias, actitudes, emociones, etcétera. Estas pueden ser descubiertas de manera indirecta o lo que se conoce como: la conducta expresiva involuntaria.

En la institución se desarrollará una relación social en tanto los partícipes conjuguen en la actuación, el participante y la propia audiencia que contribuye con sus observadores y coparticipantes. Dentro de este esquema será el rol social entendido como “la promulgación de los derechos y deberes atribuidos a un status dado” (Goffman, 1993:11). El rol social involucra uno o varios papeles o rutinas diferentes que se presentarán ante el actuante en ocasiones diferentes pero con las mismas audiencias.

Resulta importante visualizar que la impresión que el sujeto cree causar, en realidad es la que los otros ven o recogen en forma correcta o incorrecta. Sus acciones van a influir en el perfil de la situación que el otro tendrá. El sujeto puede desear que los otros tengan un buen concepto de él cualquiera que sea el objetivo que se persiga, será parte de su interés controlar la conducta de los otros. Este control se logra influyendo en la definición de la situación.

Cuando el sujeto proyecta su definición de situación y juntamente hace una demanda de ser de un tipo de persona, entonces evidencia una exigencia moral al resto, lo que obliga a los otros a tratarlo de la manera en que los de su tipo son tratados. Además, ha de renunciar a la demanda de ser lo que no aparenta ser y renuncia al trato que se otorga a esos sujetos. Con lo cual, los otros descubren que el sujeto les ha notificado sobre lo que “es” y lo que ellos tienen que ver en ese “es”. La utilización de prácticas defensivas ayudará a que sobrevivan las impresiones que el sujeto quiere otorgar y colaborará a disponerse para que el otro reciba con tacto esa impresión. En definitiva, cuando el sujeto se encuentra ante otros le sobrarán motivos para intentar controlar la impresión que los otros adquieran de la situación.

Al iniciar una interacción, el tener información acerca de la persona resulta de ayuda importante para definir la situación. Es decir saber qué se espera de él y que espera del otro, permitir al otro conocer sobre la forma en que se ha de vincular.

En aquellos casos en que se desconoce al sujeto o las instancias de ingreso a la institución de larga estadía, la información se ha de recoger mediante indicios en su comportamiento, accediendo mediante la interacción a sus creencias, emociones, actitudes, etcétera. Aquí jugaran un papel relevante los estereotipos que subyacen acerca de la vejez y, a su vez, de las instituciones y sus cuidadores formales o componentes de la misma.

En la vinculación se exponen los dos tipos de expresividad, comunicación verbal (lo que “da”) y la comunicación no verbal (la que “emana”). Desde ambas el sujeto puede transmitir comunicación errónea, por ejemplo engañar en el primer tipo de expresividad y fingir en el segundo (Goffman, 1959).

Puede tornarse una dinámica de inferencialidad dado que en esa interacción los dos sujetos jugarán su inferencia sobre el otro. En otras palabras, accediendo a explotar aquella información que se pudo obtener del otro para controlar su conducta.

Desde el momento en que un sujeto se planta ante otro, surge la situación a través de las acciones que realizan. El sujeto intentará demostrar aquello que lo favorece y los que se encuentran ante él. Pueden dividir en dos lo que están presenciando, por una parte aquello que le resulta fácil al individuo de controlar como las aseveraciones verbales, y por otro aquella en las que tiene poco control como son las expresiones que evidencia.

Se puede presentar una asimetría o contradicción que, de acuerdo a Goffman, la característica central de la interacción es la fragilidad. El otro puede usar aquellos aspectos que no se pueden gobernar de la conducta expresiva y controlar la validez de lo transmitido por los modos gobernables. Demostrando esto, una asimetría en el proceso de comunicación en donde el sujeto solamente tiene conciencia de una corriente de su comunicación, mientras que el otro la tiene

de ésta y de otra más. En esta probable ventaja sobre el sujeto, por parte del otro en donde el primero tiene límites en el manejo de su propia conducta y el segundo penetra en aquella mella de falta calculada de intención con lo cual se sostiene la asimetría en el proceso de comunicación. En la vida cotidiana las primeras impresiones son sumamente importantes y el desafío es intentar conservarlas.

En el proceso de la interacción pueden surgir alteraciones que generen desconcierto o confusión. Se trata de hechos que desacreditan, contradicen o ponen en duda la definición de la situación, de disposiciones previas que se vuelven insostenibles y en donde los participantes se ven sin un curso de acción claramente trazado. De esta forma no se puede continuar con la interacción dado que se produce una descolocación. Esta disrupción se da en la estructura social, en donde se acepta cualquier aceptación como prueba de la capacidad para representar la rutina. También se produce en la personalidad, por la que se desacredita la imagen de uno mismo. Los individuos tienen varios motivos para intentar controlar la impresión que de ellos reciban de la situación. Para ello emplearán prácticas preventivas hacia sí mismo, intentando evitar la disrupción y prácticas correctivas hacia el otro, tratando de corregir lo sucedido.

Las disrupciones en la interacción social conllevan a la desorganización del sistema social elaborado y sostenido por una interacción ordenada. Esto es así, dado que las posiciones anteriores se vuelven sin sostén y los participantes no pueden apoyarse en las acciones planificadas ya que conformarían consecuencias desorganizadas en forma momentánea para las acciones.

Se acepta la capacidad del sujeto en cuanto a su actuación individual demostrando la capacidad de representar la rutina. Las proyecciones del sí mismo durante la actuación diaria del sujeto individual, son aceptadas por el auditorio en tanto representa al grupo con pertenencia en la institución. Esta se ve comprometida una y otra vez, cuando el sujeto representa su rutina dado que, en cada acto se prueba la legitimidad y reputación institucional.

En la interacción social aparece una dialéctica cuando un sujeto se encuentra con otros y quiere sacar a la luz los hechos de la situación. Es decir que

si contara con la información sabría qué es lo que va a suceder y otorgaría al resto de los presentes el cupo de información compatible con su interés. Si bien sería de gran importancia conocer el producto final de las actividades y los sentimientos de los otros, muy raramente se cuenta con esta información. Se utilizan medios de predicción para acceder a la información que necesitamos del otro en el intercambio. Se utilizan medios de predicción como los tanteos, las insinuaciones, las señales, gestos expresivos, entre otros.

El sujeto ha de confiar en las apariencias en cuanto la realidad le resulte menos accesible a su percepción, dado que tiende a tratar a los otros presentes sobre la impresión que otorgan en el ahora respecto de su pasado y futuro. Existe una representación en la que los sujetos son activos, la propia estructura del sí mismo, emanará de acuerdo a la forma de la que disponemos de las actuaciones ante la sociedad.

Goffman (1993) divide al sujeto, por implicación, en dos papeles. Estos son: el *actuante*, quien forja impresiones para poner en escena una actuación, y el *personaje* una figura cuya fortaleza, espíritu y otras cualidades son despertadas por la actuación. Ambos tienen significados en función de la representación que se ha de desempeñar, aunque los atributos son de distinto orden.

El sí mismo propio y el personaje que se representa se encuentran en igualdad, y el sí mismo está alojado dentro del cuerpo de su poseedor. Estaría representado por una imagen estimable, generalmente, que el sujeto pretende que le otorguen los demás cuando se encuentra en escena y personifica. Es en el escenario de la actividad en donde genera atributos de los sucesos y que se vuelven interpretables por los otros. Es decir la atribución del sí mismo, está conformada por el personaje representado y es producto de la escena. La cuestión central es si obtendrá o no crédito. Siendo los *medios* necesarios para producir y sostener el sí mismo, ellos se encuentran en los establecimientos sociales.

La institución constituye la escena en donde emergerán los sí mismos, que cuentan con auditorio que realizarán la interpretación. A su vez, él va a ser definido por el contexto interaccionar y su forma de comprender tanto el contexto

como las reglas. Siguiendo a Goffman (1993) sobre la composición de la realidad, una realidad entre bastidores y otra en el escenario, los roles serán asumidos de acuerdo al lugar donde se halle el sujeto, en el escenario o fuera de él. Por otra parte, los roles se convertirán en eventuales en las interacciones con otros y así se organizarán por sistemas de reglas, por reglas, y conforme al contexto.

Ahora bien, el sujeto como actuante posee una capacidad de aprendizaje y la ejercita para elaborar un papel, que por una parte llevará fantasías y sueños pero también ansiedades y temores. Los primeros relacionados con una buena actuación y los segundos con descréditos.

5.8.2. La necesidad del lenguaje en la interacción

Según Berger & Luckmann (2001), a través del lenguaje las personas interactúan pero es la comprensión de ese lenguaje lo que permitirá la interacción propiamente dicha y se origina a través del cara a cara. En tanto el lenguaje obliga a una adaptación de las pautas resultando algo coercitivo.

El lenguaje en las interacciones de la vida cotidiana posee ciertas características. Estas son: separatividad, reciprocidad, trascendencia (se trasciende el tiempo y el espacio, se hacen presentes objetivos que se hallan ausentes, o cuestiones futuras en el aquí y ahora) y tipificación de las experiencias (son ordenamientos generales de significados que son reales objetiva como subjetivamente; significados compartidos para uno y otro). Constituye campos semánticos, lenguaje específico, especializado, es el acopio social del conocimiento.

Es la internalización de “submundos” institucionales. Tiene su alcance y carácter determinado por la complejidad de la división del trabajo y la distribución social correspondiente al conocimiento. Es decir, la adquisición del conocimiento de roles; lo que sugiere la internalización de campos semánticos que van a estructurar las interpretaciones y los comportamientos en la vida cotidiana y

rutinaria de la institución. Así también se incorpora el aprendizaje de las “comprensiones tácitas”, evaluaciones afectivas de los campos.

Se internaliza la realidad caracterizada por componentes normativos y afectivos pero también cognoscitivos. Estarán avalados por la legitimación mediante símbolos rituales o materiales. El sujeto se identificará subjetivamente con el rol y las normas que conlleva para desempeñarlo. Se estaría aprehendiendo el contexto institucional en el que se desarrolla la vida cotidiana del adulto mayor. Los roles mantendrán un componente de anonimato por el cual los individuos se separaran fácilmente de su desempeño.

En la socialización secundaria la carga afectiva del adulto mayor se llena de significación en donde los cuidadores formales, los integrantes del equipo interdisciplinario y el resto del personal de la institución adquirirán el lugar de otros entes significantes.

El estar inmerso y formar parte de una institución sostiene una carga afectiva y un compromiso que resultan necesarios en la realidad de la vida cotidiana, la cual tiene un efecto en rutina que resulta en la esencia de la institucionalización. La rutina se ratifica en la interacción de los sujetos.

5.8.3. Respetto de la identidad del adulto mayor

La identidad del adulto mayor requiere de la confirmación continuada por parte de los contactos cotidianos y en forma explícita y emotiva del otro significativo que en el caso de la institución para la gran mayoría, son los mismos. La identidad misma, el yo total, puede modificarse en cuanto existe una identificación con las tipificaciones atribuidas por la sociedad. La legitimación integra nuevamente las transformaciones de esa identidad cuya realidad se basa en una vida cotidiana diferente a la que estaba con anterioridad al ingreso de la institución. Nos es conveniente mencionar aquí la identidad como subjetiva, puesto que depende de las relaciones del sujeto con los otros entes significantes, que en este momento ha variado. Son otros individuos los que ocupan ahora el rol

del otro significativo dentro de la institución. Es decir, se legitimará la identidad situándola en el contexto del universo simbólico, aunque se vuelve a integrar en las transformaciones de la identidad en relación con la realidad de la vida cotidiana.

La identidad se define en forma objetiva como la ubicación en un determinado mundo social. De reconocer una dialéctica en la que el sujeto se identifica con sus otros significantes, damos por hecho que existe una particularización de la dialéctica de la sociedad en la vida individual ¿Ocurre lo mismo en la institución?

El proceso de internalización estará mediado por los otros significantes, el sujeto se identifica con sus otros y con la generalidad de los otros. Se identifica con la institución que apoyará la identificación generalizada que logra la estabilidad de la propia identificación que ha sido apropiada subjetivamente del mundo social. Es decir tendrá, una identidad institucional en donde incorporará los diversos “roles” y actitudes internalizados.

A modo de cierre podemos manifestar que las interacciones sociales entre los mayores en la institución conllevan a un autorreferenciamiento para el logro de conseguir ese diálogo como medio del mantenimiento de la realidad que viven.

Las conversaciones que los sujetos mantienen entre sí los modifica y reconstruye permanentemente su realidad subjetiva. Incluimos aquí todas las comunicaciones no orales que fluyen continuamente. Es más, en su mayoría se mantiene la realidad en forma implícita, en aquello que se da por establecido y no sólo en palabras.

A partir del encuentro de personas se gesta algo nuevo, que surge de los intercambios entre ellos y se construye a través del tiempo como suceso social, como red de relaciones. Esta es la situación que encontramos como resultado de la convivencia de adultos mayores en un espacio institucional que mantiene una cotidianeidad por un período muy prolongado de tiempo.

La Psicología Social ha destacado como tema relevante el interés en las interacciones, la integración individuo-sociedad, ocupándose de la naturaleza social del individuo y de los espacios interpersonales, en donde posibilita que los grupos se constituyan en esos espacios privilegiados para el estudio de las mismas.

Capítulo VI

FUNDAMENTOS, ENFOQUE Y ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Expondremos en este capítulo los fundamentos teóricos-epistemológicos de la metodología elegida, la cualitativa. A su vez, describiremos minuciosamente la construcción y delimitación del objeto de estudio, las técnicas utilizadas, las características del trabajo de campo realizado, la descripción, el proceso de análisis y finalmente, los criterios de calidad y procedimientos éticos de la investigación.

6.1. Opción Epistemológica

El investigar en las Ciencias Sociales conlleva un proceso de búsqueda específica de abordaje epistemológico, teórico y metodológico que se inicia durante los primeros años del siglo XIX. Éste fue el comienzo de un despegue de la mirada biologista de la corriente positivista. Su influencia notoria en el campo de la investigación se destacó con su método experimental, que se ha sostenido con preponderancia sobre los estudios de investigación.

Con la intención de abandonar una mirada puramente estadística, hace su lenta, progresiva y desafiante aparición mediante una reflexión sobre el sujeto y el objeto. Incluyendo además, su entorno, sus relaciones, que reflejan la necesidad de ser interrogados, estudiados con abordajes metodológicos diferentes. La investigación es un espacio en donde las Ciencias Sociales se puedan expresar en sus más amplios abordajes y profundizar en los objetos de estudio desde un abordaje científico y con una especificidad que le es propia.

Nuestro sustento epistemológico, teórico y metodológico del presente trabajo responde al paradigma interpretativo con soporte en el interaccionismo simbólico. El *enfoque cualitativo* y *estudio de caso* son dos aristas de la tradición de las ciencias sociales que sumergieron a la autora en la profundización del presente estudio. Delineamos como procedimientos metodológicos en las siguientes páginas, aquellos conocimientos sobre los fundamentos, proceso histórico y desarrollo actual, epistemológico y teórico.

Observamos en esta metodología una vivencia dialógica. Siendo una cuestión esencial para avanzar en el conocimiento y las ideas, el diálogo, en donde el investigador y el investigado nos fusionamos en una realidad, y es responsabilidad del investigador reconvertir en sentidos lo relevado. Tenemos presente las influencias de las ideas, experiencia, prejuicios que se reflejan en la investigación. Advertimos la influencia de los juicios del investigador. Por tanto, es necesario que el lector active su capacidad de dejarse decir algo, evitar sus prejuicios a medida que escucha estando atentos a los prejuicios (Gadamer, 1993).

Desde el paradigma del interaccionismo simbólico, el enfoque cualitativo es el que se coincide con el estudio de las interacciones ya que sostiene una seriedad metodológica y análisis crítico de la comunidad científica en cuanto a sus reflexiones epistemológicas.

El enfoque cualitativo ha tomado su auge en los últimos años obteniendo relevancia para los estudios de las relaciones sociales. Hacemos referencia a Herbert Blumer, quien afirmaba que el científico social, casi siempre, mantenía una falta de familiaridad con lo que se llevaba a cabo en el proceso elegido para el estudio (Blumer, 1982). Reflexionamos sobre la existencia de un proceso de interpretación individual del significado de las cosas, que, a su vez, es producto de la interacción social que orienta la conducta de cada sujeto.

Esta corriente microsociológica, ha sido gestada a partir de las ideas de George Herbert Mead y en menor incidencia Charles Horton Cooley y W. Thomas, en las primeras décadas del siglo XX. Fue Herbert Blumer quien funda y acuña el término de *interaccionismo simbólico* en el año 1938. A su vez, al igual que otras teorías sociológicas ha presentado una perspectiva amplia incluso el insoslayable aporte de Erving Goffman (1993) desde la dramaturgia.

Las corrientes filosóficas que influyeron en el interaccionismo simbólico y fueron raíces del mismo, lo son el pragmatismo nominalista (Jonh Dewey) y el conductismo (John B. Watson). La primera sostiene que los individuos en tanto actores son quienes definen, modifican, rechazan y aceptan los roles, las normas, las creencias, etc. de su contexto social de acuerdo a los intereses propios o

personales. Por esto, macrofenómenos existen pero no tienen efectos determinantes sobre la conducta de las personas. La segunda, el conductismo afianzándose en los procesos mentales y el lenguaje, en este caso, dejando a un lado el conductismo radical de Watson, reconoció las conductas observables, analizó los procesos entre el estímulo y la respuesta.

En tanto, se buscó una perspectiva intermedia entre el sociologismo y el psicologismo por ser enfoques reduccionistas, teniendo su origen durante los años veinte en la Universidad de Chicago. El pragmatismo de Dewey y el conductismo social de Mead, fueron volcados en la Universidad de Chicago dando lugar a la conceptualización del interaccionismo simbólico.

En un proceso orientado a la elaboración científica, asumimos que el enfoque cualitativo engloba una serie de tendencias en la investigación que tienen características diferenciales: etnografía, investigación naturista, estudio de campo y otras. Su origen trasciende una única disciplina ya que se conformó a partir de la antropología y la sociología, teniendo una larga tradición en los métodos cualitativos de las ciencias sociales y la psicología. En tanto, sus raíces históricas nos llevan a la cultura grecorromana con Herodoto (Erikson, 1973) y comienzan a efectivizarse los métodos cualitativos a finales del siglo pasado (Taylor y Bogdan, 1994).

En la sociología norteamericana, hasta la década del 1940, se utilizaban estudios de caso, métodos biográficos y descriptivos que tuvieron la influencia de la Escuela de Chicago con el método de la observación participante. En tanto, los enfoques cuantitativos se sostenían hegemónicos ante las estrategias descriptivas, abiertas y cualitativas. Por lo cual, alrededor del año 1940 la entrevista en profundidad, la observación participante y los documentos personales eran técnicas metodológicas que se encontraban en ejecución por los investigadores cualitativos (Rodríguez Gómez, Gil Flores & García Jiménez, 1999).

En la década de 1960, en la sociología norteamericana comenzó nuevamente su despertar con la crítica hacia la investigación social cuantificadora, estandarizada con Goffman (1961), Garfinker, Cicourel (1964) y Glaser Strauss

(1967). Los debates se reflejaron en Alemania, Jürgen Habermas (1967) reconoció la influencia del desarrollo que otorgaba una tradición diferente; estudios que se orientaban a la inducción y los estudios de caso en disputa con el enfoque empírico y estadístico.

De esta forma resurge la investigación cualitativa en las ciencias sociales y, más tarde, en la psicología.

A mediados de la década de 1980, atrajo un enfoque más amplio, dando importancia tanto a los problemas de validez como el poder de la generalización de los hallazgos con los métodos cualitativos, Se convierte en una actitud investigativa que se funda en la apertura y la reflexión por parte del investigador (Flick, 2007: 22 y 24).

Centra su conocimiento en la interacción del investigador y el investigado, la insoslayable trascendencia de la importancia de la mirada, opinión y acciones del investigado. Conocer a través de la teoría y con el apoyo en la convicción de que los valores, los roles, las acciones, las normas del contexto social se internalizan de manera tal que explican la conducta en forma natural. Por esto ha sido una elección legítima para el abordaje del caso del presente estudio.

En consonancia con Denzin & Lincoln podemos arribar a cuatro conclusiones respecto al enfoque cualitativo. La primera es que cada momento histórico opera en la actualidad: como herencia desde algunos, como conjunto de prácticas o como prácticas que los investigadores combaten. Segundo, se mantiene una opción importante de elecciones entre paradigmas, métodos, técnicas e instrumentos o estrategias para el análisis. En tercer lugar, corre un momento de descubrimiento y redescubrimiento de nuevas formas de interpretar, ver, argumentar y escribir. Y cuarto, que es un proceso multicultural y no lo podemos ya contemplar desde la perspectiva positivista, objetiva y neutral. (Rodríguez Gómez et al., 1999).

La investigación cualitativa, desde el plano epistemológico, referencia en criterios de validez y bondad del conocimiento y asume una vía inductiva. Desde el plano ontológico, especifica su forma y naturaleza de la realidad social y

natural. Considera a la realidad como global, construida y dinámica en un proceso interactivo (Rodríguez Gómez et al., 1999).

En su mayoría, los estudios cualitativos mantienen preocupación por el entorno de los acontecimientos. Van centrando su indagación en contextos naturales, o tomados tal cual se encuentran, en los que los seres humanos se interesan e implican, experimentan y evalúan en forma directa (LeCompte, 1995).

Consideramos necesario realizar aquí una pequeña reseña sobre la etnografía. Esta se origina a fines del siglo XIX y se le asocia a dos tradiciones, la antropología cultural y la Escuela de Chicago de Sociología. La primera surge a partir de un estudio sobre los nativos de una zona de Nueva Guinea en donde los investigadores permanecieron allí durante un tiempo con los miembros de la comunidad. La segunda tradición se da en ocasión de iniciarse varios estudios en donde se aplicaron entrevistas en el contexto social.

La etnografía pone su énfasis en la descripción y el análisis de las comunidades y las culturas. El propósito es de explicar las prácticas y creencias de un grupo determinado de estudio a partir de poder revelar los patrones de interacción, comportamientos, formas de vida, estructura social y valores que emergen de la complejidad.

Spradley (1979) clasifica a la etnografía en un continuum desde la macroetnografía, cuyo propósito de análisis e interpretación es la sociedad, hasta la microetnografía que le atañe a una situación social concreta. Mantiene un carácter inductivo, basándose en la experiencia y la exploración y su estrategia prioritaria es la observación participante.

En los tiempos que corren, el cuadro social ha ido modificándose en la vida cotidiana de los sujetos, lo que ha conllevado a, entre otras cuestiones a la institucionalización de personas mayores. Resulta de interés al Trabajo Social indagar aquellos aspectos problemáticos que requieran de reconstrucción de vínculos, solidaridades institucionales y sociales, explorando los saberes cotidianos de las personas que enfrentan su lucha en la convivencia institucional.

En consonancia con lo que hemos ido delineando sobre la epistemología resulta necesario hacer mención al Trabajo Social, su fundamento y protagonismo en el marco de las ciencias. Y aquí la reflexión de Alfred Schütz es ilustrativa cuando afirma que es prioritario en las ciencias sociales el logro de un conocimiento organizado de la realidad social. Se entiende por este concepto a la suma de todos los objetos y sucesos dentro del mundo social cultural, tal como lo experimenta el pensamiento de sentido común con los otros, que se vincula mediante diversos tipos de interacciones. Se ha de estructurar el “campo problemático” (Rozas Pagazza, 2008) de la intervención, para colaborar en la reconstrucción de actores sociales con propias identidades que sean capaces de revalorizar sus prácticas colectivas.

Infiere Horkheimer (1994) que se ha de entender al ser humano a sí mismo y en su relación social en el proceso histórico. Al analizar las dimensiones de la cuestión social se compromete la comprensión teórica y la aplicación metodológica e instrumental. El núcleo del Trabajo Social en la investigación supone un resultado satisfactorio en la intervención profesional, la vida cotidiana de los sujetos y su interacción. Aquí se comprenderán los hechos sociales a través del encuentro de los hechos empíricos y la teoría (Rozas Pagazza, 2008).

Margarita Rozas Pagazza (2008) refiere que al entenderse el objeto de intervención como campo problemático, se constituye en el contexto de producción y reproducción de las relaciones sociales, las prácticas de los actores quienes portan las necesidades, intereses, racionalidades y saberes. Ha de tenerse en cuenta su contexto, en este caso la institución de larga estadía, y las explicitaciones de los sujetos tendiente al logro de la satisfacción de las necesidades.

En línea con el interaccionismo simbólico desarrollamos el presente estudio cuyo núcleo central fue la interacción. Se considera su concepción, como proceso en el que se desarrolla y expresa la capacidad de pensamiento. Afianza su mirada sobre la interacción en general, sosteniendo que todos los tipos de interacción reafirman la capacidad de pensar y que esto sucede no solamente durante la socialización. Es el mismo pensamiento el que conforma el proceso de

interacción. Los actores se manifiestan mutuamente para decidir sobre la actuación.

6.2. Sobre la tradición metodológica elegida

En este estudio usamos un diseño de investigación exploratorio – descriptivo y un enfoque metodológico cualitativo desde la perspectiva de estudio de caso.

Desde un enfoque construccionista, siguiendo a Berger & Luckmann (2001), la realidad se construye socialmente y se tratan de analizar los procesos por los cuales esa realidad se construye. En esta investigación intentamos dar cuenta de la multiplicidad de interacciones que se producen en la convivencia institucional y de qué manera intervienen en los procesos implicados en la institucionalización de los adultos mayores. Continuamos en la construcción del vínculo de interacción desde el ingreso y durante el transcurso y si las condiciones institucionales favorecen o no.

La realidad se presenta como establecida, interpretada, y es subjetivada por todos sin cuestionar ni analizar. Esa es la realidad de la institución y de los tipos de interacciones que en ella visualizamos incluyendo sus roles y funciones específicas. Esta realidad es interpretada y objetivada por todos pero adquiere un significado subjetivo para el viejo, los cuidadores y los familiares. La misma se internaliza sin cuestionamientos y se reproduce en la vida cotidiana.

Dada la revisión de la literatura, nos quedan algunos interrogantes por responder, cómo es la calidad de la interacción entre los adultos mayores en una residencia de larga estadía cuando conviven mayores con patología demencial y otros en condiciones de autonomía dado que existen necesidades y demandas diferentes. Y cómo favorece la organización institucional, en caso de así hacerlo, a las interacciones de los dos grupos de adultos mayores mencionados.

En tanto, la elección del tema de investigación ha sido producto del desarrollo profesional en el campo gerontológico y la experiencia adquirida durante varios años. Esto ha conducido a una comprensión significativa de lo que sucede intrainstitucionalmente. O sea, el lograr acceder a las respuestas de aquellas preguntas que han necesitado de la presente investigación, ha sido el motor de la solidez para las interpretaciones.

Consideramos a la metodología cualitativa como la más apropiada para lograr el propósito del presente estudio donde se pretende evidenciar el contexto y los significados de las interacciones sociales. Intentamos comprender el fenómeno de estudio sin explicar causas ni mucho menos modificar situaciones. Logramos un enfoque analítico buscando conocer, describir y explicar las situaciones con la participación de los protagonistas y las personas implicadas, para llegar al logro del análisis de los significados que las interacciones tienen para las personas mayores institucionalizadas.

6.2.1. El Paradigma cualitativo

Las Ciencias Sociales han pretendido, desde sus orígenes, dar explicaciones sobre la vida de las personas en la sociedad, encontrando pluralización en los mundos vitales, lo que requiere “narraciones limitadas local, temporal y situacionalmente” (Flick, 2007). El análisis cualitativo, según Gallart (citado en Chitarroni, 2008:409) se realiza conforme a la información obtenida con observación o a través de expresión oral o escrita pero escasamente estructurada, acopiada con pautas flexibles y difícilmente cuantificable. Intentamos captar la información que otorga el propio actor social y los significados que él mismo da a sus comportamientos, relevando la información correspondiente. Resulta en este caso de suma importancia la mirada y significados que da el actor.

Expone Vasilachis que: “El proceso de investigación cualitativa supone: a) la inmersión en la vida cotidiana de la situación seleccionada para el estudio b) la valoración y el intento por descubrir la perspectiva de los participantes sobre sus

propios mundos y c) la consideración de la investigación como un proceso interactivo entre investigador y esos participantes, como descriptiva y analítica y que privilegia las palabras de las personas y su comportamiento observable como datos primarios” (Vasilachis de Gialdino, 2007: 26).

El punto particular de la investigación cualitativa es la habilidad para centrarse en la práctica real in situ, observando cómo se dan las interacciones diariamente. Otorga importancia a la profundidad sobre la extensión y aspira a tomar los matices sutiles de las experiencias de vida (Whittemore, Chese & Mandle citado en Vasilachis de Gialdino, 2007: 27).

Hemos implementado este tipo de metodología, la cualitativa, dado que resulta de gran importancia para el investigador el conocimiento de los actores sociales, sus vivencias, en vivo y en directo, permaneciendo en el campo, durante todo el tiempo que hizo falta. En esta estadía en el campo, la comunicación ha sido fluida con todos los implicados y tomada totalmente en cuenta como parte explícita de la producción de conocimientos.

Tomamos como referencia que el investigador cualitativo se acerca a las situaciones, a las interacciones espontáneas reales que son preexistentes o bien que se han desarrollado durante su presencia en el campo y pueden continuar en su ausencia. Estas situaciones, procesos y sucesos fueron observados y analizados tratando de captarlos lo más completamente posible en toda su complejidad y tal como realmente ocurren. Hemos procurado no controlarlos, no influir sobre ellos, no alterarlos (Vasilachis de Gialdino, 2007). Realizamos un acercamiento al comportamiento de los adultos mayores, al funcionamiento institucional pero principalmente a las relaciones interaccionales.

6.2.2. El estudio de caso

De acuerdo con Stake (1998), el caso es una entidad porque tiene vida única. Lo define como “el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias concretas”

(Stake, 1998). Vasilachis de Gialdino refiere que el estudio de caso es la elección de un objeto a ser estudiado y no la elección de un método. Explica que, como enfoque de investigación, un estudio de caso es definido por el interés en casos individuales antes que por los métodos de investigación utilizados (Stake, 1994:236).

El propósito del estudio de caso es comprender la particularidad del caso, entender la forma en que funcionan las partes y las relaciones del todo. La particularidad más característica es el estudio intensivo y profundo del caso o de una situación con cierta intensidad. Se entiende esto como un “sistema acotado” por los límites que precisa el objeto de estudio, pero enmarcado en el contexto global donde se produce (Muñoz & Muñoz, 2001).

Dooley sostiene que: “El caso o los casos de un estudio pueden estar constituidos por un hecho, un grupo, una relación, una institución, una organización, un proceso social, o una situación o escenario específico. El mismo, construido a partir de un determinado y siempre subjetivo y parcial, recorte empírico y conceptual de la realidad social, que conforma un tema y/o problema de investigación. Los estudios de casos tienden a focalizar, dadas sus características, en un número limitado de hechos y situaciones para poder abordarlos con la profundidad requerida para su comprensión holística y contextual. Dentro de esta tradición de investigación se pueden distinguir en la actualidad, por un lado, los estudios de casos y, por otro, la estrategia de investigación basada en estudios de casos con sus diferentes diseños posibles” (Vasilachis de Gialdino 2007:218). Vasilachis de Gialdino define al caso como “un sistema delimitado en tiempo y espacio de actores, relaciones e instituciones sociales donde se busca dar cuenta de la particularidad del mismo en el marco de su complejidad.” (Vasilachis de Gialdino 2007: 220).

Hemos seleccionado el caso estudiado, a partir de las condiciones que lo constituyen en una expresión paradigmática de un problema social. Profundizamos y particularizamos en el mismo estudiándolo profundamente para comprenderlo en su totalidad. En esta investigación el caso lo constituye la

residencia de larga estadía seleccionada y las interacciones y relaciones que se desarrollan en ella entre los mayores.

6.3. Objetivos propuestos

Guiaron la presente Tesis los siguientes objetivos:

General:

Analizar las interacciones que se producen en el espacio institucional entre los adultos mayores que conviven en una residencia de larga estadía del Partido de General Pueyrredon.

Específicos

- ✓ Reconstruir las prácticas cotidianas de las interacciones en la institución de larga estadía.
- ✓ Analizar el proceso de la convivencia y las prácticas de interrelación entre los grupos de adultos mayores autónomos y los que padecen algún tipo de demencia y al interior de cada uno.
- ✓ Analizar las estructuraciones de organización de las interacciones para los residentes mayores que caracterizan a la institución privada.

Alcanzamos los objetivos propuestos contemplando la realidad institucional tal como se presentaba, el transcurrir cotidiano de los adultos mayores sus ideas, motivaciones y sentimientos, expresos en sus dichos y comportamientos. Para lograr este objetivo exploramos las opiniones de los adultos mayores, cuidadores formales, equipo técnico y directivo, familiar y referente que visitaban y realizamos observaciones de campo prolongadas.

6.4. Construcción y delimitación del objeto de estudio

El cambio social y familiar que se está produciendo, fundamentalmente

con el avance impactante del envejecimiento poblacional, obliga a los investigadores sociales a mirar con nueva óptica los contextos y perspectivas del objeto de estudio. Son diversos los enfoques teóricos y los métodos que describen los debates y las prácticas de este tipo de investigación. Desde aquí la necesidad de utilizar estrategias inductivas.

Buscamos comprender el objeto de estudio y no diferenciarlo de otros. Es decir estudiamos el caso como sistema acotado y abordamos el campo de observación con un sentido naturista y no intervencionista. De igual manera, mantuvimos la intuición y la atención en forma permanente para reconocer los acontecimientos relevantes del problema y estuvimos alerta a que la investigación resultase en una interacción del investigador y el sujeto que atiende y responde a las nuevas situaciones aunque mantenga intencionalidad, habiendo planificado, buscando esquemas y valores. Cumplimentamos las características del estudio cualitativo, según lo planteado por Stake (1998): holístico, empírico, interpretativo y empático. Es el mismo investigador el que se encuentra inmerso en el campo, el instrumento de recolección (Chitarroni, 2008).

Construimos el objeto de estudio a partir del momento en que surge el interés por el tema por parte de la investigadora y ahondamos en un recorrido hacia la comprensión de las interrelaciones generadas por los adultos mayores en un contexto de institucionalización. El estudio de la temática del envejecimiento fue motivado por las experiencias personales y profesionales en el campo gerontológico. Este haber consistió en el desarrollo laboral en la Dirección de adultos mayores, específicamente en el Programa Gerontológico Municipal y en el ámbito privado de geriátricos. En forma complementaria hicimos partícipe de la investigación realizada en el año 1998, “*Evaluar ancianos o las Instituciones que los albergan?*”⁵¹. Durante la experiencia expuesta surgieron interrogantes respecto de las lógicas de convivencia entre los adultos mayores y de la organización institucional respecto a esas interrelaciones.

⁵¹ Relevamiento de Hogares de Ancianos de la ciudad de Mar del Plata. Equipo Interdisciplinario de investigación. 1998.

6.4.1. Lógica de la selección

El estudio de caso lo llevamos a cabo en una residencia para adultos mayores, encuadrada dentro de la clasificación de Instituciones de Larga Estadía. La misma está ubicada en la ciudad de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, República Argentina. Es una Institución de orden privado, habilitada por la Provincia de Buenos Aires y la Municipalidad de General Pueyrredon para funcionar como *Geriatrico*. Es la única construcción en la ciudad que fue realizada para el objetivo previsto, es decir dispuesta arquitectónicamente para albergar adultos mayores y otorgar la prestación correspondiente.

La institución fue seleccionada por la posibilidad de disposición institucional a la investigación que incluyó el acceso cotidiano y en forma libre a los diferentes espacios, actividades y momentos en que la investigadora consideraba. Además de estar incluida en un tipo de organización del orden privado⁵² y, por ende resultar beneficiosa puesto que la investigadora se desempeña laboralmente en el ámbito público y en las distintas instituciones del área objeto de estudio, lo que podría ser conductor de un trabajo sesgado. Fue decisivo en la selección del caso, contar con una cantidad importante de residentes, ser privada y estar habilitada oficialmente para el funcionamiento como geriátrico.

6.4.2. Caracterización de la Institución estudiada

La institución seleccionada inició sus actividades en el año 1993 con otra razón social y desde el año 2003 se encuentra en la presente gestión. Tiene una capacidad máxima para albergar a 158 residentes. Se distribuyen de a tres o cuatro de acuerdo a la capacidad de la habitación. Existe sólo una habitación individual

⁵² Institución habilitada oficialmente para el funcionamiento como Geriátrico por la Municipalidad de General Pueyrredon.

en la que vive un adulto mayor de sexo femenino, que cuenta con 104 años de edad.

Al momento del estudio, contábamos con 154 residentes, 94 de sexo femenino y 60 masculinos. En referencia a la forma de abonar la prestación, la minoría (14) lo realiza en forma particular, es decir, el titular o algún referente o familiar abonan el costo. En el caso del resto de los residentes, cuentan con la obra social PAMI INSSJP⁵³ que cubre económicamente por cápita prestacional.

La encontramos arquitectónicamente dispuesta en tres grandes sectores, divididos conforme al estado psicofísico de los residentes y en los cuales se encuentra un comedor específico, excepto en uno de los sectores que cuenta con un comedor grande y uno más pequeño. La institución divide los sectores bajo índice A, B y C. En el sector A se encuentran todos los adultos mayores dependientes para las actividades de la vida diaria y con Demencia y otras patologías psiquiátricas. En el sector B, aquellos que sufren de deterioro cognitivo leve y moderado y algunos autónomos. Cuenta con dos comedores, uno de ellos, de gran dimensión y el otro más pequeño; en este último concurren los autónomos y los que poseen deterioro leve. En el sector C, es donde conviven los que se mantienen independientes en AVD y autónomos y unos pocos con demencia (Croquis en apéndice VIII).

Encontramos una dinámica institucional estructurada con horarios para cubrir las distintas necesidades:

- 1) Se realiza la prestación del desayuno a las 8 hs. y perdura hasta las 8:30 hs. El almuerzo se sirve a las 11:45 y se retira el servicio a las 12:20 hs. La merienda se sirve a las 16:00 hs. y se retira a las 16:30 hs. Y la cena, durante el invierno, se sirve a las 19:45 y se retira a las 20:20 hs, y en la estación de verano, de 20:10 hs. a 20:40 hs.
- 2) Horarios de descanso: siesta, de 13 a 14:30 hs. Descanso nocturno, de 21 a 7:00 hs.
- 3) Se realiza cambios de pañales en la madrugada, a las 0 hs. y a las 2:45 hs.

⁵³ Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Argentina.

En aquellos casos en los que el residente no se encuentre en condiciones de concurrir al comedor, por distintas razones (salud, emocional, etcétera) se le lleva al cuarto.

4) Se organizan horarios de visita para los familiares y referentes, que se estipuló por la mañana hasta las 11:30 hs. dado que algunas familias quedaban durante el horario de la comida y resultaban dos situaciones en particular, una de ellas consistía en la molestia que ocasionaban al personal en casos de, por ejemplo, bronco aspirar al residente y, otra situación regular la consistía el quedarse e ingerir la porción del residente. De todos modos, se encuentran abiertos a excepciones, por la importancia que se le otorga a la concurrencia de los familiares para las visitas⁵⁴. Cabe destacarse que las instituciones de larga estadía se caracterizan por la escasa concurrencia de los familiares, situación influenciada entre otras cuestiones por las formas de organización institucional que no favorecen la participación (de los Reyes, 2007).

Los festejos importantes de la Institución, lo conforman: el aniversario, 20 de junio, y las Fiestas Navideñas y Fin de año. Otros festejos de menor envergadura, se realizan para festejar el Día de la Primavera, o cerrando alguno de los talleres en donde los residentes son protagonistas como en cocina o teatro, armando un espectáculo a tal fin.

El personal que se ocupa de los cuidados formales, el de la cocina y el lavadero se encuentran divididos por turnos. Estos son tres, a saber: turno mañana de 6 a 14 hs. turno tarde de 14 a 22 hs. y turno noche de 22 a 6 hs.

Para el presente estudio hicimos un muestreo del turno mañana y tarde, dado el objetivo del mismo. El estudio de las interrelaciones o convivencia, no se da en el turno noche por el descaso nocturno permanente.

⁵⁴ Lo ha referenciado la Administradora en coincidencia con la Trabajadora Social de la institución y fue una situación verificada por la investigadora. Cabe destacarse que las instituciones de larga estadía se caracterizan por la escasa de los familiares, cuestión influenciada por las formas de organización institucional que no favorecen la participación (de los Reyes, 2007)

6.4.3. Criterio de selección y justificación de los participantes de la muestra

El universo de la investigación estuvo constituido por totalidad de los residentes, del mismo modo los cuidadores formales, personal en general y equipo técnico y directivo. Sin embargo se elaboraron distintos tipos de muestra de acuerdo al grupo abordado para la investigación.

6.4.3.1. Adultos Mayores residentes

Para la aplicación de las entrevistas, seleccionamos para la muestra a los adultos mayores que cumplían con los siguientes requisitos:

- Aquellos que mantenían la autonomía fueran o no autoválidos⁵⁵. La condición de autonomía era evaluada por el equipo técnico institucional.
- Tener entre 75 y 100 años de edad.
- Una estadía en la institución igual o superior a un año.

La muestra quedó compuesta por veintiséis (26) adultos mayores, de los cuales veinte (20) lograron ser entrevistados. De este total, once (11) personas eran de sexo femenino y nueve (9) de sexo masculino. Cuatro (4) de ellos presentaron Deterioro Cognitivo moderado durante el transcurso de la investigación y una (1) falleció.

6.4.3.2. Cuidadores Formales

Los cuidadores formales que participaron de la muestra fueron catorce (14). Estuvo conformada por: una (1) mucama, ocho (8) asistentes geriátricas, cuatro (4) auxiliares de enfermería y una (1) enfermera. Seleccionamos en base a:

⁵⁵ Autónomos que padezcan o carezcan de dependencia o semidependencia para la realización de las actividades de la vida diaria.

- Cumplimentar su labor en la institución con una antigüedad de dos años o más.
- Con un año de experiencia en el cargo actual.
- Desempeñarse durante el turno mañana o tarde.

6.4.3.3. Equipo Técnico

La muestra de los integrantes del Equipo Técnico estuvo constituida por seis (6) personas: 1 Lic. en Servicio Social, 2 Terapistas Ocupacionales, 1 Lic. en Nutrición, 1 Lic. en Enfermería, 1 Médica Geriatra. Los mismos mantenían las siguientes particularidades:

- Experiencia profesional igual o superior a tres años.
- Antigüedad en la institución de dos o más años.
- Cumplir la tarea laboral por 6 hs. semanales como mínimo.

El equipo directivo, administradora y director, fueron relevados de la muestra dado que logramos el material necesario y con saturación metodológica incluida le consideramos irrelevante.

6.4.3.4. Familiares o referentes

Conformaron la presente muestra de familiares o referentes de adultos mayores con demencia treinta y una (31) personas de las que se entrevistaron a ocho (8), tres (3) en su domicilio y el resto en la institución. Una padeció de demencia senil y el resto no se le llegó a aplicar la técnica dado que evidenciamos una saturación metodológica.

Los integrantes de la muestra cumplían con los siguientes requerimientos:

- Tener la condición de familiar (esposo/a, hijo, hermano, sobrino) o de referente (hijo de crianza, hijo postizo, amigo).

- Frecuencia de la concurrencia a la institución, diaria o día por medio.
- Permanencia del residente en la institución de un año como mínimo.

6.5. Sobre las técnicas e instrumentos de construcción de datos

La recolección de la información la realizamos a partir de un plan que organizamos como respuesta a las preguntas de investigación. La utilización de las fuentes de información utilizada, la observación participante, las conversaciones naturales, la entrevista semiestructurada y los documentos, se orientaron a captar y describir la complejidad del fenómeno de estudio y su contexto con la mayor riqueza posible, respetando la mirada de los actores sociales involucrados (Vasilachis de Gialdino, 2007:220).

Tal como se infiere en el estudio de caso, la investigadora ha permanecido en el lugar de la acción intentando modificar lo menos posible el escenario. Recabamos información que se sucedía en repetidas ocasiones hasta que no hubo algo diferente o nuevo para incluir o sea, saturación metodológica. Comenzamos el trabajo de campo con un marco amplio de referencia para, en el transcurrir de la estadía, ahondar en lo particular de la investigación.

Mantuvimos el contacto, permaneciendo durante un largo período en el campo de investigación. Esto permitió mantener una actitud abierta y de evaluación permanente, en el abordaje de los acontecimientos y con lo que se iba presentando diariamente para reorientar las observaciones y seguir con cuestiones nuevas durante el contacto directo con los fenómenos.

Buscando el detalle de las interacciones entre los adultos mayores en su contexto cotidiano es que enfatizamos en la particularidad y complejidad de un caso en particular. Es decir la elección para la presente investigación de una Institución de Larga Estadía, habilitada como Geriátrico, de la ciudad de Mar del Plata, Partido de General Pueyrredon. En ella llevamos adelante el trabajo de campo durante cinco meses in situ. Durante diecinueve meses, estuvimos, con

interrupciones, para la planificación, gestión, análisis y redacción de la presente disertación.

Los instrumentos de investigación utilizados fueron la observación participante y las entrevistas semiestructuradas. La triangulación constituyó el proceso básico para la validación de los datos. En relación con los instrumentos de construcción de los datos: *las entrevistas*, las diseñamos particularmente de acuerdo con el grupo de destinatarios. Estos fueron: los adultos mayores, los familiares, el personal de cuidados formales y el equipo técnico (ver Apéndice III, IV, V, VI). La guía para la *observación participante* fue delineada a partir de una primera recorrida institucional (Apéndice II).

6.5.1. La Observación Participante

La observación participante ha constituido el eje central del trabajo de campo, realizándose un proceso reflexivo por parte del investigador, a medida que se adentraba en la técnica. Hemos interaccionado con los residentes y el personal en la vida cotidiana, conociendo y analizando las distintas rutinas. Así también hemos participado en actividades de labor-terapia y festejos de fin de año. Ha sido una influencia importantísima la de la administración en el logro de apoyar las relaciones entre las personas de la institución y el investigador.

En los primeros momentos de la observación prevaleció una “mirada general y amplia”. Focalizamos la observación en los adultos mayores, situaciones entre ellos, con los agentes de cuidado y con los visitantes (familiares o referentes)⁵⁶. Indagamos desde lo obvio hasta lo aparentemente “encubierto”, así se mantuvo una actitud de hurgar en lo cotidiano de las interacciones sociales.

Comenzamos con una concurrencia diaria en donde, en los primeros momentos realizamos una observación amplia y general, desplegando una “atención flotante”, según Vasilachis, para posteriormente, focalizar en las

⁵⁶ Referente: persona en relación con el adulto mayor (amigo, vecino, conocido) con la que mantiene contacto regular.

situaciones y los sujetos que participaron en ellas. Aunque realizábamos una evaluación permanente respecto a la intensidad temporal de la concurrencia y los momentos más propicios para la misma.

6.5.2. Conversaciones informales

Son aquellas que se producen casualmente y naturalmente, durante las caminatas por los distintos sectores de la institución. Las realizamos desde el primer día de concurrencia institucional, charlas informales con los adultos mayores, familiares y personal de la institución. Las mismas versaban sobre el tiempo meteorológico, conversaciones amistosas sobre cuestiones ocasionales del día, algunas comidas, entre otras. Fuimos sustentando el diálogo informal con una capacidad de “escucha” mientras buscábamos intencionalmente a los informantes.

Las conversaciones las focalizamos en horarios de ingestas y de tiempo libre. En el primer caso, el espacio físico lo conformaban los distintos comedores y en el segundo los espacios verdes como el parque.

6.5.3. Entrevista semiestructurada

“La entrevista es una técnica en la que una persona (entrevistador) solicita información de otra o de un grupo (entrevistados, informantes), para obtener datos sobre un problema determinado. Presupone, pues, la existencia al menos de dos personas y la posibilidad de interacción verbal” (Rodríguez Gómez et al., 1999:167).

La entrevista semiestructurada sostiene encuentros cara a cara entre la investigadora y el informante. En estos encuentros mantuvimos una dirección hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los entrevistados respecto de su experiencia o situaciones y son expresadas con sus propias palabras.

Hemos comprobado que, como técnica, la entrevista semiestructurada resulta adecuada para lograr alcanzar discursos latentes, ideas, supuestos. Ayuda también a expresarse sin sugerir respuestas, y aproximarse a problemas que, con la utilización de otras técnicas no aparecerían. Siguiendo un modelo flexible, dinámico, libre y no estructurado, las preguntas fueron abiertas en forma de guía. Las suministramos de forma oral sin la guía presente, y se alternó el orden de las preguntas de acuerdo a cada entrevistado y cómo se presentaba el proceso, con claro objetivo de que respondiese libremente. Llevamos, al decir de Flick, una mediación permanente entre el curso de la entrevista y la guía (Flick, 2004:107). La entrevista fue grabada, mediante el correspondiente pedido de autorización personal, oral y en forma escrita con el consentimiento informado. Las mismas las llevamos a cabo en las distintas habitaciones y en el espacio de terapia ocupacional, siempre en forma personal e individual. Sólo en dos entrevistas en habitación se hallaban presentes las compañeras de cuarto, que en ambos casos, padecían deterioro cognitivo moderado.

En las entrevistas partimos de la existencia de un propósito explícito. Comenzábamos hablando sobre alguna cuestión sucedida en el momento o fenómeno climático o algún otro asunto intrascendente para que el entrevistado se sintiese confiado y expresase sus opiniones con libertad.

Siendo que algunos de los entrevistados, adultos mayores, cuidadores formales y familiares pudieron tener una idea confusa sobre el propósito, la investigadora fue gradualmente controlando lo que se estaba hablando para dirigir hacia lo que ayudaría a describir lo que pensaban. Aportamos las explicaciones peticionadas y aquellas que percibíamos que se necesitaban, en tanto la técnica utilizada supone un aprendizaje mutuo. Por lo expuesto es que explicitamos la finalidad y orientación general de la investigación que llevábamos a cabo. Registramos el contenido respetando la textualidad de las entrevistas.

A la entrevista semiestructurada, la utilizamos para captar el discurso de informantes como lo fueron: los adultos mayores, los familiares y/o referentes, los profesionales, el directivo y los cuidadores formales.

6.5.4. Documentos

Como fuente secundaria, relevamos documentos como fueron los registros de visitas, registro de salidas de la institución y las historias clínicas. Respecto a las últimas mencionadas, trabajamos solamente aquellas que pertenecían a los adultos mayores de la muestra y a las que se entrevistó a los familiares o referentes. Las historias clínicas resultaron de fundamental importancia en tanto evidenciaron material para acceder a la conformación de la muestra de aquellos que eran autónomos y los que padecían demencia de igual manera que constituyó el registro de informes por parte del equipo decisivo para la selección. Pusimos énfasis en relevar los datos que contenían el aspecto socio-sanitario.

6.6. Descripción y características del trabajo de campo

Tal como mencionamos, el primer contacto lo realizamos con la Administradora de la Institución. Se otorgó a la investigadora amplia disposición en cuanto a la libertad de concurrencia institucional en días y horarios, al igual que la independencia para las recorridas de los distintos espacios. Además, otorgó la oportunidad de entrevistar a todos aquellos que se necesitara para el trabajo de investigación. La Trabajadora Social de la Institución fue quien dispuso de su tiempo para otorgar datos generales, documentales e inclusive realizar la presentación de la investigadora al personal, al equipo técnico, a los adultos mayores y a los familiares a entrevistar, facilitando el proceso de investigación.

Por otra parte, respecto a los familiares con los que trabajamos, realizamos una llamada telefónica previa al contacto con la investigadora. La misma la llevó a cabo la Trabajadora Social quien informó acerca de la labor de investigación a implementarse. Podemos afirmar que fue el referente inmediato, el “facilitador” de la institución puesto que facilitó todos y cada uno de los primeros contactos con cada persona que se abordó (Vasilachis, 2007). De todos modos, la investigadora repitió en su presentación al familiar, los datos personales y los

objetivos de la investigación al igual que la invitación a firmar el consentimiento informado. Exceptuando un conocimiento previo personal y profesional con la Administradora (a quien no se entrevistó para la investigación) y, conocimiento académico-docente con la Trabajadora Social; no mantuvimos relación personal ni profesional con los cuidadores formales, los adultos mayores, los integrantes del equipo técnico y los familiares. Por lo anterior podemos afirmar que ha resultado una carencia necesaria de relaciones de poder para con los destinatarios de los instrumentos de recolección de datos.

En síntesis, realizamos un intenso trabajo de campo que permitió la inmersión subjetiva, mediante la empatía en la interacción, logrando conocer la perspectiva de los participantes del estudio.

6.6.1. Haciendo retrospectiva del trabajo de campo

El ingreso a la institución presentó la primera situación de interacción con los otros sujetos en una dimensión espacio-temporal concreta, en un lugar y un momento en particular. Al respecto, es importante tener en cuenta que la “entrada” la relacionamos con la generación de un vínculo y en base a esto, establecemos la ocupación de un “lugar”. Es una situación que se hizo manifiesta a través de un cierto “rol” que asumimos en distintas instancias y situaciones en el campo que implicó el despliegue de relaciones sociales, a la vez que nuevas modalidades de vinculación desde el singular “posicionamiento” en el campo. Un posicionamiento que más que “estar ahí” implicó “una manera de posicionarse frente al mundo socio-cultural” (Vasilachis de Gialdino, 2007:125).

6.6.2. Acceso a la Institución

Un primer nivel de ingreso a la institución implica y concierne a las personas responsables, que conforman el acceso y quienes están a cargo de las

decisiones institucionales con autoridad de cargo. El contacto inicial lo realizamos con la Administradora del lugar, con objetivo de autorizar y acordar la ejecución del trabajo de investigación, exponiendo el propósito del estudio, objetivos del mismo y la metodología a llevar a cabo para la ejecución de la planificación. La misma, convocó a la Trabajadora Social para que pudiera acceder a la información otorgada por la investigadora y la dispuso como referente. A este inicio lo podemos evaluar como altamente satisfactorio y positivo para la investigación por la apertura de ambas personas en su respectivos roles.

En un segundo nivel, podemos mencionar a quienes entrevistamos y observamos, adultos mayores, quienes se han dispuesto muy favorablemente e, inclusive, con cierta demanda de ser consultados para la incorporación a la investigación. Respecto a esto, resulta relevante exponer que realizamos entrevistas no estructuradas a tres personas mayores que lo demandaban pero no conformaban la muestra. Los familiares y equipo técnico respondieron de la misma manera. En cambio la persona a cargo de la enfermería, si bien respondió a la entrevista pudimos observar, en la misma y a lo largo de la estadía en la institución cierto recelo o molestia a la presencia de la investigadora. Consideramos que no afectó la investigación porque realizamos encuentros casuales con comentarios positivos y estimuladores sobre el área y las acciones de la misma. Además corroboramos la información otorgada por ella a través de las posteriores entrevistas a otros informantes como cuidadores formales y resto del equipo técnico. Conjuntamente, y de gran importancia, al interior de la institución transcurría un proceso de cambio de supervisora de enfermería, la que finalmente se iría tras un desempeño por varios años; y la profesional a la que se hace referencia era la que con poco tiempo de estadía institucional, quedaría a cargo. No resultó así con las cuidadoras formales quienes demostraron su buena disposición en forma permanente, no sólo en la entrevista realizada sino durante todo el tiempo que duró la permanencia de la investigadora.

6.6.3. Ingreso progresivo al campo

Ingresamos a la institución en forma paulatina temporalmente. Es decir, en principio asistíamos durante dos horas. Luego de una semana, las prolongamos por cuatro horas, aproximadamente, por la mañana y otros días por la tarde. A su vez, hubo varios días que concurríamos en ambos turnos. Observamos la dinámica institucional en horarios variados, en el descanso, en el desayuno, almuerzo, merienda, cena, inclusive en días sábados que no asisten, por ejemplo los profesionales del equipo profesional. En los dos primeros meses, la concurrencia fue de lunes a viernes y algún sábado. Luego la espaciamos a dos veces por semana y finalmente, en el último mes, a dos visitas mensuales con una duración de cuatro horas. La concurrencia temporal total a la institución fue de 5 meses.

6.6.4. Relatos sobre la dinámica de las entrevistas

Respecto de las entrevistas llevadas a cabo, en primera instancia con el equipo técnico, los cuidadores formales y los adultos mayores, aunque hubo una presentación días anteriores, efectuamos una conversación con objetivo de poner en conocimiento sobre la consideración de la entrevista a llevarse a cabo y una somera presentación del estudio a realizar. El tiempo cronológico de las entrevistas fue variado de acuerdo al grupo destinatario, en los casos del equipo técnico y los cuidadores fueron diversas las duraciones. En tanto las de los adultos mayores duraron alrededor de cincuenta minutos a una hora. Las de los familiares, que visitamos en sus domicilios, entre una hora y hora y cuarto. Las implementadas con el equipo técnico: Trabajador Social, Terapeuta Ocupacional, Enfermera y Nutricionista entre cuarenta y cinco y sesenta minutos. La variación se evidenció con la Médica que duró entre veinte y treinta minutos. En todos los casos, la apertura de la entrevista la realizamos con la presentación de la investigadora, reseña de la metodología que se llevaría a cabo, la lectura del *consentimiento informado* (en algunos casos, fue leído por la entrevistadora dados los problemas visuales y analfabetismo) aclaración de dudas respecto a ello y la firma del mismo (Apéndice I).

Recogimos las entrevistas mediante dos grabadoras de pequeño tamaño, con el previo consentimiento del uso, y podemos inferir que no limitaron la confianza. De todos modos, en un cuaderno de campo, tomamos algunas notas de relevancia y ordenamiento. En cuatro (4) casos de adultos mayores, a pedido, apagamos las grabadoras para hacer comentarios que no deseaban que quedaran plasmados. En ocasiones el orden de las preguntas fue alterado para facilitar la continuidad del relato del entrevistado.

Luego de un par de entrevistas, consideramos carecer del escrito y aplicar el instrumento sin el soporte, lo cual observamos como favorecedor de confianza y liberador del investigador.

6.7. Descripción del proceso de análisis de los datos

Registramos datos mediante cuaderno de campo, grabaciones en audio, lectura de historias clínicas y otros documentos institucionales como libro de visitas, libro de salida de los residentes. Los relatos de los adultos mayores, en su mayoría, fueron parafraseados, ya que algunos tenían dificultad en el habla y la audición. Efectuamos intervenciones en cuanto a la direccionalidad de la pregunta clarificándola mediante ejemplos de ser necesario.

La interpretación de los relatos de cada uno de los participantes la volcábamos en el cuaderno de campo, tan pronto nos retirábamos de la institución, y en ocasiones, en el momento preciso de la entrevista. Cuidamos de que estas interpretaciones ad hoc, fueran certeramente verificadas o eliminadas o que se completasen, de acuerdo a los análisis posteriores del material extraído en la técnica de la entrevista.

Efectuamos las desgravaciones y transcripciones correspondientes, como momentos conjuntos, proceso que tuvo una duración de una hora de grabación. Esto requirió unas cuatro horas y media de desgravación y transcripción. Llevamos a cabo, mediante el uso de la computadora con tipiado. A medida que se efectuaban las entrevistas, las desgravaciones las procesábamos dentro de las

48 o 72 hs. posteriores, con el propósito de evitar la pérdida de los gestos, emociones e impresiones personales de los entrevistados.

Conformamos una carpeta que llevó distintos colores de acuerdo al grupo entrevistado, adultos mayores, familiares o referentes, cuidadores formales, equipo técnico. Allí fueron transcriptas las desgravaciones. En otra hoja los elementos recolectados mediante la escritura en el mismo acto (constaban actitudes, señalamientos, acotaciones, del proceso de la entrevista) y otra, en el caso de los adultos mayores, con todos los datos relevados de la historia clínica y otros documentos de la institución.

Por otra parte, para llevar adelante el análisis cualitativo de las entrevistas elaboramos una matriz conceptual con criterio de fragmentar los datos, conceptualizarlos y luego articularlos analíticamente. Esto se hizo con el objetivo de producir teorías explicativas a partir de las narrativas (Glaser & Strauss, 1967; Rodríguez Gómez, et al., 1999; Valles, 1999).

Utilizamos la combinación del criterio temático y el conversacional (Rodríguez Gómez, et al., 1999:207). Consideramos las unidades en función de las preguntas realizadas encontrando los fragmentos que convergen en el tema segmentando las declaraciones conforme a la categoría consultada. Elaboramos las siguientes áreas de exploración: iniciación a la vida institucional, interacciones y disposiciones institucionales. Estas tuvieron sus respectivas sub áreas: adaptación, rutina, actividades mediadas, actividades fuera de la Institución, visitas entre otras. Las mismas fueron alternadas conforme a las matrices para los adultos mayores, los familiares o referentes, los integrantes del equipo técnico y los cuidadores formales (ver Apéndice VII).

6.8. Criterios de calidad o rigor de la investigación

Cuando aludimos a rigor metodológico nos referimos a la calidad de la investigación. Se refiere a cómo hemos diseñado y desarrollado y a la confianza que infieren la veracidad de los resultados obtenidos. La idea de calidad de la

investigación se asocia a la credibilidad del trabajo realizado por el investigador (Rodríguez Gómez et al., 1999:283).

Hemos definido y respetado los criterios de calidad del estudio para la evaluación de resultados y la calidad del proceso. Siguiendo a Vasilachis de Gialdino que se apoya en la redefinición de los criterios de calidad. Guba & Lincoln (1985) mencionan: credibilidad, transferibilidad, seguridad y la confirmabilidad (Seale, 1999; Marshall & Rossman, 1999; Flick, 2004).

La validez ha sido redefinida como la credibilidad. De acuerdo a Maxwell validez es reflexionar sobre la credibilidad o corrección del conocimiento producido y seguir estrategias para alcanzarlo (Maxwell, 1996). Para esto mantuvimos una estadía en la institución de cinco meses con concurrencia, en un principio diaria, luego semanal y finalmente mensual. Fuimos relevando información casi permanentemente mediante notas exactas, grabaciones, notas propias del investigador (“observación persistente”). El compromiso con la institución perduró por diez meses (“compromiso prolongado”) y utilizamos la triangulación metodológica y de datos. Llevamos adelante, luego de cada entrevista una síntesis expuesta al informante para dejar claro su aporte y en caso de pretender anexar o quitar algo de su manifiesto poder hacerlo (“controles por los miembros”) (Flick, 2004:245-6).

Los relatos fueron grabados dando énfasis a evitar la alteración de los testimonios. Además hemos tomado nota en el cuaderno de campo y también en hojas individuales para cada entrevistado. Trabajamos con la triangulación metodológica, combinación de métodos en este caso entrevista y observación participante y contrastación con documentos institucionales (historias clínicas, libros de salidas y vistas). “Confirman Hamersley & Atkinson (1983), si diversas clases de datos conducen a la misma conclusión podemos estar algo más seguros de tal conclusión” (Rodríguez Gómez et al., 1999:287).

La triangulación fue utilizada como alternativa a la validación para incrementar el alcance y la validez del estudio. Dentro de la tradición elegida utilizamos distintas técnicas. Triangulamos datos a partir del discurso del

entrevistado, lo que consta en los documentos, la información mediante la entrevista a familiares y referentes. Los datos los obtuvimos en distintos momentos del día, en diferentes días de la semana y meses; en diversas situaciones (almuerzo, desayuno, descanso, recreación, tiempo libre).

6.9. Sobre los procedimientos éticos

Hemos tomado los recaudos pertinentes dando especial atención a la ética del investigador y a los procedimientos desarrollados. A esto lo tomamos en consideración a partir del surgimiento de tensiones y dilemas éticos propios del proceso en este tipo de investigación. Esto basado en el hecho de que el investigador persigue una finalidad distinta a las personas con quien se relaciona para conocer e interpretar su realidad; dada la incidencia, que del proceso realizado (observación participante) se desprende, sobre las personas abordadas. Los aspectos éticos son un acto de responsabilidad que eleva la calidad de la investigación y de quien la realiza, garantizando su éxito, el respeto al proceso, a la autonomía, a la dignidad humana y a la intimidad.

En este sentido, elaboramos el consentimiento informado para los entrevistados (ver apéndice I), con el fin de proteger la intimidad de todos y cada uno de los integrantes de la Institución y los referentes y familiares abordados, poniendo énfasis en la responsabilidad del investigador. Salvaguardamos los derechos, intereses y sensibilidad del informante.

Entendemos por “consentimiento informado” al compromiso conjunto que establece el espacio comunicativo destinado a informar en forma oral y escrita la naturaleza, los propósitos, los beneficios, alternativas y riesgos, quién recibe la información, para qué será utilizada, autorización clara, competente, voluntaria y autónoma. Es la expresión de dos voluntades debidamente conocedoras que garantiza una relación de confianza y mutuo respeto a la relación investigador investigado.

Constituye una herramienta del investigador que permite controlar y cuidar la integridad del proceso y de quien da el consentimiento. El consentimiento informado elaborado, otorgó una información completa sobre el qué de la investigación (la naturaleza), el cómo y el para qué (objetivos) describiendo explícitamente el propósito, el procedimiento, el instrumento de recopilación de información y la socialización de los resultados. Mediante el escrito otorgamos la *información* sobre la investigación a realizar, la naturaleza de la misma, los datos personales de los implicados como investigadores (la investigadora y su directora) y el objetivo del estudio. Explicitamos la posibilidad de que pudiesen abandonar el mismo en forma libre en cualquier momento.

Dejamos explícito: el respeto a la autonomía del investigado, manifiesta en el libre retiro de la investigación en cualquier momento, el carácter confidencial y el anonimato. Luego de leído el consentimiento por el entrevistado fue explicado convenientemente por la investigadora. El mismo fue redactado con terminología de fácil *comprensión* para el acceso con una lecto-escritura mínima. Y, a su vez, para facilitar la lectura, en párrafos cortos, con letra clara y con la posibilidad de ser leído cuantas veces se considere necesario. Antes de la lectura del mismo por parte del participante, explicamos en forma oral el contenido del mismo. Y a posteriori de su lectura hemos ampliado y aclarado aquellas dudas que hubieren surgido.

Tuvimos en cuenta la *voluntariedad*, todos los entrevistados decidieron libremente participar del procedimiento en pos de la investigación. No han sido persuadidos en ningún momento. Otorgamos el tiempo necesario teniendo en cuenta el perfil e individualidad del participante, dando lugar a consultas y evacuación de dudas.

Respecto al cuidado de los datos recabados, en el tratamiento de las entrevistas y en la observación participante seguimos un proceso similar. Las primeras fueron grabadas, exceptuando algunas conversaciones que el entrevistado expuso su negativa. Fueron transcriptas íntegramente respetando su literalidad. Conservamos las cintas que se utilizaron al igual que el cuaderno de

campo con las observaciones, discursos fuera de micrófono y que pudieran servir a la investigación sin perjuicio del informante.

Capítulo VII

OBJETIVANDO LAS INTERACCIONES

7.1. Introducción

En este último capítulo exponemos el análisis de los tres temas emergentes surgidos de las entrevistas y la observación participante. Estas son: la iniciación a la vida institucional o contexto de ingreso, las interrelaciones en la residencia y la organización institucional, en el espacio escénico de la Institución de Larga Estadía para adultos mayores la que se transformó en sede de la presente investigación. Los interpretamos a la luz de los discursos teóricos descriptos realizando un diálogo entre los mismos.

En la *iniciación a la vida institucional* se encontraron subtemas como las razones y las decisiones de ingreso y el proceso de adaptación al cambio de vida.

En el tema de las *interrelaciones* en la residencia profundizamos en las interacciones cotidianas producto de la convivencia entre todos los residentes, en las que se producen al interior del grupo de autónomos y de los que padecen síndrome demencial. A partir de los discursos de los mayores, de los familiares o referentes de los demenciados, de los profesionales y de los cuidadores formales, es que analizamos lo mencionado. Además exploramos las características de la influencia de la red de apoyo (familiar o referente) sobre los gerontes.

Y por último, en el tema de la *organización institucional* hicimos un acercamiento a las opiniones de los ancianos, de los familiares, de los cuidadores formales y de los profesionales sobre la sectorización de la institución a partir de la organización de la misma. Así mismo estudiamos las actividades espontáneas y mediadas y la participación de los mayores en ellas.

Con la finalidad de lograr un entendimiento de las líneas subsiguientes es que consideramos de importancia ubicar al lector en la distribución espacial de la residencia (apéndice VIII). Esta distribución enfatiza una diferencia para la convivencia entre los adultos mayores, en tanto la encontramos dividida en tres sectores para pernoctar y tiene el objetivo de diferenciar la población conforme a su estado de salud. El sector A, compuesto por cuarenta y cinco (45) mayores está poblado por los que padecen patologías psiquiátricas y los tipos de demencia que

se presentan a edades avanzadas, además de ser una población dependiente con necesidad de atención y supervisión constante. En el sector B, se encuentran alojadas sesenta y nueve (69) personas siendo algunas autónomas y otras con deterioro cognitivo u otros padecimientos psíquicos. Estas últimas son las menos. Y el sector C con cuarenta (40) ancianos, en su mayoría personas autónomas y unos pocos con deterioro cognitivo que no requieren atención permanente. Conforman la muestra de los entrevistados adultos mayores, diez (10) del sector C y diez (10) del B lo que aporta un panorama de igualdad cuantitativa productiva la hora del presente análisis. Al mismo tiempo, los familiares o referentes de los ancianos con patología demencial, residen éstos últimos, tres (3) en el sector C, cuatro (4) en el B y uno (1) en el A.

En relación a lo expuesto, hemos considerado las exposiciones descriptas por los adultos mayores por acceder a ellas desde la convivencia, de los familiares o referentes dada la consideración para continuar con la prestación de esta institución. Por último, hacemos referencia a los cuidadores formales en cuanto a la observación cotidiana de la percepción de dinámica vivencial de los ancianos respecto del tipo de distribución espacial.

A partir de la revisión de los documentos de ingreso de los adultos mayores surge que el promedio de permanencia en la residencia es de tres años y cinco meses para la muestra considerada.

7.2. Iniciación a la vida institucional

Al hablar de la iniciación a la vida institucional se hace referencia a las circunstancias que han rodeado a la persona mayor al incorporarse a la residencia, los motivos y las decisiones del ingreso y finalmente al proceso de adaptación que vivencian.

Este tema lo dividimos en tres partes: el motivo o causa de internación, la decisión de ingreso, y la adaptación a la vida institucional. Diferenciamos conceptualmente el “motivo o causa” de la “decisión de ingreso” en que el

primero describe el fundamento u origen que llevó al adulto mayor a incorporarse a una residencia y, la decisión de ingreso está relacionada a la determinación de concretar esa incorporación y por quién es resuelta.

7.2.1. Motivo o causa de la internación

En esta sección hacemos referencia a las razones por las cuales la persona mayor ha ingresado a la institución de larga estadía. Se consideran las problemáticas sanitarias, sociales y familiares. Hemos extraído los datos del relevamiento de las historias clínicas y de las entrevistas a los adultos mayores.

Dado que la muestra estuvo compuesta por veinte ancianos, se conforma una mayoría de ocho compuesta por aquellos que comenzaron a vivir en la residencia debido a su problemática de salud. Le siguen unos seis que se hallaban con problemas socio-familiares, mientras que el resto y compuesto por pares, acompañaron a su esposa u esposo enfermo, el origen fue familiar. Otros dos fueron obligados, mientras que dos más por determinación familiar y los últimos dos fundamentado por la Justicia.

7.2.1.1. Por problemas de salud

Las problemáticas sanitarias son aquellas propias de la edad y las que se generaron durante la vida de la persona en forma congénita o adquirida y que han limitado en cierta forma la movilidad y el autoabastecimiento. Han sido numerosos (ocho) los casos en que el motivo de ingreso fue un problema de salud que le impedía a la persona continuar su cotidianeidad libre de la dependencia del cuidado de otros. Han sufrido de demencias tipo Alzheimer en las que ponían en riesgo su vida y la de terceros. Han padecido internaciones clínicas de períodos prolongados, caídas que los limitaba en la deambulaci3n con quebraduras de cadera, accidentes cerebrovasculares (ACV) que los restringían en las actividades

básicas de la vida diaria⁵⁷ y problemas con la asistencia de la sonda. De la siguiente forma nos refieren algunos de los protagonistas:

“Tengo, desde la adolescencia, una artrosis deformante que ha ido evolucionando permanente, pero me las arreglé para vivir sola. Hace varios años...por una caída, un porrazo que me pegué, se me fracturó la vértebra cervical...y fui quedando paralizada, no podía caminar, estaba totalmente dependiente, tengo lupus” (Femenino, 75 años)

“Tuve un ACV y quedé con secuelas y necesito que me atiendan; yo quería ir a un geriátrico, si consiguen un lugar que esté bien, voy, le dije a mis hijos porque yo molestaba” (Masculino, 75 años, un año y medio de estadía)

“Porque prácticamente solo no podía estar...estuve internado y eso como un mes y medio y luego me trajeron directo para acá, y estoy muy tranquilo” (Masculino, 92 años)

Los testimonios demuestran la causa de la internación por pérdida de salud, de la continuidad de la vida personal, familiar, laboral y social autónoma (Roca Socarrás, 2011; Nitrini & Dozzi Brucki, 2012; Cabello Benito, 2014). Por otra parte, el descomprimir a los cuidadores informales que en la mayoría de los casos lo propenden las mujeres de la familia y en el seno de la misma (Rodríguez Rodríguez, 2007).

En la actualidad, existe un proceso de evolución de patologías de deterioro cognitivo y demencias que acrecientan la dependencia y la necesidad de cuidados permanentes (Fassio, 2007; Rodríguez Rodríguez, 2007; Roca Socarrás & Blanco Torres (2007); Ribagliati Tirado et al., 2012; Maturana Navarrete, 2014).

7.2.1.2. Por una situación socio-familiar problemática

Nos referimos aquí a los adultos mayores que ingresaron a la residencia por

⁵⁷Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): realización de tareas destinadas al autocuidado que incluyen el aseo personal, el uso del baño, la movilidad, vestido, alimentación y la continencia (Touceda, Rubin & García, 2013)

encontrarse sin familia o referentes, sin contención social ni económica, con problemas habitacionales y con una problemática de salud que le impidiera continuar la cotidianidad que realizaba.

Algunos, (unos seis mayores) ingresaron debido a una situación familiar problemática en tanto no contaban con el apoyo para continuar la convivencia o por situaciones de vida como son las separaciones de pareja o la viudez. Se incluyen aquí aquellos que habiendo alquilado o contar con un préstamo de la vivienda durante toda su estancia en la sociedad se encontraron sin poder acceder a la misma situación. El discurso de adultos mayores entrevistados ejemplifica lo expuesto:

“Estoy acá por una razón muy particular, porque cuando fallece mi señora y vivíamos en Villa Gesell yo era la única persona a la que estaba unido... quedé con alquiler de una casa grande y era mucho (Masculino, 75 años, un año de estadía)

“Yo vivía con una amiga en una pieza alquilada, luego fui adelantando y tomé otros caminos. Cuando ingresé acá, ya era grande...había pasado mi juventud. Vine a ver una fiesta y me gustó entonces pedí quedarme” (Femenino, 94 años)

“Yo ingresé acá porque me dejaron solo, me jubilé, mi señora se fue con mi nieto y me dejaron solo. Estuve ocho días, no no... más estuve sin agua, sin luz, querían que yo me muera, tenían razón porque mi señora era la encargada y no yo, por eso nos separamos” (Masculino, 80 años)

7.2.1.2.1. Por acompañar a un familiar enfermo

Aludimos aquí sobre aquellos adultos mayores que ingresaron a la residencia porque su esposo u esposa respectivamente, padecieron un problema de salud que le impedía continuar en su vivienda y al cuidado de su cónyuge. En estos dos casos, se encontraban ambos en edad avanzada y limitados para el

cuidado permanente de la salud de su compañero/a, y, por otra parte, la motivación para el ingreso institucional ha sido el deseo de continuar viviendo juntos; así lo ilustra uno de ellos:

“Porque le agarró a mi señora un embolo en la cabeza entonces, como en casa yo no podía atenderla más... yo andaba bien, no tenía ningún problema... yo al llevarla dije yo me quedo con ella. Yo me quedé bien, y no tenía nada, ningún problema de nada...nunca la dejé sola y mientras estemos juntos no la voy a dejar” (Masculino, 95 años)

7.2.1.3. Por encontrarse obligado

Hacemos mención a la situación en donde el adulto mayor ingresa a la residencia en forma obligatoria, independiente de la toma de decisión, por una medida judicial ante una problemática socio-familiar u obligado por un familiar o referente. En estos casos no se considera la autonomía de la persona ni su derecho a la posibilidad de elección.

7.2.1.3.1. Por determinación familiar

Por diferentes motivos un familiar considera que la internación es la mejor opción. Estas decisiones han sido tomadas por los hijos dentro de los cuales se ha encontrado hijos naturales, hijos de crianza e hijos adoptivos. También ha intervenido un referente amigo del anciano para llevar adelante el ingreso en la residencia. Así lo han vivenciado:

“Me trajo mi hija yo no sé nada, no sé nada, porque ella fue la que hizo los trámites. Ella me dijo que en mi casa había mucha humedad y que yo me enfermaba muy seguido y que el doctor le dijo que yo viniera acá; y yo no sé qué doctor le mando ni nada. Con este van tres o cuatro geriátricos que voy; acá será definitivo porque hace más de tres años” (Femenino, 86 años)

“Mi hija me trajo acá a Mar del Plata porque ella vive acá a unas diez cuadras más o menos, estuve viviendo en la casa de ella, con ellos, y después me puso en un geriátrico...estuve ahí más o menos un año y después me trajo acá porque le quedaba cerca de la casa y podía verme” (Masculino, 75 años, un año y dos meses de estadía)

En estos dos casos, la anciana tiene una residencia que data de tres años y él de un año y dos meses. Ambos han sido producto de cambios institucionales por conveniencia de su familiar y de manera unilateral. Se evidencian en los relatos la carencia de participación en las elecciones de los lugares en donde pasarán el resto de sus vidas.

Recordemos que las personas tienen el derecho a que se les respete su autonomía lo que infiere la propia gobernabilidad de su libertad y elección en la toma de decisiones haciendo eco de la responsabilidad de las consecuencias, como evidencian los relatos precedentes, la misma ha sido coartada.

7.2.1.3.2. Por determinación de la justicia

Hacemos mención a las sentencias judiciales emanadas por la Asesoría de Incapaces o una Defensoría Oficial que por una problemática social de riesgo instruyen para que la persona mayor continúe su vida en el marco de una institución de larga estadía. Si bien consta en las historias clínicas y en el contenido de las entrevistas realizadas a la Trabajadora Social, los dos adultos mayores que ingresaron por esta causa, no lo declaran durante la entrevista que con ellos se ha mantenido.

7.2.2. Decisión de ingreso

Relatamos la autoría al momento de la toma de decisiones que determinaron el ingreso. Consignamos dos tipos de decisiones: los que optaron

voluntariamente por internarse o colaboraron junto a un tercero en la decisión; y los que no participaron en absoluto en la determinación.

En referencia a la decisión tomada para concretar el ingreso comprobamos que la generalidad, (once mayores) tomaron la iniciativa en forma individual o conjuntamente con su familia o referente realizando voluntariamente su nueva forma de vida. Mientras, la minoría o nueve de ellos, no fue consultada para ello.

7.2.2.1. Propia

La decisión propia es la decisión determinada por el adulto mayor, no obstante haya sido impulsada o sugerida por los hijos, hermanos, sobrinos o referentes. Hay quienes voluntariamente tomaron la decisión de ingresar. Estos generando, si podemos incluir el término, un autoingreso, por no poseer familiares o referentes. Ellos han considerado que estaban más seguros y cómodos en una residencia en donde obtenían la cobertura de las necesidades básicas y continuaban con su vida de relación fuera de ella. Algunos lo consideraron como una opción válida para aliviar o preservar a sus familiares sobre los cuidados que necesitaban y lo tenían planificado desde su edad adulta. Otros, necesitaban continuar alquilando y la opción era una pensión, evaluaron las características del servicio de la institución y decidieron el ingreso. Unos pocos, ante la propuesta de sus hijos comenzaron a averiguar junto a ellos y recorrer instituciones hasta su decisión de quedar en la que están.

Los que han sido autores de la decisión del ingreso a la institución se encuentran a gusto con la vida residencial.

“Yo ya lo pensaba, no vine porque me trajeron. Tenía miedo de estar sola, que alguien entre atrás mío, un desconocido y me dé con un palo porque pasan estas cosas... ni siquiera quería ir a un departamento” (Femenino, 83 años)

“Yo quería ir a un geriátrico, le dije a mis hijas... si me conseguís algún lugar que esté bien... estaba de acuerdo totalmente” (Masculino, 75 años, un año y medio de estadía)

“No podía vivir sola, necesitaba una compañía constante pero no me alcanzaba con la cuidadora entonces me trajeron y me gusta, me siento bien acá... estuve de acuerdo” (Femenino, 88 años)

Estos adultos mayores ingresan a la institución intentando encontrar una respuesta a los problemas de vivir solos, teniendo o no soporte familiar y proyectando una recepción de atención integral a nivel social y sanitario en un espacio protegido.

7.2.2.2. Decisión tomada por un tercero

La medida de ingresar al adulto mayor en una institución ha sido arbitraria y realizada por parte de los hijos o referentes o por la justicia. De los siete adultos mayores, tres entienden que no podían continuar en sus viviendas o al cuidado de sus familiares pero sostienen no estar de acuerdo con la decisión y no haber contado nunca con la intención de vivir en una residencia. Otros dos han estado en instituciones que otorgan los mismos servicios y no entienden o desconocen porqué su familiar tomó la decisión del cambio. Y un par, consideran que, si bien no fue una decisión consensuada y que no la entendían, están bien.

“No podía convencerme que mi hija me dejara. Me duele tanto que no puedo hablar de ello” (Se angustia, llora) (Femenino, 86 años.)

“Mi hijo y mi nuera... yo no estoy muy de acuerdo, no soy de ver esto, ni creía que existía estas cosas así, yo prefería mi casa y resulta que sola no podía estar, pero todos los días quiero mi casa” (Femenino, 88 años)

En muy pocos casos (dos) ha sido la intervención de la Asesoría de Incapaces o de la Defensoría quien tomó la decisión del ingreso a la Institución. A la hora de responder ante esto, ambas de sexo femenino y con deterioro cognitivo

leve, una elude y la otra refirió que fue con su hermana y que un problema de salud fue lo que determinó y que estaba de acuerdo en vivir en la residencia.

“Hace dos años y cuatro meses, me trajo mi hermana, la verdad porque tenía reuma y esas cosas...vivía sola...no estaba para seguir viviendo sola...si, si (estaba de acuerdo en venir a la institución)...enseguida me acostumbé”
(Femenino, 80 años)

Encontramos adultos mayores que añoran sus hogares pero comprenden de sus limitaciones para continuar en ellos debido a las deficiencias físicas. De igual manera a la necesidad de cuidado de un tercero, que eligen que no sean sus hijos o bien ya han sido cuidados por ellos y no desean que continúe la situación. Tres concurren a sus domicilios los fines de semana, dos conviven con sus familias y otra está sola durante el día y por la noche un cuidador. Esta última lleva una estadía institucional de ocho años, y todos los sábados por la mañana se va y la regresan sus hijos el domingo por la noche. Refirió en la entrevista que ya no se siente para quedarse por la noche y a partir de la siguiente semana lo hará sólo durante el día del sábado y del domingo.

La admisión institucional implica un proceso de retiro y, a su vez, un comienzo de la vida institucional. Un proceso de socialización secundaria, en el sentido de Berger & Luckmann (2001) en donde el individuo ya socializado incursiona en un nuevo sector del mundo objetivo de su sociedad. Vaivenes en los discursos confluyen en que el propio hogar siempre resultará gratificante a la alternativa de una vida comunitaria institucional aunque sea un espacio de cuidados permanentes.

En relación al ingreso y admisión permanece una mirada del paradigma asilar en el desenvolvimiento institucional. Esto dado que prevalece la solicitud del familiar o referente por sobre el adulto mayor y sin mediar consentimiento informado alguno.

7.2.3. Adaptación a la vida institucional

Una vez que los adultos mayores forman parte de la vida cotidiana de la Institución comienza un período de adaptación. El mismo es dinámico, individual, con características de duración variable que puede llevar a una acomodación rápida o lenta o intermedia o bien no lograrla nunca. Una investigación sobre la adaptación institucional nos aporta que se requiere de esfuerzos cognitivos y conductuales, por parte de los adultos mayores, para lograrla y que, habiendo cumplido el objetivo, de todos modos prefieren estar junto a sus familias (Santa Cruz, 2012).

Cada residente se irá acercando a la cotidianeidad de la institución de acuerdo con sus propias características. Encontramos una variabilidad en el tiempo de duración de la adaptación que comienza con una casi instantánea o desde el inicio de la incorporación a la institución hasta que, en otros, resultó difícil y hasta en algunos casos al presente continúan sin poder adaptarse. En este punto hemos obtenido resultados de los cuatro grupos entrevistados, los adultos mayores, los familiares o referentes, los cuidadores formales y el equipo técnico.

7.2.3.1. La adaptación desde la perspectiva de los protagonistas: adultos mayores autónomos

A partir de los relatos de los adultos mayores, la adaptación al geriátrico la clasificamos en tres niveles: una adaptación rápida, adaptación intermedia y no adaptación. Podemos inferir el grado de satisfacción con la institución a partir de estos tipos de adaptaciones siendo aquellos de adaptación rápida los más satisfechos y los que no lograron la adaptación los más insatisfechos con la institución y el sistema del geriátrico.

Respecto de la opinión de los protagonistas, unos nueve adultos mayores refirieron haberse adaptado de inmediato. Fundamentan este hecho en que los atienden bien, que no han tenido inconvenientes con el personal, que ante cualquier motivo se comunican con sus familias, que cuentan con teléfonos celulares que les permite el contacto permanente con el exterior. De este grupo,

dos dijeron que les fue fácil porque hacen lo que se les dice y no se salen de las reglas, y otros dos se acostumbraron porque tenían experiencia de haber estado en otras residencias. Ellos mismos lo explican:

“Yo me adapté acá, si, si me adapté; yo en mi casa ni que me la regalen iría ahora; la verdad porque si me dirían te regalo esta casa, no la quiero estoy bien atendido, sabemos que nos cuidan porque de noche tenemos atención, llamamos y viene la enfermera o un calmante o un esto... me siento tranquilo, no tengo problemas” (Masculino, 95 años, 3 años de estadía)

“Cuesta adaptarse a otros lugares, el idioma, todo, porque he sido muy mundano pero acá yo no tuve problema será que hablamos el mismo idioma, pensamos parecido los argentinos, como estoy solo no me costó adaptarme” (Masculino, 84 años, 4 años de estadía)

“Cuando recién vine, para mí no fue duro no me costó nada, yo estaba sola en mi casa y algún lado tenía que ir porque no era posible estar sola todo el día. Y me dijeron de acá y vinimos a ver y vimos y vimos entonces sí decidí quedarme” (Femenino, 97 años, dos años de estadía)

Algunos adultos mayores (cuatro), revelaron que les fue difícil al principio. Por un tiempo lloraron durante varios días y luego al conocer a las chicas (cuidadores formales) estuvieron conformes con todo el servicio que se otorga. Otros dos se fueron acostumbrando, como elaborándolo y concluyeron que no les quedaba alternativa que acostumbrarse porque sus hijos tenían sus vidas y que podían igual estar conectados con ellos por medio de los celulares y las visitas. Uno de estos dos, dijo que le costó unos quince días más o menos porque es un lugar en el que están bien. Algunos nos han manifestado su dificultad para una inmediata adaptación de la siguiente manera:

“He llorado meses, he llorado muchísimo, cuando me trajeron acá, extrañaba mi casa... creo que estoy mejor que cuando entré” (Femenino, 86 años, 9 años de estadía)

“Estuve tres días para salir de mi dormitorio, estuve ordenando y ordenando muy bien el placar, y salí al jardín y ahí conocí a Julia. Primero fue

difícil luego me sentí cómodo, me gusta estar acá” (Masculino, 75 años, 1 año y 2 meses de estadía)

Por otra parte, cinco son los mayores que no han podido o les continúa resultando difícil adaptarse a la vida institucional. Alegan que lo entienden como un encierro permanente siendo personas libres no lo pueden soportar, además de no coincidir el desarrollo cotidiano de la residencia con su carácter ni temperamento por lo cual les es imposible acostumbrarse o adaptarse:

“En realidad yo estoy así como encerrado acá, cosa que durante toda mi vida estaba no encerrado al aire libre, entonces es un cambio para mí muy grande y aunque no lo parezca cuesta adaptarse a esto” (Masculino, 90 años, 3 años de estadía)

“Ya me acostumbré acá y ya está; me tocó así, mira acostumbrarme... como una razón de costumbre, valga la redundancia, es como el caballo de la noria, pero en realidad no lo acepto... no termino de acostumbrarme” (Masculino, 75 años, 1 año y medio de estadía)

Podemos concluir que del total de la muestra (20), la adaptación a la vida institucional resultó difícil y siguen en proceso para dos. Fue complicada al principio pero luego se sintieron bien para cuatro que a su vez no se encuentran dentro de los adaptados. Para dos de los mayores fue difícil pero se acostumbraron sin llegar a sentirse muy bien, tres nunca se adaptaron, para siete la adaptación fue buena y muy buena para los dos restantes.

Desde el enfoque psicosocial podemos decir que en el proceso de adaptación inciden las condiciones cambiantes que provienen del organismo pero también del medio social por lo cual se dependerá de la forma en que se afronten y resuelvan los problemas, tal como el proceso de envejecimiento en sí.

7.2.3.2. Los familiares de los adultos mayores con demencia opinaron sobre la adaptación de éstos

En este apartado hacemos referencia a la adaptación institucional de los mayores que padecen síndrome demencial, entre los cuales suman ocho los casos consultados. Acerca de la opinión de los familiares y referentes de los residentes recordemos que hablan en función de los que no pueden emitir su parecer como son los que padecen síndrome demencial dado que los autónomos han sido consultados individual y personalmente.

Para quien vino acompañada por su pareja o mantenía una personalidad con características extrovertidas y predisposición a la socialización, no se manifestaron problemas como se confirmó en uno de los casos. En otro de los casos, la hija no pudo aseverar cuál fue el parecer de su progenitora por desconocerlo dado el avanzado estadio de la patología pero sostiene una suposición acerca de un sufrimiento de soledad por no estar junto a su familia.

Unos tres mayores insisten a su manera. Como por ejemplo quedando en la puerta de la residencia hasta que se abra e intentar salir, el no permanecer en la institución o, sucede también que se preocupan por los compañeros y se sienten mal al escuchar discusiones o ver curaciones. Otros simplemente por compartir la habitación con otro que le resulta amenazante. Concluimos con ello que no llegaron a adaptarse. Así lo describe el hijo de una anciana de 93 años que padece de síndrome demencial y tiene cinco años de residencia en la institución:

“Tiene que estar vigilada las veinticuatro hora, si hablas con ella te dice que está bien, que está sana...nunca quiso estar acá, ella se quiere ir, ya varias veces lo intentó, inclusive se pone agresiva. Por ello hemos tenido que traer el psiquiatra que la vea, le cambió la medicación... en realidad nunca se adaptó”

Sin embargo, tres adultos mayores lograron adaptarse pero con dificultad, el ejemplo lo expone un familiar, hija, de una de ellas que se encuentra residiendo desde hace tres años y diez meses, tiene 90 años de edad y padece Demencia:

“Al principio sí le costó como todos, porque ella estuvo siempre de la cabeza bien, viste, yo la tenía viviendo conmigo y había empezado con períodos de alteración... me explotó en tres oportunidades el horno de casa y no era posible tenerla porque era un peligro...creo que está resignada a estar acá “

Es decir, desconocemos la adaptación realizada por una de las mayores aunque su hija infiere una negativa a la adaptación, tres no se adaptaron, tres lo lograron pero con dificultad y una no tuvo problemas de adaptación.

7.2.3.3. La percepción del equipo técnico sobre la adaptación

Las opiniones de los profesionales en relación con la adaptación han coincidido y encontramos convergencia en sus opiniones. Ellos indicaron que si bien, los primeros días son de desconcierto para la mayoría de los adultos mayores, aquellos autónomos que han venido de sus hogares ya sea de convivencia familiar o de vivir solos les resulta dificultosa y prolongada la adaptación llegando algunos a no adaptarse nunca. Les cuesta haber dejado sus raíces, familia, vivienda, pertenencias personales, el desarraigo en sí. Y, quienes provienen de situaciones socio-familiares problemáticas o carentes de servicios o continencia afectiva, les resulta fácil y se adaptan sin cumplimentar período alguno. En varios casos, los que no se han adaptado se ponen agresivos con los pares y el personal, o depresivos o somatizan con enfermedades o dolores.

En aquellos que padecen de síndrome demencial el período de adaptación no resulta quejoso sino que los descoloca, los primeros días se niegan a comer o tienen trastornos en el sueño. Pareciera que se adaptan mejor que los autónomos. Los profesionales sugieren que al ingresar a la institución, los familiares o referentes no concurren diariamente sino en forma espaciada porque, en muchos casos, para aquellos que reciben visitas todos los días les cuesta más adaptarse o no se terminan de adaptar. Esto también lo sufren algunos familiares o referentes.

Uno de los profesionales nos ilustra con su mirada de la adaptación como un proceso con distintos momentos y diferente para las dos poblaciones estudiadas:

Lo que solemos ver... el primer día esta todo fantástico... y a la semana está todo mal y al mes horrible y después se empiezan a adaptar... algunos lo

matizan con las salidas pero les decimos que la primeras semanas no salgan tanto así se van acostumbrando a estar acá... le cuesta más a los autónomos”.

Para los profesionales la adaptación institucional revela una mayor dificultad para el proceso en los adultos mayores con autonomía.

7.2.3.4. La percepción de la adaptación según los cuidadores formales

Incorporar la mirada de los cuidadores formales implica poder acceder a la cotidianidad del desarrollo del adulto mayor en el hábitat institucional. Los mismos son quienes se mantienen más cercanos, con un contacto diario por las características de su desempeño laboral. La generalidad de los discursos convergen que el tiempo cronológico de adaptación varía inexorablemente de acuerdo con las características de cada residente y que puede suceder en forma casi inmediata como en quince días, un mes, tres, seis o añorar siempre estar fuera de allí.

“Si tienen deterioro, muchos cuando recién ingresan pasan un periodo de adaptación de una semana, algunos quince días otros un mes... la mayoría se adapta bien. Los autónomos resisten más a la adaptación porque, claro al estar más conscientes de todo lo que pasa a su alrededor, hacer nuevas relaciones y creen que ya las hicieron en su vida anterior” (Auxiliar, un año y medio de antigüedad)

En su mayoría coinciden que les cuesta más la adaptación a los ancianos que son autónomos. Estos extrañan sus viviendas, sus costumbres, sus familias, les resulta muy difícil acostumbrarse a compartir el dormitorio con dos o más compañeros a quienes en realidad no conocían hasta su llegada a la institución.

“Yo lo que veo en los autónomos que al principio como que les cuesta adaptarse a los horarios y a las normas de convivencia porque tiene que aprender a convivir con dos personas más y... esas personas estaban de antes. Después se adaptan y tienen muy buena convivencia y ayudan, hacen compras

entre ellos. Algunos en un mes, otros en tres meses y en seis meses se adaptan pero otros tardan más” (Auxiliar, seis años de antigüedad)

“Algunos se adaptan rápido al ambiente y hay algunos que les cuesta ... según en qué condiciones venga el abuelo ... porque si por ahí no viene muy deteriorado se dan cuenta enseguida entonces como que les cuesta un poco más” (Asistente, siete años de antigüedad)

En algunos de ellos, los cuidadores formales consideran que se observa su deterioro con el transcurrir de los días por no poder adaptarse. O bien ingresan lúcidos y luego comienzan a decaer, pierden el conocimiento, pacientes que se manejan solos al tiempo ya no. Una de las Asistentes Geriátricas que hace dos años y medio que trabaja en el lugar, lo expone metafóricamente:

“Entran radiantes como una flor y a los pocos días o después se marchitan, así los veo a todos...más de uno tienen la esperanza que vienen, se recuperan y se van... acá se tienen que adaptarse a todo, a los horarios, se quieren quedar durmiendo y no entienden que es una rutina, por ejemplo. Y a muchos los deprime estar en el geriátrico y no la convivencia”.

Varias de las entrevistadas concuerdan en que se puede hablar de un porcentaje del cincuenta por ciento que les resulta difícil o no logran adaptarse. Otro cincuenta por ciento consiguen hacerlo, sintiéndose cómodos, saliendo adelante reconociendo que es lo que le toca vivir y lo sobrellevan, aunque siempre con altibajos. Pero a los meses están bien porque la residencia es muy linda; y algunos que al poco tiempo se conocen el geriátrico en toda su extensión y modalidad con una óptima adaptación.

Se mantiene una exposición por parte de los cuidadores formales que revela un proceso de adaptación de los mayores en general que resulta dificultoso y a su vez sin inconvenientes. Lo cual nos indicaría que no se diferencia en grupos de autovalidez o portadores de demencia y que se mantiene en las mismas proporciones la buena o dificultosa adaptación.

En cuanto al inicio de la vida institucional y su contexto podemos afirmar que la mayoría de los adultos mayores ingresan por problemas de salud, están de

acuerdo con quien los acompaña (familiar o referente más allegado) a realizarlo y ha sido una decisión propia inducida o acompañada por la problemática sanitaria o por su familiar o referente. Asimismo hemos podido visualizar lo que Goffman concretiza en la mayor parte de las situaciones. Este afirma: “[...] la mayoría de los casos la persona más allegada ya habrá concertado una consulta con el profesional que haya elegido por su propia cuenta, lo habrá puesto en antecedentes del caso, etc. Estas medidas tienden a constituir a la persona más allegada como la persona responsable a quien hay que comunicar las conclusiones a que se llegue en el estudio de la persona, caracterizada como el paciente” (Goffman, 2001:142).

Respecto de la adaptación a la nueva vida, una vida institucionalizada, hemos evidenciado dificultad tanto para los autónomos como para aquellos que padecen demencia. La importancia de la habituación, de acuerdo a Berger & Luckmann (2001), significaría un proceso previo a la institucionalización lo que aportaría en la adaptación puesto que en la producción de nuevos actos con procedimientos operativos se volcarían con otros significados para la nueva rutina en la institución.

Se expuso una diferencia de miradas respecto a la adaptación institucional. Aquella que refieren los profesionales en tanto consideran que los que tienen mayor dificultad son los autónomos y, la opinión de los familiares que observan a los demenciados como el grupo con más problema de adaptación considerable. Respecto a esta última opinión, nos atrevemos a inferir que se encuentra directamente relacionada con el vínculo que los une por lo que resulta una carga subjetiva importante.

Podemos concluir que el proceso de adaptación resulta difícil aunque finalmente hay un acostumbramiento o quizá una *resignación* a la vida institucional tanto para los mayores autónomos como para los que padecen de patología. Aquí juegan factores influyentes como el desarraigo y el cambio radical de ambiente, usos, costumbres, compañía y determinaciones que componen la dinámica institucional.

Vemos que existe un acompañamiento terapéutico en el período de adaptación desde lo individual y lo familiar, lo que nos otorga indicios de incidencia del nuevo paradigma.

7.3. Las narraciones y el tejido de las interrelaciones

Hacemos referencia aquí a las interacciones que se producen en el contexto de la convivencia cotidiana entre los adultos mayores autónomos y los que padecen de síndrome demencial. De igual manera exponemos las relaciones al interior de cada uno de los grupos mencionados. Encontramos las opiniones vertidas por los propios adultos mayores acerca de cómo vivencian esas interacciones y cuál es la percepción que sobre ellas tienen. Es decir, la perspectiva del involucramiento en la convivencia y un intento de evaluación sobre las situaciones de convivencia como observador externo.

Incluimos la consideración de los familiares, el equipo técnico y los cuidadores formales respecto de su mirada sobre las interrelaciones que se producen entre los mayores. Recordemos que los familiares que formaron parte de la muestra, son la voz de aquellos que no se pueden expresar con claridad debido al padecimiento de un síndrome demencial.

7.3.1. Interrelaciones entre los adultos mayores autónomos

Tratamos en este apartado de visualizar las interacciones que se promueven entre los adultos mayores autónomos a partir de la mirada de los protagonistas in situ. De ellos como meros espectadores de esas interrelaciones y de la percepción que tienen de esas relaciones los familiares, los integrantes de equipo técnico y los cuidadores formales.

7.3.1.1. Interacciones vivenciadas por los adultos mayores autónomos

Estas interacciones son aquéllas que protagoniza el mismo adulto mayor para con sus pares autónomos. Unificamos los diferentes discursos en tres tipos de interacciones y en forma gradiente. Estos son: los que mantienen buena relación y con compromiso en la misma, aquellos que sostienen una buena o neutra relación sin compromiso y los que tienen una interacción conflictiva.

Gran parte de la población consultada, doce de los veinte adultos mayores, manifiesta llevarse bien con el resto de sus compañeros. Indican que intentan rodearse de gente que esté cognitivamente bien para poder tener un ida y vuelta y prefieren compartir con quien esté mejor. Expresan que conversan con la mayoría de ellos, que han logrado hacer amistades. Uno de ellos que se autoproclama líder avisa a sus pares de cada onomástico. Este hecho es muy bien recepcionado por el resto. Por otra parte, un par salen juntos a comer fuera de la institución y se consideran amigos. A esto alude Nahemow & Lawton (1975) cuando hablan de los efectos de la proximidad física que lleva a la relación e intercambio los cuales conforman vínculos emocionales que se intensifican por la cercanía. En tanto encontramos en las distintas narraciones, que mayoritariamente mantienen más afinidad y mejor vínculo con sus compañeros de habitación.

En concordancia con Altanm & Taylor (1973) hemos observado que se concreta lo que ellos han afirmado respecto a la importancia del intercambio con otro sujeto de información propia, privada, lo que resulta gratificante y positivo con una posibilidad de iniciar una amistad. En la misma línea, la autodivulgación se empodera entre algunos adultos mayores que tratan mayor cantidad de temas y más íntimos que con el resto de sus pares; información ésta que influye en la intimidad de la relación.

Otros seis refieren no tener problemas con los demás ni provocarlos tampoco. Intentan interactuar lo menos posible, sostienen una buena relación aunque prefieren no involucrarse más allá de conversar durante las comidas, o un

saludo por cuestión de educación y buscan no discutir y evitar hacer amistades para no entrar en conflicto con nadie. Dos de ellos nos describen lo expuesto:

“Yo me relaciono con todos, tanto con las señoras mayores y eso, buen día cómo le va; igual no soy de conversar mucho tampoco. No me gusta enojarme ni contestarle mal a nadie” (Masculino, 92 años)

“Yo evito estar con personas negativas, lamentablemente acá las hay, tanto hombres como mujeres. Trato de buscar gente con optimismo, positiva...entonces con la mayoría un buen día un buenas tardes” (Masculino, 75 años, un año y dos meses de estadía)

Estos relatos coinciden con lo planteado por Carstensen et al. (2003). Este indicó que el hecho de formar pocas pero valiosas relaciones y que se dependa de ellas para lograr bienestar puede conducir a síntomas depresivos.

En tanto dos de los entrevistados refieren mantener conflictos porque le toman sus pertenencias como el pan o el agua, o bien marcan que son muy chismosos y otras cosas que no van porque no corresponden. La teoría de la comparación social sostiene que los sujetos tienen la necesidad de obtener visiones de ellos mismos y del mundo en el que están implicados. Una de las formas de conocerse es la comparación con el otro dado que así se accede a evaluar al yo. Las comparaciones se suceden con más regularidad cuando nos encontramos en estado de incertidumbre en relación a cierto aspecto importante para el yo. Así el adulto mayor lleva a cabo la comparación con otros similares dado que podrá usar la información obtenida de sus pares para comprender mejor las propias acciones (Festinger, 1954).

La comparación social se produce para la elección de compañeros de charlas, de amigos y conocer sobre las emociones. Es decir que realizan una evaluación de sí (pensamientos y acciones) mediante un proceso de comparación con los otros (Festinger, 1954).

7.3.1.2. Percepción de las relaciones que tienen los autónomos de los “otros” adultos mayores autónomos

En esta sección se trasluce la opinión de los adultos mayores autónomos sobre las interacciones que viven a partir de su lectura como un simple observador de su propio grupo. Es decir la percepción de los adultos de los otros estuvo caracterizado por dos grupos de opiniones: los que parecen describir un contexto sin conflictos y los que describen las relaciones de los otros como complicadas y difíciles.

En tanto dos de ellos refieren que se mantienen buenas relaciones aunque con alguna dificultad:

“Yo pienso que se llevarán bien, cada cual tiene sus amistades... a veces discuten entre ellos, no tengo nada que ver, y luego son amigos” (Femenino, 97 años)

“Yo prefiero estar acá, hay pocas peleas acá, acá es tranquilo total porque pienso que todos los que estamos acá estamos bien y nos llevamos bien, es raro, yo no he visto nunca. Aunque alguna pelea o mala palabra” (Masculino, 90 años)

Y una anciana de 94 años expresa que no observa conflictos:

“Estando bien no hay discusiones, acá es muy tranquilo, que yo sepa no hay discusiones, los que están alrededor mío andamos bien de la cabeza”

Vemos a continuación discursos que evidencian los conflictos que se producen en la interrelación de los autónomos:

“Hay algunos que son medio metidos, medio alcahuetes o medio de todo. Hacen conflictos, entre ellos tienen conflictos conmigo no” (Femenino, 81 años)

“Hay peleítas, cosas que por ejemplo algunos quieren ser más que otros entonces vienen los roces” (Masculino, 92 años)

“Y...algunas veces...yo soy una persona muy nerviosa y salto y...Hay conflicto entre ellos, entre los que están bien de la cabeza” (Masculino, 80 años)

En los discursos emerge una mayoría compuesta por trece mayores que sostienen que la interrelación entre los autónomos resulta conflictiva. Mientras

que cuatro refieren incertidumbre donde en ocasiones es buena y en otras no. Tres adultos mayores evidencian una interacción sin conflictos.

Respecto de los puntos 7.3.1.1. y 7.3.1.2. podemos deducir que las interacciones entre los adultos mayores conforme a sus narrativas se vislumbran conflictivas en su mayoría. En el marco en que se reconstruyen experiencias en donde se atribuyen significados de acuerdo a los elementos culturales presentes en sus contextos. Estos conflictos emanan de la relación cara a cara en la vida cotidiana, por la proximidad de la recepción de los signos del otro, del intercambio continuo de la expresividad de ambos y la accesibilidad a la subjetividad del otro.

Podemos corroborar en el correlato con los lineamientos teóricos señalados apoyados en Vygotski (1979) cuando utiliza el término de internalización en la interacción. Es así que el adulto mayor reconstruye internamente una operación externa en donde construye e interioriza la experiencia vivida en su relacional cotidiano.

7.3.1.3. Percepción de los familiares o referentes respecto de las interrelaciones de los mayores autónomos

Los familiares de los adultos con demencia tienen la oportunidad de observar la dinámica institucional cuando visitan a los adultos mayores en la institución. Si bien los familiares o referentes están vinculados a los mayores con patología, su observación de la dinámica relacional institucional resulta relevante porque perciben los intercambios e interacciones que se producen entre los residentes durante el tiempo que transcurren en el lugar.

Han marcado una diferencia en las relaciones de autónomos que se dan en el sector B con el sector C⁵⁸. En el primero se presentan con mejor disposición y

⁵⁸ El sector B es ocupado por mayores que tienen padecimientos psíquicos y otros que son autónomos. Y el sector C por autónomos. Y el sector A por aquellos que se encuentran en los estadios avanzados de demencia, son dependientes para todas las actividades de la vida diaria.

buenas relaciones en general. En tanto en donde se considera que la amplia mayoría es autónoma la convivencia es observada como más problemática. La mayoría de los familiares refirieron que, teniendo en cuenta el escaso tiempo que ellos transcurren en el lugar, la relación que mantienen los autónomos en ocasiones resulta conflictiva, no suelen colaborar entre sí, se pelean por cuestiones mundanas, se contestan en forma irrespetuosa. Uno de los familiares así lo traduce:

“He visto peleitas con otra gente, no con mi mamá, algunas como me sacaste el asiento o cualquier pavada porque entre ellos se pelean como chicos... Cuando se manejan solos son más cocoritos, que se le llevaron la yerba... pavadas. Mas historias se llevan mal o se pelean por pavadas” (Hija de anciana con seis años de estadía)

Por lo antes expuesto, la observación de los familiares infiere una relación conflictiva o problemática entre los mayores autónomos convivientes.

7.3.1.4. Percepción de los integrantes del equipo técnico respecto de las interrelaciones de los mayores autónomos

En el discurso de los profesionales ha sido notoria la coincidencia que evidenció unanimidad, focalizando en el grupo de los autónomos que se encuentran en el sector C, el cual mantiene una población casi total de personas lúcidas.

Manifiestan que se han fortalecido algunas vinculaciones profundas evidenciadas en que se acompañan en salidas de la institución, se reúnen para un juego de naipes o comparten el mate. Se denotan problemas en la convivencia como consecuencia de la poca tolerancia, actitudes demandantes, personalidades complejas, posesivas y autoritarias. Se generan peleas por imposición de deseos personales sobre los colectivos, por las pertenencias como son los cubiertos, sillas, lugar en las mesas, sillones, etcétera, que resultan problemáticos entre ellos. En ocasiones trasladan las quejas a los profesionales y a las autoridades de la

institución. Las situaciones explicitadas se describen muy claramente en los siguientes discursos:

“La convivencia en ese grupo es difícil porque ya tienen arraigadas sus costumbres y de golpe las autoválidas se quedan solas en la vida, se quedan sin su casita, se quedan solas, sin familia, no pueden valerse por sí mismas tienen que tener una residencia donde se las contenga, principalmente a nivel afectivo. Porque los autoválidos que están en el grupo C necesitan más que nada contención afectiva y la convivencia entre ese grupo es muy difícil, más difícil que entre los que tienen deterioro cognitivo” (7 años de antigüedad)

“Hasta que logran adaptarse bien al lugar y a los pares a veces priman los conflictos más que los vínculos de amistad...muchísimos conflictos y cruces de tenores bastante negativos y hasta agresivos de amenazas...también hay muchos problemas de convivencia porque todos tienen su carácter, son autónomos y demandan más, imponen sus deseos, exigen más, se hacen respetar mas, entonces eso genera mucho conflicto” (5 años de antigüedad)

“Son de difícil convivencia, conflictiva, hoy por hoy muchos conflictos de convivencia en el C, favorecido por algunos alcohólicos y otros que no pueden encajar a convivir con otros... son más complejos ... generan llamados de atención, queja continua” (6 años de antigüedad)

Entendemos que la mirada de los integrantes del equipo técnico coincide con la de los familiares o referentes y lo que se ha concluido referente a las narrativas de los adultos mayores.

7.3.1.5. Percepción de los cuidadores formales respecto de las interrelaciones de los mayores autónomos

Podemos decir que los cuidadores formales son los que conservan un contacto diario y permanente lo que les permitirá conocer mejor las dinámicas de la convivencia. En sus discursos han coincidido que los autónomos que viven en

el sector C sostienen problemas cotidianos y reiterados de interrelación, mucho más que en el sector B que también lo habitan personas con esas características.

La generalidad de las narraciones sostienen que la mayoría de los residentes mantienen interacciones conflictivas. Lo justifican en que muchos no desean estar alojados y se ponen agresivos, muy demandantes, tienen peleas diarias por los canales de la televisión, el lugar en las mesas, compiten, no son compañeros entre ellos. Otros por cambios de opiniones en las que no se ponen de acuerdo y generan peleas, se consideran superiores al resto por estar en este sector.

“Son como chicos caprichosos, son más bravos... entre sí se llevan a las patadas....ese es el término; el que no reniega del de enfrente reniega del de la otra punta y así están ... que no quiero esta persona sentada en mi mesa, encima son personas y así estamos acomodando al paciente porque el otro no lo quiere y se dicen barbaridades también, mucho vocabulario, utilizan muchas malas palabras... terrible... son selectivos, depende a quien le convidan mate o no ... no logro entender por qué son así (Asistente Geriátrica, más de 5 años de antigüedad)

“Entre ellos, la relación es muy competitiva en todo sentido, compiten con todo... son contados con los dedos de la mano los abuelos que tienen una relación sincera... por ahí delante de uno está todo bien pero no es así” (Auxiliar, más de 5 años de antigüedad)

Respecto al presente apartado (7.3.1.) sobre las interacciones de los mayores autónomos podemos decir que los entrevistados residentes tienen una opinión casi opuesta respecto de la propia interacción con otros y la que ellos pueden ver como observadores de la convivencia. Cuando opinan sobre sus propias relaciones, la mayoría refiere una buena relación. Pero cuando lo hacen sobre las relaciones de los otros describen una dinámica problemática y conflictiva en donde mencionan discusiones, peleas y competencias. Aparece como una mirada más crítica desde un “ojo observador” sin implicarse en la situación.

En cuanto a los familiares o referentes, los integrantes del equipo profesional y los cuidadores formales coinciden con una interacción entre adultos mayores autónomos conflictiva y con problemáticas cotidianas. Las interacciones conflictivas obedecen también al grado de internamiento como lo llama Goffman (2001). Se explica dado que la mayoría tiene coartada la comunicación en frecuencia e intensidad de intercambios con la comunidad (mundo externo) lo que implica una vida cotidiana en relación permanente con los “mismos otros”. Conforman un grupo con el que no medió elección alguna para esa convivencia por lo que se suele agotar en la propia interrelación.

7.3.2. Interacciones entre adultos mayores que padecen un síndrome demencial

Este segmento trata de aquellas interrelaciones que podemos observar entre los adultos mayores que padecen de demencia. Dado que no pueden expresar su palabra es que se media con la percepción que de ello tienen los pares autónomos, los familiares, los integrantes del equipo técnico y los cuidadores formales.

7.3.2.1. Percepción de los mayores autónomos sobre las interrelaciones que tienen los adultos mayores con patología

Los mayores autónomos hacen referencia a los que padecen de síndromes de demencia como los que están mal de la cabeza o bien, gestualmente señalan con su índice su propia sien expresando que de ahí no están bien. Ante el interrogante de conocer su parecer sobre las relaciones que mantienen estas personas, la mayoría (once), no respondieron o evadieron la pregunta. Tres refirieron desconocimiento porque no se han llegado a los lugares en donde se relaciona la mayoría de ellos (sector A o B). Uno consideró que hay más

discusiones haciendo una comparación con los autónomos y cinco ancianos defienden que se aíslan, que no producen problemas a nadie, que son tranquilos sin conflictos ni peleas.

“No hay conflicto, por lo menos entre los que están acá arriba”
(Femenino, 81 años)

“Los que tienen problemas son los que no están bien de la cabeza, no hay problemas son muy apacibles” (Femenino, 94 años)

“Se aíslan, no generan problemas...lo he comprobado” (Masculino, 84 años)

7.3.2.2. Percepción de los familiares o referentes sobre las relaciones entre los mayores con patología

Los conocidos y familiares que visitan a los mayores que padecen de demencia son testigos de las interrelaciones que se dan entre ellos. Se los encuentran a todos en el sector A y a unos pocos en la B y sus comportamientos son muy similares. Estos testimonios revelan una coincidencia en el discurso respecto del vacío en la relación entre los residentes demenciados. Lo explican diciendo que el problema es su poca conexión con la realidad, con las personas, si bien en ocasiones se los ve hablar se da con mayor frecuencia el aislamiento o retraimiento. Se produce como resultado la cotidianeidad convivencial sin conflicto.

7.3.2.3. Percepción del equipo técnico sobre las relaciones entre los mayores con patología

Los profesionales han evaluado en forma unánime la carencia de conflicto convivencial. Lo fundamentan en la existencia de una dificultad que se apoya

sustancialmente en la conexión con el medio. Marcan una diferencia entre sectores en el comportamiento, así relata uno de ellos su percepción:

“Cada uno está en su mundo, no creo que se lleven porque no hay una conexión con el medio, es muy difícil lograr la conexión... en el grupo B por ahí tenes alguna conexión, tenés alguna cosa de entablar diálogo entre ellos, aunque sea incoherente ese diálogo, se conectan un poquito más, en el A no se conectan para nada”

7.3.2.4. Percepción de los cuidadores formales sobre las interacciones entre los mayores con patología

Son los cuidadores formales los que responden a los requerimientos de estilo muy particular y casi en forma permanente a estos adultos mayores. Son ellos, fuente de evidencia de los comportamientos, relaciones, características de los mayores. Se hizo referencia a los que conviven en el sector A, por ser el que contiene a la gran mayoría de los ancianos con esta problemática sanitaria, y permite una clara visualización de las interacciones.

Resulta notorio que, la mayoría de estos cuidadores, al momento de responder si tenían algún tipo de preferencia o población con la que se sintieran más cercanos y a gusto en el trabajo. Han respondido que son los adultos mayores con patología o deterioro cognitivo. Los siguientes discursos ejemplifican el mismo sentir:

“Estoy más encima porque necesitan más atención... me siento mejor, bárbaro, con los abuelitos que están mal, porque me gusta lo que hago... el que tiene deterioro te llega” (Asistente, sala B, nueve años de antigüedad)

“Siempre buscas la manera de comunicarte con ellos, tenés que tener mucha paciencia sobre todo, te adaptas enseguida, si te gusta, a mí me gusta... y más me gusta psiquiatría, el sector A ... en cambio los autónomos son más

difíciles de tratar” (Auxiliar que rota por las tres salas, dos años y medio de antigüedad)

Si bien les resulta difícil conceptualizar la relación que tienen los adultos mayores entre sí, la totalidad coinciden en que se encuentran casi ausentes de la realidad circundante. Pero se entretienen con diálogos y conversaciones muy incoherentes en donde se los ve reírse y con charlas cortas pero satisfactorias que no suelen durar más de cinco minutos que luego son reiterativas.

Parecen acompañarse, sentirse cómodos, no pelean, aparentan un buen vínculo. Al hacer una comparación casi espontánea respecto al grupo de los autónomos, infirieron que se llevan muy bien, que mantienen vínculos positivos, no tienen conflictos, cada uno a su manera coopera con sus compañeros y son más solidarios. Posiciones conciliables refieren:

“Entre ellos tienen grupitos, hay tres hombres que son amigos, hablan todo el tiempo, salen a caminar. Por ahí, entablan entre todos una charla porque empiezan ellos tres y se enganchan los otros (...) entablan una charla entre todos pero a veces vos lo escuchas y te da risas porque parece un teléfono descompuesto, unos dicen algo y los otros responden nada que ver” (Asistente, sector A, siete años de antigüedad)

“Dentro de sus ausencias, dentro de sus limitaciones eh....es como que comparten mas aunque no lo creas, el que por ahí apenas puede cebarse un mate hace una ronda, de los que con sus limitaciones cognitivas pueden...se llevan mejor, los autónomos son selectivos depende quien toma mate y depende quien le convidan y así están” (Asistente, sala B y C, seis años de antigüedad)

En las entrevistas sucesivas realizadas a los cuidadores formales hemos observado un denominador común relacionado con la visión del anciano desde las representaciones sociales ligadas a la infantilización y paternalismo. También se han referido a la dependencia y fragilidad, entre otros, Monchietti & Buzeki (2003), Castro et al., (2010), Arroyo & Salas (2009) y Martín Maraver (2012).

Nos hemos acercado al estudio de las interacciones de las personas mayores con demencia mediante las percepciones de los otros (pares autónomos, familiares, cuidadores formales e integrantes del equipo técnico). Esto porque las personas con demencia mantienen una pérdida de capacidades intelectuales como la memoria, la expresión y la comunicación entre otras, que las limitan al momento de acceder en forma directa a sus discursos.

Ahora bien, las narrativas descritas nos evidencian una interacción sin inconvenientes y con un sello de propiedad particular en el vínculo que lo hace especial la patología demencial y que resulta afable, amistosos y sin conflictos de convivencia.

7.3.3. Características de la convivencia entre adultos mayores moradores del espacio institucional, autónomos y con demencia

Las observaciones mediante recorridos por los espacios de concurrencia marcan una diferencia sobre la convivencia entre los adultos mayores. En el sector A se encuentran cuarenta y cinco mayores con padecimientos demenciales y otras patologías que necesitan de una supervisión constante. El sector B lo ocupan sesenta y nueve adultos mayores entre los que conviven autónomos con otros que padecen deterioro cognitivo y algunos con demencia. Y, el sector C está habitado por cuarenta ancianos independientes para las actividades de la vida diaria, autónomos y muy pocos con patología demencial que no requieren la atención permanente.

Es un lugar tranquilo, con momentos de silencio en donde sólo se escucha una que otra radio y televisores funcionando, con muy pocos oyentes. El comedor principal, con sus mesas y silla casi en su totalidad ocupadas desde la mañana y hasta la hora de realizar la siesta. Luego, al despertar regresan nuevamente a sus lugares y con escasas conversaciones entre los presentes, permanecen hasta la cena.

En el otro comedor de la planta baja, de dimensiones mucho más pequeñas se observa una que otra visita tomando mates o conversando con familiar o con un compañero de éste. Pocas personas recorren los pasillos y el parque, las que parecen pasear o buscar algo que nunca encuentran. Todos devuelven el saludo, algunos sólo con una mirada y otros lo hacen expreso. Son pocas las veces que se observaron charlas entre los residentes y en general se dan en las habitaciones.

En algunos días de la semana se los ve agrupados, sentados alrededor de varias mesas que juntas forman una. Están atentos a los decires de las profesionales en Trabajo Social y Terapia Ocupacional respectivamente. Podemos mencionar aquí la importancia de la comunicación entre los profesionales y los mayores conforme las investigaciones realizadas por Rodríguez Feijoo y Molina Sena et al. . Estos autores evidenciaron que la buena comunicación y la relación óptima con los profesionales beneficia la interacción (Rodríguez Feijoo, 2007; Molina Sena et al., 2008).

7.3.3.1. El decir de los mayores autónomos sobre la convivencia con los que padecen demencia

Se toma el discurso que evidencia de qué tipo es la convivencia independientemente de lo que ese proceso provoca o las consecuencias que tiene en ellos. La cuestión ésta que se extiende en el apartado 2.3.3.

La mayoría (doce mayores) revelan un acostumbramiento a la presencia y a la posibilidad de intercambio, que resulta buena la convivencia en tanto hay una particularidad de la distribución de la población por la diferenciación de los espacios que los mantiene con escasa relación. Llevan a cabo, intentan o mantienen el deseo de colaborar o ayudarlos cuando necesitan algo o se confunden. Las voces de ellos se evidencian de la siguiente manera:

“Yo hablo con todos, no peleo con nadie...pienso en lo pasado... que habrá sido, que vida habrá pasado, que estará pensando... Cuando entran en la pieza equivocada y a veces me falta algo, lo dejo pasar. Siento más tristeza de ver

y pienso... si estuvieran todos bien me gustaría que no tengan enfermedades...me llevo bien con ellos” (Masculino, 95 años)

“Se equivocan de habitación y se meten en otras habitaciones... no pasa nada malo con ellos, estoy acostumbrada a verlos, uno se acostumbra” (Femenino, 94 años)

“La memoria un poquito extraviada...me da lástima que no puedan compartir las cosas de ellas...no, no me pone mal” (Masculino, 92 años)

“Hay gente que no entiende...lo tomo como una cosa más que puede pasar acá...como resignada, acostumbrada que puede pasar acá...depresión no porque salgo, a veces me quedo en lo de mis sobrinos...no, no me da nada, siempre digo, a veces me da lástima porque uno piensa que puede estar bien y están así... (Femenino, 83 años)

De los doce mayores que refieren acostumbrarse a la convivencia, siete hicieron expresa su disposición para ayudar en las actividades de la vida diaria a sus compañeros con demencia y de esta forma lo expresan algunos:

“Para ayudar en lo más fácil sí, alcanzarles algo...pero si se cae y eso aprendí que llamo a las enfermeras” (Femenino, 83 años)

“A los que tienen problemas yo trato de ayudarlos...les alcanzo las cosas o les digo a donde tienen su pieza porque se pierden mucho” (Masculino, 75 años, un año y medio de estadía)

“Y si puedo ayudarlos en algo ayudo porque comprendo que no están bien, cuando se equivocan de habitación les digo cual es la de él” (Femenino, 97 años)

Se ha reiterado también aunque con menos frecuencia, una descripción del sentir y de la experiencia convivencial un tanto ambivalente en tres mayores. Estas descripciones son de evitar relacionarse, de buen trato, de colaboración, de molestia, de lástima y pena. Se visualiza un constante ida y vuelta en el relato:

“Ahí no, un poco molesta me siento...a veces según lo que hagan me enojan, hacen cada lío o agarran el pan y lo amontonan y pan y pan y no me

gusta, eso me enoja...no digo nada, me lo trago porque tiro a enojarme...siempre hay algo, abuelos con patitos volados en las algunas mesas, no me molesta estar con ellos... si todos estuvieran bien de la cabeza quizá me sentiría mejor” (Femenino, 80 años)

“Es malo, busco no tener relación con ellos, no me gusta, un día te saluda otro día no te mira...algunos me dan lástima porque no pueden entonces trato de ayudarlo...ayudo mucho cuando estoy bien...a veces bronca otros da lástima, no me angustian...Busco tratarla como me gustaría que me traten a mí, no es cierto? aunque no son normal, trato de tratarla como normal para que no se sienta mal tampoco...aunque busco no relacionarme” (Femenino, 86 años)

“Yo casi no hablo con la gente porque no veo casi nada...los que no están bien, eso es terrible, no te entienden. Por momentos lastima pero por momentos una rabia tan grande porque no pueden entender. Mas seguido me sucede el sentido de la lástima con mi compañera por ejemplo. No puedo ver la gente así, me pone muy nerviosa, me da una cosa como que yo quisiera que estén todos bien, me dan mucha pena” (Femenino, 88 años)

“Me llevo bien con los que no están bien de la cabeza...a veces me dan ganas y explotaría porque no entienden... pero después me da lástima” (Femenino, 82 años)

Unos cinco manifiestan que se relacionan exiguamente porque los evitan las veces que pueden, expresan su deseo de no mantener contacto con ellos ni ayudarlos y, además, consideran que no deberían compartir los mismos espacios. De esta forma imprimen algunos, su sentir:

“No me gusta pero hay que aguantarlos...me gustaría que todos razonen como razono yo...yo los hecho de mi habitación, los entiendo pero me provocan escozor” (Masculino, 75 años, tres años de estadía)

“Hay abuelos que tienen los patitos volados...más vale tiro a enojarme...no me relacionaría con los abuelos que no entienden” (Femenino, 80 años)

7.3.3.2. La percepción de los mayores autónomos sobre la convivencia de los “otros”

Al parecer, el tomar distancia de las situaciones por uno vividas desenlaza una mirada de la dinámica bastante diferente a las que “me encuentro involucrado”. Observamos una antípoda de las interrelaciones entre los adultos mayores y los que padecen de demencia cuando el mayor autónomo habla desde dentro como partícipe activo y la vista que él mismo tiene de la situación objetivándola o haciendo un paso al costado con el emblema del observador.

Unos pocos (tres), relatan que conservan una buena relación, sin peleas entre los grupos. La mayoría (once), se abstienen de contestar y, el doble numéricamente (seis) respecto a los primeros, infiere que la relación no es buena dado que a los autónomos, los que se encuentran más perdidos, les molestan, discuten y les gritan y no los ayudan para nada. Nos ilustra extensiva y pacientemente un adulto mayor que lleva una residencia de cuatro años en el lugar:

“Hay sectores que no los tratan bien pero hay otros que son la mayoría, creo, que entre ellos me incluyo yo que tratamos de ayudarlos, llevarlos... hay un pequeño grupo que los trata mal, los aíslan, hablan gritándoles, eso no me gusta he tenido agarradas porque me da pena...si fueran una persona normal acepto que se agarren entre ellos y después arreglen pero cuando una persona está inferior de salud, me molesta a mí que le hagan eso, cualquier persona normal tendría que darse cuenta de eso y aceptarlo” (Masculino, 84 años)

Nuevamente vemos (en 7.3.3.1. y 7.3.3.2.) como podemos unificar las narrativas de los adultos mayores cuando opinan desde sí y desde fuera. Conforme a la división por sectores de población con la que están de acuerdo, a la mayoría les resulta poco problemática la interacción porque durante horas o varios días si quieren no mantienen contacto con quien padece demencia. De esta manera los entrevistados revelan una interacción particular con los mayores con demencia que por momentos resulta conflictiva, por otros híbrida y en otros buena. Podemos

inferir de acuerdo a lo que expresan Berger & Luckmann (2001) que las interacciones entre los individuos se establecen a partir de significados compartidos. Pero es aquí donde vemos que los significados son totalmente diferentes entre el mayor autónomo y aquel que padece de demencia y no se encuentra ubicado tan siquiera en espacio y tiempo.

En relación a lo expuesto en el párrafo anterior, encontramos en Blumer (1982) que las personas les dan un significado a las cosas y será el producto de su interacción social con otros sujetos del entorno. Esto fue aprendido en su experiencia social interactiva. Pero en el presente análisis hallamos las dificultades en la interacción debido a que el manejo de los símbolos y los significados ya no pueden recrear dada la interferencia de la patología demencial.

7.3.3.3. La percepción de los familiares respecto de la convivencia entre los mayores autónomos y los que padecen demencia

Teniendo presente aquí que los entrevistados no frecuentan en un cotidiano la institución y cuando lo hacen se encuentran con quien es objeto de su visita en el cuarto o en el jardín o en el comedor. Es allí desde donde han podido observar la convivencia aunque también ha influenciado lo que les comentan los adultos mayores que conversan con ellos. Es relevante mencionar que la mayoría de los mayores referenciados están en estadios avanzados de demencia que en ocasiones se encuentran mentalmente ausentes. Algunos hacen referencia a una buena convivencia de ayuda y colaboración por parte de los autónomos ya que reconocen las limitaciones de su familiar para llevar adelante un feedback, dado que la mayoría, como ya mencionamos se relaciona muy poco.

Aunque, los menos manifestaron que han escuchado o presenciado algunos insultos, peleas y un trato no muy afable. Los declarantes tienen a sus familiares mayoritariamente en el sector B o C donde fluye la convivencia entre personas que están autónomas y otras con patología diversa. Uno de los casos está en el sector A donde el denominador común es la demencia. En los sectores B y A

evidenciaron un trato afable, considerado, solidario contrariamente a las características de comprensión de patología en el C y sus formas de interacción. En esto último coinciden siete de los ocho entrevistados.

7.3.3.4. La percepción de los integrantes del equipo técnico

Los profesionales coinciden en que encontramos diferencias en la convivencia de las salas B y C. Mientras en la primera las interrelaciones son más tolerantes, tranquilas de colaboración y solidarias, en el C priman los conflictos, la incomprensión y el rechazo. Podemos decir que es una convivencia algo problemática.

Inferimos que mayoritariamente la convivencia es difícil y hasta conflictiva. Hay casos que mantienen una relación utilitaria en tanto el autónomo manda al otro a hacer algo que él quiera, puede ser el acercarle una u otra cosa, en donde este último no se queja ni registra el utilitarismo. Han sucedido agresiones verbales, gritos y evidencias de una cuestión de superioridad respecto de los autónomos e inclusive cuando no están bien de ánimo por cuestiones diversas (visita del familiar, no adaptación, etcétera) se la toman con aquellos que no responden.

Estas cuestiones que se presentan no tienen un ida y vuelta dado que se puede hablar de las conductas que tienen los autónomos para con los que tienen demencia pero éstos últimos no responden o no registran, excepto en aquellos casos que poseen deterioro cognitivo y no demencia. Otros tratan de no involucrarse, de no relacionarse.

Por último, una minoría mantiene una relación comprensiva, de ayuda y entendimiento hacia el que tiene padecimiento que, por otra parte lo hace sentir útil al acompañar o ayudar al otro. Esto sucede generalmente en el sector B.

7.3.3.5. La percepción de los cuidadores formales

Desde la percepción de los cuidadores formales, el compartir la cotidianeidad con los adultos mayores enriquece la información, la llena de contenido hasta totalmente fresco y actualizado podríamos decir. Concuerdan con el equipo de profesionales en que hay diferencias notorias en la convivencia de los sectores B y C. En el primero se evidencian actitudes de cuidado y de colaboración hacia el par, en cambio en el otro sector los modos son individualistas y egoístas.

“En el B se interrelacionan, tenemos las mesas formadas con personas que tienen problemas cognitivos con las que no y se llevan, en su generalidad, bien... se ayudan, se acompañan, te ayudan a llevarlos a la habitación ... tenés muy poco el que no acepta o es agresivo o qué no quiere...son muy pocos casos... no es un comedor que venís todos los días y vas a escuchar peleas continuas ... y los de arriba (sector C) no aceptan para nadaaa la gente del A (con patología) he tenido que poner límite muchas veces ...los deprecian” (Asistente, cinco años de antigüedad)

La amplia mayoría de los consultados refiere que la interrelación es conflictiva y problemática, que tienen que intervenir en varias ocasiones durante el día laboral. Los que son autónomos ante alguna situación que presenta el que tiene demencia reacciona con rechazo, desprecio, lo enoja y lo trata mal. Se evidencia un rechazo hacia el otro, en dónde este último reacciona alejándose pero sin comprender lo que sucede o directamente no se revela en absoluto.

Relatan que no comparten y tampoco los incluyen en los grupos por ejemplo de mateada. Se ofenden cuando uno les pone alguien en su mesa que no es quien ellos esperaban. Insisten en el enojo cuando les ingresan a las habitaciones que en realidad nada les tocan simplemente miran y se van. Muy escasamente se recuestan sobre una de las camas, pero igual los autónomos no les dan tiempo porque enseguida los echan y retan o llaman al cuidador.

Lo descripto corresponde al sector C y a los integrantes del mismo. Y se manifiesta con sus actitudes cuando interrelacionan en todos los espacios de la institución y no sólo en el sector en el que viven. En el relato siguiente leeremos

la ilustración de una de las cuidadoras que coincide con los dichos de la mayoría de las compañeras.

“A veces los autónomos hacen discriminación a los con demencia, por ejemplo hay abuelos que comen solos pero con demencia avanzada y no lo podemos traer al otro sector porque el otro abuelo sin querer le toca el vaso y ya le pegan en la mano o le dicen cosas, y entonces nosotras como son nuestros protegidos los vamos separando pero...los autónomos son mas discriminadores que los con una demencia avanzada, como que le tienen miedo a lo que lo les pueda pasar a ellos también, a la enfermedad, les da miedo estar dependientes con nosotras...no aceptan la discapacidad del paciente hay otros que sí, que aceptan y tienen paciencia...la mayoría no comprende... el que tiene deterioro no hace nada porque está en su mundo y no se da cuenta, nosotras nos enojamos más que ellos” (Auxiliar, 6 años de antigüedad)

Sin embargo, es otra la realidad en el sector B, opinión compartida en todos los cuidadores. Se evidencia una interacción de ayuda que lo realizan en forma espontánea relevándose una buena convivencia e interrelación beneficiosa que, algunos describen como positiva para ambos. El autónomo se siente bien porque ayuda y se le transcurre el tiempo ocupándose de otro y al que no lo es lo pone bien, porque se llegan a ver gestos o sonrisas por parte de éstos últimos. Aunque de por sí, los que padecen patología son agradables al trato, receptivos de afecto, obedientes y siempre con gestos que emanan conformidad y afecto; aunque se tiene claro que prácticamente ninguno entiende lo que pasa a su alrededor. Algunas sostienen que desconocen a qué se debe, pero que a los adultos mayores con patología les hace bien estar charlando o simplemente estar con el autónomo, obviamente con un buen trato, en tanto a este último no lo modifica en nada.

En síntesis, las formas de interrelación entre las personas autónomas y las que no lo son que predominan en la institución, de acuerdo a la opinión de los cuidadores formales, son las relaciones conflictivas y problemáticas protagonizadas por los ancianos autónomos. Se manifiesta dónde el que padece demencia reacciona pasivamente y aparenta cierta inocuidad ante el trato emanado

de los mencionados. Así los describe una de las enfermeras con experiencia en la atención institucional:

“Ellos es como que están como en otro mundo no se dan cuenta... hay un sector que los que están bien los rechazan...Algunos de los autónomos los ayudan: le acomodan la silla, le alcanzan el pan, etc. Ojo que eso no pasa en todas la mesas, ojo... a otros les molestan con lo que hacen, tratan de no estar con ellos...los autónomos acá arriba (sector C) son de discutir entre ellos, imagínate cuando viene uno que no es de acá o que no está bien”

Cabe mencionar que varios entrevistados hacen referencia a situaciones de ayuda entre los convivientes pero se opaca al consultar sobre la mayoría o lo más frecuente.

7.3.4. Particularidad de la interacción entre los dos grupos sobre los autónomos

Se trata aquí de acceder a las características que tiene la interacción entre los dos grupos en aquellos que se encuentran en estado de autonomía. Se explora lo que les pasa a ellos con esa convivencia desde su opinión y la percepción de ello que tiene el equipo técnico y los cuidadores formales. Los familiares o referentes no han respondido al respecto.

7.3.4.1. El decir de los mayores autónomos

Todos los adultos mayores participantes han sido muy claros y convincentes respecto de lo que les provocaba la presencia, el contacto y la interacción con los que no están bien de la cabeza, según sus términos. A ninguno

de ellos le provoca un estado de angustia ni de depresión⁵⁹; a catorce, quienes son categóricos al responder, que el compartir y la convivencia no les produce nada.

“No, a mi no me afecta en nada, yo los trato bien a todos y ellos me tratan bien...no me provocan depresión...no me modifica en nada estar con los que no están bien” (Femenino, 97 años)

“Sabe que no me produce nada...converso con ellos es como estar hablando con usted... casi no hay gente con problemas de demencia en este piso...convivir con personas que no están bien de la cocuza no me afecta, no me produce nada estar con ellos me dan ganas de ayudarlo y, ni enojo, ni depresión, nada, nada” (Masculino, 75 años, un año y dos meses de estadía)

“No me produce nada te acostumbras a verlos así, y no son peores que yo” (Femenino, 94 años)

“No tengo ningún problema...no me producen nada” (Masculino, 75 años, un año y medio de estadía)

A cuatro participantes les produce lástima, manteniendo que no les modifica en nada. Aunque entre algunos de ellos sobreviene también una ambivalencia que se entremezcla con otros sentimientos como la tristeza o la bronca.

“Algunos me dan lástima porque no pueden entonces trato de ayudarlo...ayudo mucho cuando estoy bien...a veces bronca otros da lástima, no me angustian” (Femenino, 86 años)

“Yo cuando se equivocan de pieza les digo, no no y las acompaño o les aviso a las chicas. Tienen la memoria un poquito extraviada, me da lástima pero no me pone mal” (Masculino, 92 años)

Dos adultos mayores expresan sus sentimientos de bronca, enojo, les molesta estar con ellos y hasta lo sienten injusto.

⁵⁹ Estado de depresión entendido como un bajón anímico con efectos, entre otros, de tristeza sobre el anciano; quedando excluida la depresión patológica.

“No me pone triste ni nada por el estilo, veo la enfermedad que ellos tienen. No me molestan... Lo que me molesta más bien la convivencia de que están mirando la televisión y escuchando la radio, esas cosas me molestan, lo demás para nada... aunque a veces reacciono mal cuando entran en mi habitación, me molestan...les digo raja de acá que haces acá, yo acepto pero no quiero que me molesten... me dan bronca” (Masculino, 80 años)

“No nos correspondería a nosotros compartir con gente así pero hay... sí me molesta y trato de evitarlos... no me relacionaría con los que tienen demencia, porque no recibís nada a cambio” (Femenino, 75 años)

Acaso *nada* nos sucede en la recepción y comunicación con el otro muy diferente a mí? Ni siquiera los signos, como refieren Berger & Luckmann (2001), que recibimos en el cara a cara frente a mí? Para el autónomo la percepción de la subjetividad del otro le es accesible y se vuelve real. La mediación de los esquemas tipificadores que se caracterizan por la reflexividad y reciprocidad de qué forma funcionan aquí? Si hay reflexión traspola los trastornos del que tiene padecimiento demencial sobre su persona quizá?

Ineludiblemente hay una configuración propia que evita transpolar los trastornos del otro sobre su persona.

7.3.4.2. La opinión del equipo técnico

Los integrantes del equipo creen que la mayoría de los autónomos siente lástima hacia sus compañeros limitados pero no los deprime ni los pone mal. A una minoría, la convivencia les provoca rechazo, una de las cuestiones que más les molesta es que ingresen en forma equivocada a sus habitaciones y les produce enojo y agresión. Por otra parte, existe un grado de negación en donde el anciano, el enfermo, es el otro y se ponen egoístas, intolerantes y no se involucran. También se puede incluir un sentimiento de miedo respecto de una cuestión de espejo en dónde el que tiene patología puede ser el que “yo seré y no lo quiero ver”.

7.3.4.3. La opinión de los cuidadores formales

La generalidad de los cuidadores formales observan que el mayor autónomo no se deprime ni se angustia por convivir con personas que tienen algún tipo de patología. Algunos opinaron que, a la mayoría les produce malestar y bronca y, a otros lástima pero que no les modifica en nada ni para bien ni para mal. Las auxiliares con experiencia mayor y menor a cinco años en la institución lo relatan de esta forma:

“Hay abuelos que les da miedo, hay pacientes que les da ternura y sí colaboran y comprenden y, a su vez, ellos mismos ayudan al otro paciente les da lástima, le da como ternura, ay pobre! porque no pueden higienizarse o levantar el papagayo o nos llama a nosotras y la otra mitad, o más de la mitad, la mayoría ... los retan, les molesta ... o quieren que los cambiemos con otros pacientes e insisten, insisten... no les deprime ni les angustia la convivencia” (Seis años)

“Al abuelo que está bien no le afecta, no le da bronca, ni nada” (Un año y siete meses)

“No siempre suelen entenderlo, tenemos el solidario que coopera con sus pares, el que se preocupa por su par [...] mayormente lo rechazan porque tienen miedo a que les pase...miran esa faceta, la niegan rotundamente [...] no les gustaría verse de esa manera, es miedo, rechazo [...] les da bronca...la mayoría siente malestar, hablo de los que están arriba que piensan que es un sector privado” (Nueve años)

“No les influye, igual es según porque en una población tan grande tenes de todo...les molestan y vienen y te dicen: ella me molesta toda la noche...si si les molesta en la habitación, en la mesa... arriba (en el sector C) no los ayudan (Auxiliar, dos años y medio)

La concurrencia regular y el conocimiento de cada uno de los residentes permite una evaluación que posee certezas y coincidencias con el sentir de los protagonistas tanto por parte de los integrantes del equipo técnico como de los cuidadores formales, lo cual hemos verificado en la dinámica diaria afirmando las

coincidencias. En éstas prevalece una recepción del intercambio indiferente, que no les modifica a los autónomos en su persona ni en la cotidianeidad. Sólo en algunos se presentan sentimientos de lástima y en menor medida de malestar o rechazo.

7.3.5. Percepción de la recepción del residente con patología respecto a la interacción con el autónomo

Aquí hacemos referencia a la recepción del mayor que padece patología respecto del trato y la relación que entabla con el autónomo. Exponemos la perspectiva de los familiares o referentes, del equipo técnico y de los cuidadores formales.

Las percepciones de los familiares o referentes, de los integrantes del equipo técnico y de los cuidadores formales concuerdan en que la generalidad de los ancianos que padecen patología no contestan ni reaccionan ante el mal trato o rechazo que suelen recibir de los que se encuentran autónomos o no perciben lo que está pasando.

“Yo entiendo que no les molesta el otro [...] si le dicen algo, ni sabe, ni sabe donde tiene que ir, si le dicen algo agresivo no contesta porque no está focalizado por ahí en lo que le está diciendo o en lo que está pasando”
(Integrante del equipo técnico)

Son los familiares los que en ocasiones reclaman acerca de molestias que hayan visto o se hayan enterado por otros pares, recibidas por su conocido, progenitor u hermano.

“Yo pedí que la cambiaran de pieza porque veía que estaba mal con la que estaba pero ella no me lo pidió, creo que no se da cuenta” (Hija de anciana de 76 años)

A su vez, los cuidadores formales refieren intervenir diariamente en ocasiones de conflicto en donde han de llamar la atención o separar del espacio

físico a los mayores que molestan al resto y son quienes cuentan con autonomía.

“Yo creo que no se dan cuenta, gracias a Dios...y digo gracias a Dios porque es tan feo cuando una persona se pone así que nosotras creo que somos la vos de ellos y nos ponemos y les decimos que como se va a dirigir así y vos ves que la otra persona está totalmente en su mundo...pero eso no quiere decir que los autónomos tengan el derecho de dirigirse así” (Asistente, seis años de antigüedad)

Conforme a las revelaciones de los distintos grupos entrevistados y producto de las observaciones de la autora, aquellos mayores que padecen demencia no hacen eco del trato perpetrado por el par autónomo dado que la relación misma se diluye. A esto refiere Marín (1997) cuando habla del acceso a la interacción mediante la comunicación como proceso ineludible a partir del modelo circular de comunicación personal y colectiva. En ésta se evidencia un movimiento de ida como de vuelta en la información que se produce y se carece de ese ida y vuelta esencial.

7.3.6. Características del estado anímico de los adultos mayores en relación al contacto con sus familiares o referentes

Nos referimos aquí a la influencia que tiene la continuidad del contacto con su familia o referente. Este contacto toma lugar cuando asisten a la institución o los adultos mayores acuden a los domicilios particulares, respecto de las conductas evidenciadas en los estados anímicos de los mayores. Vertimos lo revelado por los propios ancianos, los familiares o referentes, los integrantes del equipo técnico y los cuidadores formales.

Cuentan con familia o referente quince adultos mayores. En tanto cinco carecen de la misma. Con el paso de los años algunos se van convirtiendo en los octogenarios y nonagenarios y su red vincular se ha roto por las circunstancias de la vida que juega en el ciclo vital, han perdido a sus hijos y nietos que se encontraban también en la última etapa. Resulta crudo y elocuente cuando vemos

en números como la atracción, atención, etcétera hacia nuestros mayores se desvanece.

De los quince adultos mayores que cuentan con familia sólo mantienen contacto diez. Esta relación es con sus hijos en seis casos y con sus nietos o sobrinos o referentes en cuatro. El resto (cinco), carece de visitas o llamadas que impulsen la mínima atención u ocupación.

7.3.6.1. Perspectiva de los adultos mayores sobre sus familiares

Los residentes entrevistados que tienen un grupo familiar o un referente, son quince. Diez mayores mantienen el vínculo a través de la visita de éstos a la institución o los traslados de los mayores a los domicilios, una de ellas convive con su hija en la residencia. Mayoritariamente son visitados con frecuencia y los familiares resultan ser hijos, nueras, nietos, hermanos y sobrinos. Los referentes son amigos, cuidadores domiciliarios, sobrinos postizos e hijos del corazón, según ellos mismos los denominan.

Uno de ellos que tiene familia pero no mantiene contacto ha avanzado sobre una relación amorosa con una residente y ha logrado vincularse con la familia de ésta:

“No recibo visitas, estoy solito...me relaciono sí, con la hija de esta señora que le comenté, mi novia” (Masculino, 75 años, un año y dos meses de estadía)

Seis, cuentan con celulares que consideran de gran importancia y lo refieren con orgullo por el buen manejo de la tecnología que hacen. Esta situación les permite tomar el contacto telefónico en cuanto lo requieran, cuestión que los tranquiliza y contiene. De hecho nos han interrumpido varias entrevistas con llamados recibidos.

De los diez casos, uno convive madre e hija en el geriátrico, en tanto nueve son visitados, de los cuales cinco salen a los domicilios propios o de sus familias.

Esto último se produce casi siempre durante los fines de semana o feriado.

“Me voy todos los fines de semana a mi casa que está viviendo mi hijo, voy el sábado a la mañana y vuelvo el domingo o el lunes...estoy con mis nietos...la paso muy bien...luego los extraño” (Masculino, 75 años, un año y medio de estadía)

“No me siento solo porque puedo entrar y salir cuando quiera por eso no me siento solo...a almorzar a veces, a veces a visitar a alguna gente, dos o tres veces por semana, ahora paré un poco porque estuve enfermo” (Masculino, 84 años)

Unos cinco mayores aún contando con familia y amigos, no reciben visitas. Dentro de este grupo, tres reconocen que su familiar asiste a la institución para abonar los elementos necesarios o dejar el haber previsional y lo hace en la administración sin tan sólo pasar a saludarlo. En algunos casos reciben visita, sólo a posteriori de la fecha de cobro, en busca de un regalo o préstamo de dinero de su peculio. Estas voces nos revelan el abandono o el interés económico de parte de los familiares, situaciones en que se han quebrado en la entrevista llegando al sollozo o llanto.

“Tengo familia pero no existe para mí, porque no viene para nada; viene mi sobrina a dejar el dinero de la jubilación y de la pensión y no entra, ni siquiera en los días de fiesta, me causa mucha pena (llanto)...siempre tuve buena relación pero no sé qué pasó que de la noche a la mañana hubo un cambio radical con ellos” (Femenino, 94 años)

Al manifestarse sobre sus familiares o referentes la amplia mayoría lo hace con gestos agradables y como con cierto agradecimiento hacia el otro por continuar visitándole.

“Salgo sola en un remis, voy a lo de mi hija... si no recibo voy yo, por ejemplo mi hijo me viene a buscar...me lleva, comemos por ahí, andamos por ahí, después me trae... ¡no me abandonan!” (Femenino, 81 años)

“No salgo de acá, no quiero ir a lo de mi hijastro, porque antes iba y venía con un remis pero era un lío al bajar y luego el ascensor, ahora me canso

entonces me quedo acá...él viene con la señora...cuando cobra la jubilación viene a traerme el dinero de lo que necesito, una vez al mes más o menos, ahora cualquier cosa que yo necesito le tengo que hablar por teléfono 474” (lo refiere exacto y ríe orgullo) (Masculino, 92 años)

“Yo los domingos salgo, mis sobrinos me vienen a buscar viste? a veces me quedo, alguna noche en casa de mis sobrinos” (Femenino, 83 años)

Sólo uno de los adultos mayores reniega de la situación de ser visitado. En el caso de dos se traduce en una queja, que no los visitan y que deberían hacerlo por lo menos para traerles su jubilación o pensión dado que son sus apoderados.

“Mi hija cobra mi plata pero todavía no vino...yo la espero todos los días y no viene...me da bronca, es mi plata la que está gastando” (Femenino, 86 años)

Dos de las personas entrevistadas, refieren tener nieto y sobrino respectivamente, que vienen a verlos pero, en el relevamiento documental no encontramos que tuvieran familiar alguno. Interpretamos ésto como una presencia solo discursiva que intenta desafiar la soledad. La anciana ha sido ingresada por medio de la Justicia pero así refiere su querida y ambiciosa relación familiar:

“Tengo un sobrino que puso su firma, A. T., es farmacéutico. No viene porque tiene mucho trabajo y cuatro hijos, se separó pero ahora está de novio”

Esta residencia mantiene la característica particular de una concurrencia de familiares numerosa respecto a la mayoría de su tipo. Este dato lo hemos evidenciado en los relatos de los tres grupos, cuidadores formales, equipo técnico y familiares. Además con nuestra observación llegamos elocuentemente y se sostiene la misma mirada. Por otra parte, los cinco mencionados tienen la posibilidad de continuar con sus vinculaciones familiares pero no cuentan ellos con las herramientas para hacerlo realidad.

Un estudio de Castro y otros (2009) hace mención a que si bien los ancianos se encuentran agrados con la satisfacción de sus necesidades básicas no resulta así en la provisión de afecto con lo que expresan la necesidad de estar con sus familiares.

En el lineamiento teórico de varios estudios (Ors Montenegro, 2008; Sepúlveda, et al., 2009; Ruiz & López, 2009) se refieren a la institucionalización como insatisfactoria para el adulto mayor. Exponen que el habitar en un ambiente familiar sería más beneficioso y que a su vez, la residencia impide el desplazamiento del anciano al exterior. Por lo que queda a la merced de la necesidad del familiar, amigo, vecino, referente que desee visitarlo.

Podemos concluir que todos y cada uno de los adultos mayores aquí estudiados ha transitado lenta o no, el proceso de la vida. En ella han construido tramas afectivas que han acompañado el largo camino con sus devenires quizá conflictivos, quizá muy amenos pero aquí, en el final la soledad los invade de forma cruel y con un futuro que no regenera.

7.3.6.2. Perspectiva de los familiares sobre el mantenimiento del vínculo

En la amplia mayoría, siete de los entrevistados, son los hijos, algunos de ellos acompañados por sus esposas y sólo uno conforma lo que se le denomina referente. Este último es una mujer que se autoproclama “hija postiza”, ha vivido con la anciana durante toda su vida dado que era quien realizaba el servicio doméstico con cama adentro, y el vínculo que las une es estable, continuo y muy fuerte. La entrevistada y sus hijos la llaman la “abuela buena”, referenciando a su propia progenitora como la “abuela mala”.

Casi totalidad (cinco), referencian que mantienen un buen vínculo, dos no son reconocidos por el familiar y otro tiene una relación difícil con su madre dada la personalidad de la anciana que es de estilo autoritario⁶⁰. Todos son visitados en la institución, no los trasladan a los domicilios por su problemática de salud y en otros casos porque reaccionan negativamente al dejar la institución.

⁶⁰ La relación conflictiva mantenida entre la anciana y el familiar resulta convincente no sólo para el entrevistado sino desde las miradas de dos de los profesionales y la investigadora.

Las dos personas que concurren para estar con sus madres que tienen una demencia avanzada y prácticamente ausentes en el contacto con la realidad, se angustian y lloran al abordar el tema.

“En general, como está tan ida... ahora hasta con la visión porque antes con la visión nos encontrábamos, ahora... Y...si no se relaciona conmigo, ya no mantiene conversación”(Hija de anciana de 89 años)

“Ella no se relaciona mucho, yo la veo que ella no se relaciona mucho... ella en este último tiempo agredirme verbalmente para mí es terrible porque mi mamá nunca fue así, mi mamá está desconocida...mi mamá que no es mi mamá”
(Hija de anciana de 88 años)

Los familiares durante el tiempo que transcurren en la visita han podido observar la tristeza y malhumor de algunos residentes ante la falta de alguien que los venga a ver. Así le insistía el hijo de una anciana que concurre a verla junto a su esposa entre tres y cuatro veces en la semana a otro que no se acerca a visitar a su progenitora:

“Conozco al hijo de M., yo le digo: che, andá a ver a tu vieja porque [...] y no quiere venir, me parece que vino dos veces en el año. Y sabés? Le dejó casa, campos, camiones, todo le dejó, único hijo!” (Hijo de anciana de 88 años)

7.3.6.3. La apreciación de los integrantes del equipo técnico

Los profesionales de la institución otorgan importancia a las familias y referentes de los mayores en tanto repercute en el residente la falta y la insistencia de las visitas y salidas. Evidenciamos esto de forma inmediata en la adaptación a la vida residencial.

“Más que nada emocional, ante la falta o la recurrencia de visita, aquel que no está adaptado totalmente a vivir acá, el familiar que viene todos los días le cuesta mucho más la adaptación a ese paciente; y ese paciente es el que más

requiere de la queja de: sácame de acá, llévame a casa, y no se terminan de adaptar” (Profesional con más de cinco años de antigüedad)

Los entrevistados, abonan el criterio de lo favorable que es para el mayor la concurrencia de la familia en tanto se afiance el vínculo familiar. De lo contrario les afecta emocionalmente y hasta les genera un malestar que se traduce en síntomas.

7.3.6.4. La apreciación de los cuidadores formales sobre el sentir de los mayores

Las Asistentes Geriátricas, las Auxiliares de Enfermería, las Mucamas y la Enfermera han dicho mucho al considerar cómo se sienten los residentes. Se traduce en cómo se ven, cómo actúan cuando esperan al familiar y éste les visita, cuando lo esperan y no asiste, cuando queda a la expectativa de regresar a su domicilio o visitarlo y no lo trasladan. Concuerdan que se producen cambios a nivel emocional y, en algunos casos surgen somatizaciones.

Por otra parte, varios explican que la familia también necesita de una adaptación a la nueva situación pero las hay también que vienen al principio y luego ya no:

“La familia tienen un principio de angustia cuando los internan,, vienen la primera semana y luego...si te he visto...también muchos pagan los pañales y no pasan a verlos...” (Auxiliar, más de cinco años de antigüedad)

Varios (seis) adultos mayores cuentan con teléfono celular desde donde se comunican con sus hijos, nietos, hermanos y amigos. Asimismo, el teléfono de la institución se encuentra a disposición de ellos y de los familiares que deseen contactarse.

Este personal ha sostenido en forma unánime que se observan cambios significativos en los mayores cuando esperan y son visitados por quien ellos suponen, el familiar o la persona conocida. Transcurren unas horas previas de

ansiedad, además de comportar un buen apetito, una sonrisa y un estado de ánimo positivo. Por el contrario ante la esperanza de la visita y ésta no llegue, se los nota también ansiosos pero tristes. Algunos pierden el apetito y exhiben conductas de buscar pleitos con sus pares y las mismas cuidadoras. Otros inventan enfermedades y hasta somatizan con un decaimiento general.

Otros testimonios exponen cambios a partir de la falta de vínculo que incide en la pérdida de representación, de apoyos, de afectos. Se genera un pesar con lo que requiere de una refiguración de sí que se expresan en situaciones de desequilibrio, inseguridad, pérdida de control y de sentido. Las narraciones que siguen son de las escenas que vivencian algunas de las Asistentes Geriátricas con más de cinco años en el palco:

“Te das cuenta un montón, los abuelos que realmente viene la familia están contentos porque los ve, cambian la cara, la actitud con sus compañeros, se sienten mejor...cuando no vienen están un poco tristes... porque esperan y esperan y no viene nadie... sufren mucho cuando la familia no viene, es lo que más sufren”

“Día del cumpleaños por ejemplo y no vienen y ellos están desde la mañana, vos los ves mirando por la ventana a ver si llegan (los familiares) y vienen a las doce o cinco de la tarde, eso le afecta a ellos, o que no llamen...hay abuelos que comen mucho mejor cuando vienen los hijos o los familiares o se hidratan mejor y nos damos cuenta que vinieron los familiares... y si no vienen están decaídos, no se quieren levantar, así vemos la diferencia”

En dos casos los ancianos expresaron verbalmente la necesidad de estar con sus familiares. Esto coincide con los trabajos de investigación de Castro et al. (2010). En tanto, en la mayoría de los que poseían familia encontramos expresiones gestuales en las entrevistas individuales como en las observaciones durante las concurrencias de familiares, que nos indicaban concordancia con lo manifestado verbalmente por otros.

Asimismo las acciones u omisiones de los familiares que provocan dolor en el residente, son justificadas por los cuidadores formales:

“Ellos se deprimen o no almuerzan, los fines de semana generalmente, te dicen: no voy a comer mucho porque viene mi nieta o mi hijo a buscarme y vos terminas el turno y la vas a saludar o cambiar y no vino nadie y la ves triste...les hace mal y tratas de decirle que llamaron o que avisaron que van a venir en unos días, porque si le decís mañana, lo van a estar esperando...les mentimos más de una vez para que no se sientan mal ... se ponen mal porque esperan y a veces en que otros se van y ellos no entonces les da cosita”

Unos pocos mayores prefieren ser visitados y no retirarse de la institución, inclusive en caso de insistencia o fiestas de fin de año, al rato de irse instan para regresar.

“También hay muchos que vienen a buscarlos y no se quieren ir porque están bien, porque están cómodos, porque terminan de comer y se acostaron y en su caso no lo hacen o lo que sea” (Asistente, más de cinco años de antigüedad).

En el acercamiento realizado encontramos diferencias discursivas sobre las interrelaciones. Los mayores autónomos nos describen sus dificultades del diario vivir con personas desconocidas que constituye una experiencia única para la mayoría. Se observa que la convivencia es un desafío diario que carece de un intersticio para elección de los que integran el día a día. Quienes acompañan el proceso como son el personal y los familiares, vislumbran la trama compleja de relaciones problemática y difícil que se presenta al interior del grupo de los autónomos. A su vez al insistir de una opinión con intento de no implicarse, coinciden con las narrativas del resto de los entrevistados. En tanto, aquellos mayores que vivencian confusamente un aquí y ahora concluyen en una monotonía sin sobresaltos ni interrupciones excepto a las interrupciones que se suceden al entrar en escena los mayores autónomos que no comprenden sobre su mundo inalcanzable que los lleva a un pasar sin réplica ni compromiso. Es allí donde algunos autónomos se molestan aunque refieren que con el compartir cotidiano “no les pasa nada”.

Los hallazgos respecto a la vinculación y apoyo social de los cuidadores formales para con el anciano, se asemejan a los estudios de Claudia Arias (2004) quien expone que el apoyo social está dado con más frecuencia por los cuidadores formales y mucamas, aunque en algunos casos se incluye a profesionales del equipo institucional. En nuestro estudio los profesionales mencionados son el Trabajador Social y la Terapista Ocupacional.

7.4. El escenario de las disposiciones institucionales

En esta sección se considera el tipo de organización y administración de la Institución en cuanto a su particularidad de la división por sectores conforme a las características del ingresante, y la rutina institucional. Dentro de ella se consideran las actividades que se desarrollan por un lado en tanto se traducen en mediadas o estructuradas por la institución y por el otro las espontáneas. Del mismo modo las características receptoras de los adultos mayores al respecto.

7.4.1. Divisiones por sectores conforme a las características del residente

Tal como se describió en la introducción se vuelve a revisar en función de lo analizado a continuación. La residencia se encuentra dividida en tres sectores para pernoctar y tiene el objetivo de diferenciar la población conforme a su estado de salud. En el sector A se encuentran los que padecen patologías psiquiátricas y los tipos de demencia comunes a edades avanzadas, además de ser una población dependiente con necesidad de atención y supervisión constante. En el sector B, están alojados adultos mayores autónomos con quienes padecen deterioro cognitivo y patología demencial, aunque éstos son los menos. Y por último, el sector C, en su mayoría, está habitado por personas autónomas y unos pocos con deterioro cognitivo.

En relación a lo expuesto, hemos considerado las referencias descriptas por los adultos mayores por acceder a ellas desde la convivencia, de los familiares o referentes dada la consideración para continuar con la prestación de esta institución. Y por último los cuidadores formales en cuanto a la observación cotidiana de la percepción de la dinámica vivencial de los ancianos en cuanto al tipo de distribución espacial.

7.4.1.1. Pronunciamiento de los adultos mayores

Respecto a la separación de la población por sectores los adultos mayores se han pronunciado teniendo en cuenta la dinámica convivencial. Lo han hecho vertiendo dos tipos de respuestas, aquellos que optan por una convivencia en donde se cuente con la totalidad de sus pares con autonomía como lo es su condición (que los que están en el C lo consideran como quedar así). Y en segundo lugar los que presentan conformidad con la actual distribución del espacio físico y que, a su vez están de acuerdo con una interrelación constante con aquellos que padecen algún tipo de demencia.

Si bien, en ambas respuestas refieren sobre el quedar así, esto, en principio resulta contradictorio o queda como en un híbrido pero se relaciona con la posición desde la que hablan, unos posicionados desde el sector C y los otros desde el B. El primer pronunciamiento corresponde a la casi mayoría de los consultados del sector C (autónomos) y los segundos viven en el sector B, excepto unos pocos del C.

“Está bien así como lo hicieron...la separación si, si, los que están bien acá, en el B que estén mezclados y en el A las personas medio locas” (Masculino, 75 años, sector C)

“Está bien así, no hay ningún problema que estemos todos juntos, en tres años que estoy no hubo problemas” (Femenino, 94 años, sector B)

“Te explico, yo pienso de que si se juntaran no habría problemas el problema lo tendrían que hay que poner más personal...sabemos que en el A. están los abuelitos que están en sus finales, en el B. se alterna, o va para el C o va para el A.” (Masculino, 84 años, sector C)

Las opiniones vertidas han sido mitad por mitad. Digamos que no hay una diferencia cuantitativa en el pronunciamiento por una u otra situación. Podemos sostener que les agrada como se encuentra la sectorización y la población diferenciada en la actualidad. Se puede inferir que muchos se han acostumbrado al compañero de cuarto, de comedor, de sector. Coincide con lo encontrado por los investigadores Nahemow & Lawton (1975) quienes expresan que la cercanía física permite la intensificación de la atracción en los vínculos emocionales, aunque no trascienda en una relación de amistad.

7.4.1.2. Manifestaciones de los familiares o referentes

Los entrevistados son siete familiares y sólo uno, hace referencia a que entre los adultos mayores con patología la mayoría (siete) está conforme con las divisiones por sectores y consideran que la problemática de salud lo amerita. La hija de una anciana de 89 años que reside en la institución desde hace cinco años y en la actualidad se encuentra alojada en el sector A lo narra en forma exhaustiva y globalizando las respuestas del resto:

“Los que están bien de la cabeza pueden compartir aunque estén mal físicamente pero, cuando están muy mal de la cabeza ya no pueden compartir más porque se les va de la mano y ellos que ya tienen un problema es como que le suman otro más, entendés?, ellos quisieran hacer algo pero no pueden y entonces ahí es como que se ponen nerviosos porque el otro está haciendo una macana grande...porque hacen macanas grandes...pienso que los que están mal que ya están mal un poco de la cabeza tienen que estar aparte porque sino provocan mas deterioro en estos otros que ya tienen un problema porque el hecho de estar acá ya es un problema para ellos”

Ilustran, en el mismo sentido, un matrimonio, hijo y nuera, familiares de un adulto mayor de sexo femenino con 93 años de edad, cinco años de residencia y que habita en el sector B:

“Está bien que esté así por la reacción que pueden tener ellos, o sea, me parece bárbaro que los separen en sectores así para que no haya roces”

Sólo uno de los interrogados disiente desde suposiciones como lo es un buen trato por parte de los pares:

“Mientras no haya agresividad...que estén todos juntos”

Los entrevistados mantienen cierto temor por el trato dispensado por los pares hacia su familiar. Reconocen la perturbación que poseen y que interfiere en la relación con otros, por lo cual algunos de los compañeros se puede comportar agresivamente.

7.4.1.3. Manifestaciones de los cuidadores formales

Se trata en este segmento las expresiones de algunos cuidadores formales respecto a su opinión sobre las divisiones por sectores. Coincidieron en que resulta positivo en tanto se protege de esta forma al más vulnerable, aquel que padece patología. Así lo manifestaban una Asistente Geriátrica y una Auxiliar de enfermería que se desempeñan rotando por los tres sectores⁶¹:

“Desde el punto de vista mío, es lo mejor...no me gustaría ver lo que están mal por un lado, los que están mejor por otro, los que caminan por un lado y los que están postrados por otro, pero por lo que veo le hace bien al que tiene deterioro vivir entre los que están como él y a los autoválidos en otro lado para que no les hagan nada porque muchas veces los sacan de las casillas” (Asistente, menos de cinco años de antigüedad, rota por los tres sectores)

⁶¹ Fueron extraídas aquellas narraciones que, al rotar por los distintos sectores, alcanzan a tener una mirada holística sobre las dinámicas en función de la distribución espacial por sectores.

“Está bien que estén así separados porque los autónomos no se dan cuenta hasta dónde el otro que tiene más deterioro, hace eso por su deterioro y no porque lo haga a propósito y así no se genera conflicto” (Auxiliar, menos de cinco años de antigüedad, rota por los tres sectores)

Vislumbramos en estas narrativas, al igual que en las de los familiares o referentes, que se tiende a proteger al que padece demencia por la incompreensión de algunos autónomos sobre el proceder patológico que desarrollan.

7.4.2. Dinámica de las actividades de la institución

Se trata de las acciones que se llevan a cabo en la cotidianeidad de la Institución y forman parte de su dinámica. Encontramos, por un lado aquellas que se producen de forma espontánea en donde no cruza la planificación ni programación institucional y son parte del escenario cotidiano en la vida de los mayores y sus interrelaciones. Y, por el otro, las actividades mediadas en donde se concreta un trabajo de abordaje multidisciplinar a partir de las intervenciones de los profesionales y de los cuidadores formales.

7.4.2.1. Las actividades espontáneas

Hacemos referencia a las acciones que surgen de modo voluntario y electivo por parte de los residentes. Se incluyen aquí a las actividades relacionadas con los paseos, salidas de la institución con objetivos de gestiones personales (cobro de haberes, compras), de visitas sociales. Se incorporan también parte las recorridas intramuros, juegos de cartas, tejidos, lecturas, paseos por el parque, conversaciones naturales entre residentes, participación en celebraciones religiosas.

Estas resultan ser las de mayor agrado para los protagonistas pero sólo unos pocos (cuatro) se quejan porque no les permiten llevarlas a cabo fuera de la

institución. La participación en actividades espontáneas genera mayor interés y agrado específico. Doce mayores orientaron sus respuestas a la predilección de salidas fuera de la institución mediante paseos grupales o individuales, salidas a almorzar, visitas a referentes o familiares, a sus viviendas. Los otros ocho optan por el paseo por el parque de la residencia, lecturas individuales, charlas con compañeros, recorrida por los pasillos.

Recordemos que los consultados han sido los propios adultos mayores que a su vez son autónomos. Conforme a las exposiciones teóricas, una de ellas es el parámetro conductual y decisional de la autonomía que se encuentra íntimamente relacionado con el control de las decisiones (Gómez Rodríguez, 2005; Puijlon, 2009), entre las que se encuentran las actividades espontáneas que reflejan el deseo, necesidad, aspiración del anciano.

7.4.2.2. Las actividades mediadas

Hemos denominado de esta forma a las actividades que la institución organiza de manera sistemática y que apuntan a la cumplimentación de determinados objetivos, en donde la participación de los adultos mayores juega un papel central.

Las mismas se llevan a cabo a través de los cuidadores formales y los profesionales de la institución con la supervisión de la administradora. Son programadas para dentro y fuera del ámbito institucional y, dirigidas a los adultos mayores individual y grupalmente.

7.4.2.2.1. Sobre la dinámica institucional cotidiana con los cuidadores formales

La dinámica institucional es estructurada y rutinaria. Los relatos de los

adultos mayores y de los cuidadores formales coinciden ampliamente al exponer sobre el transcurso de un día en la institución.

A su vez las normas institucionales y la planificación de la actividad cotidiana se presentan rígidas y unilaterales, las que predominan por sobre el anciano pero también por sobre el personal. Por ejemplo el cumplimiento de horarios estrictos para los quehaceres. En concordancia con lo expuesto lo hemos visto escrito en los textos de CEPAL/CELADE (2009-2011) y Croas & Colmeneros (2012), que son características del paradigma asilar. Forman parte de la vida cotidiana organizada, los espacios de interacción como son los físicos en los que perduran la mayor cantidad de horas diarias. La población se levanta y se acomodan en las mesas del comedor en sus lugares designados para desayunar, muchos permanecen hasta culminar la hora del almuerzo, luego se acuestan a descansar hasta la hora de la merienda. Mientras los menos, salen de paseo por el parque o a realizar alguna actividad el resto conserva su espacio en el comedor hasta la hora de irse al descanso nocturno.

Los espacios del comedor son en los que más tiempo transcurre la interrelación de los adultos mayores. En esta convivencia se ha observado muy poco diálogo entre los grupos por mesa, hasta podemos afirmar que en varias de ellas no se dirigen la palabra, pasan sus horas mirando el infinito y sólo se levantan en caso de estar integrados en alguna de las actividades mediadas por los profesionales.

El parque es otro lugar en el que unos pocos lo utilizan para la interacción.

A continuación veremos, a través del testimonio, las actividades de la vida diaria como resultan regladas y rutinarias:

“Desayuno, como, todo en el mismo lugar de la mesa...me levanto yo sola, me higienizo yo sola me visto yo sola después me peino todo y me lavo los dientes, hago la cama y me preparo la bolsita me vengo (comedor) en la bolsita tengo más o menos las cosas mas de apuro lo necesario que puedo tener porque se me han perdido muchas cosas...me quedo sentada hasta las diez más o menos como hoy que está lindo el día voy afuera, me siento en la silla me quedo hasta las doce menos cuarto, doce y luego vengo a la mesa para almorzar...hago siesta

y después me levanto y bueno hago lo mismo, me arreglo mi cama, me arreglo un poco y me vengo a tomar la leche de vuelta y me quedo en el comedor, si está lindo me voy a dar una vuelta por ahí (el parque de la institución), el patio es largo, es lindo pero es aburrido porque siempre lo mismo, siempre lo mismo” (Femenino, 86 años).

“A las 7 de la mañana tocan dianas, digo tocan dianas porque es parecido al ejército porque vienen las chicas y un quilombo bárbaro para despertarnos, yo entiendo que hay de todo acá, discapacitados...y el trato para todos es igual...aunque yo sé que si te trajeron acá a hablar conmigo es porque estoy en una categoría ... y me lo dicen, vos sos una persona que estás bien...me higienizo y me voy a desayunar en el comedor chiquito del medio, y después quedas stand by hasta la hora del almuerzo que yo me vengo acá (el cuarto) leo, luego leo miro tele, que sé yo, luego almuerzo, duermo la siesta, me levanto y a las cuatro más o menos voy otra vez para el comedor a merendar, terminado ello viene otro stand by que tenés que estar mirando el techo como podes hacer una actividad, particularmente como leer y así continúa el día” (Masculino, 75 años, sin hijos, año y medio)

“Me levanto, me higienizo, pienso... me pongo hoy algún cambio en la ropa, luego al desayuno salgo a caminar (por el parque de la residencia) y “no solo” con J. que tiene un problemita...demencia pacífica, pero nos llevamos muy muy bien, aunque es un poco celosa...con ella paseo y volvemos para almorzar, luego camino más porque no me gusta acostarme con la comida en la boca, entonces cuando pasó una horita, a veces una siesta y me levanto, ...merendamos y salgo a caminar, a las 17 hs me encuentro con mi compañera nuevamente la rutina” (Masculino, 75 años, un año y medio de residencia, sin hijos)

Hemos visto mucha similitud a las referencias del estudio de Castro y otros que reveló que los ancianos refieren acostumbrarse a las normas institucionales establecidas y que sienten cansancio de la rutina respecto a los horarios para ingestas, para compartir, entre otros (Castro et al, 2010).

En concordancia con los aportes teóricos es el cuidador formal el directamente implicado en la cotidianeidad del accionar del anciano. Hemos observado un intercambio dialógico de respeto, escucha, apoyo social en donde cada residente es llamado por su nombre de pila e inclusive en algunos casos el cuidador recepciona al anciano como consejero, contenedor, permitiendo una relación de feed-back regular. Estas son cuestiones congruentes con los principios del nuevo paradigma.

Marcamos acá la importancia de apoyo mediante espacios de psicoprofilaxis, contención y cuidado de los cuidadores formales en el desempeño de sus roles en búsqueda de una mejor vinculación con los ancianos (Muñoz, et al., 2013). Vimos en la literatura (Berruti, 2004) que se establece un compromiso emocional desde los cuidadores que muchas veces se transforma en una relación defensiva que se dificulta y ya no resulta satisfactoria sino deteriorante para ambos, cuidador-anciano.

7.4.2.2.2. Sobre las actividades de la vida diaria e higiene y confort

Existe una organización de días y horarios fijos para la higiene de los mayores. La amplia mayoría son asistidos en su higiene completa (baño) y, en las mañanas la higiene personal. Cada cual tiene el horario estipulado y el cuidador destinado a la actividad. Aquellos residentes que no son asistidos en el baño son supervisados por el personal. Cada cuidador formal tiene dispuesto un grupo de residentes de quienes se encarga y con los cuales ha logrado, en su mayoría una retroalimentación que favorece a ambos.

“Bañarme me bañan las chicas, no quieren que se bañe sola nadie; yo no me puedo mover mucho de la cintura asique no me baño sola” (Femenino, 86 años)

“Si, me ayudan por miedo a que me caiga” (Femenino, 83 años)

“Me ayudan, M...muy buena, muy buena, siempre me bañó y ella cuando

está de vacaciones viene otra pero, igual una vez vino... día por medio me bañan, yo estoy muy conforme...voy al baño solo, hoy a la mañana me afeité, si, me afeitó yo” (Masculino, 92 años)

Resulta claramente más operativo, rápido y organizado para la institución mediante el accionar de los cuidadores formales llevar adelante las acciones de aseo, higiene y vestimenta personal, que incentivar la autonomía como se plantea en el nuevo paradigma. En casi todos los entrevistados las razones por las cuales son higienizados aunque ellos mismos consideren que pueden ejecutarlo, no son cuestionadas y son tomadas como disposiciones en las que no media queja. Goffman (2001) nos ilustró sobre esto cuando habla de la carencia de privacidad e intimidad, en donde todos pueden oír o ver y raramente se tengan en cuenta recaudos de protección de ello.

7.4.2.2.3. Talleres y tipologías organizadas por el equipo profesional

Presentamos las actividades realizadas por el equipo técnico que redundan fundamentalmente en las áreas de Terapia Ocupacional y Servicio Social. Esto no evade el trabajo de equipo entre otras disciplinas como Enfermería y Nutrición, o Servicio Social y Nutrición, por ejemplo.

Para la organización, planificación y seguimiento de las actividades se realizan reuniones espontáneas entre profesionales en función de resolver algún conflicto y cuestiones que surgen en el cotidiano entre mayores o mayores y cuidadores formales o con familiares. De todos modos y de manera estricta se lleva adelante una reunión mensual para el abordaje de las problemáticas individuales, familiares.

Coincidentes con el nuevo paradigma, los conflictos entre residentes son abordados para su resolución como condiciones naturales propias de la convivencia. A las situaciones de abuso o maltrato, se otorga un lugar importante reparándolas con una intervención de escucha impulsando la desnaturalización.

Los tipos de actividades que se llevan a cabo son de modo taller: de memoria, canto, gimnasia, pintura, teatro y cocina que tienen como objetivo general la mantención de las funciones globales de la conducta física y cognitiva. La frecuencia puede ser semanal, mensual y trimestral. Se ha implementado un taller de convivencia, destinado a los residentes del sector C a causa de las problemáticas interrelacionales. Se tiene planificado replicar la experiencia en el sector B, para más adelante.

Los mismos profesionales son los que planifican y ejecutan las actividades en función a las características de la población asistida. Para las mismas, si bien se convocan a todos los residentes, son mayoría participativa los que poseen deterioro cognitivo leve, al decir de los entrevistados, los mismos son más fácil de convencer dado que los autónomos suponen, que no les hace falta, aunque cuando participan, tienen mayor compromiso con la tarea y la permanencia en el tiempo. Estos últimos son un subgrupo de los autónomos, aquellos que no mantienen salidas al exterior con finalidad de paseos, concurrencias a su domicilio, encuentro con la familia y otros. Lo expone de la siguiente manera una de las profesionales:

“Participan mayoritariamente los pacientes que tienen un poco mas de deterioro, los que tienen un deterioro leve y moderado pero, quizás el paciente que tiene una rutina de vida independiente, supone que no tiene que participar...trabajamos mucho para que esos pacientes se acerquen y lo hemos logrado pero ha sido un trabajo de mucho tiempo ese, casi más que convencer a las personas que tienen menor poder de decisión porque tienen más restricciones cognitivas que se negaban por miedo o por desconocimiento que por convicción...hasta por pudor, por no saber cómo hacer la cosas porque está en silla de rueda, si van a necesitar ayuda...y con mucha insistencia se ha logrado...queremos lograr que sean autogestivos, es decir que puedan en algún momento juntarse solos sin nosotras”

Como hemos visto la mayoría de las personas autónomas no se incorpora, quizá en relación, justamente de contar con la autonomía para la consecución de conseguir actividades que respondan a sus deseos y propia elección. Esta situación

que se encuadra dentro del nuevo paradigma conforme a los referido por Croas & Colmeneros (2012) y por las sugerencias de la CEPAL/CELADE (2009-2011).

7.4.2.2.4. Actividades organizadas en función de las problemáticas de las interacciones

En referencia a la organización institucional que se mantiene respecto a las interacciones pudimos ver que ciertas personas al intentar interrelacionarse con el mundo exterior y tener la capacidad de tomar sus decisiones y realizar sus propias elecciones⁶², las ejercen en algunas cuestiones directamente y sin interferencia institucional. Esto respecto a situaciones específicas como son las salidas a sus domicilios o paseos que realizan solos. En aquellos casos en los que se cuenta con familiar o referente con cargo, la elección del adulto mayor y la de la institución, queda totalmente limitada y arbitrada por un tercero o la residencia para el accionar respecto a las salidas de la institución.

En referencia a las interacciones asociadas a las relaciones conflictivas entre los adultos mayores, las profesionales en Terapia Ocupacional y Trabajo Social (coordinándolo las primeras), llevan a cabo un taller de convivencia que se constituyó en un grupo de reflexión. En éste utilizan un buzón para sugerencia de temáticas y problemáticas interpersonales concretas; especialmente para los adultos mayores autónomos con el objetivo de acceder a la resolución de enfrentamientos entre ellos. El mismo fue planificado por las profesionales a partir de los conflictos que se han evidenciado y observado por gran parte del plantel de personal y adultos mayores.

Uno de los adultos mayores relata su experiencia como partícipe del taller y así lo hacía:

“Y hay un buzón abajo, y la convivencia que ahí ponían las notitas lo que a alguien se le ocurría había papeles ahí con lapicera y yo puse una vez y veo que

⁶² Con previa evaluación del Equipo Técnico y de poseer familiar o referente con cargo, autorizado por ellos.

no hay nada y puse la primer notita, que la leyeron después en rueda, fue muy lindo, un momento muy lindo. Y esa cosa estuvo bien, estuvo en paz” (Masculino, 75 años)

Otro de los mayores nos cuenta que no le interesan las actividades mediadas y menciona su sentir respecto al taller de convivencia:

“No, poco y nada...y si (al taller de convivencia) me obligan a ir y voy” (Masculino, 75 años)

Volvemos a reflexionar aquí sobre los intereses y decisiones de los residentes, si bien desde la institución organizan dispositivos en torno a resolver problemáticas de interacciones indudablemente los mismos no responden al perfil de los residentes. Nos preguntamos, se pueden resolver conflictos de convivencia con técnicas que convocan con desagrado u obligadamente? La disposición para la concurrencia y posibilidad de resolver conflictivas del adulto mayor ante la presentación realizada por quienes organizan mantiene una predisposición negativa que redundará en la mayoría de los casos en consecuencias adversas.

7.4.3. La participación, sus características.

En cuanto a la actividad en la que participan, son ocho mayores en total que lo hacen y en más de un taller. Mantiene mayor concurrencia el taller de gimnasia, seguido del de memoria.

Las vivencias de los mayores respecto a sus preferencias y participación en las actividades mediadas han puesto de manifiesto que la mayoría no tiene preferencia por ninguna. De esta forma lo refiere una de ellas:

“Cual me gusta no sé, porque no lo hago con gusto ni con desagrado porque ya le digo en vez de estar sentada ahí mirando hago lo que me diga la profesora, no hay nada que prefiero yo ni las chicas que prefieran” (Femenino, 86 años)

Aunque se ha relevado que resultan de interés las actividades extramuros, no se desarrollan en forma regular.

En cuanto a la participación de los mayores, en ocasiones resulta voluntaria y en otras obligatorias, a cumplimentar con los requisitos de organización y dinámica instituida. Las causales de la participación se encuentran relacionadas con evitar el aburrimiento del transcurso de las horas, de los días, de las semanas más que con una propia motivación para determinadas actividades.

Así lo explicaban los protagonistas:

“Hay días que tenemos clase de gimnasia y hay días que tenemos días de memoria que le llaman y bueno, alguna vez hemos pintado, otros años hemos hecho tortita para las fiestas...son muchos los que vamos porque son mucha gente que está como yo no es cierto? bien de la cabeza y luego uno se aburre de estar siempre lo mismo, siempre lo mismo...”

También los hay que desean realizar las distintas actividades y lo hacen con agrado:

“Vamos a memoria, taller de canto tenemos, de gimnasia, yo me quedo entretenida” (Femenino, 80 años)

“Hice canto, teatro, si yo voy a mí me gusta, voy hasta afónico” (Masculino, 84 años)

Sin embargo, resulta ser que los doce restantes no participan de las actividades organizadas por la institución a través de sus profesionales.

“No hago ninguna de las actividades de acá” (Masculino, 75 años, sin hijos, un año y medio de residencia)

“No concurre a ningún taller ni de memoria, ni de nada, ningún taller” (Masculino, 75 años, sin hijos, un año y medio de residencia).

“No, yo no hago, la gimnasia la hago yo porque yo más o menos sé, tuve la muñeca rota...yo sé más o menos que movimientos tengo que hacer...veo que le hacen a otro y lo hago” (Masculino, 95 años)

“No, no nono me da, no soy de ese tipo, me gusta...como le puedo decir, la calle, me voy a pasear, a caminar por ahí, a tratar de distraerme” (Masculino, 75 años, sin hijos, tres años de residencia)

En referencia a la participación en actividades espontáneas son de preferencia las extramuros:

“Salgo acompañado a comprar cosas esteee me gustaría salir solo pero me dijeron que tengo que ir acompañado” (Masculino, 75 años)

“Salgo dos o tres veces por semana, ahora hace como un mes porque estuve enfermo y me vine abajo, estuve internado y se me declaró la neumonía ahora me cuesta salir” (Masculino, 84 años)

“Salgo a la calle a cobrar mis haberes o cuando me quiero comprar algo...por cualquier motivo salgo...salgo solo” (Masculino, 75 años, un año y medio de residencia, sin hijos)

“Salgo a comer, a almorzar a cenar...voy a Carrefour al salón de comidas, con él (el compañero) o voy solo...hago las compras que tengo que hacer y bueno regreso” (Masculino, 80 años)

Es de entender que en su mayoría los residentes están desinteresados por varias cuestiones, etarias, personales, grupales, culturales, por el imaginario social sobre las actividades en este tipo de establecimiento aunque en algunos casos las realizan con objetivo de ocupar su tiempo. De todos modos, el comportamiento institucional en este sentido era leído en Goffman (2001) en tanto la institución proporciona un mundo propio absorbiendo parte del tiempo y del interés de sus miembros marcando una tendencia propia de tipo absorbente. Y esta tendencia se opone a la interacción social con el exterior.

En definitiva la institución no favorece la participación en estructuras formales, tampoco la libre elección, ni la intimidad, ni la información lo que desencadena un debilitamiento de la autonomía como derecho del sujeto (López Norori, 2008; Rivadeneira &Valenzuela, 2014).

Entre los lineamientos teóricos advertimos que en el estudio de Martínez Rodríguez (2011) y nos ajustamos a él al verificar que la residencia resulta incapaz de dar respuesta a los deseos de los mayores. La sectorización de los residentes conforme a lo que aquí podríamos denominar indicadores de salud mental que desplaza a los padecimientos psíquicos fundamentalmente demencias al sector A, a los que mantienen deterioro cognitivo o demencias junto a autónomos en el designado sector B y finalmente a los ocupantes del sector C que son mayores autónomos; ha sido adoptada como conveniente para la dinámica institucional y favorecedora del cuidado de aquellos que padecen demencia.

La organización institucional ha sido trasvasada por una cotidianeidad rutinaria general que se refleja e involucra a todos los integrantes de la institución. Narrativas de un diario vivir programado, planificado y sistemático que se sostiene con la influencia de las actividades mediadas. La realidad refleja que la predilección de los mayores se vuelca hacia las actividades espontáneas y de un regreso hacia el contacto con el exterior, con la comunidad.

Conocimos que los mayores no son incluidos en la elaboración del plan terapéutico diseñado para cada uno de ellos. De la misma forma, no se llevan a cabo asambleas⁶³ ni reuniones del estilo, pudiéndose inferir que no existe participación en la gestión institucional por parte de los adultos mayores. La residencia conforma un *híbrido social* según lo ha denominado Erving Goffman (1974) en donde conjugan la comunidad residencial y la organización formal que absorbe el resto de la vida del adulto mayor.

Recordemos los numerosos escritos sobre la autonomía en referencia a la adquisición de la misma como derecho, que indistintamente de su condición de salud y capacidades se conforma en garantía de su posesión y de su progreso para el ejercicio directa o indirectamente (López Fraguas, et al., 2004; Martínez Rodríguez, 2011; Huenchuan, 2013; Croas & Colmeneros, 2013). Una mirada

⁶³ Se denomina asambleas a aquellos dispositivos que promueven la autonomía y el empoderamiento. Se ejercita la participación con poder decisorio de la persona mayor, desde una horizontalidad democrática (Croas & Colmeneros, 2013).

institucional de la participación como constructora de ciudadanía y fomentadora de la autonomía es inexistente.

7.5. Para ir cerrando

Tal como se ha visto a lo largo de esta investigación, el ingreso a la residencia de larga estadía está motivado por la decisión del adulto mayor o por lo menos presta conformidad ante la propuesta familiar o médica motivada principalmente por problemas de salud propios de la edad.

Han sido variadas y cuantitativamente numerosas las estrategias de adaptación institucional utilizadas por los adultos mayores, mediante recursos personales mentales y emocionales, y los integrantes del equipo con labor profesional individual, familiar y grupal. Pero el proceso se traduce en un recorrido dificultoso que suele culminar por decirlo de alguna manera, conveniente, ya que no hay vuelta atrás.

Enriquez Rosas respecto a lo mencionado analizó la percepción y preferencias en el cuidado de los adultos mayores, encontrando resultados que demostraban que la preferencia de vivir en residencias era superior a la de vivir solos. Se evidenció que el cuidado por parte de los familiares no resulta viable debido a cuestiones familiares, sociales, laborales, geográficas que superan las posibilidades reales que tienen los sujetos familiares para llevar adelante los cuidados (Enriquez Rosas, 2007).

La presencia de situaciones problemáticas en la convivencia son derivadas de los conflictos en la interacción social de los mayores autónomos entre sí. Estos a su vez, refieren no tener dificultades con los pares que padecen patología demencial. Pero al interrogar sobre la opinión que les merece a los autónomos las interrelaciones que observan entre las personas que tienen demencia y los que no, coinciden con el resto de los consultados (familiares, profesionales y cuidadores formales) en que son inciertas y problemáticas. En tanto las interacciones entre las

personas que se encuentran con problemas cognitivos resultan afables o, por lo menos, sin conflicto alguno entre ellas y para con los otros residentes.

Refieren Thibaut & Kelley (1959) que se acumula un nivel de costo y recompensa en una relación actual y se la compara con posibles recompensas y costos. Se encuentren a disposición relaciones optativas y, en caso de carecer de éstas el sujeto no implementará cambios.

Las visitas de los familiares o referentes a la institución con motivos de interacción con los residentes son los que sostienen un vínculo fortalecido y produce efectos positivos en éstos últimos. Si bien, la mayoría cuenta con una red de apoyo resulta ser la minoría que concurre o mantiene un contacto frecuente. Todo lo cual se refleja en estados anímicos y somatizaciones en los ancianos.

La característica particular del dispositivo está dada por la distribución espacial en sectores conforme a las características de los residentes. Los tres grandes agrupamientos responden a los autónomos, los que padecen padecimientos psíquicos y los que comparten ancianos autónomos con los que no lo son. Esta sectorización favorece la dinámica institucional y resulta de cuidado particular para aquellos que no lo pueden lograr solos.

La organización institucional evidencia la preponderancia de actividades regladas, programadas, rutinarias que resultan de desagrado para los residentes volcándose hacia aquellas actividades espontáneas en donde comprenden una predilección de efectivización extramuros.

Las instituciones de larga estadía han de desarrollar la autonomía, la independencia y el bienestar subjetivo como principios rectores de la atención al adulto mayor (Croas & Colmeneros, 2013). Como principio, la autonomía insta a los profesionales, cuidadores formales y demás personal de las instituciones a promover y respetar las decisiones de los residentes. Esto implica reconocer el derecho que tienen de expresar sus opiniones y reconocerles los valores, creencias y proyectos.

Es así que diferenciamos a la autonomía como capacidad y como derecho. Tal como se expresa anteriormente, nos referimos aquí a la autonomía como

capacidad de los adultos mayores. Por ello, a los fines del presente estudio se distingue el grupo de adultos mayores autónomos de los adultos mayores con demencia. La construcción de la dinámica institucional deja al parecer a los principales protagonistas permanecer en sombras (Bright, 2013:92).

CONCLUSIONES

Finalizado el trayecto investigativo propuesto hemos arribado al momento de pronunciar los hallazgos y visualizar las posibles tendencias de estudio que se manifiestan en la presente tesis.

Este estudio surgió a partir del propósito de describir, analizar y explicar las interacciones cotidianas entre los adultos mayores autónomos y los que padecen demencia en una institución de larga estadía y su articulación con la organización y dinámica institucional.

El propósito expuesto ha conformado un pilar esencial para el logro de la aspiración de la investigadora de traslucir un aporte teórico metodológico sobre el estudio de las interrelaciones entre los mayores institucionalizados. Estas interrelaciones se manifestaron a través de las significaciones y sentidos concedidos por los propios sujetos, tanto para la Gerontología como para el Trabajo Social y asimismo para las Ciencias Sociales en general.

Justificamos el mismo en la escasez de investigaciones sobre el estudio de la dinámica de las interacciones entre las personas mayores que viven en una institución y la forma en que la misma organiza la cotidianeidad. La búsqueda de material teórico específico ha sido infructuosa. Por lo anterior es que hemos utilizado el bagaje teórico de la psicología social, cognitiva y de la sociología con visualización general y no particular sobre la temática abordada (interacciones entre mayores institucionalizados).

Por otra parte, el interés para la elaboración de la Tesis atraviesa la aproximación más precisa por conocer científicamente los sentires, conformaciones, reacciones, actitudes en el proceso de la convivencia de los mayores. Éstas contextualizadas en un espacio desconocido, extraño y hasta no elegido por ellos para transcurrir su proceso vital final como lo es la residencia de larga estadía. Además la investigación ha sido guiada por la convicción sobre la importancia que tiene una mirada focalizada en la vejez otorgando una continuidad a la vida elegida por la persona dentro el contexto residencial.

En la presente investigación exploramos distintas áreas relacionadas con el tema de la interacción de adultos mayores institucionalizados. No se utilizaron hipótesis dado que se ha abordado y analizado desde la perspectiva metodológica cualitativa y, específicamente, desde la tradición cualitativa del estudio de caso. El objetivo general del estudio planteó analizar las interacciones que se producen en el espacio institucional entre los adultos mayores que conviven en una residencia de larga estadía del Partido de General Pueyrredon; mientras que los objetivos específicos consistieron en reconstruir las prácticas cotidianas de las interacciones en la institución de larga estadía; analizar el proceso de la convivencia y las prácticas de interrelación entre los grupos de adultos mayores autónomos y los que padecen algún tipo de demencia y al interior de cada uno; y las interacciones para los mayores residentes que caracterizan a la institución privada.

Como resultado encontramos la existencia de conflictividad convivencial entre los adultos mayores institucionalizados. Observamos una conflictividad mayor de las interacciones entre los ancianos autónomos que entre la población residencial en general y los que poseen patología demencial en particular. Las pautas de organización de la dinámica institucional por las actividades mediadas establecidas, afectan desfavoreciendo las interacciones y la libre elección de un desarrollo cotidiano.

Asimismo, encontramos que, por un lado la convivencia entre los mayores con demencia produce resultados favorables al interior de su grupo. Por otro lado, el proceso de adaptación a la vida institucional surge como indicador de las tipologías de las interrelaciones explicando consecuencias relacionales.

El abordaje que permitió obtener estos resultados lo realizamos a partir de entrevistas semiestructuradas diseñadas particularmente conforme al grupo trabajado. Se utilizó también la observación participante conservando el sentido no intervencionista lo que derivó en un proceso de encuentros reiterados con pacientes escuchas y recorridos por pasillos, salas, cuartos, parque y comedores. Esto permitió el adentrarnos en las vidas cotidianas y las interrelaciones que se producen entre los mayores en el dispositivo institucional. Se llevó a cabo con profundo respeto y comprensión de la cotidianeidad de cada uno de los mayores,

los cuidadores formales, los miembros del equipo técnico, autoridades, personal de cocina y maestranza y los familiares o referentes. La triangulación la utilizamos como el proceso básico para la validación de los datos.

El caso estudiado lo constituyó una Residencia de larga estadía del orden privado del Municipio de General Pueyrredon. Los residentes que participaron de la investigación han sido la totalidad. Del mismo modo los cuidadores formales, personal en general y equipo técnico y directivo. Sin embargo confeccionamos diferentes tipos de muestra de acuerdo con el grupo abordado y de interés para el objeto de estudio. Efectuamos un total de 48 entrevistas.

La muestra quedó compuesta por 26 adultos mayores, de los cuales 20 lograron ser entrevistados, 11 personas de sexo femenino y 9 de sexo masculino, mientras que, en el proceso investigativo, 4 desarrollaron deterioro cognitivo moderado y 1 falleció. Por 14 cuidadores formales, 6 integrantes del equipo técnico profesional y 31 familiares o referentes de adultos mayores con demencia, de los cuales se entrevistaron a 8, puesto que se evidenció una saturación metodológica (Cap. VI).

Para sustentar la coherencia de los objetivos mencionados y el análisis de los relatos se describe sintéticamente el modo en que se desarrollaron y ejecutaron cada uno de éstos.

A partir de la reconstrucción de las prácticas cotidianas de la convivencia logramos estudiar y elaborar la presente tesis. Los residentes de la institución de larga estadía comienzan su estadía por presentar problemas en su salud que implican la atención de un tercero es decir por un estado de semidependencia o dependencia física o psíquica. Los adultos mayores previo al ingreso se encontraban en sus hábitats elegidos pero sus discursos traslucen la prioridad de descomprimir de su cuidado. Principalmente de otorgar el espacio de libertad, a sus hijos, nietos y hermanos, con la finalidad de que continúen con sus vidas, con su grupo familiar nuclear, con sus desempeños laborales y demás circunstancias del proceso vital (Firevicius & Nouzeilles, 1985; Jelin, 1998).

Si bien en un principio los mayores dan su conformidad o han tomado la decisión de ingreso, sus sentimientos mantienen la nostalgia de su condición anterior de vida. Por ello, sólo unos pocos han logrado una adaptación institucional. Confluyen en la adaptación diversos factores individuales que desencadenan las características divergentes que se suceden en el proceso de ajuste y habituación a la nueva biografía, la última. En ésta el desarraigo y el cambio radical de vida juegan de protagonistas. Quizá logran una adaptación a través de la resignación pero su efectividad es negada. Han renunciado a sus lugares y roles en la sociedad, a sus vecinos, a sus hogares, a sus espacios de comodidad y confort, a su privacidad, a sus actividades hogareñas, a sus mascotas, a sus pertenencias personales con historias afectivas, a sus costumbres, a su rutina elegida y optada día tras día. Igualmente los adultos mayores que padecen de demencia revelan a través de las voces de sus familiares que la adaptación institucional ha fracasado (Ors Montenegro, 2008; Sepúlveda, et al., 2009; Ruiz & López, 2009; López Norori, 2008; Rivadeneira & Valenzuela, 2014).

En definitiva, los términos que resultan elocuentes en esta nueva situación de vida son: resignación, conformismo, acostumbramiento, acatamiento, sumisión, claudicación a la vida institucional. Estas palabras abarcan a los mayores autónomos y a los que padecen patología.

En el presente estudio el término *adaptación* ha resultado crucial al analizar las interacciones entre los ancianos. Podemos decir que la adaptación se determina en cuanto al malestar que se genera en el ámbito en el que se produce la convivencia de personas que carecen en su sentir el deseo de llevar adelante esta nueva forma de vida. Todo lo cual les impide lograr la inclusión al modo de vida institucional como parte de un nuevo proyecto vital porque en realidad no lo es.

Hemos podido indagar y analizar que una de las razones de los conflictos que se suscitan en las interacciones tienen íntima relación con el hecho de no lograr adaptarse al nuevo modo de vida o un vivir institucional. Los roles han sido modificados y en la gran mayoría perdidos (Estrada, 2013). Se sufre un desequilibrio en tanto pasa a ser el titular del adulto mayor, un familiar, un amigo o un referente quien tiene la potestad de administrar sus posibles salidas y

contacto con el exterior como la administración de sus bienes. Aunque esto último, no implica de ningún modo un aspecto legal sino un acuerdo tácito de la institución y la persona que “representa” al adulto mayor. El mayor puede contar con un desarrollo de su autonomía funcional y social sin inconvenientes pero va a estar coartado por el acuerdo realizado en su admisión institucional.

En tanto, la dificultad de adaptación concatena con el no reconocimiento del lugar como su hogar. Esta cuestión no lo es ni lo será, simplemente es el ámbito que habitará de por vida y nunca será propio. Es una realidad no asumida que interfiere en la cotidianeidad de las relaciones.

Encontramos que las personas autónomas prefieren su convivencia con aquellos que se encuentran en condiciones cognitivas semejantes pero la interacción cotidiana entre ellos mismos, les resulta problemática y dificultosa acarreando pleitos y conflictos diarios. La entelequia de un reconocimiento o autocritica de esta tensión en los entrevistados se evidencia cuando conversamos sobre la interacción personal vivenciada. Analizando las narrativas, la forma en que se relacionan los “otros” entre sí, sin tener en cuenta que ellos son parte “de”. Lo antes dicho lo corroboramos con los relatos pormenorizados de las profesionales intervinientes en los conflictos que emanan y que suelen evidenciarse en lo cotidiano.

La interacción se diferencia entre los adultos mayores que padecen demencia encontrando tranquilidad, cordialidad, colaboración, cuidado, solidaridad y vínculos positivos. Este padecimiento que impide un contacto duradero con la realidad circundante, que retrae pero permite ser cooperador con sus pares. En síntesis, las interrelaciones entre los mayores con demencia resultan afables, cordiales y hasta afectuosas, teniendo presente que la patología que padecen resguarda una particular forma de comunicación que pareciera revelar comprensión, contención y funcionamiento como un sostenimiento inclusivo.

El mantenimiento de las interrelaciones en un marco de cordialidad, apoyo, afecto y contención dentro de la residencia lo podemos observar en los sectores en donde prima el intercambio entre mayores autónomos o con deterioro

cognitivo y los que padecen demencia. Sin embargo, en el sector C que escasean los padecimientos psíquicos, entre los mayores que habitan se obtienen relaciones con ingredientes de indiferencia, malestar, enojo, de los autónomos hacia los que no lo son.

Ahora bien, a los mayores autónomos la convivencia con las personas que padecen demencia, no les provoca depresión ni angustia ni “nada” (término utilizado por la mayoría de los entrevistados). Quizá podamos entender que resulta incuestionable interiormente el detenerse a pensar que la situación del otro puede ser la mía al despertar mañana cuestión que apareja temor y negación a la vez.

Otra cuestión suscitada es la particularidad de la residencia estudiada en cuanto a la organización sectorial (salas A, B y C) conforme a la presencia o ausencia de problemáticas de salud mental, los participantes demostraron aquiescencia en beneficio de la población residente y la labor de los cuidadores formales.

En tanto, la influencia institucional sobre las interacciones, denominadas en el presente trabajo como “mediadas”, se vislumbraron desde los espacios de interacción físicos que están implicados en una vida cotidiana organizada hasta en las planificaciones y desarrollo de las actividades profesionales. En el marco de las actividades mediadas las propuestas terapéuticas ejercen su protagonismo. Hemos visto que la mayoría de los adultos mayores autónomos no participan en las actividades por considerar que no son de su interés y, en ocasiones, su participación se vislumbra como obligatoria, ante exigencias institucionales. En definitiva, las actividades organizadas por la institución en función del mejoramiento de las interacciones entre los adultos mayores son unilaterales y una gestión institucional sin apertura de juego a los interesados.

Cabe mencionarse que como se expuso en los lineamientos teóricos (Croas & Colmeneros, 2013) las relaciones de poder que se producen en la institución están signadas de poderes diferenciales instituidos protagonizados por las reglas institucionales y el personal. Se menciona la utilización de apodos y seudónimos

que producen estigmatización y distancia entre los grupos aunque esto no ha sido evidenciado en el presente estudio dado que en ningún momento emergió de las entrevistas ni de las observaciones realizadas.

Se ha dado lugar a un taller de convivencia operado con la coordinación de los profesionales que evidencia la preocupación institucional sobre el tema y la pretensión de mejorar este aspecto. Sin embargo, hemos podido concluir que el efecto del mismo no es el esperado, dado que las problemáticas del cotidiano continúan.

Las actividades que realizan los adultos mayores en la institución son planificadas y supervisadas por el personal. Estas acciones que forman parte de la rutina cotidiana como es la alimentación, descanso (siesta y nocturno), higiene y confort, recreación, actividades terapéuticas (Terapia Ocupacional, Trabajo Social). Se integran las actividades mediadas con horarios y días predeterminados que resultan apáticas, desinteresadas, sin anuencia para la mayoría de los mayores.

La organización, planificación y supervisión de las actividades se realiza unilateralmente por parte de los integrantes del equipo profesional o autoridades o cuidadores formales. En esta se realiza la evaluación pertinente individual o grupal pero con poca participación del adulto mayor, en un lugar en que se está delineando con exclusividad su accionar. La escasa participación evidenció la prioridad de evitar la abulia aunque también se sostuvo en la falta de motivación personal. Es decir, las actividades recreativas-terapéuticas que los interrelacionan no referencian las características personales y pasatiempos de los adultos mayores en su adultez porque responden a objetivos institucionales y profesionales.

Narrativas de una cotidianeidad programada, planificada y sistemática, nos persuaden sobre la disconformidad de los adultos mayores de continuar una vida carente de libre albedrío, de acciones espontáneas, de independencia para la elección del “hacer” diario. Por lo dicho, es que consideramos obstaculizado cualquier desarrollo de proyectos personales. En cambio, otorga consenso y beneplácito la posibilidad de realizar actividades espontáneas con predilección de

aquellas que se lleven a cabo en el exterior, en la comunidad, extramuros, en un regreso momentáneo al lugar que los acogió durante la mayor parte de sus vidas.

Ha resultado peculiar la característica del caso estudiado en cuanto al abordaje institucional de los vínculos familiares fundamentalmente desde el aporte de la Trabajadora Social, que intentan mantener y afianzar en forma regular el contacto y la participación de los mismos. Inclusive como estrategia favorecen la tenencia de teléfonos celulares para lograr la frecuencia y comunicación personal (no cara a cara) de los ancianos en el transcurrir cotidiano. Lo anterior vislumbra un trabajo social gerontológico que ayuda a resolver problemas situacionales con intervenciones concretas intentando mantener al máximo la autonomía y el funcionamiento en general del adulto mayor, en este caso de la interrelación con la familia.

En concordancia con el planteo de Margarita Rozas Pagazza (2008) hemos de estructurar el *campo problemático* de intervención con el fin de aportar a la reconstrucción de los adultos mayores en sus propias identidades para que puedan revalorizar sus prácticas individuales y colectivas. Recordamos a Horkheimer (1994) cuando habla de entender al ser humano en sí mismo y en su relación social en el proceso histórico, ya que los mayores poseen un cúmulo de historia vivida que no se tiene en cuenta cuando ingresan a una residencia.

Margarita Rozas Pagazza (2008) refiere que al entenderse el objeto de intervención como campo problemático, se constituye en el contexto de producción y reproducción de la relaciones sociales, las prácticas de los actores quienes portan las necesidades, intereses, racionalidades y saberes. Teniendo en cuenta su contexto, en este caso la institución de larga estadía, y las explicitaciones de los sujetos tendiente al logro de la satisfacción de las necesidades.

En ese marco de los vínculos familiares, la situación descripta resulta a favor y beneficiosa emocionalmente para los mayores constatando que la mayoría cuenta con ellos. Pero los mismos en ocasiones no resultan lo continentales que esperan (de los Reyes, 2007), por la frecuencia y el tiempo de concurrencia el cual

les resulta escaso evidenciando ansiedad, sentimientos de tristeza, soledad y hasta reacciones psicosomáticas.

En el último tramo de estas reflexiones finales hemos de mencionar el reconocimiento de una decadente falta de controles efectivos sobre el funcionamiento de los geriátricos en la ciudad y en todo el territorio nacional, no sólo en lo que respecta a infraestructura y personal sino también en lo referido al tipo de atención brindada y a la concepción con que se orienta el trabajo con los mayores. En su mayoría, los geriátricos entre sus funciones sólo se limitan a «mantener» o asistir en las necesidades básicas al anciano sin proporcionarle calidad de atención específica y personalizada.

Pretendemos que los hallazgos de la presente investigación constituyan un sustento teórico y empírico para las intervenciones del Trabajo Social y las distintas disciplinas que intervienen en el área Gerontológica. Que se conviertan en un potencial de información para nuevas investigaciones que profundicen sobre la temática y los distintos abordajes surgidos a partir de la misma en pos del diseño de estrategias de intervención que favorezcan el bienestar de la población estudiada. Esperamos que se aproximen a una motivación de los responsables de las instituciones, en quienes descansa la decisión, que no necesariamente tiene que ver con cambios radicales sino en centrar la atención en cuestiones relacionadas con la vida cotidiana de los adultos mayores co-definiendo con ellos pautas de organización y funcionamiento que garanticen que los residentes puedan elegir su forma de vida en relación.

Por otra parte, aspiramos a que el presente trabajo sirva como reflexión individual y colectiva para modificar las dinámicas institucionales y cambiar lentamente la actual situación de estos establecimientos. Todo lo cual coincide con la mirada de Edwin Goffman (1974; 2001) en donde la institución conserva una ruptura con los tres ámbitos de la vida. En primera instancia, dentro de ella se desarrollan todos los aspectos de la vida y siempre teniendo una autoridad. Luego la actividad de la vida diaria es compartida por otros miembros quienes tienen el mismo trato y se espera que hagan las mismas cosas. Y por último, las actividades

cotidianas están mediadas, es decir programadas y mantienen una secuencia que las establecen una autoridad con normas formales explícitas.

Pueden derivarse de la presente investigación algunas proyecciones posibles como el intento de lograr favorecer las interacciones entre los residentes motivando deseos y sentires personales en pos de actividades espontáneas y planificando en forma conjunta, profesional y adulto mayor. Coincidentemente se recomienda una dinámica institucional inmersa en el nuevo paradigma y la mirada centrada en la persona, que se pueda dirigir la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de los mayores, desde la dignidad y los derechos, intereses y preferencias y su participación (Rodríguez Rodríguez, 2001; Martínez Rodríguez, 2011; CEPAL-UNFPA, 2012, 2014; Fassio, 2013; Montes de Oca, 2013; Huenchuan, 2013; Gajardo & Cifuentes, 2014; CEPAL-UNFPA, 2014).

De acuerdo con la aproximación que llevamos a cabo acerca del proceso de envejecimiento, sus necesidades, su caracterización, en un contexto determinado desde social, político, económico, cultural y fundamentalmente institucional, realizamos algunas recomendaciones. Éstas están dirigidas en las prácticas cotidianas sustentadas en los hallazgos propiamente dichos, que se utilicen estrategias de intervención desde el apoyo social, a nivel individual, grupal, institucional y comunitario, con el beneficio de reforzar la autoestima, empoderamiento, colaboración y pertenencia. Ha de intentarse una concientización sobre la vejez como proceso que se lleva dentro por lo cual la realidad de la inclusión individual resulta necesaria dado el progresivo devenir insoslayable de una población mundial creciente de mayores.

Esto ha de estar acompañado con intervenciones específicas que tiendan a determinar la participación activa del adulto mayor en la toma de decisiones desde el ingreso a la institución. Un trabajo que apunte al proceso de adaptación institucional; la comunicación interpersonal con intercambios dialógicos entre los adultos mayores; la planificación de actividades que resulten significativas para los residentes y cuenten con la participación de los mismos determinando cuándo, cómo y dónde se llevarían a cabo. Incluye también la promoción de aprendizaje

continuo, capacitación y comunicación para los profesionales y personal de la institución. Finalmente una apertura comunitaria inter-generacional que facilite tanto el ingreso como las salidas individuales y grupales.

Aspiramos a que la investigación acerque a una reflexión sobre los derechos y por ende del actual funcionamiento de las residencias de larga estadía. Esto en pos de lograr mantener y propiciar un proyecto de final de la vida con libertad y el respeto de las propias decisiones de los mayores que redundarán en el desarrollo personal de autoconstrucción.

Se recomienda a la luz de esta investigación que en las residencias instalen condiciones de trabajo interdisciplinario con la incorporación de profesionales especializados en el área, para mantener los valores y visiones que propicien la autonomía y la mirada integral cuidando de la salud emocional, psicológica y social del adulto mayor (Martínez Rodríguez, 2011). En concordancia con lo observado con Margarita Rozas Pagazza (2008), a partir del hallazgo de los hechos empíricos y la teoría comprenderemos los hechos sociales desde la vida cotidiana del sujeto en su interacción.

Recordemos a Catoriadis (1983) al hablar de instituciones en donde no existe un modelo teórico, solamente una realización en el tiempo congruentes a innumerables decisiones particulares y conductas individuales que si fracasan no se vuelve a jugar la partida poniendo el mecanismo a cero como en el juego de flipper sino que se termina el juego y otro tipo de instituciones y experiencias se apoderarán del sitio. En este marco la importancia del nuevo paradigma resulta esencial para la ocupación de éstos espacios residenciales.

Por lo expuesto es que consideramos y, coincidiendo con investigaciones de diferentes contextos que sostienen que la red de apoyo más importante para el adulto mayor la constituye la familia, (Sánchez Ayéndez, 1994; Sánchez Salgado, 2005; Guerrini, 2010; Arias, 2013). Es en este contexto familiar que se ha de buscar la alternativa de la institucionalización como último recurso para los mayores de nuestra sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAR CORBINOS, Lorenzo (2001), “Envejecimiento en América Latina y el Caribe: hechos sociodemográficos y reflexiones éticas”, *Acta Bioethica*, Vol. 7 N°1.

ALTARRIBA MERCADER, Francesc (1992), *Gerontología aspectos biopsicosociales del envejecer proceso de envejecer*, Barcelona: S.A. Marcombo.

ALTMAN, I., & TAYLOR, D. (1973), *Social Penetration Theory: The Development of Interpersonal Relationships*, New York: Rinehart.

ARBER, S. & GINN, J. (1995), *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*, Madrid: Narcea.

ARIAS, Claudia (2004), *Red de apoyo social y Bienestar Psicológico en personas de edad*, Mar del Plata: Suarez.

ARIAS, Claudia (2013), “El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad”, en *Kairó Gerontología*, San Pablo, Vol. 16, N° 4.

ARROYO R., María Concepción & SALAS M., María Guadalupe (2009), “Cuerpo, subjetividad y construcción de identidad en la vejez avanzada: el caso de los adultos mayores físicamente dependientes” en MONTES DE OCA, Verónica (coord.), *Envejecimiento en América Latina y el Caribe*, México: Repositorio Universitario Digital.

ATCHLEY, Robert (1971), “Retirement and leisure participation: Continuity or crisis”, en *The Gerontologist*, Vol. 11, N° 1.

BALTES, Paul y BALTES Margaret (1990), *Successful aging: Perspectives from the behavioural sciences*. Cambridge: University Press.

BALTES, Paul (1983), “Psicología evolutiva de Ciclo Vital, algunas observaciones convergentes sobre historia y teoría”, en MARCHESI, A.; CARRETERO, M. & PALACIOS, J. (Ed.), *Psicología Evolutiva I, teorías y métodos*, Madrid: Alianza.

BARENYS, María (1991), *“Residencias de ancianos: análisis sociológico: Barcelona 1990”*, Barcelona: Fundación Caixa de Pensions.

BARENYS, María (1993), “Un marco teórico para el estudio de las Instituciones de Ancianos”, en *Reis*, Barcelona, N° 64. Disponible en: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet>> Fecha de consulta: 30/5/11.

BAUMAN, Zygmunt (2004), *Modernidad líquida*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

BAUMAN, Zygmunt (2005), *La globalización. Consecuencias humanas*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

BAZO, María (1992), *La ancianidad del futuro*, Barcelona: SG.

BEAUVOIR, S. 1983 (1970), *La vejez*, Buenos Aires: Sudamericana.

BECK, Ulrich (1998), *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*, Buenos Aires: Paidós.

BENGTSON, V.; BURGESS, E. & PARROT, T. (1997), “Theory, explanation, and a third generation of theoretical development in social gerontology” en *Journal of gerontology. Social Sciences*, Vol. 52 B, N° 2.

BERENSTEIN, Isidoro (1991), “Reconsideración del concepto de vínculo”, en *Revista Psicoanálisis*, Vol. 13, N° 2.

BERGER, Peter & LUCKMANN, Thomas, 2001 (1968), *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires: Amorrortu editores.

BIRF/AIF (Banco Internacional de Reconstrucción y fomento) (Asociación Internacional de Fomento) (2014). Disponible en: <<http://www.bancomundial.org>> Fecha de consulta: 15-03-2015.

BLANCA-GUTIERREZ, Joaquín, LINARES-ABAD, Manuel, GRANDE-GASCÓN, María; JIMENEZ-DÍAZ, María & HIDALGO-PEDRAZA, Luisa (2012), “Relación del cuidado que demandan las personas mayores en hogares para ancianos: meta estudio cualitativo”, en *Aquichan*, Colombia, Vol. 12, N° 3.

BLEGER, José 2006 (1973), *Psicología de la conducta*, Buenos Aires: Paidós.

BLUMER, Herbert, 1982 (1969), *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*, Barcelona: Hora.

BOU PÉREZ, Ana; SAGGIO, M.; ALFANO, G.; FERNÁNDEZ, T. & APTEKMAN, S. (2008), “La atención del adulto mayor en un hospital público del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires”, en FERNÁNDEZ, Teresa & COMES, Yamila (2011), *Los significados sociales de las instituciones de cuidados de larga estadía destinadas a las personas adultas mayores*, Buenos Aires, Facultad de Psicología.

BRIGHT, Mariana (2013), ““Malas Madres” Maternidad y exclusión en el contexto de los derechos de la infancia. Una aproximación desde la perspectiva biográfico narrativa”. Tesis Doctoral, Mar del Plata, Universidad Nacional de Rosario.

BRONFENBRENNER, Urie (1979), “The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design”, en *Making Human Beings Human On Making Human Beings Human*, Harvard University Press.

BUCKLEY, K. E.; WINKEL, R. E. & LEARY, M. R. (2004), “Reactions to acceptance and rejection: Effects of level and sequence of relational evaluation”, en *Journal of Experimental Social Psychology*, N° 40.

BURNET, Frank M, 1982 (1970), *La entereza de vivir. Importancia de la genética en la vida humana*, México: Conacyt y FCE.

BURY, M. (1995), “Envejecimiento, género y teoría sociológica”, en ARBER, S. & GINN, en *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*, Madrid: Narcea.

BUZEKI, Mariana & MONCHIETTI, Alicia (2003), “La vejez: discursos, significados y prácticas”, en *Revista de Trabajo Social*, México: Universidad Autónoma de México.

BYRNE, Donn & CLORE Jr., Gerald (1967), “Effectance arousal and attraction”, en *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 6, N° 4, Pt.2.

BYRNE, Donn (1971), *The attraction paradigm*, New York: Academic Press.

CABELLO BENITO, Luis (2014), “La demencia desde el punto de vista del derecho sanitario”, Trabajo Fin de Máster, San Pablo, Universidad CEU.

CARBAJO VELEZ, M. (2009), “Mitos y estereotipos sobre la Vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante”, *Ensayos*, N° 24, Facultad de Educación de Albacete.

CARDONA ARANGO, Doris & PELAEZ, Enrique (2012), “Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones”, en *Salud Uninorte*, Barranquilla, Vol. 28, N° 2.

CARDONA ARANGO, Doris; ESTRADA RESTREPO, Alejandro; CHAVARRIAGA MAYA, Lina; SEGURA CARDONA, Ángela; ORDOÑEZ MOLINA, Jaime & OSORIO GÓMEZ, JORGE (2008), “Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado”, Trabajo de investigación, *Revista de Salud Pública*, Colombia, Vol. 12, N° 3.

CARIOU, M. (1995), *Personnalite et Vieillesse. Introduction a la Psychogerontologie*, Neuchatel, Suisse: Delachaux et Niestle S.A.

CARSTENSEN, Laura & EDELSTEIN, B. (1990), *Cambios relacionados con la edad en la actividad social, Gerontología clínica. Intervención psicológica y social*, Barcelona: Martínez Roca.

CARSTENSEN, Laura & MIKELS, Joseph (2005), “At the intersection of emotion and cognition: Aging and the positivity effect”, en *Current directions in Psychological Science*, N° 14.

CARSTENSEN, Laura; FUNG, H. & CHARLES, S. (2003) “Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life”, en *Motivation & Emotion*, N° 27.

CASTEL, Robert (2001), “Empleo, exclusión y las nuevas cuestiones sociales”, en *AAVV, Desigualdad y globalización, Cinco conferencias*, Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales (UBA)-Manantial.

CASTORIADIS Cornelius 2013 (1983), *La institución imaginaria de la sociedad*, Vol. 1, Barcelona: Tusquets.

CASTORINA, José (2004), *Psicología, Cultura y Educación: perspectivas desde la obra de Vygotski*. Buenos Aires: Noveduc.

CASTRO, Mariela; BRIZUELA, Sonia; GÓMEZ, María & CABRERA, Juan (2009) “Adultos mayores institucionalizados en el Hogar de ancianos Fray Mamerto Esquiú”, en *Margen*, N° 59. Disponible en: <www.margen.org> Fecha de consulta: 09-05-2015.

CEPAL (2012), *Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe*, Costa Rica: Autor.

CEPAL (2012), “Envejecimiento, solidaridad y protección social: la hora de avanzar hacia la igualdad”. Tercera conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América latina y el Caribe. San José de Costa Rica. 8 al 11 de mayo de 2012.

CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía- División de Población de la CEPAL) (2007), Disponible en: <http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm> Fecha de consulta: 09-11-2014.

CEPAL/CELADE (2007), *Envejecimiento y desarrollo en una sociedad para todas las edades*. Santiago de Chile: Autor.

CEPAL/CELADE (2014), *Proyecciones de Población*, Santiago de Chile: Naciones Unidas. Disponible en: <<http://www.cepal.org/es/datos-y-estadisticas>> Fecha de consulta: 12-03-2015.

CEPAL/CELADE (2009), *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*, Santiago de Chile: Naciones Unidas.

CEPAL/CELADE (2011), *Los derechos de las personas mayores. Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez*. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Disponible en: <<http://www.cepal.org/celade/envejecimiento>> Fecha de consulta: 09-11-2014.

CEPAL/CELADE (2013), *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*, Naciones Unidas: CEPAL. Disponible en: <<http://www.cepal.org/celade/envejecimiento>> Fecha de consulta: 27-03-2014.

CEPAL-CELADE (2006), *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*, Santiago de Chile: autor.

CEPAL-CELADE (2011), *Estimaciones y proyección*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

CEPAL-CELADE (2008), *Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe*. Disponible en: <http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm> Fecha de consulta: 26-04-2015.

CEPAL/UNFPA (2012), *Informe regional de población en América Latina y el Caribe 2011: invertir en juventud*, Naciones Unidas, CEPAL.

CHACKIEL, Juan 2004 “La dinámica demográfica en América Latina” en CEPAL/CELADE, *Población y Desarrollo* N° 52. Disponible en: <<http://hdl.handle.net/11362/7190>> Fecha de consulta: 02-10-2014

CHITARRONI, Horacio (2008), *La investigación en Ciencias Sociales: lógicas, métodos y técnicas para abordar la realidad social*, Buenos Aires: Ediciones Universidad del Salvador.

CIE-10 (2008) *Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*, Washington, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.

CLAUSEN, John (1986), *The sociology of the life course*, Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall.

CLEMENTE, María (2003), “Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica”, en *Redalyc.org*, Argentina, Vol. 20 N° 1.

CLORE, G. & BALDRIDGE, B. (1968), "Interpersonal attraction: The role of agreement and topic interest", en *Journal of Personality and Social Psychology*, N° 9.

COOLEY, CHARLES (1902), *Human Nature and the Social Order*, New York: Scribner's.

CORIA BALANZAT, Francisco et al. (2003), "*Guía en demencias. Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia*", Revisión 2002, Sociedad Española de Neurología, Barcelona: Masson S.A.

COSTA, P. & McCRAE (1980), "Personality continuity and the changes of adult life", en *The adult years: Continuity and change APA (1989)*, Washington.

COWGILL, D. & HOLMES, L. (1972), *Aging and modernization*, Nueva York: Appleton Century Crofts.

CROAS, Rosana & COLMENEROS FERNANDEZ, Laura (2013), *Modelos comunitarios e institucionales de gestión gerontológica*, Mar del Plata: Facultad de Psicología. U.N.M.D.P.

CSIC (Consejo Superior de Investigaciones Científicas) (2010). Disponible en: <<http://www.csic.es>> Fecha de consulta: 22-07-2015

CUMING, E. & HENRY, W. (1961), *Growing old, the process of disengagement*, Nueva York: Basic book.

CURTIS, R. C., & MILLER K. (1986), "Believing another likes or dislikes you: Behaviors making the beliefs come true", en *Journal of Personality and Social Psychology*, 51.

DANANI, C. (2009), "La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización", en CHIARA, M. & DI VIRGILIO, M. (Comp.), *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*, Buenos Aires: Prometeo.

DILTHEY, Wilhelm 1992 (1978), *Obras. El mundo histórico*, Vol. VII, F.C.E.

DIXON, R. & LERNER, R. (1992), A history of systems in developmental psychology, en BORNSTEIN, M. & LAMB, M. (eds.) *Developmental psychology: An advanced textbook*, Hillsdale, Lawrence Erlbaum.

DOWD, James (1975), “Aging as exchange: A preface to theory, *Jornal of Gerontology*, Vol. 30, N° 5.

DSM-IV (2012), *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Barcelona: MASSON S.A. Disponible en: <<http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/DsmIV.Castellano.1995.pdf>> Fecha de consulta: 02-10-2014.

DURKHEIM, Emile 2001 (1895) *Las reglas del método sociológico*, México: Fondo de cultura económica.

ENRÍQUEZ, R. & ALDRETE, A. 2006, “Envejecimiento y redes de apoyo social en contextos urbanos de pobreza extrema: un estudio de caso”, en ORDOÑEZ, G.; ENRÍQUEZ, R; ROMAN, I. & VALENCIA, E. 2006, *Alternancia, políticas sociales y desarrollo regional en México*, México: Colegio de la Frontera Norte-Instituto tecnológico de Estudios Superiores de Occidente-Universidad de Guadalajara.

ERIKSON, Erik 1986 (Comp.), *La adultez*, México: FCE.

ERIKSON, Erik 2007 (1988), *El Ciclo Vital completado*, México: Paidós.

ESTES, Caroll (1979), *The aging Enterprise*, California: Jossey Bass.

ESTRADA RIVERA, Martha (2013), “Envejecimiento y calidad de vida desde la perspectiva del territorio, migración y familia”. Trabajo de Tesis de Maestría, México, FLACSO.

EYSENCK, H. J. (1990), Biological dimensions of personality, en L. A. PERVIN (Ed.), *Handbook of personality theory and research*, New York: Guildford.

FASSIO, Adriana (2007), “La institucionalización de los adultos mayores en la Argentina. Imaginarios y realidades”, en *Vertex*, Argentina, Vol. 18.

FASSIO, Adriana & ZANGHELLINI, Alicia (2012), *Diagnóstico y Evaluación de las Organizaciones que trabajan con adultos mayores*, Mar del Plata: Facultad de Psicología. U.N.M.D.P.

FASSIO, Adriana (2013), “Desafíos de cara al envejecimiento poblacional: Políticas públicas y calidad de vida de las personas mayores desde una perspectiva de género”. XXIX Congreso ALAS Chile. Crisis y emergencias sociales en América Latina. FACSOS- socio Red –ALAS. Santiago de Chile, 3 de octubre Acta científica.

FERNÁNDEZ BALLESTEROS, Rocío (Dir.) (2008), *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada*. Madrid: Pirámide.

FERNÁNDEZ BALLESTEROS, Rocío (1992), *Mitos y realidad sobre la vejez*, Barcelona: SG-Fundación Caja Madrid.

FERNANDEZ BALLESTEROS, Rocío; MOYA FRESNEDA, Rosa; IÑIGUEZ MARTINEZ, Julio & ZAMARRÓN María 2003 (1999), *Qué es psicología de la vejez*, Madrid: Biblioteca Nueva.

FESTINGER, L. (1954), “A theory of social comparison processes”, en *Human Relations*, 7, 117-140.

FIGUERA, Lidia; MULET, Begoña; SÁNCHEZ CASAS, Rosa; ROSICH Marcel; ARRUFAT CARDÚS M; LABAD ALQUÉZAR Antonio (2005), “Deterioro cognitivo anterior a la enfermedad de Alzheimer tipologías y evolución”, en *Psicothema*, España, Vol. 17, N° 2. Disponible en: <<http://dialnet.unirioja.es>> Fecha de consulta: 20-12-2013.

FIREVICIUS, María & NOUZEILLES Bernardo, 1985, “Necesidad de la evaluación de los hogares o residencias para gerontes”, *Revista Argentina de Gerontología y Geriatria*, Argentina, N° 2.

FLICK, Uwe 2007 (2004), *Introducción a la investigación cualitativa*, España: Morata.

FLOREZ LOZANO, J.; ADEBA CÁNDENAS, J.; GARCÍA GARCÍA M.C. & GÓMEZ MARTÍN, M. (1997), “Psicopatología de los cuidadores habituales de

- ancianos”, en *Revista Departamento de Medicina*, Barcelona, Universidad de Oviedo. Disponible en: <<http://www.doyma.net.es>> Fecha de consulta: 2-10-2014.
- FONER, Anne (1975), “Age in society: Structures and change”, en *American Behavioral Scientist*, Vol. 19, N°1.
- FOUCAULT, Michael (1972), *Histoire de la folie à l'âge classique*, París: Gallimard.
- FOUCAULT, Michael (1994) *La hermenéutica del sujeto*, Madrid: La Piqueta.
- FRANZOI, S. (2003), *Psicología Social*, México: Mc Graw Hill.
- FUSTINONI, O. (2002), “Deterioro cognitivo y demencia”, en *Cuadernos de Medicina Forense*, Vol. 1, N°1. Disponible en: <http://www.csjn.gov.ar/cmfcscuadernos/1_1_39.html> Fecha de consulta: 26-07-2014.
- GADAMER, Hans (1975), *Verdad y método. Fundamentos para una hermenéutica filosófica*, Salamanca: Sígueme.
- GAJARDO, Jean & CIFUENTES, Diego (2014), “Un modelo transaccional o contextualizado de autonomía en personas con demencia”, en *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, Vol. 14, N° 2.
- GARCÍA HERRANZ, Sara; DÍAZ MARDOMINGO, María & PEREIRA, Herminia (2014), “Evaluación y seguimiento del envejecimiento sano y con deterioro cognitivo leve (DCL) a través del TAVEC”, en *Anales de Psicología*, Murcia, España, Vol. 30, N° 1. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.150711>> Fecha de consulta: 26-7-15.
- GAUTHIER, S.; Reisberg, B.; Zaudig, M.; Petersen, R. C.; Ritchie, K.; Broich, K. & Winblad, B. (2006), “Mild cognitive impairment”, *Lancet*, N° 367.
- GIDDENS, Anthony (1990), *Un Mundo Desbocado. Los Efectos de la Globalización en Nuestras Vidas*, España: Taurus.

GLASER, Barney & STRAUSS Anselm, (1967), *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, New York: Aladine Publishing Company.

GÓES, (1991) en CASTORINA, José & DUBROVSKY, Silvia (Comp.) (2004), en *Psicología, Cultura y Educación: perspectivas desde la obra de Vygotski*, Buenos Aires, Centro de publicaciones educativas y material didáctico. Disponible en:

<file:///C:/Users/Gustavo/Downloads/971194558.VygotskyPsicologia%20Cap%2001%20(1).pdf> Fecha de consulta: 26-07-2014.

GOFFMAN, Erving 1974 (1961), *Manicomios, prisiones e conventos*, Brasil: Perspectiva.

GOFFMAN, Erving 1993 (1959), *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires: Amorrortu.

GOFFMAN, Erving 2001 (1961), *Internados. Ensayo sobre la situación de los enfermos mentales*, Buenos Aires: Amorrortu.

GOGNALONS NICOLET, Maryvonne (1994), “Desarrollo, envejecimiento y realización personal”, en BUENDÍA, José (Comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud*, España: siglo XXI.

GOLDSTEIN, S. & REICHEL, W. (1981), *Aspectos fisiológicos y biológicos del envejecimiento*, en REICHEL W. (Ed.), Buenos Aires: Ateneo.

GOLPE, Laura (2003), Edaísmo y Trayectoria vital: una encrucijada de la cultura, en GOLPE L.; BIDEGAIN, L. & ARIAS, C. (Comp.), *Edaísmo y Apoyo Social*, Mar del Plata: Suarez.

GÓMEZ RODRÍGUEZ, Sara (2005), “Comunicación: cómo fomentar la autonomía en las personas mayores”, *III Jornadas sobre Calidad de Vida en Personas Mayores. Intervención social y educativa*, España.

GONZALEZ de GAGO, J. (2010), “Teorías de envejecimiento”, en *Tribuna del Investigador*, Vol. 11, N° 1.

GONZÁLEZ, L. (2010), “Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores”. Región Metropolitana Jornadas de Trabajo 2010, Santiago de Chile.

GORELICK, Philip, et al. (2011), “Vascular contributions to cognitive impairment and dementia. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association / American Stroke Association”, en *Stroke*, Vol. 42, N° 9.

GRAEFF, Lucas (2005), *Instituciones totales y la cuestión asilar. Un abordaje comprensivo*.

GREEN, André (2003), “Réflexions pour un temps de pause”, en *Le travail du psychanalyste*, París, Puf.

GUBRIUM, J. (1973), “The myth of the golden years: a socio-environmental theory of aging”, en *Springfield*, N° 3.

GUERRINI, María (2010), “La vejez, su abordaje desde el Trabajo Social”, en *Margen*, N° 57. Disponible en: <www.margen.org> Fecha de consulta: 17-06-2015.

HARMAN Denham (1956), “A teory based on free radical and radiation chemistry”, en *J Gerontol*, N° 11.

HARRÉ, Rom & SECORD, Paul (1972), *The explanation of social behavior*, Oxford: Blackwell.

HAVIGHURST, R. & ALBRECHT, R. 1980 (1953), *Older people*, New York: Arno Press.

HAVIGHURST, R. (1961), Successful aging, en *The Gerontologist*, N° 1.

HEIDER, F. (1958), *The psychology of interpersonal relations*, New York: Wiley.

HOFSTEDE, C. (1980), *Culture's consequences: International differences in work related values*, Beverly Hills, CA: Sage.

HOMANS, G. (1958), “Social behavior as exchange”, en *American Journal of Sociology*, N° 63.

HORKHEIMER, M. & ADORNO, T. (1994), *Dialéctica de la Ilustración*, Madrid: Tralla

HUENCHAN, Sandra (2011), *Los derechos de las personas mayores. Material de estudio y divulgación*, Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL. Disponible en: <<http://www.cepal.org/celade/envejecimiento>> Fecha de consulta: 27-06-2015.

HUENCHAN, Sandra (2013), *Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2007-2015*, Santiago de Chile: Naciones Unidas CEPAL.

HUENCHUAN NAVARRO, Sandra (2003), “Políticas de vejez en América Latina: una propuesta para su análisis”. Ponencia. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

HUENCHUAN, Sandra & RODRIGUEZ PIÑERO, Luis (2010), “Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección”, Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL. Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones> Fecha de consulta: 27-06-2015.

HUENCHUAN, Sandra (2004), *Marco legal y de políticas a favor de las personas mayores en América Latina*, Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL.

HUENCHUAN, Sandra (2009), *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*, Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL.

HUENCHUAN, Sandra (2012), *Desafíos de la institucionalidad pública y el abordaje del envejecimiento*, Chile: Naciones Unidas, CEPAL. Disponible en: www.cepal.org/celade/envejecimiento.

HULTSCH, Daniel & DEUTSCH, Francine (1981), *Adult development and aging: A life-span perspective*, New York: Mc. Graw Hill.

IACUB, Ricardo (2011), *Identidad y envejecimiento*, Buenos Aires: Paidós

IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) (2009; 2011), *Informe de las personas mayores en España*, Ministerio de sanidad y política social–IMSERSO, Madrid.

INDEC (2012), Datos definitivos del Censo Nacional de Población del año 2010, *Adultos mayores: hogares y población*. Grupos poblacionales. Disponible en <www.indec.mecon.gov.ar> Fecha de consulta: 26-07-2013.

INDEC (2010), Datos definitivos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010. Disponible en <www.indec.mecon.gov.ar> Fecha de consulta: 26-07-2013.

IZQUIERDO, Angel (2005), “Psicología del desarrollo de la edad adulta. Teorías y contexto”, en *Complutense de Madrid*, Madrid, Vo.16, N° 2.

JACOB, E. (1987), “Qualitative Research Traditions: A Review”, en *Review of Educational Research*, N° 57.

JELIN, Elizabeth (1998), *Pan y afectos. La transformación de las familias*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

JUNG, Carl (1930), *La psique y sus problemas actuales*, Santiago de Chile: Zigzag.

KUYPERS, Joseph & BENGTON, Vern (1973), “Social breakdown and competence: A model of normal aging, en *Human development*, Vol. 16, N° 3.

LEARY, M. R. & KOWALSKI, R. M. (1995), *Social anxiety*, New York: Guildford.

LECOMPTE, M. (1995), “Un matrimonio conveniente: diseño de investigación cualitativa y estándares para la evaluación de programa”, en *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, Vol. 1, N° 1. Disponible en: <www.uv.es/relieve/v1/RELIEVE> Fecha de consulta: 02-09-2014.

LÉTOURNEAU, Jocelyn (1993), “Mundialización e identidad histórica de las regiones”, en *Ciclos en la Historia, la Economía y la Sociedad*, Buenos Aires, Año VII, Vol. VII, N° 12.

LEVINSON, Daniel. J. (1978), *The seasons of a man's life*, New York: Mallatine Books.

LÓPEZ FRAGUAS, A.; MARÍN GONZALEZ, A. & DE LA PARTE HERRERO, J. (2004), “La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respecto al derecho de la autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica”, en *Siglo Cero*, 35, Vol. 1, N° 210.

LOPEZ NORORI, M. (2008), “*Evaluación de los Hogares de Ancianos en la región centro-norte de Nicaragua Abril a diciembre del 2006*”, Nicaragua: Managua.

MADDOX, George (1964), “Disengagement theory: A critical evaluation”, en *The Gerontologist*, Vol. 4, N° 1.

MANLY, J.; TANG, M.; SCHUPF, N.; STERN, Y.; VONSATTEL, J. & MAYEUX, R. (2008), “Frequency and course of mild cognitive impairment in a multi-ethnic community”, en *Annals of Neurology*, N° 63. Disponible en: <<http://columbianeurology.org>> Fecha de consulta: 02-09-2014.

MARIN, J. M. (2003), “Envejecimiento”, en *Salud Pública Educ. Salud*, España, Vol. 3, N° 1. Disponible en: <<http://mpsp.webs.uvigo.es/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>> Fecha de consulta: 20-12-2014.

MARIN, Antonio (2006), “Las tecnologías de la información y la comunicación: cambios en el modelo de comunicación”, Ensayo, en *Hologramática*, Facultad de Ciencias Sociales, UNLZ, España, Año III, N° 4, Vol. 1. Disponible en: <www.hologramatica.com.ar> Fecha de consulta: 02-10-2013.

MARSHALL, C. & ROSSMAN, G. (1999), *Designing Qualitative Research*, Londres: Sage.

MARTIN MARAVER, María de los Ángeles (2011; 2012), “Representaciones y significados acerca de la vejez institucionalizada”, en TFC Humanidades UOC Mundo Actual. Disponible en: <<http://argentina.ar/2014/08/28/efemerides-31306-evita-proclama-los-derechos-de-la-ancianidad.php>> Fecha de consulta: 24-5-15.

MARTINEZ RODRIGUEZ, Teresa (2011), “La atención Gerontológica centrada en la persona”, en *Documentos de Bienestar Social*, N° 76, España: Gizartea Hobetuz.

MATURANA NAVARRETE, Nicolás (2014), “Residencias. Centros que velan por nuestra salud”, en *Mayor & Salud*, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Disponible en: <<https://www.segg.es>> Fecha de consulta: 05-11-2014.

MAXWELL, J. (1996), *Qualitative Research Design. An Interactive Approach*, Londres: Sage.

MCMULLIN, J. (1995), “Teoría de las relaciones de género y edad”, en ARBER, S. y GINN, J., *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*, Madrid, Narcea.

MEHRABIAN, Albert (1972), “Nonverbal communication”, en *J. Cole, Nebraska symposium on motivation*, Lincoln: University of Nebraska Press, Vol. 19.

MELLENDEZ MORAL, Juan Carlos; SANZ ALVAREZ, Teresa & NAVARRO PARDO, E. (2012), “Deterioro cognitivo leve: método y procedimiento de clasificación”, en *Anales de psicología*, Vol. 28, N° 2.

MINKLER, Meredith & ESTES, Carroll (1984), *Readings in the political economy of aging*, Farmingdale, New York: Baywood.

MISHARA, B & RIEDEL, R 2000 (1984), *El proceso de envejecimiento*, Madrid: Morata.

MONTES de OCA, Verónica (2013), “El envejecimiento en el debate mundial: Reflexión académica y política”, en *Papeles de Población del Centro de Investigación y estudios avanzados de la población*, Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México.

MONTOYA, R. M., & HORTON, R. S. (2004), “On the importance of cognitive evaluation as a determinant of interpersonal attraction”, en *Journal of Personality and Social Psychology*, N° 86.

MOODY, H. R. (1988), "Thoward a critical gerontology: the contribution of the humanities to theories of aging", en BIRREN & BENGTSON (Eds) (1988), *Emergent theories of aging*, Vol. 19, N° 40. New York

MUÑOZ, P. & MUÑOZ, I. (2001), "Intervención en la familia: estudio de caso", en PÉREZ SERRANO, G. (coord.), *Modelos de investigación cualitativa en Educación Social y Animación sociocultural*, Madrid: Narcea.

NAHEMOW, L. & LAWTON, M. (1975), "Similarity and propinquity in friendship formation", en *Journal of Personality and Social Psychology*, N° 32.

NEUGARTEN, B. 1999, *Los significados de la edad*, Barcelona: Herder.

NEUGARTEN, B.; HAVIGHURST, R. & Tobin, S. (1961), The measurement of life satisfaction, *Journal of Gerontology*, N° 16.

NITRINI, Ricardo & DOZZI BRUCKI, Sonia (2012), "Demencia: Definición y Clasificación. Unidade de Neurología Cognitiva e do Comportamento e do Centro de Referência em Distúrbios Cognitivos", en *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatria y Neurociencias*, (CEREDIC) do Hospital da Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Vol.12, N°1.

OCAMPO, J. & LONDOÑO, A. (2007), "Ciclo Vital individual: vejez", en *Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, Vol. 21, N° 3.

ODDONE, María Julieta (2013), "Antecedentes teóricos del envejecimiento activo", en *Informes Envejecimiento en red*, Madrid, N° 4.

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2012), "La buena salud añade vida a los años: información general para el Día Mundial de la Salud", Ginebra, Suiza. Disponible en: http://www.who.int/ageing/publications/whd2012_global_brief/es/ Fecha de consulta: 27-07-2015.

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2015), "Demencia" Nota descriptiva N° 362. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es> Fecha de consulta: 30-03-2015

ONU (Organización Naciones Unidas) (2007), Consejo Económico y Social. Comisión de desarrollo Social 45º periodo de sesiones, “Principales acontecimientos en la esfera del envejecimiento desde la segunda asamblea Mundial sobre el Envejecimiento”, 7 al 16 de febrero de 2007.

ONU (Organización Naciones Unidas) (2012), “10 datos sobre el envejecimiento de la población”, Abril. Disponible en: <www.who.int/features/factfiles/ageing_facts/es> Fecha de consulta: 06-02-2014.

OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1998), “Salud de las personas de edad. Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma”, (CSP 25/12), Washington, D. C.

ORS MONTENEGRO, A. & LAGUNA PÉREZ, A. (1997), “Cultura de los cuidados”, en *Cultura de los cuidados*, Alicante, Vol. 1, Nº 2. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5304/1/CC_02_10.pdf> Fecha de consulta: 30-03-2012.

ORS MONTENEGRO, A. (2008), “Dependencia institucional en un hogar de la provincia de alicante: estudio cualitativo sobre la vejez”. Tesis doctoral, Universidad de Alicante, España.

ORTIZ DE LA HUERTA, Dolores (2005), “Aspectos sociales del envejecimiento”. Disponible en: <<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud>> Fecha de consulta: 3-8-2012

OSIS (Organización Iberoamericana de Seguridad Social) (2006) “Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales. Análisis de experiencias y modelos internacionales”, *Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicio Sociales en los países del Cono Sur*. Disponible en: <www.oiss.org> Fecha de consulta: 09-11-2014.

OSWALD, D. & CLARK, E. (2003), “Best friends forever? High school best friendships and the transition to college”, *Personal Relationships*, Nº 10.

PAPALIA, Diane & WENDKOS, Sally (1998), *Desarrollo humano*, Bogotá: Limusa.

PARSONS, Talcott 2005 (1951), *The Social System*, London: Routledge & Taylor Francis Group. Disponible en:

<<http://home.ku.edu.tr/~mbaker/CSHS503/TalcottParsonsSocialSystem.pdf>>

Fecha de consulta: 15-07-2015.

PEPLAU, L. & PERLMAN, D. (Eds) (1982), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy*, New York: Wiley.

PÉREZ, M. & VILLALOBOS, J. (2013), “Envejecer exitosamente: a propósito de su análisis en ancianos institucionalizados”, en AVILA, J., *Individuo, comunidad y salud mental. Avances en estudios sociales y aplicados a la salud*, Barranquilla, Colombia: CUR.

PETERSEN, R. (2004), “Mild cognitive impairment as a diagnostic entity”, *J. Intern Med*, N° 256.

PETERSEN, R.; SMITH, G.; WARING, S.; IVNIK, R.; TANGALOS, E. & KOKMEN, E. (1999), “Mild Cognitive Impairment. Clinical Characterization and Outcome”, en *Arch. Neurology*, N° 56.

PSZEMIAROWER, S. & POCHAT, N. (1999), “La tan temida ancianidad”, en *Centro de documentación en políticas sociales documentos*, Buenos Aires, Vol. 14.

PSZEMIAROWER, Santiago (1999) (Comp.), *Ancianidad y Derechos Humanos. Violencia, abuso y maltrato en la vejez*, Buenos Aires: APDH.

REBAGLIATI TIRADO, Claudia; RUNZER COLMENARES, Fernando; HERRUITINIERE IZQUIERDO, Marielle; LEVAGGI JACOBS, Giacomo & PARODI GARCÍA, José (2015), “Caracterización clínica, epidemiológica y social de una población geriátrica hospitalizada en un Centro Geriátrico Militar”, en *Horizonte Médico*, Vol. 12, N° 2.

REDONDO DÍEZ, Elsa; SÁNCHEZ ZABALLOS, Elena & URCHAGA LITAGO, José 2014, “Análisis bibliométrico sobre deterioro cognitivo y calidad de vida en España”, en *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, N° 1, Vol. 2.

REDONDO, Nélida. (2010), “La internación de personas mayores en instituciones de larga estadía en el Área Metropolitana de Buenos Aires ¿desconociendo derechos o promoviendo autonomía?”, Serie de Estudios N° 10. Buenos Aires: ISALUD. Disponible en: <[http:// www.isalud.edu.ar/pdf/SE10-Redondo.pdf](http://www.isalud.edu.ar/pdf/SE10-Redondo.pdf)> Fecha de consulta: 09-11-2014.

REYES, L. (2003), “¡Viejos son los cerros...! Resistencias culturales a aceptar la vejez”, Santiago de Chile: estudios indígenas.

RILEY, Matilda (1971), “Social gerontology and the age stratification of society”, en *The Gerontologist*, Vol. 11, N° 1.

RILEY, Matilda (1987), “On the significance of age in sociology”, en *American sociological Review*, Vol. 52, N° 1.

RINALDI, Nicolás (2009), “Participación social, condiciones de inserción en la comunidad y efectos en la vinculación de los adultos mayores”, Informe final (beca de iniciación), Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

RIVADENEIRA, Mariana & VALENZUELA, María (2014), “La incidencia de la institucionalización en las formas de socialización de los adultos mayores de la residencia Santa Catalina Labourré”. Trabajo de Tesis de Grado.

ROBLES, A.; DEL SER, T.; ALOM, J.; PEÑA CASANOVA, J. & Grupo Asesor del Grupo de Neurología de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología Grupo Asesor del Grupo de Neurología de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología (2002), “Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer”, en *Neurología*, N° 17. Disponible en: <<http://www.guiasalud.es/egpc/alzheimer/completa/apartado04>> Fecha de consulta: 20-12-2013.

ROCA SOCARRÁS, Armando & BLANCO TORRES, K. (2011), “Carga en familiares cuidadores de ancianos dementes”, en *Corr Med Cient Holg*, Vol.4, N°1. Disponible en: <<http://www.cocmed.sld.cu/no114sp/ns114rev4.htm>> Fecha de consulta: 20-12-2014.

ROCA SOCARRÁS, Armando (2011), “Particularidades de la atención a las demencias en el hogar de ancianos”, en *Finlay*, Vol. 1, N° 30. Disponible en: <<http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/48>> Fecha de consulta: 30-04-2015.

ROCA SOCARRÁS, Armando; HENRIETTE, Kenneth; RAMÍREZ ROJAS, Alexander & PROSPER, Christina (2013), “Rasgos distintivos de la comorbilidad y funcionalidad en ancianos institucionalizados con deterioro cognitivo y demencia”, en *Revista Finlay*, Disponible en: <<http://www.revfinlaysld.cu./index.php/finlay/article/view/192>> Fecha de consulta: 06-10-2014.

RODRÍGUEZ FEIJÓO, N. (2007), “Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos”, *Psicología y Psicopedagogía*, Vol. 6, N° 17.

RODRÍGUEZ FIGUEROA, Judith (2015), Agosto, “Demografía: población de edad avanzada a nivel global y en Puerto Rico”. Trabajo expuesto en la Tercera Cumbre de las Américas de Nutrición y Salud, San Juan, Puerto Rico.

RODRÍGUEZ GÓMEZ, Gregorio; GIL FLORES, Javier & GARCÍA JIMÉNEZ, Eduardo 1999 (1996), *Metodología de la investigación cualitativa*, Málaga: Aljibe.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar (coord.) 2001 (1999), *Residencias para Personas Mayores. Manual de orientación*, Madrid: Médica Panamericana.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar (2007), “Las preferencias, los principios y criterios de la intervención y los derechos de las personas mayores”, en *Residencias y otros alojamientos para personas mayores*, Madrid: Médica Panamericana. Disponible en: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=134434>> Fecha de consulta: 22-01-2015.

RODRÍGUEZ, L. (2010), “La atención integral centrada en la persona”. *Informes Portal Mayores*, N° 106, Madrid. Disponible en

<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos>> Fecha de consulta: 09-11-2014.

ROQUÉ, Mónica & FASSIO, Adriana (2012), *Gerontología Comunitaria e Institucional*, Mar del Plata: Facultad de Psicología. U.N.M.D.P.

ROQUÉ, Mónica (2005), “Avances en el cumplimiento del Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento”, (Reunión de Gobiernos y Expertos Sobre Envejecimiento de Países de América del Sur), 14 al 16 de noviembre de 2005), Buenos Aires, Argentina.

ROSANVALON, Pierre, (1995), *La nueva cuestión social. Repensar el Estado Providencia*, Buenos Aires: Manatíal.

ROSE, Alnold (1965), *Older people and their social workd*, Philadelphia: F.A. David.

ROZAS PAGAZZA, Margarita 2008 (1998), *Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social*, Córdoba: Espacio.

SÁEZ NARRO, N.; ALEIXANDRE, M. & MELÉNDEZ MORAL, J. (1995), “Los problemas de la tercera edad, según la tercera edad”, en *Geriátrika*, Vol. 11, N° 10.

SALVAREZZA, Leopoldo (1998), *La vejez: una mirada gerontológica actual*, México: Paidós.

SÁNCHEZ SALGADO, Carmen (2005), “El mundo envejece: Impacto en la Familia”, en *Familia y Vejez, Memorias Segundo Seminario Red Estudios de la Vejez Centroamérica y El Caribe*, San Juan: Universidad de Puerto Rico.

SANCHEZ AYENDEZ, Melba (1994), “El apoyo social informal”, en ANZOLA PÉREZ, E. et al., *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica, N° 546.

SÁNCHEZ GONZÁLEZ, D. (2009), “Contexto ambiental y experiencia espacial de envejecer en el lugar: el caso de Granada”, en *Papeles de Población*, Vol. 5, N° 60, México: Universidad Autónoma del Estado de México.

- SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, Juan; TORRELLAS MORALES, Clara, (2011), “Revisión del constructo deterioro cognitivo leve: aspectos generales”, en *Revista de Neurología*, Vol. 52 N° 5.
- SÁNCHEZ SALGADO, Carmen (1990), *Trabajo Social y Vejez*, Buenos Aires: Hvmantas.
- SÁNCHEZ SALGADO, Carmen (2000), *Gerontología Social*, Buenos Aires: Espacio.
- SÁNCHEZ SALGADO, Carmen, BENITEZ, Nazario & SANTIAGO ORRIA, Astrid (2010), *Población de edad mayor: siguen siendo ciudadanos. Ciudadanía y exclusión en Puerto Rico*, San Juan: Tal cual.
- SARTORI, Giovanni, (2005), *Homo videns. La sociedad teledirigida*, Buenos Aires: Taurus.
- SATORRES PONS, Encarnación (2013), “Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital”. Trabajo de Tesis Doctoral. España.
- SAXON, S. & ETTEN, M. 2005, *Physical Change and Aging: A Guide for the Helping Professions*, New York: Springer Publishing.
- SCHACHTER, S. (1959), *The psychology of affiliation*, Stanford, CA: Stanford University Press.
- SCHACHTER, S. (1964), “The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state”, en BERKOWITZ, L. (ed.), *Advances in experimental social psychology*, New York, Vol. 1.
- SEALE, C. (1999), *The Quality of Qualitative Research*, Londres: Sage.
- SEPÚLVEDA, Catalina; RIVAS, Edith; BUSTOS, Luis & ILLESCA, Mónica 2010, “Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados. Temuco, Padre de las Casas y Nueva Imperial”, en *Ciencia y Enfermería*, Vol. 16, N° 3.
- SILVA, Elena; RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, José & ZAS, Vivian (2013), “Promoción de salud y envejecimiento activo”, en *Geroinfo*, Vol. 8, N° 1.

- SPRADLEY, J. (1979), *The ethnographic interview*, Rinehart and Winston, hort.
- SUBIRATS, Joan (2002), “Los dilemas de una relación inevitable. Innovación democrática y tecnologías de la información y la comunicación”, en *Res publica*, N° 2.
- TARTLER, R. (1961), *Das Alter in der modernen Gesellschaft*, Stuttgart: Enke.
- TAYLOR S. & BODGAN, R., 1992 (1987), *Introducción a los métodos cualitativos de Investigación*, Buenos Aires: Paidós. Disponible en: <<http://colegiodesociologosperu.org/nw/biblioteca/introduccion%20a%20los%20metodos%20cualitativos%20de%20investigacion-taylorbogdan>> Fecha de consulta: 09-05-2013.
- TENTI FANFANI, Emilio (1989), *Estado y pobreza: estrategias típicas de intervención*, Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- THIBAUT, J. & Kelley, H. (1959), *The social psychology of groups*, New York: Wiley.
- THOMAS, William & THOMAS, Dorothy (1928), *The child in America: behavior problems and programs*, New York: Knopf.
- THOMPSON, Laura (1995), “Encoding and memory for visible speech and gestures: A comparison between young and older adults”, en *Psychology and Aging*, Vol. 10, N° 2. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.10.2.215>> Fecha de consulta: 26-07-2014
- TOUCEDA, María; RUBIN, Romina & GARCIA, Claudio (2013), *Salud, Epidemiología y Envejecimiento*, Mar del Plata: Facultad de Psicología. U.N.M.D.P.
- TRIADÓ, Carmen & VILLAR, Feliciano, 2007 (2006), *Psicología de la vejez*, Madrid: Alianza.
- UNFPA & HELPAGE INTERNATIONAL (2012), *Ageing in the Twenty-First Century*, Naciones Unidas. Disponible en: <<http://www.unfpa.org/es/node/6225>> Fecha de consulta: 02-10-2014.

UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2011), *Envejecimiento poblacional. América Latina y el Caribe*, Naciones Unidas. Disponible en: <<http://www.unfpa.org>> Fecha de consulta: 09-11-2014.

UNFPA (2011), *Envejecimiento: un reto sin precedentes. Éxito en la historia de la humanidad y desafío para las políticas públicas*, Argentina. Disponible en: <<http://www.unfpa.org.ar>> Fecha de consulta: 09-11-2014.

UNFPA (Unión Nacional Popular Federal Argentina) (2014), “Envejecimiento: un reto sin precedentes”. Disponible en: <www.unfpaargentina.com.ar/envejecimiento-un-reto-sin-precedentes> Fecha de consulta: 28-2-2015.

UTERGA VALIENTE, Juan Manuel (2010), *La autonomía personal y la dependencia en el proceso de envejecimiento*, ADINEKOAK XXI.

VALLES, Miguel, (1999), *Técnicas cualitativas de la investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*, España: Síntesis.

VASILACHIS DE GIALDINO, Irene (Comp.) 2007 (2006), *Estrategias de investigación cualitativa*, Buenos Aires: Gedisa.

VILLAR, Feliciano (2005), “El enfoque del ciclo vital: Hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento”, en PINAZO, S. & SÁNCHEZ, M. (eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*, Madrid: Prentice-Hall.

VON MUHLENBROCK, F.; GÓMEZ, R.; GONZÁLES, M.; ROJAS, A.; VARGAS, L. & VON MUHLENBROCK, C. (2011), “Prevalencia de la Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago”, en *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, Vol. 49, N° 4.

VYGOTSKI, Lev (1979), *El desarrollo de los procesos psíquicos superiores*, Barcelona: Grijalbo.

ZAJONC, R. (1968), “Attitudinal effects of mere exposure”, en *Journal of Personality and Social Psychology Monograph Supplement*, Vol. 9, Part. 2, N° 2.

ZETINA LOZANO, María Guadalupe (1999), “Conceptualización del proceso de envejecimiento”, en *Papeles de población*, México, Universidad Autónoma de México, N° 019.

ARTÍCULOS EN PERIÓDICOS

JAUREGUI, Javier (3 de abril de 2014). La revolución del envejecimiento. *La Nación*, p.p. 15.

MORALES, Fernando (13 de agosto de 2014) ¿Qué es el envejecimiento humano? *La Nación*. Disponible en: <<http://www.nacion.com>> Fecha de consulta: 14-08-2014

APENDICE

I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente, Ud. está siendo invitado/a a participar de un estudio de investigación para una Tesis Final del Doctorado en Trabajo Social dependiente de la Universidad Nacional de Rosario. Se analizará *la convivencia cotidiana y las interacciones de los residentes que viven en esta Residencia de larga estadía*. Esta participación es totalmente voluntaria y puede retirarse cuando lo disponga.

Esto es un Consentimiento Informado por el cual le pido su permiso para trabajar con los datos que Ud. me otorgue en las entrevistas que mantendremos. Su nombre será confidencial puesto que se utilizarán seudónimos para identificar los datos.

Las conversaciones serán grabadas para estudiar en profundidad lo que Ud. me dijo. Toda la información es confidencial, es decir que lo que me diga queda para mí y mi directora y no tiene ninguna relación con la Institución. Una vez finalizado el estudio las grabaciones se destruirán.

La Directora del Trabajo de Investigación es la Dra. Susana Verdinelli (e-mail: verdines@hotmail.com) y la Investigadora es la Lic. Laura Cabero (e-mail: laucabero@hotmail.com).

Declaro que he leído y entiendo el contenido del presente documento y acepto expresamente mi participación en este Trabajo de Investigación. Podré contactar vía e-mail a la Investigadora y la Directora de la misma para consultas u observaciones que quiera otorgar.

Colaborador de la investigación:

Firma:

Aclaración:

Fecha:

II

GUÍA DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

- Movimiento de los adultos mayores en cuanto a entradas, salidas, demandas al equipo técnico, a enfermería, a la administración.
- Flujo diario de personal (guardias, ingresos, egresos)
- Concurrencia de visitantes, horarios, frecuencia y vinculación con el residente.
- Lugar y encuentros de reuniones de equipo técnico.
- Documentación: libro de visitas, historias clínicas y demás elementos que surjan y aporten al objetivo de investigación.
- Observación en dos turnos: de 6 a 14 hs. y de 14 a 22 hs. Dado que en el tercer turno descansan.
 - Almuerzo, cena, desayuno y merienda. Horarios.
 - Horarios de descanso.
 - Agrupamiento de los adultos mayores en espacios comunes
 - Posturas y gestos de los residentes y del personal
 - ¿En qué momento se dan las conversaciones? ¿Cómo son? ¿Cuánto duran? ¿Cómo se construyen los vínculos?
 - Conversaciones entre los residentes y entre ellos y el personal
 - Actividades profesionales y dinámica de las personas mayores en ellas.
 - Participación en actividades recreativas de festejo institucional (ej. Fiesta de fin de año)
 - Participantes e interacciones en actividades recreativas de festejo institucional
 - Observaciones mediante conversaciones casuales
- Espacios físicos (cantidad y distribución).
 - Dónde toman lugar las actividades grupales
 - Dónde toman lugar las actividades individuales
 - Comedores
 - ¿Cómo están sentados durante el día?. Horarios.

- ¿Se acompañan de un lado al otro entre residentes o lo hace el personal?
- Participación en actividades en común
- ¿Cómo comparten la habitación? ¿Por qué la comparten?
- ¿Se vinculan entre los que comparten la habitación?
- Lugar de visitas
- Ubicación de televisores, radios y otros aparatos electrónicos que generen encuentro.
- Espacios recreativos
- Espacios al aire libre
- ¿Están separados por sectores? Tipo de agrupación.
- Habitaciones
- Número de residentes por habitación. Conformación de las mismas.
- Porcentaje de capacidad instalada (residentes / habitación)

III

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Adultos Mayores

Iniciales de su Nombre

Sexo

Edad

Estado civil

Hijos

Hermanos

Estudios

Profesión u oficio

Fecha de ingreso

Alguna patología

1. Razón o causa de ingreso.
2. ¿Recuerda con quien ingresó a la institución o quién hizo el ingreso con Ud. (solo, con un familiar, con un amigo, etc.)?
3. ¿Cuánto hace que está viviendo aquí?
4. ¿Cómo atiende sus necesidades o con quién? (alimentación, aseo personal, etcétera)
5. ¿Habla con alguien cuando está desconforme o necesita algo en especial?
¿Con quién?
6. Cuénteme como es un día en la residencia para Ud.
7. Mencione los compañeros con los que se relaciona, conversa, comparte alguna actividad. ¿Qué actividad realiza?
8. ¿Con quién o quienes desayuna? Almuerzo? Cena?
9. ¿Con quienes no se relacionaría y porqué?
10. De las actividades que realizas en el Hogar, cuales son de tu preferencia?
11. ¿Realiza salidas de la Institución? ¿Qué actividad realiza fuera de ella? ¿Con qué regularidad?
12. ¿Recibe visitas? ¿De quién? ¿Con que regularidad? ¿Qué tipo de relación?
13. ¿Cómo me contaría qué se siente al ingresar aquí, al transcurrir tres meses, seis y al año o en la actualidad? ¿Considera que se adaptó a la institución?
14. ¿Con quién o quiénes siente mayor confianza del personal de la Institución?

IV

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Familiares o referentes

Nombre

Edad

Sexo

Familiar o Referente del residente

Parentesco

Tiempo de residencia institucional

Frecuencia de visita

Duración aproximada de la visita

1. ¿Cómo es el estado de salud del anciano? ¿Si padece demencia o deterioro cognitivo moderado?
2. ¿Cómo es la relación del residente (nombre del anciano) con Ud.?
3. ¿Con quienes sabe Ud. que se vincula diariamente?
4. ¿Cómo ve Ud. la relación de su familiar (nombre del anciano) con los compañeros que tienen demencia y con los que son autoválidos?
5. ¿Si observa algún tipo de inconveniente en la relación del Sr./a con sus pares? ¿Con quiénes? ¿Qué sucede? ¿Puede decir si el anciano es autoválido o padece demencia?
6. ¿Cómo describe el anciano su estadía en la institución en referencia a sus relaciones interpersonales?
7. ¿Cómo es la relación del Sr./a. con los cuidadores formales y con los integrantes del equipo técnico?
8. ¿Cómo cree Ud. que se encuentra o cómo se siente el anciano en la institución?
9. ¿Cómo ha trascendido su conducta desde el ingreso y hasta el día de hoy? De haberse modificado, cuál, piensa Ud., que sería la causa.
10. ¿Cómo se ha desarrollado la adaptación a la institución?
11. ¿Conoce de actividades que se desarrollen en la institución? ¿Participa el Sr./a de alguna de ellas? ¿De cuáles?

V

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Cuidadores Formales

Función que realiza

Cargo

Horario de trabajo

Edad

Antigüedad en la función

Antigüedad en la Institución

Siempre en la misma función?

Si cambió, a cual?

Formación geriátrica o gerontológica

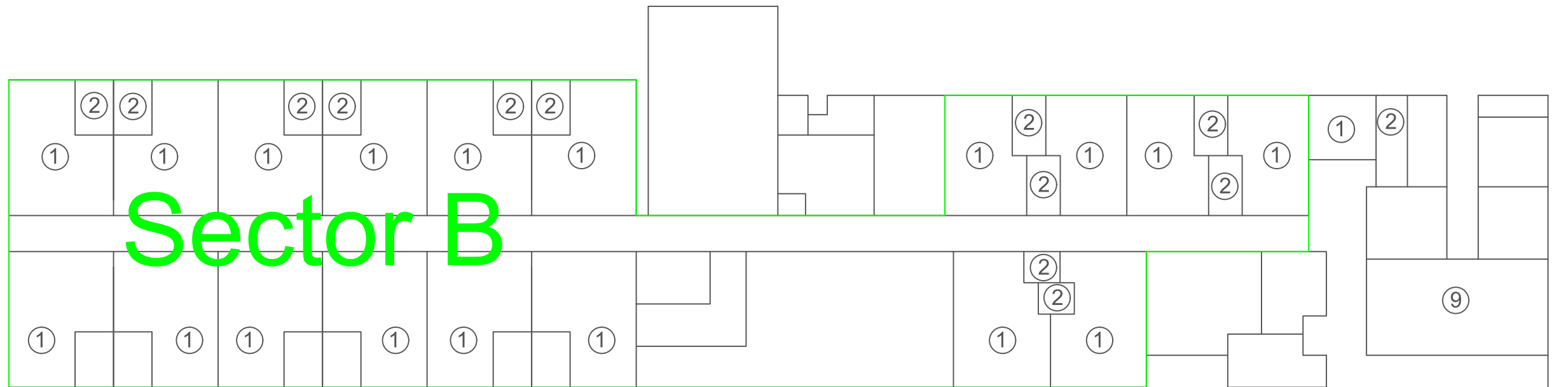
1. ¿Cómo se relaciona con los adultos mayores con demencia? Qué actividad o trabajo realiza con ellos? ¿Con qué frecuencia?
2. ¿Y cómo es su relación con los adultos mayores autónomos? ¿Qué tipo de contacto tiene y que actividades realizas con ellos?
3. ¿Qué cambios observa en el adulto mayor al transcurrir el tiempo en la residencia? Comparando al ingreso, seis meses, al año. ¿Cómo lo describiría? ¿Cómo es el cambio respecto a su actitud con los demás adultos mayores? ¿con el personal? ¿Hacia la familia?
4. ¿Cómo definiría la relación entre los adultos mayores con demencia entre sí?
5. ¿Y la de los ancianos autónomos?
6. ¿Cómo detallarías la relación entre ambos grupos? Un ejemplo. ¿Qué tipos de conflictos existen?
7. ¿Qué tipo de actividad realizas que genere interacción o relación entre los adultos mayores, de ambos grupos y entre sí?
8. ¿En qué momentos del día se vinculan los residentes? ¿Cuánto perdura ese momento?
9. Red de apoyo del adulto mayor: ¿quién o quiénes concurren a visitarlo de la familia y/o de los referentes? ¿Con que frecuencia?
10. ¿Qué situaciones lo afectan más al residente?

11. ¿Cree que la concurrencia o ausencia de visitas afectan al adulto mayor en su salud física o en su aspecto social y psíquico? ¿Cómo la describiría?
12. ¿Qué tan cercano se siente Ud. a los residentes? ¿Mantiene relación particular con alguno de ellos, a qué grupo pertenece?

VII
MATRIZ CONCEPTUAL
Adultos Mayores

VIII

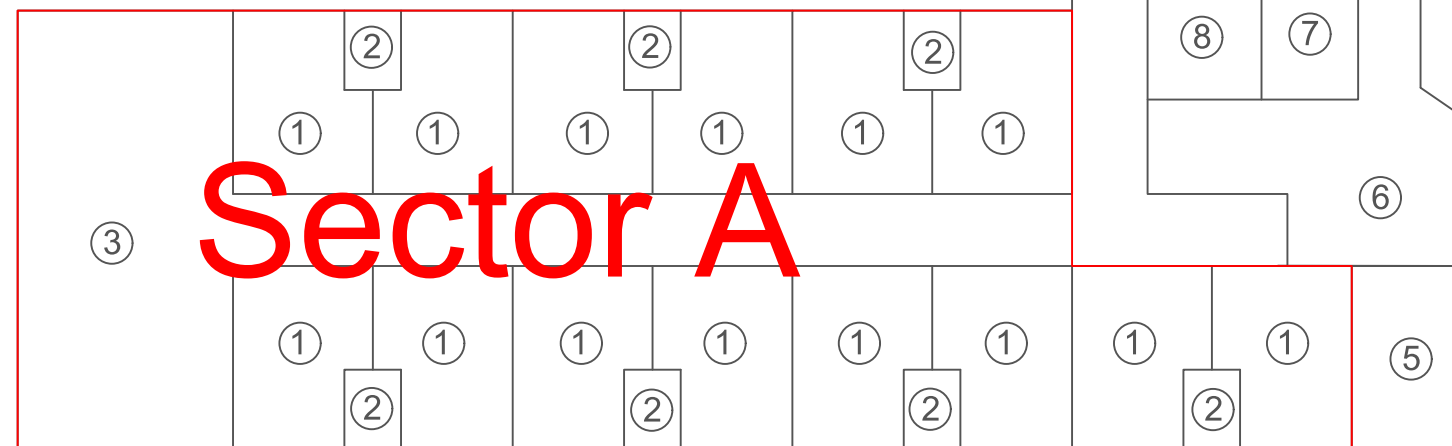
CROQUIS DE LA INSTITUCIÓN



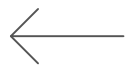
Sector B

PARQUE

- ① Dormitorios
- ② Baños
- ③ Estar-Comedor
- ④ Ropería
- ⑤ Administración
- ⑥ Recepción
- ⑦ Consultorio
- ⑧ Enfermería
- ⑨ Cocina



Sector A



Sector C

