

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

SEDE QUITO

CARRERA DE PSICOLOGÍA

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO

TEMA:

“CONSECUENCIAS PSÍQUICAS DEL ABANDONO FAMILIAR EN LOS
ANCIANOS DE LA INSTITUCIÓN HOGAR DE VIDA 1
(PATRONATO SAN JOSÉ)”

AUTORA:

GABRIELA ELIZABETH CEVALLOS SERRANO

DIRECTORA:

DRA. DALILA HEREDIA

QUITO, JULIO 2011

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Todo el esfuerzo por mis hijos y mi familia. Una gratitud enorme a mis padres a quienes les debo quien soy y a mis hermanos por ser mis compañeros en todo el camino. Un especial agradecimiento a los adultos mayores del Hogar de Vida 1.

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo Gabriela Elizabeth Cevallos Serrano con número de cédula de identidad 171915186-0, declaro bajo mi expresa responsabilidad que el contenido de éste trabajo de tesis presentado a la Universidad Politécnica Salesiana- Sede Quito para defender el título de Psicólogo con mención en Clínica, y que los análisis desarrollados, los conceptos desarrollados y las conclusiones del presente trabajo son exclusiva responsabilidad de la suscribiente.

Quito, Julio de 2011

Atentamente,

Gabriela Elizabeth Cevallos Serrano

AUTORA

ABSTRACT

La tesis tiene como pregunta central el si genera malestar psíquico el abandono familiar en los ancianos institucionalizados en el Hogar de Vida 1 y si es así que tipos de malestar genera. El objetivo general por tanto se centra en el analizar el malestar psíquico que se daría como consecuencia del abandono familiar en los adultos mayores institucionalizados.

Como primer objetivo específico, se plantea establecer cuáles son los efectos del abandono familiar en el estado de ánimo de los ancianos del HDV1.

Por otro lado, además, existe un segundo objetivo específico que es indagar sobre la influencia de la institución en el bienestar psíquico de los adultos mayores.

Para poder responder a tales cuestionamientos y cumplir con los objetivos se utiliza un marco teórico que contiene los ejes más importantes para el análisis. Cada aspecto es tratado por capítulo. Así tenemos que:

El primer capítulo permite visualizar las diferentes perspectivas teóricas que existen respecto a la vejez y el proceso de envejecimiento. Unas dan cuenta de una visión de la vejez como una etapa de pasividad, pérdidas, padecimiento y vulnerabilidad, mientras que otras, fundamentalmente la posición de Erik Erikson permite considerar a la vejez como una etapa más en el desarrollo del ser humano y que se da de una u otra forma como producto de la resolución de las crisis psicosociales en las etapas previas, dicho de otra forma es una construcción que se da en la sucesión de los estadios en la vida, en cada uno de los cuales hay tanto pérdidas como adquisiciones.

El segundo capítulo intenta comprender tanto la estructura como la dinámica del sistema familiar, así como la familia como red social de apoyos de toda índole. Esto brinda elementos para entender cómo se configuraron y estructuraron las familias de origen y las familias nucleares de los adultos mayores estudiados en la muestra, con el fin de comprender por qué en éste momento los viejos a pesar de tener referentes familiares no cuentan con ella como un soporte y como dadora de apoyos, fundamentalmente de afecto.

El tercer capítulo pone en evidencia dos frecuentes malestares psíquicos y/o trastornos psíquicos que se presentan en la tercera edad y éstos son: depresión y demencia. Especialmente se trata la depresión con sus diferentes tipos, sus posibles causas, las especificidades de la manera cómo se presenta en el adulto mayor y la influencia de aquel malestar psíquico en la calidad de vida (bienestar-satisfacción).

El siguiente capítulo, el cuarto, comprende la teoría sobre la institucionalización en el adulto mayor y cómo aquella influye en el bienestar psíquico. Se profundiza sobre el proceso de institucionalización desde la llegada de quien residirá y se pone de manifiesto los malestares psíquicos ligados a éste. Además se considera los tipos de maltrato que se pueden recibir en una residencia.

Para poder comprender la particularidad de la institucionalización en el HDV1, se expone también la visión, la misión, los objetivos y los procedimientos que en dicha residencia se basa para ejecutar sus servicios. De ello se puede presumir el trato que reciben del personal los adultos mayores que se encuentran viviendo en dicho lugar, y con ello la satisfacción o insatisfacción que genera.

La metodología que se emplea para la indagación sobre la relación entre malestar psíquico y abandono familiar es de tipo mixta: cuantitativa y cualitativa. Los instrumentos cuantitativos a emplearse fueron: Escala de Hamilton para la Depresión y Escala de Yesavage para la Depresión geriátrica versión completa. Por otro lado, entre los instrumentos cualitativos están: Historias clínicas, Entrevistas a profundidad e Historias de vida.

Todos éstos instrumentos se aplicaron a una muestra constituida por diez adultos mayores pertenecientes al HDV1, de los cuales cinco son mujeres y cinco son hombres. Los integrantes de la muestra tienen características comunes: son mayores de sesenta y cinco años, tienen referentes familiares pero no mantienen contacto con ellos y su institucionalización es indefinida y por tanto permanente.

El análisis de los resultados obtenidos en los instrumentos se realizó a través de categorías principales de análisis, que permitieron visualizar los datos más relevantes

para dar respuesta a los cuestionamientos centrales de la presente tesis. La principal conclusión a la que se llegó a través del estudio fue que existe un profundo malestar psíquico en los adultos mayores, pero aquel no tiene como única explicación el abandono familiar, es multi causal. Dicho de otro modo, los resultados arrojan que el malestar está presente en los ancianos tanto por el abandono familiar (cuya presencia se justifica por historiales de abandono y de familias disfuncionales) como por la institucionalización y la forma negativa como conciben esta etapa de su vida, las pérdidas de funcionalidad y los deterioros físico y cognitivo.

Cuantitativamente en las dos escalas se encuentra que un 60% califica como posible depresión o con algún nivel de depresión. El test de Yesavage da cuenta que entre las principales fuentes de malestar se encuentra el abandono de actividades e intereses, con un poco menos de frecuencia se evidencian sentimientos de soledad e inconformidad por la vida institucional y por el escaso contacto con la familia. La escala de Hamilton, por otro lado revelan los síntomas más frecuentes en la muestra, los cuales son: hipocondría, ansiedad psíquica (tensión subjetiva, irritabilidad), ansiedad somática, humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo e inutilidad, dificultades en el trabajo y actividades, insomnio intermedio y agitación psicomotora. De ellos, los síntomas que se presentan con mayor intensidad son: humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo e inutilidad; dificultades en trabajo y actividades; e, hipocondría.

Las historias clínicas, en el análisis del estado de ánimo, confirman alteraciones sintomáticas de la afectividad: prevalece la disforia en el 50% de los casos, hay un 10% con tristeza patológica (en la que se encuentra comprometidas sus funciones mentales) y alegría patológica en un 10% (presente en un caso donde hay una personalidad esquizoide). Respecto a las reacciones afectivas predominan la irritabilidad y la tenacidad afectiva (permanecen en estados de ánimo) lo que incrementa el malestar.

En las entrevistas a profundidad se resalta la insatisfacción en la vida institucional, mientras que en las historias de vida se pone de manifiesto la asociación que hacen los adultos mayores de su vejez con limitación, enfermedad, pérdida en la funcionalidad y pasividad lo cual constituye una verdadera fuente de malestar.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
1. MARCO CONCEPTUAL	13
1.1. HACIA LA COMPRENSIÓN DE LA VEJEZ	13
1.1.1. Definición de vejez	13
1.1.2. Visión histórica y sociocultural del anciano	19
1.1.2.1. La vejez y la ancianidad a través de la historia	19
1.1.2.2. Estereotipo del viejismo: factor social en el envejecimiento	24
1.1.3. Modificaciones en la tercera edad	28
1.1.3.1. Modificaciones biológicas y fisiológicas (soma)	28
1.1.3.2. Modificaciones psíquicas (psique)	34
1.1.3.3. Modificaciones en las relaciones interpersonales	43
1.1.3.4. Modificaciones en el área laboral y la situación socioeconómica	53
1.1.4. Pérdidas y duelos en la vejez	61
1.1.5. Concepción de muerte que tienen los ancianos	70
1.2. LA FAMILIA Y EL ANCIANO	74
1.2.1. Definición de familia y consideraciones básicas de su psicodinamia	74
1.2.2. Posición del anciano en la familia	92
1.2.3. Maltrato y abandono familiar	94
1.2.3.1. Abandono familiar en residencias	99
1.3. PRINCIPALES MALESTARES- TRASTORNOS PSÍQUICOS	101
1.3.1. Depresión	107
1.3.1.1. Tipos de depresión	108
1.3.1.2. Causas	120
1.3.1.3. Calidad de vida en la depresión	124
1.3.2. Demencia	127
1.3.2.1. Clasificación de la demencia	129
1.4. ANÁLISIS DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL ADULTO MAYOR	136

1.4.1. Definición de institucionalización	136
1.4.2. Proceso de institucionalización en el anciano	141
1.4.3. Malestares psíquicos ligados a la institucionalización	147
1.4.4. Maltrato en la institución	148
2. MARCO INSTITUCIONAL DEL HOGAR DE VIDA 1 DE LA FUNDACIÓN PATRONATO MUNICIPAL SAN JOSÉ	152
3. METODOLOGÍA	155
4. RESULTADOS	158
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	207
ANEXOS	215
BIBLIOGRAFÍA	223

INTRODUCCIÓN

En la actualidad aún nos encontramos con creencias que ubican la depresión, la vulnerabilidad y la dependencia como aspectos normales y generalizados de la vejez, posicionando a los adultos mayores como seres limitados, pasivos y objetos de caridad y asistencia social y en muchos casos como seres invisibles. Todo esto Leopoldo Salvarezza lo resume en la ideología conocida como “viejismo” (que resume los discursos dominantes sobre la vejez: prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos en función de su edad) y tienen como fundamento lo que Vicente Manuel Piña conoce como “vejez funcional” donde se coloca a los viejos en la categoría de los “otros” por llevar un determinado tiempo de vida, categoría donde están también los “malos, los locos, los pobres, los sucios, los feos”, los que están fuera del orden y por tanto deben ser eliminados, adecuarse, desaparecer, ser retirado de los espacios reservados para los normalizados, son aquellos que deben ser “incluidos” en los sistemas normativos y normalizadores y recibir una “especial atención.

Es innegable que en la vejez se presentan una serie de cambios y/o pérdidas en varios aspectos de la vida; sin embargo la inutilidad, dependencia, depresión no son condiciones generales. Muchos al llegar a esta etapa siguen conservando su independencia y se encuentran disfrutando sus logros personales, familiares y laborales. Ellos conciben a la vejez como una etapa marcada por las limitaciones, sino por el contrario, resaltan de ella sus ganancias: experiencia, serenidad de juicio, madurez vital, sabiduría, entre otras. El hecho de que perciban este periodo así se debe a un proceso en el cual se conjugan variables individuales y sociales, en el que tienen gran relevancia el estilo de vida, el historial de relaciones familiares, la calidad de vida, los apoyos sociales, la cultura, las situaciones socioeconómicas en la medida en que estos han permitido en la vejez integridad, yendo así más allá de los prejuicios y estereotipos.

Pero qué vejez se puede esperar de quienes han tenido una historia de vida que ha estado marcada por abandonos, marginalidad, aislamiento, carencias de vínculos afectivos estables, inestabilidad económica, situaciones de mendicidad e indigencia o riesgo de éstas, y que al llegar a ésta etapa se encuentran limitados en su capacidad

de seguir produciendo y que se hallan carentes de redes de apoyo –principalmente de la familia- para enfrentar situaciones adversas. No se podrá esperar entonces que sí exista en aquellos adultos mayores profundos malestares psíquicos, entre ellos la depresión y la ansiedad.

En el Hogar de Vida 1 de la Fundación Patronato Municipal San José se encuentran adultos mayores que han estado es situación de mendicidad y/o indigencia o en peligro de estarlo y que no cuentan con apoyo familiar, bien por carencia de referentes familiares o por franco abandono de la responsabilidad –filial- de éstos. Y es precisamente la problemática del abandono familiar una temática recurrente en los usuarios de dicha institución, puesto que parece haberse hecho presente tanto antes de la institucionalización como también después de ésta (cuando sus referentes familiares a pesar de estar enterado de la residencia de su pariente lo privan de todos los apoyos y soporte afectivo que como red la familia puede proporcionar).

De allí surge la pregunta general de la presente tesis: ¿genera malestar psíquico el abandono familiar en los ancianos institucionalizados en el Hogar de Vida 1?, y si es así, ¿qué tipos de malestar psíquico causa?. El objetivo general entonces es analizar el malestar psíquico generado por el abandono familiar en los adultos mayores residentes del Hogar de Vida 1.

El primer objetivo específico es analizar los efectos en el estado de ánimo que se producen en los ancianos del HDV1¹ a consecuencia del abandono familiar.

Además, hay un segundo objetivo específico que resulta extremadamente relevante, y es el de indagar sobre la influencia de la institución en el bienestar psíquico de los adultos mayores.

Es decir, dicho de otro modo, el fin de la presente tesis es conocer a fondo los efectos del abandono familiar en primer lugar y del proceso de institucionalización en los residentes de ésta institución en segundo lugar, como problemáticas que se encuentran interactuando en la cotidianidad de los usuarios.

¹ HDV1: Hogar de Vida 1

Para ello se usarán como indicadores: 1) Edad, condición física, estado mental y emocional del anciano; 2) medio familiar, organización y estructura familiar, pobreza, migración, aislamiento; 3) niveles, frecuencia de rasgos depresivos: tristeza patológica o humor depresivo, pesimismo, pérdida de interés por las cosas, ideas de muerte y suicidio, alteraciones del sueño, alteraciones digestivas, capacidad intelectual disminuida, dificultad para la concentración, déficit de memoria, disminución del impulso sexual, apatía y fatiga.; y 4) entorno institucional y proceso de institucionalización.

Hay un último objetivo específico que es el de definir una estrategia de intervención psicológica para los adultos mayores del Hogar de Vida 1 a partir de los hallazgos encontrados, y que podrían contribuir a mejorar la calidad vida de los adultos mayores en la residencia.

El interés por realizar un estudio de este grupo poblacional se da al percatar que son pocas las investigaciones e intervenciones que existen en el Ecuador respecto a los adultos mayores. Por muchos años, el Estado se ha conformado con tener datos de ésta población a través de investigaciones que no son exclusivas para el estudio de la vejez. Así mismo han existido contadas publicaciones específicas del adulto mayor en nuestro país, entre ellas: “La mujer de la tercera edad y las políticas públicas”, “Protección Social de la tercera edad en el Ecuador”.

El presente gobierno ha dado un salto enorme a través del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y a su vez éste con la Dirección Nacional de Gerontología, en reconocer a la población adulta mayor como un grupo prioritario y lo ha colocado en primera escena con los otros grupos que generalmente están siendo atendidos como la niñez. Lo mencionado da cuenta que hace contados años se considera a la vejez y al envejecimiento como un tema de relevancia para todo el Ecuador.

El interés de la Dirección Nacional de Gerontología y del MIES por ende en actualizar los datos sobre los viejos en nuestro país llevó a la construcción y ejecución de la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE I

ECUADOR 2009-2010, la cual resulta de gran importancia por constituir la primera evaluación del estado de salud, familia, trabajo y desarrollo cognitivo de las personas adultas mayores del Ecuador y es uno de los insumos que contribuirán a diseñar una estrategia nacional.

A pesar de los aportes de la Encuesta SABE para poder conocer en términos más concretos la realidad de la población vieja, existe un ámbito que continúa siendo excluido aún en tal encuesta y éste es el de los ancianos institucionalizados que a pesar de no representar la mayoría de los adultos mayores requieren ser visualizados por las entidades estatales.

Las residencias para PAM² en el país tienen una gran diversidad de matices, existen las que son propiamente centros gerontológicos, es decir que brindan atención multidisciplinaria a sus usuarios; otras, continúan con una visión asistencialista y se constituyen como casa de acogimiento a “ancianos desamparados”, a “ancianos mendigos” o a “ancianos abandonados” y se concentran simplemente en satisfacer las necesidades básicas de los ancianos a través del hospedaje. Asimismo hay residencias que no cuentan con la infraestructura y adecuaciones requeridas para el uso de los adultos mayores.

A pesar de que hay centros más adaptados, con permiso de funcionamiento y que ofertan una variedad de servicios que benefician a ésta población y otros que no lo hacen, existen entre éstos y los otros todavía un punto en común y éste es que muchas residencias continúan con la visión generalizada del adulto mayor basada en prejuicios tanto positivos (“todos los viejitos, todos los abuelitos son sabios, con gran experiencia de la vida”) como negativos (“todos los viejos son enfermos, tristes, necesitados de atención y cuidados”). Lo grave del asunto es que los prejuicios y el desconocimiento llevan a que se los considere como una población homogénea y no lo es puesto que los viejos tienen características comunes indiscutibles pero no son todos iguales.

² PAM: Población Adulta Mayor

Y como en la presente investigación no se intenta estudiar a los adultos mayores del HDV1 basados en generalidades prejuiciosas de lo que se cree que es la vejez y el envejecimiento, se intentará tratar las problemáticas específicas de las personas de la tercera edad institucionalizados en la residencia del patronato. Para el fin es necesario considerar que los adultos mayores tanto de la muestra como del universo de la institución han sido ingresados por encontrarse en evidente y franca vulnerabilidad: en situación de mendicidad, de indigencia y en abandono familiar con o sin referentes familiares. Además se podrá dar cuenta al final de la investigación de sus particulares percepciones y niveles de satisfacción sobre su historia de vida, historia familiar (de abandono) su vejez y su vida institucional. Por tanto, el centro de la tesis está dirigido en analizar el bienestar y malestar en aquellos adultos mayores que han sido considerados abandonados por su familia y que en éste momento se encuentran institucionalizados debido a su situación socioeconómica.

1. MARCO CONCEPTUAL

1.1. HACIA LA COMPRESIÓN DE LA VEJEZ

1.1.1. DEFINICIÓN DE VEJEZ

Un viejo frente a nosotros es como una especie de “espejo del tiempo”, y como todos sabemos el destino que la sociedad impone a la vejez – desconsideración, rechazo, aislamiento, explotación y depósito en sórdidos lugares en la espera de la muerte-, nos provoca angustia frente a este futuro posible y nos impulsa a escaparnos de ella [...] La vejez no es algo abstracto que esta allá, en el futuro [...] la vejez no es algo que está fuera de nosotros, sino que es presente y que la llevamos adentro activamente [...].³

Una de las definiciones que dificulta en gran medida poder conceptualizar de forma adecuada el proceso de envejecimiento o la etapa de la tercera edad, es la conocida como “vejez funcional”, la que –según Marcelo Piña- plantea lo “viejo” como homónimo de limitación y deficiencia produciendo la percepción social que la enfermedad, la vulnerabilidad, la pasividad y la dependencia son aspectos normales de este periodo. Tales creencias afectan necesariamente el modo como los ancianos se conciben a sí mismos, sus expectativas y la manera como encarar su vida, al privarles de un rol social que les permita verse como seres útiles y con la posibilidad de superarse y de conseguir reconocimiento social.

La principal consecuencia de los estereotipos que esta definición fundamenta tiene una repercusión social de trascendencia conocida como “síndrome de invisibilidad”, el que genera en quienes se encuentran vinculados con ancianos, un desinterés por sus deseos y necesidades de cualquier índole.⁴

Este conjunto de estereotipos y prejuicios, ya desde un plano ideológico, es conocido por el autor Leopoldo Salvarezza también con el nombre de “viejismo”: discriminación al viejo por su edad. Viejo por tanto se asocia con declinación mental

³ SALVAREZZA, Leopoldo, *Psicogeriatría: Teoría y Clínica*, Editorial Paidós, Argentina, 1996, págs 27 y 28.

⁴ Cfr. PIÑA M., Vicente Marcelo, *Gerontología Social Aplicada: Visiones estratégicas para el Trabajo Social*, Editorial Espacio, Buenos Aires- Argentina, 2004, págs. 44 y 45.

y física –hasta con enfermedad-, un aspecto indeseable al estimular temores sobre la propia vejez.⁵

Es innegable que en la etapa de la vejez (cuyo inicio se ubica en los 60 años de edad para los países en vía de desarrollo), los adultos mayores pasan por lo general una serie de cambios en la memoria, el aprendizaje, la atención, la orientación y la agilidad mental producto del proceso de envejecimiento, pero estos pueden ser enfrentados de distintas formas, en relación a la personalidad, el medio social, el ambiente familiar y el estilo y calidad de vida que ha tenido el individuo a lo largo de su vida.

Aunque la tercera edad presente una disminución de funciones orgánicas no tiene porque representar inutilidad o limitación. Envejecer es un proceso evolutivo natural en el recorrido vital del ser humano. En este sentido, según la teoría del envejecimiento programado o primario, la especie humana envejece según un patrón predeterminado y congénito de desarrollo normal incorporado al organismo que determina su propia expectativa de vida y su patrón de senectud (caracterizado por la disminución de la eficiencia de ciertas funciones). Pero a pesar de ser un proceso que no se detiene, existen diferencias en la manera como envejece una u otra persona y en la intensidad como los cambios propios de la tercera edad se presentan; y según la teoría del desgaste o envejecimiento secundario esto sería porque a pesar que todo cuerpo se deteriora por su uso continuo existen estresores internos y externos (como la enfermedad y el abuso) que pueden agravar y acelerar el proceso de desgaste.⁶

Por tanto, la presencia de la disminución en ciertas facultades no significa necesariamente una situación de indefensión e invalidez. Depende si el adulto mayor y su ambiente conciben esta etapa como acumulación de crisis y tensiones (enfermedades, pérdidas, modificaciones, carencias) o por el contrario, resaltan de ella sus eventuales potencialidades (experiencia, consolidación de habilidades y

⁵ Cfr. SALVAREZZA, Leopoldo, Psicogeriatría: Teoría y Clínica, Editorial Paidós, Argentina, 1996, pág 23.

⁶ Cfr. PAPALIA, Diane y WENDKOS O, Sally, Desarrollo Humano, Editorial Mc Graw -Hill, México, 1997, págs. 570 y 571.

conocimiento serenidad de juicio, madurez vital, sabiduría, entre otras) que a la final son herramientas que permiten la adaptación a las nuevas circunstancias de la vida.⁷

Existe una importante teoría conocida como la de desapego o retiro, planteada por Cummings y W. E. Henry, que plantea que – a contrario de lo mencionado anteriormente- la adultez tardía es un proceso de alejamiento normal, universal y necesario.⁸

De acuerdo con la teoría del desapego:

A medida que el sujeto envejece se produce una reducción de su interés vital por las actividades y objetos que lo rodean, lo cual va generando un sistemático apartamiento de toda clase de interacción social. Gradualmente la vida de las personas viejas se separa de la vida de los demás, se van sintiendo menos comprometidas emocionalmente, con problemas ajenos, y están cada vez más absortas en los suyos propios y en sus circunstancias. Este proceso [...] no sólo pertenece al desarrollo normal del individuo, sino que es deseado y buscado por él [...]. Como consecuencia aún siendo individual, este desapego cumple secundariamente una función social importante al no interferir, o más bien, permitir, una adecuado desarrollo económico a las generaciones más jóvenes.⁹

Los autores afirman que este proceso es universal al estar presente en cualquier tiempo histórico y en cualquier cultura, inevitable al estar apoyado en procesos psicobiológicos e intrínseco al concebirlo como un proceso que no está condicionado ni determinado por ninguna variable social. Debido a este alejamiento el adulto mayor reduce su interés a lo más significativo para sí mismo y se encuentra voluntariamente ante un distanciamiento afectivo (menor inversión emocional) como una forma de protegerse de confrontaciones con el ambiente que le generen angustia. La familia de la persona de tercera edad, tendrá por tanto, el papel de facilitar el apartamiento.

Por lo planteado, las críticas a esta teoría son varias, pero las principales se resumen en: 1) coloca el retiro como proceso universal y natural, y no como una de tantas

⁷ Cfr. Fundación Chicarahuense A. C., Adulto Mayor: *Una Nueva Etapa de Vida. Guía de orientación para la comprensión y atención psicológica de edad avanzada*, Editorial Guías y Manuales PRODIA, México, pág. 5.

⁸ Cfr. PAPALIA, Diane y WENDKOS O, Sally, *Desarrollo Humano*, Editorial Mc Graw -Hill, México, 1997, pág. 604.

⁹ SALVAREZZA, Leopoldo, *Psicogeriatría: Teoría y Clínica*, Editorial Paidós, Argentina, 1996, págs 17 y 18.

formas de enfrentar esta etapa, y, 2) facilita la inclinación a adoptar una política de segregación e indiferencia de la vejez.

Así, otros estudios como el de Carp, comprueban que el desapego no se puede generalizar como la única posición a adoptar en la tercera edad puesto que este se presente solo en algunas personas (como resultado de conductas adversas del entorno) y por tanto no es un aspecto constitutivo de la edad sino un elemento influido por el ambiente social.

La teoría de la actividad o apego realizada por Maddox contrapone a la teoría del desapego sosteniendo que si las personas de edad avanzada permanecen activas (cumpliendo con sus mismas actividades o encontrándoles sustitutas) tienen un envejecimiento más óptimo (“vejez exitosa”). Lejos de generalizar, la presente, también establece que la manera como el sujeto comprenda los cambios biológicos y sociales y la forma como reaccione ante ellos, dependerá de su personalidad y forma de vida previa. En todo caso, si el adulto mayor, continua su actividad o la sustituye por otras, estaría logrando que su vida conserve el valor al permitirse aceptar su inevitable declinación pero conservando la posibilidad de satisfacción en los roles que ejerce (sean estos viejos o nuevos, dentro de la familia o laborales).¹⁰

Ambas teorías tienen su validez, aunque en definitiva no son de aplicación universal.

Erik Erikson, profundiza sobre el envejecimiento, desde su planteamiento del ciclo de vida, introduce la noción de la vejez como una etapa más en el proceso total del ciclo vital. La importancia de esto radica fundamentalmente que la vejez no implica una ruptura en el tiempo sino que es parte de un progreso donde el individuo continúa integrado.

Erikson establece que los individuos a lo largo de la vida están atravesando crisis. La crisis de desarrollo por la que pasa la persona de tercera edad es la de integridad del ego versus desesperación.

¹⁰ Cfr. Ídem. Págs. 18 y 19.

Lograr la integridad implicaría que el adulto mayor ha llegado a un nivel de madurez que le permite: la unificación de vivencias y decisiones personales en un todo unificado, coherencia en la unificación y aceptación de su vida, su imperfección y la muerte próxima.¹¹ De este modo la integridad contribuye a que al anciano a pesar de la presencia de alguna desesperanza, alcance la plenitud del yo, aceptando las limitaciones de los cambios actuales y dándole la sensación que su vida ha sido completa y satisfactoria. A través de tal proceso se desarrolla la virtud de la sabiduría que sería un recurso psicológico importante.¹²

Por otro lado, quienes no logran tal aceptación se enfrentan a una abrumadora desesperanza ante la pérdida de los roles pasados (el de empleado, el de progenitor, etc.). Esto tendrá como resultado que el sujeto no acepte con facilidad que se acerca la muerte pues la teme; y aunque puede expresar desprecio por la vida, continúa anhelando la posibilidad de volver a vivirla. Quienes están desesperados consideran que tienen poco tiempo para tratar de empezar nuevamente y aprender caminos alternativos para compensar.¹³

Erikson, en lo posterior, añade un nuevo y último estadio comprendido entre los 80 y 90 años, en el que plantea que la gerotranscendencia es el camino hacia la madurez y sabiduría para evitar la desesperanza, que resultaría fácil de padecer pues el individuo va perdiendo más la independencia, el control y autonomía debido a la multiplicidad de pérdidas. Esta cualidad permite una redefinición del yo, del tiempo, de la vida y de la muerte que lleva a una metaperspectiva cósmica y trascendente.¹⁴

La importancia de la teoría de Erikson no radica simplemente en la definición de la crisis presente en el adulto mayor, sino de su planteamiento del ciclo de vida que fundamentalmente introduce la noción de la vejez como una etapa en el proceso total del ciclo vital.

¹¹ Cfr. STASSEN B, Kathleen y THOMPSON, Ross A., Psicología del Desarrollo, Cuarta Edición, Editorial Médica Panamericana S.A., Madrid- España, p. 199.

¹² Cfr. PAPALIA, Diane y WENDKOS O, Sally, Desarrollo Humano, Editorial Mc Graw -Hill, México, 1997, pág. 601.

¹³ Cfr. MORRIS, Charles y MAISTO, Albert, Introducción a la Psicología, Décima Edición, Editorial Prentice Hall, México, 2001, p. 199.

¹⁴ Cfr. ERIKSON, Erik H., El Ciclo Vital Completado, Editorial Paidós, Barcelona- España, 2000, págs 127 y 128.

Además, partiendo del modelo sistémico, encontramos que el adulto mayor al encontrarse formando parte de un ciclo vital de la familia, tiene que enfrentar en el último periodo de su existencia la etapa de Integración de las pérdidas, la cual se caracteriza por lo siguiente:

Tareas: enfrentar la pérdida (física, intelectual, emocional...), elaborar los duelos y enfrentar la soledad.

Conflictos: Cargas familiares mal distribuidas y conflictos propios de la edad.

Patrones disfuncionales: Duelos irresueltos e incompletos, sobre-identificación con el difunto y sobre-involucramiento con el sobreviviente.

De esto se deduce, que la coexisten las etapas del desarrollo del individuo con las etapas de desarrollo de la familia; por tanto, los cambios que se den en algún miembro del hogar afectan la dinámica del mismo y viceversa. Se dan modificaciones en la composición, en los roles y las relaciones. Y de la manera como se enfrenten estos cambios, conflictos el individuo y su familia atravesarán este periodo.

Los planteamientos anteriores son aproximaciones para explicar al sujeto de la tercera edad y los variados procesos que está viviendo. En busca de no articular un conocimiento simplista sobre el adulto mayor, el proceso de envejecimiento y su experiencia en la vejez, y siguiendo el planteamiento del paradigma del pensamiento complejo de Edgar Morín, se intentará plantar en lo siguiente una construcción teórica abierta, racional, reflexiva, crítica y autocrítica respecto a estas realidades.

Para este autor, las realidades o problemas son cada vez más poli disciplinarios, transversales, multidimensionales, globales, entre otros. Por tanto el conocimiento no puede basarse en elementos e informaciones aisladas, hay que ubicarlas en su contexto para acceder a su sentido, lo cual establecerá los criterios de su inserción y los límites de su validez.

Además hay que considerar las unidades complejas de estudio dentro de la globalidad: las relaciones entre el todo (conjunto que tiene partes diversas)- y las partes (ligadas de forma inter- retroactiva u organizacional). El todo posee

propiedades que no se encuentran en las partes si éstas son separadas las unas de las otras, así mismo, ciertas propiedades de las partes pueden inhibirse por la fuerza del todo.

En lo sucesivo se tratará de la unidad compleja del ser humano que llega a la adultez tardía, pero dentro de su multidimensionalidad, es decir, como ser biológico, psíquico, social, afectivo, racional. Por fines prácticos se estudiará cada dimensión, pero sin excluir la inter –retroacción que hay entre ellas y sin descuidar el hecho que conforman un todo; dicho de otro modo, sin aislarlas y simplificarlas como realidades diferentes puesto que conforman una complejidad, y en ella son inseparables los elementos que constituyen un todo pues forman un tejido¹⁵

No se intentará dar respuestas absolutas y tampoco incuestionables, porque hacerlo sería continuar con la visión reducción del conocimiento. La incertidumbre continuará presente.

1.1.2. VISION HISTÓRICA Y SOCIOCULTURAL DEL ANCIANO

1.1.2.1. LA VEJEZ Y LA ANCIANIDAD A TRAVÉS DE LA HISTORIA

La vejez es un hecho biológico y una construcción. En este sentido, es importante señalar que la ancianidad es un concepto básicamente cultural. Todo ser biológico envejece y aparecen deterioros físicos, pero ello no está relacionado ni a una edad biográfica específica, ni a símbolos específicos, ni a un espacio social universal. Cada cultura de acuerdo a la cosmovisión imperante, define quien es el anciano, al margen de dolencias y deterioros físicos.”¹⁶

Debido a las diferencias que existen entre culturas resulta claro determinar que hay por tanto varias concepciones de la vejez, las cuales inclusive pueden ser opuestas entre sí. Sin embargo, cada concepción tiene como común denominador el hecho que determina el envejecimiento social; es decir, los hábitos, papeles y relaciones sociales propios de la “vejez”.

¹⁵ Cfr. Morin, Edgar, Los siete saberes necesarios para la educación del futuro, Publicado por UNESCO, Editorial Santillana, 1999, págs 15- 17.

¹⁶ PIÑA M., Vicente Marcelo, Trabajo Social Gerontológico: Investigando y construyendo espacios de integración social para las personas mayores en REVISTA DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL, Editorial Facultad de Ciencias Sociales, Santiago- Chile , 2006, pág. 16.

*El envejecimiento es un proceso que está rodeado de muchas concepciones falsas, de temores, creencias y mitos; la vejez como etapa de vida, también es una palabra cargada de inquietud, de fragilidad y a veces de angustia. Persisten, aún en estos tiempos modernos, ideas que datan de épocas muy lejanas. No debe sorprender el hecho de descubrir que muchas de las falacias, miedos y concepciones que rodean a la vejez en los tiempos actuales son ecos de culturas y tiempos remotos.*¹⁷

El académico chileno, Marcelo Piña, considera que tales concepciones, fueran las que fueran, se construyeron a través de la historia desde que el ser humano se planteó dos problemas fundamentales: uno, ventajas e inconvenientes de la vejez; y dos, la manera cómo detener el envejecimiento, la inmortalidad y la posibilidad de restablecer la juventud.

Los babilonios, griegos y romanos ya hacían marcadas diferencias entre la mortalidad propia de los hombres y la inmortalidad de los dioses y de quienes por determinada razón llegaban a convertirse en dioses. Inclusive, los babilonios, en su mito de creación, recalcan la tensión entre los dioses viejos y los dioses jóvenes en su lucha por la supervivencia, venciendo los segundos.

La literatura de civilizaciones antiguas que manifiesta diferencias entre viejos y jóvenes, recalca varias veces al anciano en posición de poder y control y al joven como un ser que depende de la persona mayor para satisfacer sus necesidades y que espera la muerte del otro para llegar al poder. Roma es una clara demostración de lo mencionado, puesto que en ella el anciano era autoridad tanto dentro de la familia (“Pater Familias”: jefe absoluto y con total poder sobre cada miembro que la integraba) como de la política (Patricios en el senado); sin embargo ese mismo poder que se le confirió produjo que fuera abominado por las otras generaciones.

Caso contrario sucedió en Grecia al llegar la democracia, pues al idealizar la bella y la fuerza de la juventud, se consideró a la vejez y a la muerte como males inevitables, y consecuencia de eso el anciano ocupó un lugar relegado.

¹⁷ PIÑA M., Vicente Marcelo, Gerontología Social Aplicada: *Visiones estratégicas para el Trabajo Social*, Editorial Espacio, Buenos Aires- Argentina, 2004, págs. 31 y 32.

No es novedad que en las sociedades primitivas, la posición del anciano era importante debido a su experiencia adquirida a lo largo de la vida y a la sabiduría fruto de la misma. Por ejemplo, los aztecas y los incas concedieron a los viejos un lugar importante dentro de su organización pues los consideraban fuente de conocimiento y destreza (en todos los ámbitos de la vida, incluyendo la magia).

Así mismo, en lo posterior, el pueblo hebreo posicionó a los ancianos como jefes por naturaleza de su pueblo y a quienes se podía consultar para cualquier asunto.

Sin embargo, ese poder que los hebreos –tanto los romanos- le dieron al anciano fue minándose al mismo tiempo que se reconstruía su sociedad.

Ya en el siglo VI se llega a relacionar la vejez y la culminación de las actividades, donde el retiro se asocia con aislamiento.¹⁸

En la Edad Media, el poder estaba en manos de los jóvenes y adultos quienes se encargan de defender las propiedades y de conquistar a través de la fuerza física y armamentista (Ley del más fuerte). Las familias que no podían mantener a sus mayores los abandonaban y en ocasiones éstos eran recogidos por hospitales y monasterios; mientras que entre las clases altas, si el anciano conservaba su vitalidad podía llevar una vida normal y sino se retiraba a una abadía hasta sus últimos días. Otro grupo de ancianos, al formar parte de los “débiles”, eran incorporados a la servidumbre o los sometían a la esclavitud.¹⁹

Durante el Renacimiento y el periodo Barroco se conservó la concepción anterior. En el siglo XIV Y XV, a las epidemias de peste y cólera, sobrevivieron un alto porcentaje de ancianos; y como consecuencia de eso, las personas mayores recuperaron parte del poder político y económico, surgiendo conflictos intergeneracionales.

En el siglo XVI, surge nuevamente la idealización de la juventud a la cual hay que mantener retrasando o eliminado la vejez. Por otro lado, durante esta época hasta el siglo XVII, el pensamiento científico con un nuevo modo de razonamiento, se interesa por estudiar sistemáticamente las causas de la vejez pero siempre poniendo

¹⁸ Cfr. Ídem., págs. 32 y 33.

¹⁹ Cfr. Gran Colección de la Salud, Etapas de la Vida Tomo II, pág. 305.

énfasis en las diferencias existentes entre las virtudes de la juventud y las penurias de la ancianidad. Durante la transición del siglo XVII al XVIII a pesar de los cambios presentes en las ciencias, se mantiene la manera como se considera al anciano.

Es hasta mediados del siglo XVIII hasta el XIX que en Europa se produce un cambio significativo en las condiciones de los ancianos: incremento del número de personas mayores y el conocimiento científico contribuye a sustituir las falsas creencias de la vejez por pensamientos más cercanos a ella (incluyendo las enfermedades durante esta época de la vida); pero sin lograr aquello una modificación real de la situación de los ancianos ya que si no podían trabajar (Revolución Industrial) con el ritmo del nuevo mercado laboral estaban destinados a vivir en las peores condiciones.

El siglo XIX representa un salto sustancial en la concepción de la vejez y la enfermedad, ya que la medicina centra su atención sobre estos temas. Nace así la Gerontología que analiza el proceso de envejecimiento.²⁰

En el transcurso de la Modernidad en Europa se produce un cambio considerable en la manera de comprender la –nueva- realidad. Y esta comprensión no solo ocupa el plano de la ciencia y la técnica sino que llega a ser parte de la experiencia cotidiana. En América Latina, sin embargo, sucede algo interesante durante tal periodo de la historia y es que la modernidad –sociedad racionalista- se aprecia en la conciencia intelectual mas no como una experiencia social cotidiana. Inclusive, a excepción de ciertos grupos élites, la modernidad y la ilustración nunca se vincularon con la experiencia social –espiritual- unitaria.²¹

*(...) la dialéctica de la negación del otro como imposibilidad de ciudadanía en América Latina, se remota al fenómeno de la conquista y de la evangelización y se prolonga por toda nuestra historia, bajo la forma de la negación del otro: ese otro que puede ser mujer, viejo, indio, negro, campesino o marginal urbano.*²²

Sin embargo, en los últimos tiempos, y debido a la globalización de la cultura (industria y mercado cultural), en Latinoamérica se replantean procesos de

²⁰ Cfr. PIÑA M., Vicente Marcelo, Gerontología Social Aplicada: *Visiones estratégicas para el Trabajo Social*, Editorial Espacio, Buenos Aires- Argentina, 2004, págs. 34 y 35.

²¹ Cfr. Ídem. págs. 36.

²² Ídem pág. 38.

construcción social donde se logre asociar la ciudadanía (no solo conformada por élites) al ejercicio de los derechos políticos y sociales (participación y equidad). A esto se incluyen, nuevos paradigmas de sociedad, que implican dentro de la democracia, solidaridad y responsabilidad social, acción directa de los grupos sociales, autogestión, descentralización...todo lo que permite al conjunto de la sociedad intervenir en la toma decisiones y afectar al otro (inclusive de sociedades con diferentes valores).²³

Esto sería punto de partida para cambios trascendentales en nuestras sociedades, incluyendo por supuesto, transformaciones significativas en la forma como se concibe a los “débiles” o menos protegidos – entre ellos, los ancianos- lo que llevaría a nuevas formas de trato, atención e inclusión. De esta manera también los adultos mayores cambiarían la percepción de sí mismo, serían llamados a la participación activa (a involucrarse valiéndose de sus historias de vida) y al empoderamiento de sus habilidades y experiencias.

Cabe recalcar que a pesar que existen tales paradigmas de participación e inclusión ciudadana, ellos lamentablemente no se han contextualizado en la realidad. Y por tanto, no se puede omitir el hecho que la humanidad continúa funciona ahora como una civilización industrial donde el valor del hombre se da en base a lo que produce, a su actividad, a su competencia, a su fuerza, su eficiencia. Es en esta estructura social donde viven los ancianos, que al estar al margen de la producción debido a su edad, se los convierte en dependientes (que reciben sin aportar nada, y hasta constituyen un gasto social: pensiones de jubilación), inclusive aún poseyendo experiencia y dominio de determinado oficio. De esta forma es fácil comprender, como se activan conflictos en la persona mayor cuando deja de ser independiente y sin quererlo va perdiendo el control de su propia vida. Así la manera como está estructurada la sociedad – y la concepción que tiene de la vejez- provoca problemas en el sujeto que envejece en todas sus dimensiones.

Entonces los adultos mayores en nuestra sociedad, ¿qué status social y rol tienen si han perdido su posición social de épocas pasadas y su palabra ha perdido valor?

²³ Cfr. Ídem., págs.37 y 38.

¿Tienen acaso un rol “carente de rol”? Pues si al anciano se lo coloca fuera de la población activa (que vive llena de obligaciones laborales que le permiten obtener un status), queda impedido de poseer un status que se lo obtiene solo cumpliendo el rol asignado –produciendo–.

Por lo mencionado según Marcelo Piña Morán: “Es necesario definir un rol social para el adulto mayor, siendo necesario considerar un análisis histórico y cultural en busca de sus respectivas significaciones.”²⁴

1.1.2.2. ESTEREOTIPO DEL VIEJISMO: FACTOR SOCIAL EN EL ENVEJECIMIENTO

*En un mundo de poder e imágenes, la búsqueda de la identidad atribuida o construida se convierten en la fuente fundamental de significado social. Las redes globales conectan o desconectan de manera selectiva a individuos, grupos, regiones o incluso países, según su relevancia para lograr las metas procesadas en la red.*²⁵

La ideología del “viejismo” es una de las tantas construcciones de nuestro imaginario social en las cuales juegan un papel relevante los prejuicios, los que a su vez sustentan actitudes de discriminación y segregación a determinadas poblaciones (en este caso: la de la tercera edad).

Los prejuicios, según Leopoldo Salvarezza cuentan con las siguientes características:

*(...)Los prejuicios se estructuran a partir de situaciones subjetivas basadas en expectativas, deseos y/o temores individuales que no siempre han sido procesados correctamente desde un punto de vista consciente. Esto hace que muchas veces adquiera un carácter irracional con bastantes puntos de contacto con los delirios, entre los que sobresale lo que Freud llamaba “el núcleo de verdad histórico” de los mismos. Una vez que este prejuicio ha sido construido adquiere fuerza propia y actúa sobre los individuos determinando su forma de pensar y las conductas que a partir de allí se implementan.*²⁶

²⁴ Cfr. PIÑA M., Vicente Marcelo, Trabajo Social Gerontológico: Investigando y construyendo espacios de integración social para las personas mayores, EN REVISTA DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL, Editorial Facultad de Ciencias Sociales, Santiago- Chile , 2006, p. 19.

²⁵ Ídem., p. 13.

²⁶ SALVAREZZA, Leopoldo, La vejez: Una Mirada Gerontológica Actual, Editorial Paidós, Argentina, 1998, p. 28.

En el caso del grupo de adultos mayores, los prejuicios que conforman el denominado viejismo (concepto descrito por primera vez por Robert Butler) tienen como eje dominante la creencia que la vejez es una etapa donde predomina la decadencia física y mental –inclusive la enfermedad- que desemboca en la incapacidad y la inutilidad social. Y los ancianos, al haber internalizado estos pensamientos durante toda su vida, al llegar a tal etapa, se perciben a sí mismo como seres que tienen que aceptar y resignarse ante su deterioro –llevándolos a la apatía y a la limitación- .

Así, en una sociedad contemporánea donde se valora la producción eficiente y la persona “útil” que puede llevarla a cabo (es decir: el joven, el técnico), al adulto mayor se le otorga la posición de “obsoleto” a pesar de la experiencia profesional y personal que pueda poseer.

Pero eso sí se dice que es una persona con “sabiduría” como fruto de todo lo vivido; pero para qué le sirve poseer esta cualidad si solo puede asumirla de forma pasiva y no puede aportar en nada con ella. Es una cualidad que en todo caso debe ser valorada por él mismo, porque por supuesto no es valorada por los otros.

Se convierte entonces en una carga sin independencia ni autonomía, inclusive para influir sobre su propia vida – ni decir su ambiente, su contexto- . Porque para el sistema la vejez es tiempo para retirarse, jubilarse, ser cuidado, para descansar, después de una vida de trabajo; pero el precio es alto: al sujeto de la tercera edad se le despeja del rol básico asignado por la sociedad (el trabajo) que le daba un lugar activo y se le priva del estatus que le daba el producir, perdiendo con aquello los derechos y obligaciones económicas y sociales correspondientes a ese rol y a ese estatus.²⁷

Tomando en cuenta el trabajo de Liliana Cordero y otros autores del libro Trabajo Social con adultos mayores, lo que sucedería durante este periodo es lo que ellos denominan “contracción de roles”. Dicho de otro modo: la persona de mayor edad deja de involucrarse en roles funcionales y significantes con estatus definidos y se

²⁷ Cfr. PIÑA M., Vicente Marcelo, Gerontología Social Aplicada: *Visiones estratégicas para el Trabajo Social*, Editorial Espacio, Buenos Aires- Argentina, 2004, págs. 40- 37.

implica más en roles simbólicos y menos importantes. Pero es esa pérdida de roles funcionales lo que produce la exclusión de los ancianos de intervenir y participar activamente tanto en el colectivo social como en su grupo familiar. Lo que pierde entonces el adulto mayor, no es solo el aprecio social sino también parte del familiar y claro el personal. En cuanto a la familia, los roles que llega a cumplir el anciano son secundarios y en función de roles recíprocamente vinculados (como el de “padre”, “abuelo”, “bisabuelo”); constituyéndose en un integrante que ocupa una posición segregada y reducida pues se le atribuye un solo papel –que predomina- en la familia.²⁸

Ahora, cuáles serían los aspectos personales que mina la ideología del viejismo que sin lugar a dudas invalida la vitalidad de la persona de la tercera edad. Esta construcción del imaginario social llega a afectar áreas tan importantes como el autoconcepto y la función erótica de la sexualidad (placer sexual, lenguaje sexual de la comunicación, el vínculo afectivo del amor) pues “viejo que desea es viejos verde”.²⁹ Lo mencionado ya será tratado más adelante.

Para Salvarezza existe otro prejuicio que constituye uno de los más comunes sobre la vejez, este es el relacionar viejo con enfermedad y/o discapacidad. Para muchos ancianos, aquella asociación de su edad cronológica con prevalencia de enfermedad, se presenta como una profecía autopredictiva. Y la discapacidad, va más allá de un impedimento (anormalidad psicológica o fisiológica que no necesariamente afecta la actividad vital normal del sujeto), pues se traduce en una condición que resulta en una total o parcial limitación de las actividades.

El aspecto social del rol del enfermo se nutre del hecho innegable y real que al llegar a una edad avanzada van apareciendo paulatinamente en la vida del adulto mayor enfermedades e impedimentos. Por tanto, en el imaginario social, aparece el estereotipo que ubica a la población vieja como vulnerable a tener infecciones y accidentes, y que permite concebir que la mayoría de los viejos están hospitalizados y/o que viven en instituciones especializadas.

²⁸ Cfr. CORDERO, Liliana, y otros, Trabajo Social con Adultos Mayores: Intervención profesional desde una perspectiva clínica, Editorial Espacio, Buenos Aires- Argentina, 2003, págs. 61- 62.

²⁹ Cfr. SALVAREZZA, Leopoldo, La vejez: Una Mirada Gerontológica Actual, Editorial Paidós, Argentina, 1998, págs 36 y 37

Y es el modelo médico tradicional, que conceptualiza a la salud como ausencia de enfermedad, el que favorece a este prejuicio, ya que objetivamente la persona de tercera edad se encuentra frente a un deterioro físico propio de su edad cronológica que puede desembocar en enfermedad. Desde aquel punto, sería difícil consentir la imagen de una vejez saludable ya que la “salud” se define solo como falta de patología.

Por otro lado, existe otra forma de concebir la salud a través del criterio funcional el cual la describe en función de cuán satisfactorio es el funcionamiento en cualquiera de las tres áreas que señala la Organización Mundial de la Salud: física, mental y social. Como consecuencia la vejez no sería una enfermedad en sí misma, aunque si esta última pueda influir en la primera ya que la condición patológica puede producir impedimento o discapacidad en el funcionamiento –actividad vital normal del individuo- de las personas afectadas.³⁰

A manera de conclusión, las personas víctimas del viejismo (en la cual los viejos son discriminados por su edad), al identificarse con la imagen prejuiciosa que los otros tienen de ellos, solo tendrían la opción de considerarse inútiles, enfermas y asexuadas; influyendo esto sobre su salud e inclusive su felicidad.

*Las personas víctimas del viejismo se consideran desde el punto de vista social como enfermas y seniles, deprimidas, rígidas, asexuadas, pasadas de moda y una multitud de rótulos descalificatorios más. Sus problemas físicos y mentales tienden a ser fácilmente ignorados (...). El viejismo lleva a las generaciones jóvenes a ver a los viejos como diferentes, a no considerarlos como seres humanos con iguales derechos y, lo que es peor, no les permite a ellos- a los jóvenes- identificarse con los viejos. Resultado: se tiende a ver a la vejez como algo que no nos pertenece, como algo que está allá, en un futuro muy lejano y, por lo tanto, al no sentir que nos concierne, no nos permite prepararnos para enfrentar nuestro propio envejecimiento.*³¹

El término de la vida sexual, la jubilación, la presencia de enfermedades e impedimentos, el convertirse en abuelos, las pérdidas, entre otros acontecimientos, son los que se le atribuyen “normalmente” a esta etapa de la vida; sin embargo el

³⁰ Cfr. SALVAREZZA, Leopoldo, Psicogeriatría: Teoría y Clínica, Editorial Paidós, Argentina, 1996, págs 30- 35.

³¹ Idem., p.51.

viejismo con su perspectiva reduccionista y discriminatoria del adulto mayor determina que estos procesos se den dentro de un marco donde se radicaliza la visión del anciano como un ser que se encuentra en el declive y que como consecuencia de esto es distanciado socialmente.

Estos acontecimientos relacionados a este periodo son parte de un “reloj” (producto de una convención social) que determinan cuales son los eventos normales y esperables en determinado etapa del ciclo vital. Y aquellos serían los normales y esperados en la vejez. Esta idea es desarrollada y autoimpuesta por el sujeto, llegando a esperar hacer siempre lo que le corresponde a su edad y cuidándose de “estar a tiempo” o “estar fuera de tiempo”; produciendo de esa forma en cada etapa de su “ciclo vital normal” cambios en su autoconcepto y su propia identidad.³²

1.1.3 MODIFICACIONES EN LA TERCERA EDAD

1.1.3.1. MODIFICACIONES BIOLÓGICAS Y FISIOLÓGICAS (SOMA)

El proceso de envejecimiento del cuerpo es inevitable, por tanto es innegable que en la vejez se presentan cambios biológicos y fisiológicos debido al deterioro y desgaste físico.

Algunos de los cambios más básicos son:

- El proceso de envejecimiento afecta la percepción de temperatura y el tacto. El anciano se ajusta de forma más lenta al frío y se enfría con mayor rapidez. Si se expone a climas extremos, le resulta difícil a su cuerpo la adaptación. La piel de la yema de los dedos presenta una disminución de su sensibilidad y agudeza espacial.
- Los adultos mayores duermen menos al transcurrir los años y su sueño se vuelve ligero (sueñan menos y tienen menos periodos de sueño profundo)
- En cuanto a la piel, ésta se vuelve pálida, ajada y con poca elasticidad debido a la desaparición de grasa y masa muscular.
- El cabello se torna blanquecino y delgado, y también suele aparecer en nuevos lugares.

³² Cfr. Ídem. P. 53.

- El tamaño de la persona en la tercera edad disminuye debido a que los discos ubicados entre las vértebras espinales se atrofian. En pocas mujeres, aparece un adelgazamiento del hueso.
- El sistema digestivo a pesar de algunos cambios permanece eficiente, con excepciones en casos de obesidad.
- El órgano cuyo ritmo se vuelve más lento e irregular en la obesidad es el corazón. Como efecto de esto suele formarse depósitos de grasa alrededor de éste, alterando su funcionamiento y elevando la presión sanguínea.³³

Las modificaciones cognitivas más relevantes son otro tema a considerar, y son las siguientes:

- Inteligencia: Existe una disminución de la inteligencia fluida (sirve para resolver nuevos problemas) como señal de envejecimiento; sin embargo, otras capacidades propias –como la sabiduría- de la inteligencia cristalizada que dependen del aprendizaje y la experiencia de la vida se mantienen a sí mismas y pueden aumentar.

Puede producirse una mayor disminución del desempeño intelectual poco tiempo antes de la muerte. Este es un periodo conocido como caída terminal que afecta capacidades que no son afectadas por la edad.

Considerando el modelo de proceso dual, se plantea que la mecánica de la inteligencia (áreas libres de contenido, de procesamiento de información y resolución de problemas) es la dimensión que declina con mayor generalidad en la tercera edad; mientras que la pragmática de la inteligencia (áreas de crecimiento potencial: pensamiento práctico, aplicación del conocimiento y habilidades acumuladas, productividad profesional y sabiduría) se desarrolla en mayor proporción en la adultez tardía. Esto indicaría que durante la tercera edad existe posibilidad de mejoras en la pragmática de la inteligencia más que en la mecánica, lo cual le permitiría al individuo continuar desarrollando su intelectualidad y le facilita el uso de capacidades especiales para compensar sus pérdidas en otras áreas (optimización selectiva con compensación).

³³ Cfr. PAPALIA, Diane y WENDKOS O, Sally, Desarrollo Humano, Editorial Mc Graw -Hill, México, 1997, págs. 572 y 573.

- Memoria: Se suele considerar que los problemas de memoria como una clásica señal de envejecimiento, pero en realidad su funcionamiento durante la edad adulta tardía varía entre los sujetos.

La memoria tiene tres sistemas de almacenamiento:

- Sensorial: Almacena de forma temporal la información que se obtuvo a través de los sentidos. Las imágenes en esta memoria se desvanecen rápido sino se transfieren a la memoria de corto plazo.³⁴ En los ancianos, según estudios, puede haber un deterioro leve en la sensibilidad del registro sensorial produciendo que se requiere más tiempo para registrar la información y que la información registrando desaparezca con mayor velocidad; tal cambio en la memoria sensorial no resulta incapacitante y es de fácil solución. Sin embargo pueden presentarse problemas mayores con calidad de progresivos; por ejemplo, como causa de deterioro del sistema sensorial, existen adultos mayores que no pueden registrar determinada información, teniendo esto graves consecuencias en las capacidades cognitivas
- De corto plazo o de trabajo: A través de ella se produce la actividad mental actual y consciente. Realiza dos funciones: 1) Almacena información –que recibe constantemente- durante cierto tiempo y permite que esa se pueda usar de modo consciente por un lado, y por el otro, transfiere o deshecha aquella que no sirve para ejecutar actividades actuales dando espacio libre a la memoria. 2) Procesa e integra información

En cuanto a las personas de la tercera edad, esta tiene menos capacidad que los jóvenes; así, presentan dificultades para: conservar en la mente elementos de alguna información nueva lo cual complica el proceso de análisis, recordar nuevo material cuando se filtran aspectos que distraen su atención, realizar una tarea si tienen que ignorar información que se encuentra intercalada en ella, recordar y analizar el contenido de un párrafo o de un ensayo con rapidez.³⁵

- De largo plazo: Se refiere al almacenamiento de información por periodos largos. En la adultez tardía, la memoria de largo plazo para información recién aprendida desciende significativamente, mientras que la memoria para material

³⁴ Cfr. PAPALIA, Diane y WENDKOS O, Sally, Desarrollo Humano, Editorial Mc Graw -Hill, México, 1997, págs. 582 - 586.

³⁵ Cfr. STASSEN B, Kathleen y THOMPSON, Ross A., Psicología del Desarrollo, Cuarta Edición, Editorial Médica Panamericana S.A., Madrid- España, págs. 168 y 169.

obtenido en el pasado no se ve afectada. Es decir, se conserva la memoria episódica, la memoria procedimental y la memoria para el conocimiento general.³⁶

Por otro lado, tomando otra clasificación de la memoria, tenemos que la memoria implícita (memoria automática; incluye hábitos, respuestas emocionales, los procedimientos rutinarios y los sentidos; su contenido es más difícil de recuperar sus contenidos para responder una pregunta) se encuentra más conservada que la memoria explícita (incluye palabras, datos, conceptos aprendidos de forma consciente; su contenido es fácil de recuperar para responder una pregunta) dentro de lo que se considera deterioro cognitivo por la edad. Ejemplo de lo mencionado: para el anciano es más probable recordar el modo de ejecutar una tarea concreta que describir los pasos que sigue para realizarla.³⁷

- Procesos de control: Esta es una función ejecutiva que se resume en la capacidad de dirigir y regular el funcionamiento cognitivo e incluye mecanismos de almacenaje, estrategias de recuperación, atención selectiva y análisis lógico.

En los adultos mayores aparecen dificultades para poner en marcha todos estos procesos; específicamente, sucede en este periodo que no se reúne y considera de forma lógica los datos e información importante. Las personas de avanzada edad recurren a conocimientos previos, principios generales y a las mismas técnicas aleatorias, a pesar que ciertas situaciones o problemas requieran del empleo de más información y/o la modificación de procedimientos aleatorios; lo anterior se denomina estrategia de arriba abajo y da cuenta que el anciano tiene poca variedad en los procesos de control y por ende aplica de modo equivocado ciertos mecanismos.³⁸

En cuanto al funcionamiento sensorial y psicomotor, los más importantes cambios son:

- Visión.- Pueden existir las siguientes dificultades: Presbicia (dificultad para ver las cosas de cerca) aparece alrededor de los 60 años y solo requiere el uso de anteojos. Después de los 65 años se presentan de forma más común problemas que

³⁶ Cfr. PAPALIA, Diane y WENDKOS O, Sally, Desarrollo Humano, Editorial Mc Graw -Hill, México, 1997, p. 586.

³⁷ Cfr. STASSEN B, Kathleen y THOMPSON, Ross A., Psicología del Desarrollo, Cuarta Edición, Editorial Médica Panamericana S.A., Madrid- España, p. 171.

³⁸ Cfr. Ídem., p. 173.

interfieren en la vida diaria, tales como visión 20/70, inconvenientes en la percepción de profundidad o de color y pérdidas en la sensibilidad del contraste visual.

En general, la etapa de la tercera edad, se caracteriza por la presencia de problemas visuales en la visión de cerca, sensibilidad a la luz, visión dinámica, velocidad de procesamiento y búsqueda visual. Sin lugar a dudas, lo descrito puede producir que el anciano se restrinja de ciertas actividades, que hasta pueden resultar peligrosas.

Un porcentaje mayor de la mitad mayores de 65 años tienden a desarrollar cataratas, pero es un inconveniente con varias soluciones.

La ceguera por enfermedades visuales se considera el caso más grave.

- Audición.- Siete de cada diez personas entre 65 y 74 años de edad y casi la mitad de las que se encuentran entre los 75 y 79 años no sufren de pérdida de audición. En los casos en que sí se presentan deficiencias auditivas (dificultad para percibir sonidos de alta frecuencia por ejemplo), éstas causan molestias significativas en la vida cotidiana. Algunos de estos problemas se pueden solucionar con la utilización de aparatos auditivos, pero a pesar de eso no son muy empleados por las personas de avanzada edad. Otros en cambio, requieren tratamiento médico, entrenamiento especial o cirugía.

- Gusto y olfato: Las pérdidas en estos sentidos se consideran comunes dentro del proceso de envejecimiento. Los ancianos hombres en general suelen necesitar, según un estudio, una mayor intensidad para percibir los sabores agrio, salado y amargo; en tanto que las mujeres suelen conservar tales capacidades sensitivas.

Las causas más comunes son: pérdida de papilas gustativas en la lengua (en cuanto al gusto) y la presencia de un bulbo raquídeo atrofiado (en cuanto al olfato). Otros inconvenientes en estos sentidos se pueden dar por el empleo de ciertos medicamentos.

- Fortaleza, coordinación y tiempo de reacción: Las personas de edad avanzada se encuentran limitadas en ciertas actividades, ya que existe un procesamiento de información y tiempo de reacción más lentos, una menor fortaleza y una coordinación sensoriomotora con inconvenientes en cuanto a eficiencia.

Lo anterior entre otras cosas produce en el adulto mayor: demora en evaluar el ambiente, recibir información y tomar decisiones, interferencia para aprender nueva información y para recuperarla, dificultad para realizar actividades que requieran

resistencia o cargar cosas pesadas, respuestas reflejas retardadas, entre las más importantes.³⁹

En cuanto a lo que sucede física y químicamente durante la adultez tardía en el cerebro, existen varias explicaciones. Una posición sostiene que en personas de avanzada edad saludables el cerebro no difiere al de una persona más joven; solo quienes presentan enfermedad de Alzheimer y otros tipos de desórdenes cerebrales muestran en el cerebro cambios notables y grandes efectos. Otra posición afirma que los cambios en las funciones mentales (que implican la memoria, el aprendizaje, la planificación, etc.) en la tercera edad se deben a la pérdida de células nerviosas; pero en este proceso existirían cambios positivos también, como el crecimiento de las dendritas como una compensación de la pérdida mencionada.

Tomando en cuenta otro aspecto relevante que sufre modificaciones en la vejez, es necesario mencionar a la capacidad de reserva –orgánica- propia de la especie humana, la cual se manifiesta en circunstancias extraordinarias y facilita que los sistemas corporales incrementen su capacidad de funcionamiento en tiempos de estrés. Se afirma que el individuo al llegar a éste periodo de vida presenta una disminución del nivel de esta capacidad, y aquel cambio no se percibe en la cotidianidad, sino en situaciones estresantes a través de la falta de respuesta rápida y eficiente a las demandas físicas principalmente. Si este inconveniente es progresivo, impide que el sujeto cuide por sí mismo y empieza entonces a depender de otros.⁴⁰

La salud oral del adulto mayor dependerá de la estructura dental congénita y de los hábitos dentales y alimentarios conformados a lo largo de la vida. La pérdida masiva de dientes (inconveniente que limita considerablemente la alimentación) puede evidenciar poco cuidado en el aseo dental, y no necesariamente se debe a la vejez.⁴¹

Los cambios hormonales también juegan su parte. La concentración de la hormona DHEA (“de la juventud”) alrededor de los 85 años es 5 veces menor que a los 30 años. Esta hormona, precursora de la formación de estrógenos y andrógenos, tiene

³⁹ Cfr. PAPALIA, Diane y WENDKOS O, Sally, Desarrollo Humano, Editorial Mc Graw -Hill, México, 1997, págs. 572 y 573.

⁴⁰ Cfr. Idem. Pág. 574.

⁴¹ Cfr. Idem. Pág. 577.

gran relevancia pues suele reducir el riesgo de obesidad, diabetes, cáncer y enfermedad cardiovascular y refuerza el sistema inmunológico. Otra hormona que disminuye en concentración es la somatropina (hormona del crecimiento), y esto sucede en el 50% de los ancianos mayores de 80 años. El decrecimiento de ésta se vincula con la pérdida de fuerza muscular, la distribución de la grasa corporal y un mayor índice de arteriosclerosis. Las hormonas que tienden a aumentar son las adrenales (regulan la glucosa en la sangre); lo cual puede aumentar el riesgo de diabetes. La hormona tiroxina presente en las mujeres sufre en ocasiones disfunciones por exceso o defecto.⁴²

1.1.3.2. MODIFICACIONES PSÍQUICAS (PSIQUE)

Existe una gran variedad de teorías que se han interesado por explicar cuáles son los cambios que se producen en la psique de la persona de la tercera edad. Sin embargo una de ellas resulta de suprema relevancia al momento de tratar el tema del envejecimiento y la vejez, y esta es la de Erick H. Erikson que se denomina “teoría epigenética”. Esta constituye la primera teoría psicoanalítica que trató profundamente en el tema del envejecimiento al diseñar su modelo de las etapas de desarrollo.

La “epigénesis” (palabra tomada de la embriología) es el principio organísmico que le permitió a Erikson tener la fundamentación somática del desarrollo psicosexual y psicosocial.

De la misma manera que Freud consideró la sexualidad infantil y sus estadios pregenitales de la sexualidad – que cuestionó la concepción que consideraba que la sexualidad aparecía y se desarrollaba durante la pubertad, no antes-, la embriología después llegó a reconocer el desarrollo epigenético (evolución paso a paso de los órganos fetales). La semejanza y relación entre estos dos avances en la concepción de la sexualidad infantil y la embriología es el hecho que reflejan una secuencia del desarrollo por estadios.

⁴² Cfr. “Cambios en la Tercera Edad”, GRAN COLECCIÓN DE LA SALUD, Etapas de la vida II, Tercera Edición, Editorial Plaza Janés, Perú, 2004, IX, p. 308.

En cuanto a la secuencia epigenética del desarrollo: cada órgano tiene su tiempo de origen y supremacía, y sino surge en el periodo establecido jamás podrá expresarse totalmente ya que habrá llegado el tiempo de la aparición de otra parte del cuerpo. Si sucediera que el órgano fracasa en el momento de su desarrollo ascendente estaría afectándose como entidad de forma permanente, pero también produciría que peligre toda la jerarquía de órganos. Por el contrario, si se produjera el proceso tal como esta determinado se estaría hablando de un desarrollo normal donde hay una ajustada relación de tamaño y función entre todos los órganos del cuerpo.

La epigénesis por tanto para el autor no representa una simple sucesión ya que determina leyes de desarrollo que controlan las relaciones fundamentales de cada parte que crece con las otras partes. Así cada parte: existe de cierta forma antes de llegar a su maduración, durante su desarrollo planificado se encuentra en vinculación sistemática con las demás y después de hallarse en plena culminación también se espera que se desarrolle todavía más en el predominio de las culminaciones siguientes, y, sobre todo, que ocupe su lugar en la integración de todo el conjunto. Un resultado exitoso del conjunto dependerá sin lugar a dudas del correcto desarrollo y de la apropiada secuencia de cada fase.

La pregenitalidad y los estadios de libidinización de las zonas vitales- psicosexuales- en la niñez son conceptos propios de la teoría psicoanalítica y que son útiles para Erikson al sustentar su teoría epigenética; pues estos no solo permiten explicar el desarrollo de la sexualidad sino también el desarrollo psicobiológico necesario para la preservación del organismo (ingestión, excreción,...y después del lapso de latencia sexual, la procreación, visto que la secuencia de su erotización se halla intrínsecamente vinculada con el desarrollo contemporáneo de otros sistemas de órganos. Y también, el desarrollo evolutivo tiene significado psicosocial, pues es la estructura de la comunidad humana y sus instituciones quienes, dependiendo la tendencia epidemiológica de cada época, dan a cada función parcial y a la niñez connotaciones específicas que apoyen las normas culturales, el estilo comunal y la cosmovisión dominante.

Erikson hace uso tanto de la epigénesis como de las etapas pregenitales en la niñez, para considerar al ser humano como un organismo en maduración que continúa

evolucionando planificadamente aún luego de su nacimiento y desarrollando una secuencia preestablecida de sus capacidades (físicas, cognitivas y sociales).

El autor planteó entonces que la existencia del ser humano está relacionado siempre con tres procesos de organización, complementarios el uno con el otro. Sin importar el orden en que se describan, estos son: proceso biológico de organización jerárquica de los sistemas orgánicos que conforman un cuerpo (*soma*), el proceso psíquico que se encarga de organizar toda experiencia individual a través de la síntesis del yo (*psychè*), y, el proceso comunal que se refiere a la organización cultural de la interdependencia de las personas (*ethos*). Estos tres procesos son fundamentales para explicar todo suceso humano integral, aunque cada cual posea sus métodos de investigación.⁴³

Siguiendo esta línea plantea un CICLO VITAL conformado por OCHO ESTADIOS DEL DESARROLLO. A cada estadio del ciclo de generaciones (infancia, niñez temprana, edad de juego, edad escolar, adolescencia, juventud, adultez y vejez) le corresponde: estadio y modo psicosexual, crisis psicológica, crisis psicosociales, radio de relaciones significativas, fuerza básica, patología básica –antipatía-, principio relacionado de orden social, ritualizaciones vinculantes y ritualismo. Dentro de todo esto, el autor le da significativa importancia a las crisis psicosociales (y a las cualidades y antipatías frutos de ellas) que explica los estadios del desarrollo del yo en relación con el medio social.

Las crisis sociales tienen un tiempo específico de maduración dentro de la evolución y dependiendo que parte de la antítesis prevalezca tendrán como consecuencia el desarrollo de una fuerza básica o de una patología básica⁴⁴

La crisis dominante en la vejez está en la antítesis INTEGRIDAD versus DESDÉN. La integridad madura como fuerza específica la sabiduría. Para Erikson esta última implica una preocupación informada y desapegada por la vida y la muerte misma, pero también se encuentra potencialmente en las referencias más simples a cosas

⁴³ Cfr. ERIKSON, Erick H., “El Ciclo Vital Completado”, Edición revisada y ampliada, Editorial Paidós, España, 2000, págs. 33- 39.

⁴⁴ Cfr. Idem, p. 62.

concretas y cotidianas. Mientras que el desdén, presenta la contraparte de la sabiduría, e implica un estado de confusión, desamparo y acabamiento.

El desdén es comparable con la desesperanza –propia de la infancia-, cuya antítesis es la esperanza que a su vez es la fuerza más básica de lo yoidad pues sin ella la vida no empieza ni termina con sentido. Claro que la esperanza no es la misma que la de infancia, es una más madura.⁴⁵

Esta es una pequeña muestra de cómo en el ciclo de la vida una etapa siempre refiere a las etapas previas, ya que considerando el principio epigenético, cada estadio del desarrollo surge en base al o a los estadios anteriores y continúa estando presente y madurando en los siguientes. Citando a Ericsson: “(...) en un esquema epigenético, según hemos dicho, después solo debe significar una versión posterior de un ítem previo, no una pérdida de este.”⁴⁶

Volviendo a la *esperanza*, que es la cualidad más básica infantil, esta se canaliza como puro futuro. Pero si prevalece la desesperanza precozmente, la esperanza se va agotando emocionalmente y cognitivamente. Cuando prevalece la esperanza, ésta transporta la imagen numinosa del otro primario a través de las variadas formas que pueden tener en los estadios intermedios, hasta llegar a confrontarse con el otro último y a una promesa de recuperar, para siempre, un paraíso casi perdido. La esperanza renueva su potencial en los estados posteriores y se desarrolla gradualmente hasta convertirse en fe, necesario en la vejez.

La *voluntad*, cualidad propia de la niñez temprana que aparece si prevalece la autonomía sobre la vergüenza y la duda, se logra cuando el individuo a más de tener una dependencia sensorial oral –lograda en la etapa anterior- en esta etapa llega a la autovoluntad anal- muscular y un cierto nivel de autocontrol. Si en este estado se inclina más a la autonomía, el sujeto llega a equilibrar dos tendencias: impulsividad voluntariosa para ser totalmente independiente y hacer de la voluntad de otros su compulsión lo que le genera dependencia; y como resultado, el poder volitivo rudimentario permite la maduración de la libre elección y a la vez la autorrestricción.

⁴⁵ Cfr. Idem. Págs. 67 y 68.

⁴⁶ Ídem. Pág. 68.

La *finalidad*, cualidad básica de la edad de juego, surge cuando prevalece la iniciativa versus la culpa. Se desarrolla cuando el niño, a través de una actividad constante, se orienta a emprender nuevos proyectos, manipular objetos que lo rodean, hacer planes y conquistar nuevos retos. El aliento y apoyo de los padres en esas iniciativas puede infundir un sentimiento de alegría al tomar iniciativas y emprender nuevos retos. Sin embargo, si el niño no logra adquirir el sentido de iniciativa, quizá persistan en él los sentimientos de culpabilidad y puede desplegarse la patología básica: la inhibición.⁴⁷

La *competencia*, cualidad presente en la edad escolar si predomina la industria y no la inferioridad, genera un sentimiento de actividad competente adaptada a las leyes del mundo instrumental y a las reglas de cooperación en procedimientos, planeados y diagramados. En este estadio, el sujeto “aprende a amar el aprender” y también el jugar. Y tanto mediante el juego como del aprendizaje, van penetrando en él determinada jerarquía de roles de trabajo a través de ejemplos ideales, reales (personas que lo instruyen) o míticos (héroes de leyenda). Por todas estas razones, la industria se relaciona coherentemente con el ethos de producción. El sentimiento de dominio competente a medida que se desarrolla el ser humano debe ir integrando gradualmente todos los métodos que van madurando y contribuirán a verificar y dominar la actualidad y compartir la realidad de quienes cooperan la misma situación productiva.

En cuanto al sentimiento de inferioridad, se debe mencionar que es necesario en cierta medida en cuanto ayuda como un impulso a quienes tienden a la competencia. Pero para otros, la inferioridad es un elemento paralizante, y puede favorecer al desarrollo de la patología básica, la inercia que suspende la vida productiva. Esta inercia está vinculada con la inhibición de la edad de juego.⁴⁸

La finalidad en el juego y la industria en el trabajo preparatorio – edad escolar-, son cualidades que favorecerán al individuo en la toma de elecciones de un periodo económico, cultural e histórico.

⁴⁷ Cfr. Ídem. Págs. 82 y 83.

⁴⁸ Cfr. Ídem. Págs. 80 y 81.

La *fidelidad* es la cualidad que resulta del establecimiento de una identidad propia durante la adolescencia, que no sucumbió frente a la confusión de roles. El sentimiento generalizado de identidad produce un acuerdo gradual entre la gran cantidad de autoimágenes cambiantes experimentadas durante la niñez (que durante la adolescencia son recapituladas) y las oportunidades de roles que se le ofrecen al individuo en la actualidad (las cuales el sujeto selecciona y se compromete con ellas).

En opinión de Erikson, la identidad se logra al integrar varios roles en un patrón coherente que brinde el sentido de continuidad o identidad internas. Lo que se construye entonces es una identidad psicosocial que le permite al Ss⁴⁹ ser compatible con valores ideológicos de todas las clases y en ocasiones con la ideología de adaptación vigente y con las pautas de adecuación y éxito que corresponden a la época. Sin embargo, durante este periodo no solo se establece la identidad psicosocial sino que también se comienza a desarrollar una identidad existencial eso sí con cualidades cambiantes. Este sentido de identidad existencial madura en la vejez hasta llegar a convertirse en un sentimiento agudo y duradero del sí mismo (self).

La cualidad que nace del establecimiento de identidad es la fidelidad a determinados valores, ideologías, posturas, etc.; y se encuentra en estrecha relación con la confianza infantil y con la fe madura, en la medida que el individuo transfiera la necesidad de guía y de mediación ideológica a las figuras parentales (en el primer caso) y mentores y líderes (en el segundo caso).

Es imposible la formación de la identidad sin que exista en un cierto nivel algún repudio de rol, fundamentalmente porque existen roles que ponen en peligro la síntesis potencial de identidad del adolescente. En este sentido, el repudio, sirve para delimitar la identidad del individuo y con ello a establecer lealtades experimentales que después pueden ser afiliaciones duraderas mediante ritualizaciones.

⁴⁹ Ss: sujeto.

Cuando no logra establecerse la identidad y predomina la confusión de roles se presenta la contraparte antipática de la fidelidad: el repudio del rol, que se define como un impulso activo y selectivo a separar roles y valores que parecen viables en la formación de la identidad de lo que se debe resistir o contra lo que hay que luchar porque se siente como algo ajeno al yo. Éste repudio puede aparecer en forma de falta de autoconfianza y como una oposición obstinada sistemática (identidad negativa).⁵⁰

El *amor*, cualidad básica que se presenta cuando prepondera la intimidad antes que el aislamiento, se puede dar cuando se han resuelto dentro de lo esperado las crisis precedentes y especialmente cuando la persona se siente seguros de su identidad como para fusionarla y compartirla con otros sujetos que puedan complementarlos. Para formar una relación íntima, las personas han de confiar en los demás, ser independientes, capaces de tomar la iniciativa y mostrar otras características de la madurez. Dicho de otro modo, la intimidad a la que se refiere Erikson, va más allá de la mera satisfacción, ya que implica la capacidad de comprometerse significativamente con afiliaciones concretas que le impliquen inclusive sacrificio. Solo así puede darse el amor como una devoción madura que promete resolver los antagonismos inherentes a la función dividida.

La contrafuerza antipática de la intimidad y el amor es la exclusividad, que tiene parecido en la forma y la función con el rechazo en la adultez. La exclusividad es útil para la intimidad siempre y cuando se relacione con el mantenimiento de compromisos significativos. Pero si va al extremo, se vuelve destructiva y autodestructiva, hasta llegar a la autoexclusión o aislamiento (antítesis psicosocial de la intimidad).⁵¹

El *cuidado*, cualidad propia que nace de la preponderancia de la generatividad ante su antítesis el estancamiento durante el estadio de adultez, es una virtud y una tendencia simpática vital puesto que incluye un compromiso ampliado de velar por las personas, productos e ideas por los que el individuo ha aprendido a preocuparse.

⁵⁰ Cfr. Ídem. Págs. 77 -79.

⁵¹ Cfr. Ídem. Págs. 75 y 76.

Y para realizar esta tarea generacional, se necesita de todas las cualidades anteriores en orden ascendente (esperanza y voluntad, finalidad y habilidad, fidelidad y amor).

La tendencia antipática durante este periodo es el rechazo. Esta es indispensable para la generatividad en el sentido que para el ser humano la elaboración del cuidado tiende a ser selectiva de lo que es o puede llegar a ser familiar; se habla entonces de un rechazo tolerable. Cuando esta no disposición a incluir a personas o grupo específicos en la preocupación generativa es propia de una actitud discriminatoria al considerar al otro peligrosamente distinto, puede tener implicación de largo alcance para la supervivencia de la especie y también para el desarrollo psicosocial del sujeto.

La generatividad implica procreatividad, productividad y creatividad, y con ello, la generación de nuevos seres (pero no como meros productos derivados de la sexualidad, sino como consecuencia de una verdadera intimidad), nuevos productos y nuevas ideas.

Hay un elemento importante para el estadio, y este es el de la frustración generativa, que es propio del ethos tecnológico dominante del control de natalidad. Esta puede pasar inadvertida o simplemente ser sublimada. Sin embargo, cuando aparece la frustración sexual se la reconoce como patogénica y se vincula con el estancamiento y la autoabsorción.

El adulto maduro si es generativo está dispuesto a convertirse en un modelo numinoso para la generación posterior, a actuar como juez – autoridad- y a transmitir los valores ideales. Para esto, realizará ritualizaciones auxiliares como la parental, la didáctica, la productiva y la curativa. Debe evitar caer en el ritualismo conocido como autoritarismo, que es el uso mezquino del poder para la regimentación de la vida económica y familiar.⁵²

Por último, el estadio de la vejez y su producto como efecto de integridad: *la sabiduría*. En aquel todas las cualidades mencionadas producidas en los estadios anteriores asumen nuevos valores, sean estas saludables o patológicas. Así, el amor

⁵² Cfr. Ídem. Págs. 71 - 75.

en la vejez, por ejemplo es diferente, tiene otro valor al de la juventud, pues es intemporal y se refiere a esos pocos otros que fueron los principales contra – actores en diferentes contextos significativos de la vida.

Pero la integridad es el rasgo sintónico dominante en este último estadio, y permite al adulto mayor un sentimiento de coherencia y totalidad que resulta complicado de establecer ya que hay pérdidas de vínculos en los tres procesos organizativos: en el soma con el debilitamiento generalizado de la interacción tónica en los tejidos conjuntivos, en la psique hay una pérdida paulatina de la coherencia mnémica de la experiencia y en el ethos se manifiesta la amenaza de una inesperada y casi total pérdida de la función generativa.

La presencia de variedad de pérdidas y la debilidad humana (reiteración del deterioro) puede justificar hasta cierta medida como una reacción natural al desdén. Se puede convertir en un problema solamente cuando esta contraparte antipática de la sabiduría domina a la persona de la tercera edad.

La última ritualización propia de la vejez es la filosófica: porque al mismo tiempo que le permite mantener algún orden y significado en la des – integración del cuerpo y la mente, le facilita defender una esperanza duradera de sabiduría. La línea es delicada, y hay que cuidarse de caer en un ritualismo denominado dogmatismo que solo da cuenta de una seudointegridad compulsiva que al vincularse con un poder indebido puede transformarse en ortodoxia coercitiva.

Para Erikson ésta última etapa está más libre de ansiedad neurótica, pero si existe en ella temor de vida y muerte. Por ello, no se trata solamente de madurar la esperanza propia de la niñez hacia el crecimiento de la fe madura, sino también de hacer uso activamente de la experiencia integrativa de todos los estadios anteriores. En, especial retrocediendo un paso al estadio generativo, es importante considerar que en la vejez según el principio de epigénesis, éste no desaparece como no lo hacen los anteriores a éste, sino que se presenta en una nueva versión. La función generativa no debe desaparecer en el viejo, aún con la discontinuidad de la vida familiar y la renuncia del liderazgo, porque contribuye a que conserve el compromiso vital

fundamental para vivir verdaderamente.⁵³ Por tanto, la falta de compromiso vital se asocia con estancamiento (seudointimidad); y este se da en los ancianos cuando:

(...) parecen hacer un duelo no sólo por el tiempo perdido y el espacio agotado, sino también (...), por la autonomía debilitada, la iniciativa abandonada, la intimidad faltante, la generatividad descuidada – y no hablemos de los potenciales de identidad que se pasan por alto o, en verdad, la vivencia de una identidad demasiado limitadora.- Todo esto, como hemos dicho, puede ser “regresión al servicio del desarrollo” (...) – es decir, una búsqueda de la solución de algo que es literalmente, un conflicto específico de la edad.⁵⁴

1.1.3.3. MODIFICACIONES EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES

RELACIONES DE PAREJA

Sucede que para una gran cantidad de adultos mayores el contar con un cónyuge le permite tener la mejor defensa para afrontar los posibles problemas que pueden surgir con la edad.

Tomando en consideración las relaciones matrimoniales de larga duración, se sostiene que estas van teniendo cambios a medida que las personas envejecen. Se puede hablar tanto de continuidad y discontinuidad en este tipo de vínculos. Se propone continuidad en cuanto a que la naturaleza de un matrimonio en sus inicios es un indicador de cómo es en estas últimas etapas; así las parejas que tenían un nivel inicial alto o bajo de conflictividad, actividad sexual o intensidad emocional lo mantienen parecido en estas fases. En otras parejas, que no se encuentran en estos dos límites, este nivel va disminuyendo apenas paulatinamente con el tiempo.

Si existen cambios en los matrimonios de larga duración, según estudios transversales, estos serían más de carácter positivos. Así comparando, entre matrimonios en la madurez y en la vejez, se evidencia que en los últimos, se mantienen relaciones con menor grado de conflictividad y se experimenta mayor placer por estar juntos. Otros estudios corroboran lo descrito, mencionado que las parejas casadas de edad consideran que su matrimonio ha ido mejorando con el

⁵³ Cfr. Ídem. Págs. 68- 71.

⁵⁴ Ídem. Pág.69.

tiempo y que ahora se encuentran más satisfechas en el matrimonio que en sus inicios.

Una de las razones por las cuales puede suceder esto se refiere al hecho que estas parejas a lo largo de la vida han acumulado una gran cantidad de experiencias conjuntas que las van convirtiendo en más compatibles. El compartir factores contextuales implica que cada integrante de la pareja cambie de forma similar y por tanto, su personalidad, perspectivas, expectativas y valores se parezcan entre sí. Este tipo de vínculos, como consecuencia, van teniendo características más igualitarias y justas.

Otro elemento presente en las parejas de adultos mayores es la solidaridad, la cual se evidencia más cuando surge la discapacidad en uno de sus miembros, situación que se da en casi la mitad de uniones que han durado cincuenta años en adelante. En tales casos, si las exigencias por parte de la persona con discapacidad no son agobiantes existe una buena adaptación por parte del cónyuge cuidador y el nivel de satisfacción matrimonial no disminuye notoriamente.

Se considera que comúnmente los cónyuges en la tercera edad aceptan las afecciones de salud que pueden presentar y atienden las necesidades físicas y fisiológicas del otro con afecto mas no como una obligación. Sin embargo, el cuidado mutuo que existe en estos vínculos no debe entenderse como el eje central de la relación, existen otros aspectos, tales como un alto nivel de intimidad y expresión emocional, respeto, compañerismo, compatibilidad y amor.⁵⁵ Dicho de otra forma, el matrimonio en la edad adulta tardía representa tres beneficios (a parte del mutuo apoyo): intimidad sexual y emocional, interdependencia y sentido de la pareja de pertenecer uno al otro. Por otro lado, también se piensa que el éxito del matrimonio en la adultez tardía está directamente relacionada con la capacidad de la pareja de adaptarse a los cambios-cambios de personalidad, nuevas situaciones laborales, cambio de roles- que se den en la adultez intermedia.⁵⁶

⁵⁵ Cfr. STASSEN B, Kathleen y THOMPSON, Ross A., Psicología del Desarrollo, Cuarta Edición, Editorial Médica Panamericana S.A., Madrid- España, págs. 212 y 213.

⁵⁶ Cfr. PAPALIA, Diane y WENDKOS O, Sally, Desarrollo Humano, Editorial Mc Graw -Hill, México, 1997, pág. 614.

Por último cabe mencionar a los matrimonios que se dan en la tercera edad. Según estudios, estos resultan ser más calmados que las uniones dadas en épocas más tempranas de la vida. Los hombres se sentirían impulsados a casarse de nuevo por la sensación de compañerismo y el deseo de aliviar la soledad; mientras que las mujeres asocian su decisión a los sentimientos hacia sus nuevas parejas y a las cualidades personales que estas poseen.⁵⁷

El divorcio en la tercera edad sucede en un bajo porcentaje –excepto en los matrimonios que se han dado en forma reciente-, pues la mayoría de parejas que deciden separarse lo hacen en etapas más tempranas.

En términos generales, se considera que el divorcio en la adultez tardía puede resultar devastador pues significa el término de un patrón de estilo de vida que ha estado vigente por mucho tiempo. Para la mujer se piensa que esta pérdida es tan relevante como la que se produciría en la viudedad.

En cuanto a las mujeres que se divorciaron en otras etapas y que padecieron de sufrimiento social, sobrecarga de roles o dificultades económicas resulta más probable que conforme aumenta su edad su estilo de vida mejore pues suele suceder que su red de amistades se incrementa y se van liberando de ciertas tareas. Ahora, el caso de los hombres que llegan divorciados a la adultez intermedia o tardía es diferente, ya que comúnmente en la separación pierden a una cuidadora, vinculadora social y familiar; y con el pasar del tiempo van perdiendo contacto con antiguos amigos y la relación con los hijos y nietos es pobre, aumentado así la probabilidad de aislamiento. Los hombres que no vuelven a contraer matrimonios presentan con mayor frecuencia problemas físicos y fisiológicos que otras personas mayores.⁵⁸

Tanto en hombres como en mujeres, cuando la separación y el divorcio suceden en esta etapa de la vida, suele manifestarse una menor satisfacción con la vida de familia que las personas casadas. El nivel de vida decae y se evidencian tasas de

⁵⁷ Cfr. Ídem. Pág. 615.

⁵⁸ Cfr. STASSEN B, Kathleen y THOMPSON, Ross A., *Psicología del Desarrollo*, Cuarta Edición, Editorial Médica Panamericana S.A., Madrid- España, págs. 215 y 216.

enfermedad mental y de mortalidad altas, las cuales se relacionan con el hecho que las redes sociales de apoyo son inadecuadas tras el divorcio.⁵⁹

En cuanto a la viudedad, se considera que en la mitad de los matrimonios de personas mayores es claro que uno de los cónyuges sufrirá la muerte de su pareja. En promedio se plantea que las mujeres ancianas viven más años que los hombres en igual condición.

Para los dos sexos los primeros meses representan el periodo de mayor dolor. La muerte del cónyuge se manifiesta como la pérdida de un amante y un amigo íntimo por un lado, y por el otro implica la ruptura de un círculo social, el término de una rutina, menos ingresos económicos y por tanto una peor calidad de vid. En el caso de la mujer, esto también va vinculado con la pérdida de identidad al encontrar que con la muerte de su esposo ha perdido con ella el ejercicio de los roles de esposa y cuidadora.

En los meses que suceden al fallecimiento, los viudos tienden con mayor probabilidad a padecer trastornos psicológicos que las personas casadas de la misma edad. En los hombres inclusive se ve un alto riesgo de muerte por muerte o por causas naturales. A las viudas les resulta un poco menos difícil adaptarse a la vida sin su pareja, ya que generalmente tienen una red social de apoyo amplia y debido a las expectativas de vida suelen considerar que vivirán más que sus parejas y por tanto se preparan para ello. Los hombres, en especial aquellos que fueron dependientes con sus esposas y veían en ellas su mayor apoyo y su principal fuente de interacción social, al momento de enviudar les resulta difícil expresar sus emociones –y debilidad- a otras personas y sobre todo pedir ayuda.

Sin embargo, los viudos después de superada la crisis inicial tienen una mayor apertura a establecer de nuevo una relación de pareja, y además suelen ser muy codiciados. Las mujeres, tienen en cambio, una menor probabilidad de volver a casarse o de entablar otra relación amorosa. Esto se debe a que estas no suelen desear

⁵⁹ Cfr. PAPALIA, Diane y WENDKOS O, Sally, Desarrollo Humano, Editorial Mc Graw -Hill, México, 1997, pág. 615.

casarse pues quieren aprovechar su nueva independencia ampliando su círculo social y experimentando cosas nuevas que le darán otro sentido a su existencia.⁶⁰

La Asociación Americana de Personas Retiradas, en 1990, en una encuesta para establecer la condición marital de las personas de 65 años o más, planteó que tan sólo alrededor del 4% o 5% de la población entre hombres y mujeres no se han casado. Los adultos mayores solteros suelen mostrarse satisfechos con su independencia pues han desarrollado un alto nivel de vida, modelos sociales alternativos y el ejercicio de diversas actividades. Las mujeres mayores tienden a conservar una relación estrecha con su familia; suelen cuidar a sus padres ancianos, viven con ellos o con sus hermanos, entre otras cosas. En general valoran su independencia y si viven solas no consideran su soledad como un malestar.⁶¹

En una investigación con mujeres adultas mayores solteras y sin hijos se concluyó que para ellas existen tres tipos de relaciones como importantes: nexos de consanguinidad, nexos de parentesco con personas de menor edad y amistades de su generación y de su mismo sexo. En otro estudio se comprobó que experimentan soledad al perder la salud, y no tanto por la muerte de un amigo o familiar; esto debido a que la enfermedad minaba su autoconfianza, estimulando por otro lado la dependencia.⁶²

RELACIONES DE AMISTAD

La elección de amigos representa un factor de importancia para las personas de la tercera edad, puesto que para ellos implica un afianzamiento del control que aún tienen sobre sus propias vidas.

Las mujeres suelen conservar en mayor proporción sus amistades y siguen alimentado los vínculos con visitas, actividades conjuntas, entre otras cosas. Los

⁶⁰ Cfr. STASSEN B, Kathleen y THOMPSON, Ross A., Psicología del Desarrollo, Cuarta Edición, Editorial Médica Panamericana S.A., Madrid- España, págs. 213 y 214.

⁶¹ Cfr. Ídem. Pág. 215.

⁶² Cfr. PAPALIA, Diane y WENDKOS O, Sally, Desarrollo Humano, Editorial Mc Graw -Hill, México, 1997, pág. 616.

hombres suelen frecuentar a sus amigos con menor frecuencia y cuando se relacionan lo hacen más en actividades en grupo que de forma personal e íntima.

Según varios estudios, los ancianos disfrutarían más el tiempo que pasan con sus amigos que con sus familiares debido a que con los primeros suelen ser más activos y disfrutan experimentando una gran diversidad de actividades, mientras que con los segundos se limitarían a rutinas donde priman ver la televisión y realizar actividades domésticas.

Entre iguales, los ancianos tienen la sensación de tener vínculos donde priman la sinceridad, despreocupación y espontaneidad. Sin embargo, se plantea que el pasar el tiempo con amigos no brinda una satisfacción total como lo hace el hecho de permanecer con el cónyuge. Lo anterior se debería a que los amigos brindan solo un gozo inmediato (breve y menos frecuente), mientras que la familia, en especial el cónyuge, ofrece una sensación permanente de seguridad y apoyo.

La amistad, a pesar de lo mencionado, se convierte en una fuente donde se comparten intereses comunes, vinculación social, ayuda mutua y por tanto un alto grado de intimidad y valoración personal. En conclusión, tener amigos representa un gran soporte en el momento de afrontar situaciones de estrés, problemas emocionales y físicos.⁶³

Sobre todo cuando esta amistad es de calidad, ésta es un elemento que permite no perder el nivel de reconocimiento social y de roles, lo cual sucede comúnmente como consecuencia de experiencias de jubilación y viudedad. Por ello, la amistad tiene estrecha relación con los sentimientos de bienestar, autoestima y gratitud.

Las mujeres ancianas casadas suelen tener amistad con miembros de la familia pero también cuentan generalmente con una amiga íntima que no pertenece a su círculo familiar. Mientras que el hombre en las mismas condiciones, preferirá contar con amistades duraderas dentro de la familia.

⁶³ Cfr. Ídem. Págs. 617 y 618.

Los adultos mayores que no se han casado, por su lado, tienden más a establecer amistades íntimas fuera de sus hogares. En el caso del sexo masculino, los amigos pueden ser tanto hombres como mujeres; y en las mujeres, de preferencia son mujeres.

Por lo dicho con anterioridad, se deduce que el mantener este tipo de vínculos contribuye a un buen envejecimiento.⁶⁴

RELACIONES FAMILIARES

Cuando existen adultos mayores en la familia, existen dos aspectos fundamentales a considerar. En primer lugar, el papel que juegan los miembros de la familia en la vida y desarrollo de su pariente anciano; y en segundo lugar, el rol que se le otorga a éste dentro del hogar.

En cuanto al primero, citando a Blieszner y Hamon, en los hijos adultos suele surgir un sentimiento –sentido- de “deber filial” hacia los padres ancianos, que se externaliza en la protección y el cuidado hacia ellos. Este puede provocar roces cuando el cuidado que se le ofrece es más de lo que el individuo de la tercera edad – pues cuarta su independencia- o bien cuando este cuidado que le ofrecen sus hijos no es lo suficiente como para satisfacer lo que él espera y exige.

Lo que se espera es que en la familia se presenten tres signos de unidad entre las generaciones que conviven: ayuda mutua que surge tanto por necesidad como por deseo y la capacidad de ofrecerla, contacto personal frecuente que depende también de la cercanía geográfica y afecto compartido que da cuenta de un historial de vínculos donde existe amor y respeto. De lo que se trata es que la ayuda y el contacto (signos de unidad) se den con afecto.⁶⁵

Sin embargo, para René González Pérez en *Vida Plena en la Vejez*, lo mencionado no se presenta de modo tan perfecto en nuestras sociedades.

Así añade:

⁶⁴ Cfr. STASSEN B, Kathleen y THOMPSON, Ross A., *Psicología del Desarrollo*, Cuarta Edición, Editorial Médica Panamericana S.A., Madrid- España, págs. 216 y 218.

⁶⁵ Cfr. Ídem. Pág. 219.

*Pareciera que en tiempos anteriores las cosas iban más bien por el sentido de cohesión y solidaridad entre los miembros de la familia y se buscaba conservar las tradiciones fomentando actividades que unificaran a sus miembros y les mantuviera solidarios. Por el contrario, ahora las tendencias familiares apuntan hacia una ruptura de sus miembros y hacia un sentido de independencia que libera a quienes la componen, dejando fuera preocuparse por los menos dotados, como los niños y los más ancianos.*⁶⁶

En este modelo de familia, el amor no se manifiesta tanto en las uniones físicas de los miembros y en la solidaridad, sino que se expresa en un mayor respeto a las decisiones y elecciones personales. Esta independencia de los integrantes les permite preocuparse de encontrar soluciones personales en esta nueva etapa de la vida, pero en ellas desampara a los miembros ancianos. Por tanto el adulto mayor queda separado de rol intrafamiliar pues su presencia no tiene la misma relevancia tradicional.⁶⁷ Y en esto, nada tiene que ver el hecho que en el Ecuador la mayoría de personas de la tercera edad vivan con sus familias, puesto que la proximidad que existe entre el anciano y los demás integrantes de su hogar, no garantiza que este reciba el cuidado y protección que requiere y más que nada, no determina que su verdadero papel y rol dentro de la familia sea reconocido en su valor afectivo y también sociocultural.⁶⁸ Es entonces cuestionable la calidad de atención y cuidado que la familia pueda dar a su pariente mayor de acuerdo al ritmo de envejecimiento.

René González Pérez, define cuatro posturas de la dinámica familiar en los hogares donde el adulto mayor vive con su familia. Dos se basan en la posición del cuidador, que se dan cuando su pariente ha llegado a un nivel de deterioro importante. Éstas son:

En primer lugar, está la postura inmediata en el cuidador, que es propia del pariente que se responsabiliza del cuidado del anciano mientras este va deteriorándose debido al proceso de envejecimiento. En esta labor el cuidador asignado puede llegar en un momento dado a sentir malestar y manifestaciones progresivas de ello son: la queja por el desgaste (que sucede cuando hay un gran deterioro en el cuerpo y/o mente del

⁶⁶ ASILI, Nélida, Vida Plena en la Vejez: Un enfoque multidisciplinario, Editorial Pax México, México, 2004, pág. 192.

⁶⁷ Cfr. Ídem. Pág. 192.

⁶⁸ Cfr. Ídem. Supra.

sujeto mayor que se cuida; y es comprensible por lo cual se recomienda que exista más de un cuidador), la ansiedad (cuando se acercan situaciones en la que el adulto mayor puede resultar más complicado de tratar; esta puede acrecentarse hasta el punto que facilite que se conciba a su pariente más que un ser querido, un enfermo), el sufrimiento (cuando en el pariente de la tercera edad que está a su cuidado, la enfermedad lo va tomando cada vez más) y el cansancio (que se refiere a la fatiga de este por el cuidado continuo y la exigencia de la atención y tolerancia en el trato).

En segundo lugar, se encuentra la postura mediata en el cuidador. Se refiere a cuando el familiar a cargo llega a sentir un malestar mayor en el cuidado de su pariente. Las manifestaciones graduales son: depresión (cuando el cuidador percibe el desgaste de su ser querido y que a pesar de sus cuidados inevitablemente seguirá avanzando sientiendo que su esfuerzo no es recompensado), hostilidad (ante sentimientos de incapacidad e impotencia el cuidador tiene reacciones hostiles con el anciano, y este lo recibe si lo percibe como que sus exigencias no se están complaciendo), evitación o distanciamiento (cuando el cansancio predomina en la relación el parentesco deja de pesar y el trato se hace solo en el margen de lo necesario) y la preocupación por la gran inversión de recursos económicos.⁶⁹

Este planteamiento es útil cuando se intente tener una aproximación a la realidad de lo que sucede en la familia cuando en ella hay miembros que se encuentran en un alto nivel de deterioro debido a su proceso de envejecimiento y/o tienen alguna enfermedad. Sin embargo, no permite conocer lo que pasa en la dinámica familiar cuando el anciano aún se encuentra con la suficiente fortaleza para mantenerse independiente y requiere –y merece- tener un rol activo y significativo del hogar, aunque generalmente no se lo den.

Bien, ahora –continuando con el mismo autor- las otras dos posturas de la dinámica familiar, que se refieren a lo que sucede en el adulto mayor – la aparición de síntomas- cuando dentro de un plazo moderado ha vivido en la casa de un pariente, son:

⁶⁹ Cfr. Ídem. Págs. 194-197.

La primera, mediata al anciano, se conforma de tres pasos: manifestación de ansiedad ante sentimientos de control por tener que regirse a los horarios y condiciones de tolerancia por el bienestar de todos; fatiga producto de su inactividad y su estado pasivo – cuanto más hace más se cansa-, los cuales pueden ser inducidas por los propios familiares con la intención que no se agote pero sin quererlo lo colocan en posición de inútil; y, un desajuste físico y mental fruto de no enfrentar los problemas personales y tensiones que generalmente se caracterizan por la presencia de estrés.

La segunda postura, la tardía en el anciano, se efectúa cuando ha pasado mayor tiempo acogido por su familia y las reacciones y sentimientos presentes son: miedo de ser abandonado en algún momento y quedar solo al ser rechazado por la familia por considerarse una carga; abandono personal (físico y mental) debido a que se ve paulatinamente deteriorado; depresión que aparece como consecuencia de lo anterior y lo llevan a un aislamiento y se limite en la expresión de su sentir; retirada como un darse por vencido y derrotado, sin motivos de vida y sin esperar nada de la existencia que aún tiene; cambios cognoscitivos respecto a su propia existencia (nuevas formas de explicar su existencia aparecen); y, hostilidad e ira contenidas que manifiesta a quienes le rodean para luego sentir culpabilidad.⁷⁰

Esta descripción de los dinamismos del sujeto mayor dentro del hogar resulta útil en el sentido que permiten conocer cuando éste se encuentra insatisfecho y con malestar al convivir con sus familiares. Y aquello resulta relevante, en la medida que se reconoce la posibilidad de que el anciano pueda sentir malestar a pesar de estar con su familia.

Sin embargo, falta un análisis más profundo sobre cómo puede influir la familia – que cuenta con una determinada concepción de envejecimiento y vejez, y un establecido criterio de su papel respecto a sus ancianos - en la generación de ese malestar, porque existen razones dentro del contexto y el ambiente familiar por las cuales todos esos síntomas se presentan en el adulto mayor.

⁷⁰ Cfr. Ídem. Págs. 197-199.

Por otro lado, se observa que las palabras que más se repiten en este planteamiento teórico son deterioro y desgaste como elementos predominantes durante este periodo del ciclo vital; tales pueden expresar tan solo negativamente la realidad del adulto mayor. Hay más que decir; el lugar y el rol del adulto dentro de su hogar –porque es suyo también, porque es parte de él y no ajeno a él- tienen que generarle bienestar y satisfacción, y lo que queda claro es que la pasividad, la falta de actividad y la ausencia (o la indefinición) del cumplimiento de una función que le de reconocimiento y un sentimiento de “inutilidad”, no se lo otorgan.

Esto lleva necesariamente a analizar el segundo punto planteado, y este es el rol que el adulto mayor cumple dentro de la familia que sin lugar a dudas es en la realidad secundario y pasivo. En este punto hay que recalcar que no basta con el “deber filial” de cuidar y proteger a los padres ancianos y de establecer con ellos vínculos de ayuda, contacto y amor, si no existe el debido respeto a su individualidad y no se les otorga el reconocimiento del verdadero valor que tiene su lugar dentro del hogar, que le generen un estado de bienestar y le permitan mantener el equilibrio.⁷¹

1.1.3.4. MODIFICACIONES EN EL ÁREA LABORAL Y LA SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

En este tipo de sociedades, se está transformando en una práctica general imponer la jubilación laboral obligatoria, a partir de una edad arbitrariamente fijada. No se puede olvidar que el trabajo es el principal referente y herramienta de reivindicación social. De esta forma, la jubilación comporta para los ancianos la exclusión del mundo laboral y un aumento de enfermedades somáticas y síquicas especialmente entre los hombres.⁷²

Según investigaciones realizadas las últimas décadas se afirma que la mayoría de adultos mayores optan voluntariamente por reducir las horas de su jornada de trabajo o por jubilarse, situación nueva ante la cual logran adaptarse favorablemente mejorando su estado de salud. Esto se debería al hecho que la pobreza en la vejez

⁷¹ Cfr. Ídem. Supra.

⁷² PIÑA M., Vicente Marcelo, Trabajo Social Gerontológico: Investigando y construyendo espacios de integración social para las personas mayores, en la REVISTA DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL, Editorial Facultad de Ciencias Sociales, Santiago- Chile , 2006, pág. 19.

resulta menos frecuente debido a la entrega más generalizada de pensiones, a diferencia de lo que sucedía la primera mitad del siglo XX cuando los ancianos requerían mantenerse en su puesto de trabajo para poder sobrevivir.⁷³ Sin embargo, este panorama positivo para muchos resulta una idealización y no se ajusta a la realidad de muchas personas de la tercera edad, especialmente en algunos países de Latinoamérica.

Así, el plan nacional de derechos humanos de nuestro país, describiendo la realidad de los adultos mayores en América Latina y específicamente en el Ecuador, señala que:

*La tendencia del envejecimiento de la población y la limitada atención de los gobiernos a este sector, traen consigo un elevado margen de desprotección jurídico social (...) La crisis económica social por la que atraviesa el país desde hace algunos años ha deteriorado gravemente la calidad de vida de la población en general y, específicamente, de las personas de la Tercera Edad, quienes, en su gran mayoría no tiene acceso a servicios de salud, vivienda, seguridad, entre otros. Es importante señalar que la situación de esta población está gravemente afectada por la escasa cobertura e ineficiencia del sistema de seguridad social, lo que determina la falta de protección a quienes pertenecen a este grupo etéreo. Como ejemplo, de esto último, vale la pena mencionar las insuficientes pensiones que impiden a los jubilados alcanzar niveles de vida dignos. Este hecho es aún más grave entre los no pensionados, quienes presentan tales niveles de pobreza y exclusión social (...).*⁷⁴

Según la base de datos establecida por el SIISE (Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador) en el año 2002 solo el 22,5 de las personas mayores de 60 años están afiliados al IESS, y de ellas el 28,1 pertenece a la población de hombres y solo el 17,0 a la de las mujeres. Es decir, que el 83,0 de la población femenina de esta edad no se encuentra afiliado.⁷⁵ Sin lugar, a dudas tales estadísticas sugieren la necesidad de ampliar la cobertura de los sistemas de pensiones y seguro de salud en nuestro país.

⁷³ Cfr. STASSEN B, Kathleen y THOMPSON, Ross A., Psicología del Desarrollo, Cuarta Edición, Editorial Médica Panamericana S.A., Madrid- España, pág. 204.

⁷⁴ PLAN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS DEL ECUADOR, Tercera Edad, www.plannacionalderechoshumanos.gov.ec

⁷⁵ Cfr. LEÓN, Mauricio (SIISE), “Los Ancianos y la Seguridad Social”, en REVISTA GESTIÓN, abril 2001.

Para el trabajador mayor (55 años en adelante), que conoce que el despido o bien la jubilación llegaran pronto, se enfrenta a varias ansiedades. Estas, en nuestros países, suelen producirse especialmente por el modo de percibir anticipadamente las posibles carencias por la disminución del ingreso económico y por las trabas que seguramente encontrará por su edad para encontrar un nuevo empleo. La posibilidad de despido y la imposibilidad de encontrar un nuevo empleo, son situaciones que ponen de manifiesto que el contexto laboral muchas veces es inequitativo y desequilibrado; lo que generalmente afecta más a los trabajadores mayores que los jóvenes, ya que los primeros a diferencia de los segundos, deben medirse con el estereotipo de viejo y con los parámetros basados en prejuicios referentes a la edad (lento, torpe, inútil, desmemoriado...).⁷⁶ Por todo aquello esta etapa para el trabajador mayor le conlleva un profundo cuestionamiento respecto a su rol, y existe un cuestionamiento mayor, al convertirse en un trabajador despedido o jubilado ya que pierde al dejar de laborar, no solo uno de sus contenedores principales de experiencias y vivencias (el lugar de trabajo) sino un rol y una posición social reconocida.

Para Marcelo Piña Morán, el jubilado se encuentra con una problemática conocida como la indefinición de su posición social (indefinición que no se da en otras etapas vitales) al poseer un rol sin rol –como ya se mencionó anteriormente-, pues al concluir con el periodo de producción sus obligaciones sociales son mínimas y aparecen otros derechos como el de cobrar una pensión y los sanitarios. Es decir, el sujeto después de tener un trabajo que le proporcionaba una posición social reconocida y un estatus, tras la jubilación, pasa a desempeñar un rol – pasivo- de descanso y ocio.⁷⁷

Liliana Cordero y otros autores del libro Trabajo Social con Adultos Mayores agregan a lo anterior:

Si nos remitimos al origen de la palabra jubilación su significado implica júbilo, por “jubileo”, es decir, una situación cuyo beneficiario comienza una etapa de gratificación, placer, reconocimiento cultural, en

⁷⁶ Cfr. ASILI, Nélica, Vida Plena en la Vejez: Un enfoque multidisciplinario, Editorial Pax México, México, 2004, pág. 281.

⁷⁷ Cfr. PIÑA M., Vicente Marcelo, Gerontología Social Aplicada: Visiones estratégicas para el Trabajo Social, Editorial Espacio, Buenos Aires- Argentina, 2004, págs. 60 y 61.

nuestro contexto socioeconómico, arribar a esta instancia para algunos (...) representa “padecer” (bajos ingresos, merma de la actividad social, discriminación, roles pasivos en términos de lógica de mercado).⁷⁸

Por lo dicho, es evidente que el cese de la actividad laboral o bien la disminución de la actividad doméstica (por el declive natural que disminuye la capacidad física) es un hecho externo que representa un ritual o un hito que marca la salida de una etapa (madurez) y la entrada a otra: la vejez.⁷⁹

Esto se fundamenta en el hecho que la desvinculación del entorno laboral representa para el jubilado no solo la ruptura con los medios económicos y en muchos casos la pérdida del poder –material-, sino también la disminución de los contactos sociales (pues está privado del reconocimiento social) y la aparición de cambios y conflictos de índole personal y familiar: el anciano pasa a asumir una posición secundaria en las relaciones intergeneracionales, su nuevo rol es carente de sentido para los valores de su familia, con su pareja tendrá que replantear la proximidad de los espacios personales y la intensidad y calidad de los contactos. Es decir, afecta todas las áreas del ser humano, ya que implica que el adulto mayor en esta nueva etapa de su ciclo tenga que modificar su estilo de vida (centrándose en sí misma) y deba sumirse en la tarea de asumir el nuevo rol que le permita otorgarle sentido a su nueva realidad. La forma como lleven a cabo lo descrito dependerá de su modo de vida anterior y factores histórico-culturales (matriz cultural, crisis económicas). Si para el sujeto de la tercera edad –hombre o mujer- la actividad laboral representó el centro de su vida y quizás la única forma de satisfacer necesidades y mantener ciertas condiciones de existencia, organizando su tiempo y programando sus hábitos y relaciones interpersonales alrededor de ello, la jubilación será el origen del apareamiento de inseguridad, insatisfacción y dependencia al no poder proveer.⁸⁰

Para Papalia, tras el retiro el uso del tiempo libre es un factor a considerar. Se cree que muchos sujetos recién retirados aprovechan los momentos extendidos de ocio en una gran cantidad de actividades con su familia y amigos e indagando sobre nuevos

⁷⁸ CORDERO, Liliana, y otros, Trabajo Social con Adultos Mayores: Intervención profesional desde una perspectiva clínica, Editorial Espacio, Buenos Aires- Argentina, 2003, págs. 98 y 99.

⁷⁹ Cfr. Ídem. Págs. 98.

⁸⁰ Cfr. Ídem, Págs 80- 91.

intereses, pero luego de un tiempo suele suceder que se hace presente en ellos aburrimiento, inquietud y una sensación de inutilidad.

Una investigación realizada por el Estudio de Envejecimiento Normativo de la Administración de Veteranos de Boston entre 1,531 hombres mayores reflejó que la jubilación no tiene efectos físicos más si psíquicos concluyendo que las personas ya jubiladas presentan una mayor probabilidad que los que continúan trabajando de desarrollar depresión, comportamiento obsesivo compulsivo y síntomas físicos sin causa orgánica. Los que manifestaban una gran cantidad de síntomas eran aquellos que se habían retirado antes de los 62 años y después de los 65 años.

Sin lugar a dudas, la forma en la que se retiran también influye en como estos tomen la jubilación. Algunos reciben presión para terminar con su trabajo inclusive antes que ellos lo deseen lo que disminuiría su posibilidad de tener alternativas que les brinden un buen nivel de satisfacción. Otros que aplazaron su jubilación el mayor tiempo debido a que disfrutaban de su labor pueden considerar el retiro como una pérdida aguda la oportunidad de sentirse valorados y necesarios.

El mejor modo de afrontar esta transición de relevancia en la vida para que se logre hacerla de manera gratificante se resume en dos aspectos: la preparación antes de la jubilación y el buen uso del tiempo de ocio. Respecto al primer punto, se recomienda que se dé desde antes de la edad adulta intermedia e implica estructurar la vida para hacerla productiva y satisfactoria anticipando necesidades económicas, posibles cambios y problemas emocionales o físicos. En cuanto al tiempo de ocio, este será empleado con actividades que variarán según la persona, así unos preferirán hacer uso de su experiencia en labores anteriores para aplicarla a nuevas tareas y otros optarán por explorar nuevos intereses.⁸¹

Yendo más allá lo que para Marcelo Piña Morán determina el bienestar del jubilado es el hecho que pueda ser activo físicamente y participe en la comunidad en todos los roles (en actividades políticas, sociales y económicas). La clave para la buena calidad de vida y para el empleo del ocio para este autor es la actividad. Reconoce que los

⁸¹ Cfr. PAPALIA, Diane y WENDKOS O, Sally, Desarrollo Humano, Editorial Mc Graw -Hill, México, 1997, pág. 591.

adultos mayores mientras pasa el tiempo van presentando impedimentos en su estado de salud que les dificultan llevar a cabo ciertas tareas; pero a pesar de esto, considera que todos los adultos mayores, aún los que poseen problemas físicos, tendrían que integrarse a actividades en relación con sus posibilidades individuales, así sean estas reducidas.⁸²

Pero existe otra temática a tratar que no puede ser omitida pues es parte de la vivencia de muchos ancianos en el Ecuador y se refiere al hecho que hay personas que no se jubilan y se ven en la necesidad de prologar su vida económicamente activa. Según las bases de datos de SIISE del 2000, el 44% de las personas mayores de 60 años era activa económicamente, y de estos la gran parte de ancianos ocupados eran en un 58,7% trabajadores/as por cuenta propia y un 24,6 % asalariados. Las ocupaciones de los mayores de 60 años que se evidencian en menores porcentajes a los dos ya mencionados son: trabajadores/as familiares no remunerados 8,0%, patronos 7,7 y empleados domésticos 1,0%.

Para el autor del artículo “Los ancianos y la seguridad social”, lo que obliga a los individuos mayores a mantenerse en la fuerza laboral es el reducido acceso de estos a las redes formales de protección social y el monto insuficiente de las pensiones. Inclusive el gobierno para compensar a las personas de menores recursos, incluyendo aquí a un porcentaje de ancianos, ha creado el “bono de la solidaridad” como un sustituto parcial de la seguridad social y para el año 1999 (Encuesta de condiciones de vida) se beneficiaban alrededor del 30% de los ecuatorianos mayores de 65 años (la mayoría en situaciones de pobreza). Sin embargo, esto no descarta el hecho que hay que ampliar la cobertura de los sistemas de pensiones y seguro de salud primordialmente para el grupo de mujeres, trabajadores informales y la población pobre; esto con el último fin de permitan que las personas adultas mayores vivan dignamente y no tengan que exponerse a trabajos forzados debido a las imperiosas necesidades.

Dentro de este contexto, las estadísticas que reflejan cómo están conformados los hogares de los mayores de 60 años, arrojan que el 54% - es decir, la mayoría- vive en

⁸² Cfr. PIÑA M., Vicente Marcelo, Gerontología Social Aplicada: *Visiones estratégicas para el Trabajo Social*, Editorial Espacio, Buenos Aires- Argentina, 2004, págs. 61 y 62.

un hogar ampliado o multigeneracional (pareja, hijos, nietos, otros parientes). Esto según la interpretación del autor del artículo se debe precisamente a que el sistema de jubilación no provee de los suficientes recursos para la subsistencia, y añade, que es el hogar el que muchas veces asume tales funciones dentro de estos hogares. En ellos, los ancianos colaboran tanto con el trabajo doméstico como con ingresos económicos. Es más, en un 24 %, son los hogares de los ancianos los que incorporan a los nuevos hogares conformados por sus hijos.

En el polo opuesto se puede encontrar que tan solo el 13% de los adultos mayores viven solo con su pareja sin hijos y el 7,8 % conforma un hogar unipersonal.⁸³

A pesar de que la mayor parte de los ancianos en el 2000 se encontraban viviendo con gran parte de su familia, para el Plan Nacional De Derechos Humanos del Ecuador, resulta innegable que existe una creciente práctica de abandono de la familia de su rol de cuidado y ayuda a sus parientes ancianos, lo cual se encuentra directamente vinculada con la desprotección que sufre la población de la tercera edad en nuestro país. Y así podemos recalcar, que el deficiente amparo a esta población no solo se debe al proceso de urbanización y a limitada presencia de instituciones públicas y privadas que se encarguen de su debido cuidado.⁸⁴

Otro aspecto que es necesario considerar al hablar del trabajo en la tercera edad se refiere a la labor de quienes han hecho labores domésticas dentro de su hogar toda la vida. Este tema fue tratado en el 2000 en un taller organizado por IECAIM (Instituto Ecuatoriano de Investigaciones y Capacitación de la Mujer) titulado “La mujer de la tercera edad y las políticas públicas”, en el cual se trató la falta de reconocimiento social al trabajo doméstico y el valor real que éste tiene dentro del núcleo familiar. Citando a Moragas, se recalca la importancia y la utilidad de la presencia de la mujer mayor en el hogar puesto que permite el establecimiento de un entorno estable y afectivo para el bienestar global de la familia. Además se plantea el trabajo del hogar como marco de convivencia de la familia que va más allá de la atención de las necesidades físicas.

⁸³ Cfr. LEÓN, Mauricio (SIISE), “Los Ancianos y la Seguridad Social”, en REVISTA GESTIÓN, abril 2001.

⁸⁴ Cfr. PLAN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, Tercera Edad, www.plannacionalderechoshumanos.gov.ec

La naturaleza de estas relaciones afectivas y sociales que fomenta en el hogar la mujer adulta es improbable encontrar en el empleado doméstico o en instituciones. Esto se debe a que en ella se deposita la función del trabajo de cuidado del esposo, hijos, nietos, otros ancianos, entre otros, aportando considerablemente a la calidad de vida y ahorrando de paso a la familia el acudir a otras instituciones en busca de ciertos servicios. Como ejemplo, en vez de dejar a un niño en la guardería se la deja con su abuela o cuando un miembro está enfermo ella le otorga los cuidados necesarios.

Para la escuela europea lo mencionado se especifica como “trabajo sumergido” o “beneficio social no contabilizado”, que en el Ecuador por lo menos, no es reconocido como estructura básica del desarrollo social y por lo tanto no es tomado en consideración para las intervenciones de los poderes públicos. Aquella falta de reconocimiento puede deberse especialmente al hecho que se considera el trabajo del hogar inferior (de menor prestigio) al trabajo de oficina o al trabajo industrial – o ante cualquier ocupación remunerada-, sin tomar en consideración que la mujer de la tercera edad constantemente se encuentra tomando decisiones importantes, asumiendo riesgos y haciendo uso de su iniciativa y experiencia para llevar las riendas de su casa manteniendo la estabilidad y la economía familiar. Y a diferencia de otras ocupaciones, en la práctica la mujer nunca se jubila.⁸⁵

Resulta trascendental tratar este tema, pues no hacerlo sería desvalorizar el papel de la mujer mayor, de aquella que ha entregado su vida al trabajo de hogar y también de quien divide su tiempo entre un trabajo por fuera y la labor en casa.

El IECAM, hace una Investigación “La Mujer de la Tercera Edad en el Ecuador” que arroja porcentajes relevantes: el 55% de las personas de la tercera edad son mujeres, y tomando en cuenta la longevidad, el 65% de individuos mayores de 80 años son mujeres. De ahí que las mujeres debido a su longevidad mayor estén generalmente en primer lugar expuestas a la viudez y en segundo lugar al abandono.⁸⁶ Por tanto

⁸⁵ Cfr. IECAIM, *La Mujer de la Tercera Edad y las Políticas Públicas*, Quito, 17 de enero de 2000, págs 11- 13.

⁸⁶ Cfr. Ídem. Pág. 9.

existe la urgencia de replantear las pensiones de jubilación y el montepío, de ampliar la cobertura de la afiliación al seguro social en la población mayor femenina, de estructurar políticas públicas para este grupo, de plantearse debates con temas como la vivienda, las residencias de ancianos, la recreación, nutrición, abandono, afecciones psicológicas (ansiedad y depresión entre ellas), entre otros; todo esto tomando como eje principal un estudio sobre el rol que cumplen las mujeres mayores dentro del hogar y la familia y su situación socioeconómica real:

*Dada la crisis económica, política y social que soporta el país, la pobreza de la mujer mayor se ha incrementado, esta pobreza tiene muchas caras: carencia de ingresos, hambre, mal nutrición, mala salud, carencia de vivienda, inseguridad, discriminación y exclusión social, el escaso acceso a la asociación entre otras, llegando un gran porcentaje de ellas a la mendicidad, lo que constituye una lacra social y un estado de cargo de conciencia para el resto de la Sociedad.*⁸⁷

Al tomar en cuenta la particularidad de la realidad de la mujer adulta mayor no se pretende omitir que el hombre de la tercera edad también se encuentra expuesto a varias adversidades (que se presentan principalmente después de la exclusión del mundo laboral y con el uso del tiempo libre) puesto que la desprotección y la inaccesibilidad a los servicios se amplía a un porcentaje considerable del total de la población anciana agravando la calidad de vida digna tanto en los pensionados como en los no pensionados, aunque en los últimos se presentan niveles de pobreza y exclusión social que parecen invisibles para los gobiernos.

1.1.4. PÉRDIDAS Y DUELOS EN LA VEJEZ

*A lo largo de su ciclo vital, es ser humano presenta algunas características (...). Una es la presencia de dos pares antitéticos que lo atraviesan y rigen durante su devenir, generando inscripciones psicológicas indelebles que serán reactualizadas a lo largo de su existencia: el par pérdidas- adquisiciones y amparo-desamparo, ambos con un movimiento dialéctico entre los polos que la componen. El predominio de uno de éstos no implica la desaparición de su par, pero la significación de un remite inevitablemente a la de otro.*⁸⁸

⁸⁷ Cfr. Ídem. Pág. 9.

⁸⁸ NÉLIDA, Asili, Vida Plena en la Vejez: Un Enfoque Multidisciplinario, Editorial Pax México, México, 2004, pág. 224.

Dentro de la obra *Vida Plena en la Vejez*, Raúl Ortiz Fischer y Oswaldo Filidoro, tratan las pérdidas psicológicamente significativas y plantean que estas pueden ser de algunos tipos: la pérdida de un ser amado o abstracciones equivalentes (libertad, ideales); pero todas en general producen una reacción llamada duelo. Además plantean que debido a que el individuo se desenvuelve y mantiene en un mundo vincular, las pérdidas y el correspondiente periodo de duelo, deben ser estudiados considerando tres variables: en primer lugar, el espacio intrasubjetivo –proceso intrapsíquico–; en segundo lugar, el espacio intersubjetivo que se refiere a la totalidad de los otros significativos (con una concepción cultural del proceso de envejecimiento y de la vejez determinada) que están en contacto con él y pueden tanto contribuir la aceptación y superación de la pérdida como facilitar el rechazo y la posterior fijación patológica del objeto perdido; y, en tercer lugar, los dadores de identidad que son enunciados identificadores conformados por mitos y prejuicios que desvalorizan a la vejez⁸⁹ y que llegan a formar parte del proceso intrapsíquico a través de su difusión en todos los niveles de la sociedad (incluyendo la familia y los grupos que están en relación con los ancianos).⁹⁰

El ser humano al transcurrir las diferentes etapas de vida se encuentra continuamente pasando por pérdidas y adquisiciones. La persona de la tercera edad puede por ende también sufrir pérdidas y duelos de variadas índoles. Una de ellas es la relacionada con las pérdidas producidas por dificultad en la ejecución de las actividades o la pérdida de los objetos que permitían su realización, los cuales le otorgaban auto satisfacción y gratificación y elevaban con ello la valoración de sí mismo. Mientras mayor es la incidencia en el equilibrio del adulto mayor de tales actividades y de los objetos que requiere para desarrollarlos, entonces se puede esperar mayores consecuencias cuando aquellos aspectos que otorgan valoración al individuo se ven afectados por el proceso de envejecimiento y la vejez.

Entre este tipo de pérdidas podemos encontrar las vinculadas con:

⁸⁹ Cfr. *Supra*.

⁹⁰ Cfr. NÉLIDA, Asili, *Vida Plena en la Vejez: Un Enfoque Multidisciplinario*, Editorial Pax México, México, 2004, págs. 224 y 225.

- La jubilación: En la que el trabajo- el objeto valorado- se le quita desde “afuera”.

- Las pérdidas orgánicas: Disminución de la sensibilidad de los sentidos, fallas en la memoria, dificultad para el aprendizaje, etc. como dificultades internas que llevan a las problemas en las actividades valoradas

- La ausencia reiterada o pérdida de objetos que permitan al sujeto sentirse valioso: La progresiva disminución del diálogo de la familia con el adulto mayor le quita al anciano otro objeto de la actividad narcisista, el ser escuchado y conversar. Esto puede suceder porque a la familia le resulte tediosos sus repetitivos temas de conversación, sus olvidos, entre otras cosas, que los lleve a la conclusión que no vale la pena escucharlos. Aunque sin lugar a dudas, hay que considerar que ese rechazo de los integrantes de la familia hacia el envejeciente les permite evitar que ingresen a su aparato psíquico ideas o pensamientos sobre lo que va a sucederles a ellos mismos cuando llegue su vejez. Como reacción del rechazo y evitación se produce en el anciano más que un malestar, un trastocamiento en la representación de sí mismo que lo llevará a responder con desinterés por los objetos – miembros de familia- que no contribuyen a su realización, o bien sus actividades valoradas sufrirán desvalorizaciones (les quitará el valor que tenían para él).

- El traslado del adulto mayor: Sus posesiones (casa y elementos que en ella se encuentran) son objetos que le facilitan conservar un relativo equilibrio y con ello su identidad tiene estabilidad. Cuando éste es trasladado de su hogar –para llevarlo al geriátrico, por ejemplo- se agrega otra pérdida más y otro conflicto. En primer lugar, se cuestiona el por qué es tratado como un “algo” que tiene que ser trasladado aún sin conocer la razón que hay para ello. Y en segundo lugar, al perder el contacto con aquellas posesiones, las pierde también como fuente de gratificaciones.

Muchas veces el sujeto, ante la falta de goce al encontrarse sin sus fuentes de satisfacción habituales, puede decidirse por una posición de apatía por el mundo y un distanciamiento afectivo –defensivo-, esto con el fin de conservar un relativo equilibrio. Aunque también, puede surgir otra respuesta para lograrlo, y esta es que la

persona de la tercera edad repita constantemente anécdotas de su pasado en las cuales se sentía valioso y seguro de sí mismo; con el objetivo que a través de los recuerdos pueda revalorizarse.

En los dos casos las dificultades surgen cuando estas respuestas pasan o tienden a ser dominantes e independientes del contexto.

De allí, la importancia que tiene para el sujeto mayor conservar los objetos que le produzcan satisfacción y por ende, estabilidad. Como se pudo observar con anterioridad, en todos los casos anteriores, el objeto es el que permite al sujeto desempeñar una actividad que lo hace sentir valorizado; pero que sucedería cuando es el objeto –extremadamente valorizado- el que da valor al sujeto . A esto, donde el “brillo” del objeto recae en el yo, Raúl Ortiz Fischer y Osvaldo Filidoro, plantean como posesiones narcisistas del yo. Una posesión narcisista del yo que vivencian algunos adultos mayores son los hijos, donde como objeto se les otorga un gran valor (idealizado) con el fin de que estos le transfieran magnificencia para compensar que él como sujeto se encuentra en una situación de desvalorización.

Para que una persona en la temprana edad sea revestida de valor, es necesario que cumpla con determinadas normas –ideales-, y cuando lo hace pasa a convertirse en el ser ideal situándose en un lugar donde se encuentra asegurado de recibir amor y admiración de los demás. A los hijos pequeños los otros significativos (a quienes tiene que complacer) le enseñan que estos ideales son para ellos muy valiosos y que el trabajo de cumplimiento de estos es exigido y requerido para ser amado y admirado (metaideal). Cuando la exigencia de cumplimiento con el ideal vigente es excesiva para el sujeto y permanente en el funcionamiento vincular familiar, se presenta en él la vivencia de desvalorización, impotencia y desamparo. En el sujeto adulto mayor, debido a su proceso de envejecimiento y a la representación de sí que se encuentra en conflicto debido a las múltiples pérdidas, se produce un mayor distanciamiento del ideal que debe alcanzar. En este caso, el anciano llega a sentirse criticado –por una realidad exterior intolerantemente exigente- por no funcionar como debiera y con sentimientos de inferioridad, vergüenza y culpa por no cumplir totalmente con el ideal. Sin lugar a dudas, queda comprobado que es el otro el que le da el valor al sujeto.

Cuando funciona normalmente la instancia crítica, ésta observa y juzga, pero no solo castiga también premia con la aprobación, la cual se refleja con una autoestima satisfecha. Pero cuando la conciencia moral es severa, ésta no le permite al sujeto distanciar su representación de sí misma del cumplimiento de los ideales. Cuando lo último sucede en algunas familias o grupos con estructuras hipercríticas aparecen miembros que critican a los demás o que se critican a sí mismos (personalidades depresivas, neurosis obsesivas). En cuanto al envejeciente ante la posibilidad de angustia narcisista de ser criticado, critica para preservar un equilibrio narcisista.

Pero existen otros mecanismos para conservar este equilibrio, los más importantes son las compensaciones. Entre las defensas compensatorias están: 1) en el cual los otros contrarrestan el sufrimiento narcisista fusionándose a su objeto idealizado compensando y ocultando los déficits de éste; 2) puede darse una agresividad compensatoria que le permita al sujeto con su fuerza restauradora y cargada de significación cargarse de poder y fortaleza y puede expresarse abierta o, cuando existe una profunda herida narcisista, a través de un negativismo –frecuente en la vejez- a lo que supone que es el deseo del otro; 3) desnarcisización de alguna función o actividad que cuando es ejecutada provoca angustia narcisística, este desinterés e inhibición puede abarcar diferentes funciones y actividades (trabajo, actividades físicas, sociales); 4) compensaciones que operan como satisfacción sustitutiva (adicciones); 5) compensaciones sexuales –como la promiscuidad- que son frecuentes durante el envejecimiento cuando aparecen en su vida pérdidas en su área sexual, como un intento de negar el paso del tiempo y mantener imaginariamente el ser deseado y buscado.

Estos mecanismos sin lugar a dudas dan cuenta de la importancia que tiene para el sujeto estar expuesto a la admiración o crítica de los otros significativos.

Son esos otros significativos quienes tienen una función primordial en la construcción de las representaciones de sí mismos y la realidad, puesto que el sujeto se identifica con las percepciones e imágenes que los demás tienen de él y con lo que dicen que es, lo que determina como se sitúa y maneja la realidad.

Cuando el sujeto se identifica con otros significativos que muestran una imagen de desvalorados, impotentes e incapaces, este tendrá una representación de sí mismo como débil y necesitado del otro. También cuando al sujeto los demás – padres hipervalorados e hiper-críticos- le otorgan una imagen como incapaz, impotente e infractor, al identificarse con ella este tiene sentimientos de impotencia e inclusive de culpa. Estas identificaciones con lo que dicen los otros que somos determinan un modo de concebir la realidad, lo que se puede esperar de ella, hasta donde evitarla, como vincularse con ella; y en el caso de las situaciones mencionadas anteriormente, en el que existe una disposición del aparato psíquico que dificulta la elaboración de la serie de pérdidas que ocurren a lo largo de la vida, no existe un manejo adecuado de la realidad que le permita al sujeto aceptar pérdidas y por tanto desarrollará un proceso de duelo patológico.⁹¹

Por tanto, se puede establecer que existen dos tipos de reacción –duelo- ante la pérdida, uno que puede ser considerado como “normal” y otro como hemos observado sería el patológico. Pero antes de realizar una diferenciación entre los dos tipos de respuestas, es necesario definir lo que es el duelo. Según Salvarezza, éste es:

*La palabra duelo tiene dos acepciones que etimológicamente derivan de dos palabras latinas distintas. La primera, que connota una cualidad afectiva deriva de dolos, dolor; la segunda deriva de duellum, que es la antigua forma de bellum, guerra. Es interesante que duellum también tenga relación con duo, dos. Esto nos indica, desde la ligazón de la doble significación, que cuando hablamos de duelo estamos en presencia de un vínculo; que este vínculo es conflictivo y que su resolución es dolorosa. Es particularmente importante señalar que un conflicto por resolver necesariamente introduce la dimensión tiempo y, por lo tanto, estamos en presencia de un proceso.*⁹²

Rycroft en concordancia con Bowlby define duelo como un proceso psicológico que se pone en marcha ante una pérdida de un objeto amado y como consecuencia generalmente lleva al abandono de ese objeto. La pérdida supone pena y se acompaña de determinado nivel de identificación con el objeto que se ha perdido. Y por último, puede o no ser seguida por la búsqueda de otra relación objetal.

⁹¹ Cfr. Ídem. Págs 229 - 236.

⁹² Cfr. SALVAREZZA, Leopoldo, Psicogeriatría: Teoría y Clínica, Editorial Paidós, Buenos Aires-Argentina 1992, pág. 65.

Es Freud quien en 1915 en su escrito “La aflicción y la melancolía” establece que aquel objeto puede ser tanto un ser amado como una abstracción equivalente. Además, según Salvarezza puede ser una parte del cuerpo o del esquema corporal.

Además, la pérdida está siempre inmersa en la vida ya que el sujeto desde que nace y en varios lapsos de su desarrollo evolutivo está ligado a constantes situaciones de pérdida. Y esto no tiene porque considerarse como algo negativo porque generalmente una pérdida (sea ésta parcial o total) está acompañada de una nueva adquisición; por tanto, forma parte de la dialéctica del desarrollo vital humano.

En fin cualquiera que sea la pérdida, en el proceso de duelo normal está presente un afecto: la tristeza; y debido a su intensidad y su cualidades de dolorosa y difícil de tolerar puede ser considerado como patológico –síntoma- sin serlo.

El trabajo de duelo consiste en primer lugar en el desprendimiento del objeto, al cual hay que retirarle la expectativa que se le ha puesto de satisfacer deseos y necesidades, y en segundo lugar, la búsqueda de otro objeto para otorgarle esa expectativa. Pero este proceso de “duelo normal” solo se pueda dar en quienes hayan agregado durante su desarrollo evolutivo experiencias integradoras de sus conductas instrumentales que le permitan tener una ajustada capacidad de frustración.⁹³

Para llegar al desprendimiento del objeto, el ser humano pasa por tres etapas sucesivas. La primera se relaciona con las defensas maníacas (especialmente la negación), con las cuales el individuo disocia y proyecta, y deposita la culpa en elementos externos. Tales conductas defensivas tienen diferente intensidad dependiendo de la atribución de satisfacción que posea el objeto perdido, de la integración psicosocial previa del sujeto y de la manera como se haya dado la pérdida. Fenomenológicamente, estos dinamismos se presentan como llanto, desasosiego, agitación, protesta y negación de la pérdida. Primero se rechaza la idea de la pérdida y luego se busca culpables: en el objeto mismo, en los otros y después en sí mismo (sin afectar su autoestima).

⁹³ Cfr. Ídem. Págs 65-67.

La segunda etapa, la pérdida del objeto externo acarrea que el yo acreciente la relación con los objetos internos que estuvieran ligados a él, a manera de una identificación. La relación con los objetos externos –fundamentalmente, los que tiene conexión con el objeto perdido- se hace distante y hasta puede interrumpirse. Fenomenológicamente, las expresiones de esta etapa son: aceptación de la pérdida como realidad, estado de resignación, una profunda tristeza que se evidencia cuando recuerda constantemente al objeto, un sentimiento que no hay sentido sin el objeto significativo, desgano que se refleja en el no querer hacer nada y abandono en el cuidado personal.

La última etapa, se caracteriza porque la relación con los objetos internos se debilita y por tanto el ser humanos se siente con la capacidad de restablecer los vínculos con los objetos que abandonó del mundo exterior y de establecer contacto con otros objetos. Poco apoco, los recuerdos van teniendo tintes de lejanía, se vuelve a tener interés por el aspecto personal, se renueva el interés por otros temas y por las actividades habituales previas, disminuye el desgano y esto le permite aceptar la distracción, el objeto perdido es recordado cariñosamente pero de forma lejana, y por último, el sujeto asume nuevas relaciones e intereses. Así se pone fin al trabajo de duelo, un proceso que tiene su propia tiempo en cada individuo al depender de aspectos como: personalidad psicológica previa, significación personal del objeto perdido, capacidad de tolerancia, contención y acompañamiento del entorno próximo y características socioeconómicas y culturales.⁹⁴

Ahora es importante establecer lo que se considera como duelo patológico. Primeramente, se diferencia del duelo normal porque presenta la dificultad para aceptar la pérdida del objeto y de la relación objetal y por ello existe una reacción desmedida. Para Salvarezza, desde que comienza el proceso de envejecimiento (55 años) puede presentarse este tipo de duelo, el cual puede tener un inicio brusco dependiendo la manera que se revista el acontecimiento desencadenante y las características que poseerá este se relaciona directamente con la personalidad en la que se establece.

⁹⁴ Cfr. Ídem. Págs. 68 y 69.

Las pérdidas frecuentes, durante la tercera edad, como ya fueron mencionadas al principio del subcapítulo, suelen ser la muerte del cónyuge, hijos, nietos y personas cercanas; la migración; traslados, mudanzas y desalojos; casamiento de los hijos acompañada o no de su abandono del hogar; enfermedades de miembros de la familia o propias, la pérdida de empleo y del estatus socioeconómico, en fin.

El duelo patológico también cuenta con etapas escalonadas pero de diferente calidad. Sin embargo, la primera etapa es igual a la primera fase del duelo normal, por lo que resulta difícil identificar lo que es patológico o no. En la segunda etapa, el objeto perdido se internaliza y el yo se identifica a diferentes escalas con él; pero en la internalización se restablece la primitiva relación ambivalente en la que el vínculo que se tiene con los objetos es complejo en el sentido que coexisten en él actitudes contradictorias hacia ellos. El sujeto no presenta una desintegración psicótica de la personalidad, es decir que no existen problemas en la discriminación entre el mundo interno y el mundo externo, por lo cual para el yo la pérdida sigue estando en el exterior y por ello los ataques fruto de esa ambivalencia se dirigen hacia fuera. Las características de esta fase en general son: se intensifican los reproches hacia el objeto a la medida que se instala la sensación de que el mundo está vacío sin él; existe apatía, tristeza y retracción; hay una gran inestabilidad emocional con la presencia de episodios de descargas agresivas; coexisten trastornos del ritmo de dormir (hipersomnio hasta varios estados de insomnio) y la presencia de pesadillas (que producen angustia) y sueños donde se manifiesta reiteradamente el objeto perdido, el sujeto y su hogar tienen apariencia descuidada; y, pueden agravarse o desarrollarse adicciones. Esto puede durar varias semanas.

La tercera etapa en el duelo patológico que se refiere a la readaptación simplemente fracasa. Entonces: florecen autorreproches culposos, se realza la abulia, la vivencia de la pérdida aparece lejana y se puede perder la conexión entre causa y efecto, y como consecuencia de aquello el sujeto siente que su estado es inexplicable y sin solución. Se crea un caldo de cultivo para la generación de alteraciones profundas y duraderas en la estructura de la personalidad, aunque el sentido de realidad sí se conserva. Lamentablemente, en este estado existe la posibilidad del suicidio. También pueden existir trastornos somáticos como malestares digestivos y cardiacos.

Este curso escalonado de afecciones pueden ir decreciendo hasta desaparecer, pero así lo hagan, provocan que la personalidad del sujeto mantenga un defecto que le coloca en malas condiciones para hacer frente a las adversidades de la vida haciéndolo sensible a agentes patógenos.⁹⁵

Contrario a lo anterior, cuando el sujeto después de pasar por una experiencia real de pérdida logra superarla o cuando este se ha identificado con otros significativos y con los enunciados identificadores que crearon una imagen de sí de ser un individuo con capacidad para superar las pérdidas, se gesta en él la autoconfianza en la capacidad para reparar y superar éstas.⁹⁶

Así en la vejez, existen dos posibilidades de reacción, una que facilita el trabajo normal de transformación y elaboración del duelo, y la otra donde el sujeto duda del poder hacer este proceso y sucumbe ante la convicción de impotencia, incapacidad y desamparo.

1.1.5. CONCEPCIÓN DE MUERTE QUE TIENEN LOS ANCIANOS

*Así, en función del concepto del que dotemos a la vida, adquirirá la muerte un significado especial. Puede entonces ser entendida como el principio de una nueva existencia, despojada del cuerpo que la aprisiona o como el final de una etapa detrás de la cual no hay nada, o al menos nada conocido. Estos conceptos de muerte son tan sólo una muestra de los posibles planteamientos que, de manera amplia y difusa, el hombre adapta ante la muerte.*⁹⁷

Leopoldo Salvarezza afirma que es necesario hacer una distinción entre el concepto que cada una de las personas tiene de lo que es la muerte en general y el concepto de esa misma muerte cuando está en relación a uno mismo.

Salvarezza citando a Thomas en su obra “La muerte: una lectura cultural” (1991), pone en evidencia tal diferenciación así: La muerte en general es abstracta, ajena y se

⁹⁵ Cfr. Ídem. Págs. 70- 73.

⁹⁶ Cfr. NÉLIDA, Asili, Vida Plena en la Vejez: Un Enfoque Multidisciplinario, Editorial Pax México, México, 2004, pág.241.

⁹⁷ SALVAREZZA, Leopoldo, La vejez: Una Mirada Gerontológica Actual, Editorial Paidós, Argentina, 1998, pág. 381.

acepta como algo cotidiano pero cuando es puesta en relación con uno mismo parece lejana –fundamentalmente cuando se es joven-: es el otro o los otros quienes mueren.

La muerte es aceptada racional y conscientemente como un hecho natural pero cuando se vivencia en lo personal es un accidente, arbitrario e injusto para el que nunca uno está preparado ni en la vejez; la muerte es considerada como algo aleatorio, indeterminable al no conocer porqué, cuándo y cómo se va a dar; y, la muerte es universal (todo lo vivo tiene que morir) pero al mismo tiempo es única puesto que para cada sujeto es un acontecimiento determinante puesto que no volverá a suceder.

Continuando con Thomas, el autor trae a colación que si bien se asume que el ser humano es un ser bio-psico-social, la muerte tendrá por tanto que ser ubicada en cada uno de estos aspectos de forma simultánea; así se tiene: muerte física (afecta al organismo y al cuerpo), muerte psíquica (el sujeto deja de tener conciencia de su propia existencia como ser independiente y racional) y muerte social (cuando se pierde el reconocimiento social de persona, al ser tratado como si hubiera muerto o como ser sin capacidad de decisión, o bien cuando es la misma persona el que establece su propia muerte social al considerar que ha dejado de realizar un papel en la sociedad y que ya no forma parte de la comunidad).

Se plantean una gama de posibles actitudes de los adultos mayores ante su propia muerte:

1. Actitud de indiferencia.
2. Actitud de temor, que más que ligada a la misma muerte se refiere a lo que la precede: temor al dolor, al sufrimiento, entre otros.
3. Actitud de descanso, que es generalmente vivenciada por aquellos que han sufrido mucho o que padecen de enfermedades crónicas, y aquí la muerte representa el final del sufrimiento.
4. Actitud de serenidad, la cual se presenta cuando el viejo tiene conciencia de haber vivido una existencia plena y también de haber sido útil a los demás.⁹⁸

⁹⁸ Cfr. Ídem, p. 394.

Para que el anciano tenga una u otra actitud respecto a su muerte, se ponen en juego algunas variables que según Salvarezza han demostrado tener una mayor influencia, aquellas son:

1. Edad: Es uno de los factores más importantes al establecer diferencias a niveles intergrupales (intergeneracionales) e intragrupal (dentro de los rangos de edad que incluyen la etapa de la vejez). Al respecto cita a Rubio Herrera en “El problema de la muerte en la tercera edad desde la perspectiva psicológica” (1981), quien demuestra que: en los intervalos de edad 65-95 años la respuesta que prevalece es la aceptación de la muerte como algo inevitable y la muerte como algo deseado se encuentra en un segundo lugar; y en el intervalo de 85 a 95 años parece aumentar sensiblemente el porcentaje de aceptación ante la proximidad a la muerte. De ello se concluye que mientras aumenta la edad cronológica decrecen las respuestas de muerte como algo que deprime y que a medida que aumente la edad se hace más importante la idea –más concreta y real- de la muerte como el final inevitable de la vida y que nadie podrá impedir que se dé.

2. Estado civil: Se ha logrado poner en evidencia que los ancianos casados presentan mayor ansiedad ante la muerte –debido a la preocupación por el cónyuge que quedará vivo- que quienes son viudos o se encuentran solteros.

3. Religiosidad: No hay un acuerdo sobre la relación entre religiosidad y la ansiedad ante la muerte, es decir, si ante mayor religiosidad hay una menor ansiedad ante la muerte o viceversa, o si simplemente no hay relación entre ansiedad ante la muerte y la religiosidad. Respecto a esto, citando a Allport en “The individual and his religion” (1950), Salvarezza reafirma que existe una diferencia básica entre las dimensiones de religiosidad: quien tiene una religiosidad intrínseca y considera a la fe como un fin en sí misma ante quien viven con una religiosidad extrínseca y es religioso porque la religión le es útil para obtener otras cosas. Y se hace referente en otras investigaciones en la relación de quienes han asumido la religiosidad intrínseca (cognitiva, intrapsíquica) con un menor temor a la propia muerte, mientras quienes mantienen una religiosidad de tipo extrínseco (socialmente orientada) parecen tener mayor temor y ansiedad ante su propia muerte.

4. Institucionalización: La mayoría de estudios sobre la influencia del tipo de respuesta (instituciones o familiar) dan cuenta que quienes viven en asilos o residencias expresan menor temor a la muerte y tienen actitudes más positivas respecto a ella. Pero también demuestran que a partir de los ochenta y cinco a noventa y cinco años tales diferencias se minimizan y aparece un mayor grado aceptación ante la propia muerte sin importan que los ancianos se encuentren institucionalizados o con sus familias.

Una particularidad de los ancianos institucionalizados es que en ellos se encuentra de manera más marcada la muerte como una liberación, como un deseo de morir; pero también se ha llegado a la conclusión que en esa actitud la institucionalización es una factor más, puesto que coinciden en ella otras variables como la ausencia de la familia, abandono de la misma, deficiente nivel económico, entre otras.

Diferentes estudios han evidenciado que la institucionalización per se no parece constituir el factor determinante de los comportamientos de los ancianos ante la muerte sino más bien el conjunto de variables relacionadas con la forma de residencia: tipo de institución, asistencia presentada, características biográficas y vivenciales de los ancianos que viven en la misma.⁹⁹

⁹⁹ Cfr. Ídem. Págs. 398- 402.

1.2. LA FAMILIA Y EL ANCIANO

1.2.1. DEFINICIÓN DE FAMILIA Y CONSIDERACIONES BÁSICAS DE SU PSICODINAMIA

*(...) la familia como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos, tiene tres componentes. En primer lugar, la estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación. En segundo lugar, la familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen su reestructuración. En tercer lugar, la familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.*¹⁰⁰

La familia es un núcleo fundamental de la sociedad que difiere de otros grupos humanos en cuanto a la duración e intensidad de los lazos afectivos que unen a sus integrantes y las funciones que éstos desempeñan. Las relaciones interpersonales que se dan entre los miembros de la familia, su naturaleza y calidad, son de gran relevancia puesto que la funcionalidad o disfuncionalidad presente en ellas determina el grado de satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de sus integrantes. Así mismo, las acciones de cada uno de los integrantes de la familia producen reacciones y contrarreacciones en los demás y en ellos mismos. Todo lo mencionado da cuenta que la familia es un sistema abierto, que cuenta con una dinámica que tiene un gran papel en el constante cambio y crecimiento de la familia.

Cuando en éste sistema están presentes relaciones interpersonales y procesos que ponen de manifiesto disfuncionalidad, éstos factores psicosociales pueden tener una influencia determinante en el origen de muchas condiciones psiquiátricas, bien porque dieron lugar a la formación de síntomas o porque promueven su mantenimiento.¹⁰¹

¹⁰⁰ Minuchin, Salvador, Familias y Terapia Familiar, Editorial Celtia S.A.C.I.F de M.R., Buenos Aires- Argentina, 1982, pág. 85.

¹⁰¹ Cfr. Saucedo G., Juan Manuel y Maldonado D., J. Martín, La Familia: su dinámica y tratamiento, Coedición Organización Panamericana de la Salud – Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), Editorial., Washington D. C., 2003, pág. 3.

Existen tres áreas principales del funcionamiento global de la familia, cuya investigación en la clínica permitirá realizar el proceso de discriminación entre las interacciones funcionales y las disfuncionales, y son:

1) Organización o estructura: Constituida por las interacciones que se establecen entre los integrantes de la familia, que organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca o reiterativa. La organización se encuentra formada por los elementos:

- Jerarquía: Son los diferentes niveles de autoridad de los individuos y los subsistemas dentro del grupo familiar. Se dice que el buen funcionamiento de la familia se facilita cuando el subsistema padres tiene la mayor autoridad. Una de las causas de surgimiento de síntomas puede ser el desarreglo de los niveles de autoridad dentro de la familia.

- Alianzas: Son asociaciones abiertas o encubiertas entre dos o más familiares. La base de un buen funcionamiento del grupo familiar es la alianza entre el padre y la madre, especialmente en cuanto a las reglas de convivencia y la educación de sus hijos. Si dicha alianza no existiese como fruto de la discordancia conyugal es viable que los efectos se evidencien en los hijos, fundamentalmente si uno o ambos padres se apoyan en ellos para lograr ventajas en la lucha contra la pareja. Suele ocurrir que los padres desvíen sus problemas conyugales a la relación con el hijo, puede suceder que se acerquen a él en exceso y con sobreprotección o que lo agredan provocados por sus frustraciones afectivas. La alianza que se produce para perjudicar a un tercero se llama coalición o triángulo perverso y puede manifestarse de distintas formas: madre e hijo contra el padre, padre y abuela en contra de la madre. Es raro que se evidencien coaliciones entre hermanos en contra de los padres. En todo caso las alianzas más funcionales son abiertas y se forman entre familiares de la misma generación y el mismo sexo; mientras que las más disfuncionales tienden a ser encubiertas, persisten en forma rígida y se establecen en contra de otros familiares.

- Límites o fronteras: Son aspectos de cercanía o distanciamiento entre diversas personas o subsistemas. Constituyen membranas imaginarias que regulan el contacto con los demás en términos de permisividad, dependencia emocional, derechos,

autonomía, entre otros. Tienen la función de marcar diferencias entre los subsistemas (conyugal, paterno-filial, fraternal.) y su claridad es fundamental para la funcionalidad de la familia. Los límites firmes tienden a determinar cierta separación y promueven la autonomía relativa, pero los límites funcionales también mantienen permeabilidad para permitir acercamientos y expresiones de afecto. Se dice que existen óptimos límites generacionales cuando los padres se comportan como padres y los hijos como hijos. Los límites se infringen cuando por ejemplo cuando la madre es en exceso cariñosa con su hijo y establece con él un exagerado contacto en búsqueda del afecto que no recibe de su cónyuge.

Existen sistemas o subsistemas familiares en que los límites interpersonales son difusos y la distancia psicológica entre sus integrantes es escasa, por tanto unos responden por otros; en tales casos hay un elevado sentido de pertenencia y son relaciones fusionadas o amalgamadas. Tales relaciones con límites difusos y cercanía excesiva enajenan la autonomía individual por dar prevalencia a la solidaridad, sus miembros renuncian a su libertad para recibir protección y el otro no es un alguien separado sino la extensión de sí mismo. Aquí no existe una verdadera intimidad, sino una dependencia exagerada y una fusión destructiva que da cuenta de vínculos emocionales excesivos en la cual se vislumbra la diferencia con una amenaza.

Puede suceder también que hay familias o subsistemas con límites muy marcados, rígidos y poco permeables que restringen la comunicación y los afectos, son relaciones desvinculadas y el sentido de pertenencia es escaso. En esos casos se permite altos grados de variación individual y se tiene un elevado respeto por la autonomía personal sacrificando la solidaridad y el sentido de pertenencia, y solamente niveles elevados de estrés podrían activar la disposición de apoyo por parte de la familia.

Ahora en una familia con límites funcionales y no disfuncionales como los anteriores, hay entre los integrantes de éste grupo humano la lealtad necesaria para mantenerlos juntos con flexibilidad a pesar de las diferencias individuales, se estimula el desarrollo personal y se respeta la autonomía (diferenciación de los individuos).

- **Funciones o papeles:** Son conductas repetitivas que implican la existencia de actividades recíprocas entre los familiares. El desempeño funcional de los papeles es indispensable para la ejecución de tareas que dan la posibilidad de la vida en familia. La funcionalidad de los papeles depende en gran medida de su consistencia interna, la cual existe si cada integrante se ve a sí mismo como lo ven los demás y hay un acuerdo sobre lo que se espera de él; también se requiere que los papeles sean lo suficientemente complementarios para que funcione adecuadamente el sistema familiar. Lo esperable es que los papeles que se desempeñan faciliten el mantenimiento de la familia como grupo y que además promueva el desarrollo individual de cada uno de los integrantes; al mismo tiempo es fundamental que haya la flexibilidad necesaria en la asignación de funciones para poder modificarlas cuando sea necesario.

Es muy probable que se designe a un hijo para llevar el papel del padre en las culturas latinoamericanas, que suele ser el hijo mayor o el denote que tiene tales responsabilidades. Suele pasar que cuando no existe en el hogar una familia paterna uno de los hijos adopta algunas de las funciones ante sus hermanos y también ante su madre. Tal situación puede ser funcional cuando la delegación de la autoridad sea de forma explícita, temporal y sin delegación permanente y total de las responsabilidades de los padres en el hijo parental. La funciones de éste hijo no deben sobrepasar su grado de madurez emocional ni interferir en su desarrollo o con la satisfacción de sus necesidades.

Por otro lado, se encuentra el “chivo expiatorio” para designar a uno de los integrantes de la familia como el papel del malo del grupo y asignarle lo negativo del sistema.

- **Formas de control del comportamiento:** El control del comportamiento de los hijos es un aspecto importante para que los papeles y las tareas diarias se desempeñen satisfactoriamente. El control más deseable y funcional es: el más flexible, donde se combina lo predecible con lo constructivo; consistente, basado en la claridad de reglas, para saber qué esperar los unos de los otros sin minar la individualidad o la espontaneidad; y benévolo y efectivo al mismo tiempo, se apoya en el consenso con los hijos pero también refuerza los límites. El control funcional

genera o presencia de un sentido de responsabilidad que refleja madurez personal y repercute en la productividad y en la capacidad para mantener relaciones interpersonales adecuadas. La responsabilidad personal es fruto tanto del funcionamiento familiar como del individual.

Las formas no funcionales de control son: sobreprotección parental (dos formas: prevención de la conducta dependiente y la infantilización), la supervisión inadecuada o negligencia (los padres ignoran aspectos importantes de la vida del hijo), la privación experiencial (no se le permite tener experiencias a los hijos) y otras presiones parentales desviadas.¹⁰²

2) Solución de problemas: Para ello se requiere que los integrantes de la familia tengan habilidad para comunicarse, negociar las diferencias y adaptarse al estrés.

3) Cada vez que existe una crisis tal habilidad se pone a prueba, puesto que ante tal circunstancia la familia puede actuar o bien con rigidez (repetiendo los patrones de conducta habituales sin adaptarse a las nuevas circunstancias) o con flexibilidad. En este caso lo que determina que la familia sea o no funcional no depende de la presencia o ausencia de conflicto sino del modo como se resuelven las diferencias.

En una familia funcional se pasan de alto desacuerdos menores con el objetivo de evitar fricciones innecesarias. La comunicación en una familia no disfuncional es clara pues los mensajes pueden entenderse, directa ya que los mensajes se dirigen a quien debe recibirlos, específicos (sin tener generalización excesiva), y congruentes: los mensajes son recíprocamente compatibles, no contradictorios o dobles. Por el contrario en una familia disfuncional la comunicación es oscura, indirecta, inespecífica e incongruente.

4) Clima emocional: Depende de:

- Tipo y expresión de los sentimientos: La familia funcional permite que sus integrantes expresen sus sentimientos positivos y negativos sin sentir que corre el riesgo de perder afectos puesto que posee la confianza básica de ser aceptado.

¹⁰² Cfr. Ídem., págs. 3- 7.

- Interés afectivo: Son de cinco clases:
 - a) Indiferente: Las familias con interés indiferente tienen un grado y calidad de afectividad bajos, produciendo frustración entre sus miembros y alentando la separación prematura y una falsa independencia. Es poco tolerada la intimidad y se estimula la inseguridad y una escasa autoestima.
 - b) Interesado sin sentimientos: Las familias con interés vacío de sentimientos tienen una intensidad y calidad de interés afectivo ligeramente mayores que en el tipo anterior. El involucramiento interpersonal deriva más de un sentido del deber que de empatía verdadera. Genera frustración, inseguridad y dudas sobre la identidad y el autoestima, aunque puede generar un cierto sentido de pertenencia.
 - c) Narcisista: El involucramiento afectivo es de calidad destructiva y de alto grado, ya que se da tan solo para satisfacer necesidades individuales y por tanto no hay un interés real por los demás.
 - d) Fusionado: Propio de la familia amalgamada o fusionada donde se establecen relaciones simbióticas, con fronteras difusas, relaciones cercanas pero que afectan la maduración y el desarrollo de la autonomía. Implican la existencia de tolerancia y colusión entre los miembros de la familia.
 - e) Empático: La familia con dicho interés mantiene un alto grado de involucramiento afectivo mientras simultáneamente se acepta y apoya la autonomía de los integrantes del grupo. Cada miembro de la familia experimenta la seguridad de ser querido por ser quienes son y desarrollan así autonomía y un sentido de autoestima adecuado. Hay un equilibrio entre las necesidades autónomas de los individuos y la cohesión necesaria para el funcionamiento efectivo como una unidad solidaria.¹⁰³

¹⁰³ Cfr. Ídem. Págs. 7- 9

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

*(...) entre la iniciación de una familia y su fin, la familia atraviesa por diversas etapas en su desarrollo conjunto. Ya que una de las tareas universalmente asignadas a la familia es la procreación y el cuidado de los hijos, toda familia enfrenta la presencia o ausencia de ellos. A medida que los hijos crecen y se desarrollan, las familias también crecen para asumir los desafíos y las demandas de cada etapa. Los expertos todavía no se han puesto de acuerdo con el número de etapas del ciclo vital de la familia.*¹⁰⁴

Jorge E. Maldonado reúne los aportes de Salvador Minuchin, Jay Haley, Carter y Mc. Goldrick respecto al ciclo evolutivo de la familia y al desarrollo familiar en cada una de sus etapas; de ello se desprenden cinco etapas con sus respectivas tareas, conflictos, patrones disfuncionales y lineamientos profilácticos y terapéuticos.¹⁰⁵

El ciclo vital de la familia es sin lugar a dudas una de las demandas de cambio más trascendentales en la vida familiar, se origina al transcurrir e tiempo y en el consiguiente paso de una etapa a otra. Todas las etapas son potencialmente generadoras de estrés en los integrantes del grupo primario.¹⁰⁶

La primera etapa es la del galanteo y formación de la pareja, cuyas tareas son: diferenciarse de la familia de origen respectiva y establecer límites, elaborar y negociar las pautas de interacción propias de la pareja (reglas y expectativas) y establecer y definir las formas de relación con su entorno (el trabajo, sociedad en general). Los conflictos posibles a aparecer son: propios del ajuste de una nueva unidad, lealtades y deudas no resueltas con las familias de origen y el retraso en la formulación de pautas y reglas propias. Los patrones disfuncionales que podrían aparecer son: alianzas rígidas con las familias de origen, ruptura drástica con la familia de origen, imposición de las reglas por uno de los cónyuges y el estancamiento en la lucha de poder.¹⁰⁷

¹⁰⁴ Maldonado, Jorge E., El Ciclo Vital de la Familia, Capítulo 3: Un descubrimiento Contemporáneo: el ciclo vital de la familia, 2000, pág. 94.

¹⁰⁵ Cfr. Ídem. Pág. 98.

¹⁰⁶ Cfr. Saucedo G., Juan Manuel y Maldonado D., J. Martín, La Familia: su dinámica y tratamiento, Coedición Organización Panamericana de la Salud – Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), Editorial., Washington D. C., 2003, pág. 9.

¹⁰⁷ Cfr. Maldonado, Jorge E., El Ciclo Vital de la Familia, Capítulo 3: Un descubrimiento Contemporáneo: el ciclo vital de la familia, 2000 pág.98.

La segunda etapa es la de la familia con hijos pequeños y sus tareas son: balancear las responsabilidades conyugales y las parentales, negociar contactos nuevos con el exterior (parientes, escuelas,..) y establecer límites que permitan el control y el desarrollo de los hijos. Se pueden presentar tres conflictos en dicha etapa: triángulos entre miembros de generaciones diversas, conflictos entre las responsabilidades conyugales y parentales y conflictos entre las demandas del hogar y del trabajo. Los patrones disfuncionales que pueden aparecer son: estancamiento en la relación de la pareja, polarizaciones en cuanto a la disciplina de los hijos y formación de coaliciones entre miembros de diversas generaciones.

La tercera etapa se refiere a la familia con hijos adolescentes, aquí las tareas son otras: permitir y estimular a los hijos a ejercer cada vez mayor autonomía, balancear en la familia deberes y derechos, definir la forma de interactuar con la cultura de los jóvenes y establecerse como pareja en sus propios intereses, carreras y ocupaciones. Los conflictos que pueden darse son: resistencia a vivir esta nueva etapa: reglas rígidas, rebeldía, las crisis de la edad mediana de los cónyuges y temor a lo desconocido. En cuanto a los patrones disfuncionales: vivir en el pasado, apareamiento del chivo expiatorio (oveja negra de la familia) y retener o echar a los hijos.¹⁰⁸

La cuarta etapa es la del destete de los padres en la que hay las siguientes tareas: soltar a los hijos, reformular la relación de la pareja y prepararse para ser abuelos. Los conflictos posibles a darse son: el síndrome del nido vacío, el síndrome del desempleo de mamá y la reinsertión en la familia de origen. Los patrones disfuncionales en ésta etapa pueden ser muchos: carrera versus hogar, “sanduche” entre dos generaciones (hijos independizándose y padres mermados en sus fuerzas, enviudando y muriendo), interferencia de los padres en los asuntos de los hijos (nietos) y dependencia económica y emocional de los hijos.

Y por último, la quinta etapa, es la de la integración de las pérdidas, cuyas tareas se parecen mucho a las planteadas por Erikson: enfrentar las pérdidas (en salud, trabajo, seres queridos, lugar de residencia), elaborar los duelos (cónyuge, hermanos, amigos)

¹⁰⁸ Cfr. Ídem. Pág. 99.

y enfrentar la soledad. Los conflictos son: cargas familiares mal distribuidas (un solo hijo se hace responsable) y los conflictos propios de la edad. Los patrones disfuncionales que tienen la posibilidad de darse son: duelos irresueltos o incompletos, sobre- identificación con el difunto y sobreinvolucramiento con él o la sobreviviente. Los lineamientos profilácticos y terapéuticos a seguir son: la preparación para la muerte y la realización de ceremonias de cierre.¹⁰⁹

Todas estas etapas tienden a presentarse como normativas y tiene la capacidad de empujar al sistema familiar hacia ritos de transición y con ello hacia las etapas siguientes. Pero las teorías del ciclo evolutivo de la familia no consideraron “la calidad de relación en la familia” en los momentos de cambio, que generalmente es inapropiada y hasta que se den los ajustes entre todos los miembros la transición se vuelve complicada y difícil. Layman C. Wynne, tomando en cuenta la calidad de relación existente entre los miembros durante los cambios en el ciclo vital, ofrece el modelo epigenético de los procesos familiares. El término “epigénesis” se vincula con las etapas de desarrollo psicosocial de Erikson, sólo que en ésta caso se lo trata para estudiar al individuo dentro de la familia desde la perspectiva transaccional: los intercambios o transacciones de cada etapa evolutiva se apoyan en el resultado de las transacciones anteriores.¹¹⁰

La transición de una etapa a la otra representa para la familia el enfrentamiento de problemas de reajuste y constituye un desafío a los miembros a funcionar en un nivel distinto al anterior, reestructurándose. En cada fase, las influencias constitucionales y experienciales se recombinan para crear nuevas potencialidades biológicas y de conducta que determinarán también la fase que sigue. Es decir, si en cualquier etapa evolutiva las transacciones son omitidas o distorsionadas, por ende se alteran todas las fases evolutivas subsiguientes. Wynne menciona que si en los momentos de cambio familiar requerido, la calidad de trato se mantiene inapropiada y hay deficiencia en la construcción de relaciones saludables, los ajustes serán deficientes y por tanto se dificultará la transición, truncándose el proceso de crecimiento.¹¹¹

¹⁰⁹ Cfr. Ídem. Pág. 73.

¹¹⁰ Cfr. Maldonado, Jorge E., El Ciclo Vital de la Familia, Capítulo 3: Un descubrimiento Contemporáneo: el ciclo vital de la familia, 2000 págs. 94 y 95.

¹¹¹ Cfr. Ídem. Págs. 94 y 95.

Más adelante, el autor del modelo mencionado, considera los principios y procesos de desarrollo epigenético en los sistemas relacionales, entre ellos considera a la familia como el núcleo básico de contactos relacionales significativos. Los procesos que se desenvuelven de modo epigenético en los sistemas relacionales son cinco:

1.- Apego/ cuidado solícito: Es una ligación afectiva complementaria, presente entre progenitor e hijo.

2.- Comunicación: Empieza por desarrollar focos de atención compartidos (un aquí y ahora común) y luego permite efectuar el intercambio de significados y mensajes.

3.- Resolución conjunta de problemas: La participación de todos en intereses, tareas, actividades cotidianas y actividades recreativas.

4.- Mutualidad: La integración flexible y duradera de un compromiso mutuo de modelar la relación a media que se desenvuelva el ciclo vital, considerando la presencia de hechos inesperados y el surgimiento de nuevos intereses y aspiraciones. En este proceso, el allegamiento experimenta reorganizaciones importante pero sin la existencia de continuidad en las contribuciones de cada miembro. Aquí se incorpora tanto el distanciamiento como la nueva vinculación constructiva.

5.- Intimidad: No es esencial para una relación duradera pero es una derivación subjetiva de la mutualidad.¹¹²

Sintetizando:

“El estrato epigenético inicial, la relación de apego-cuidados, es primario, de forma que cuando el apego no ha tenido lugar, una parte de la perspectiva cognitiva y afectiva, necesaria para modos de relación más complejos y avanzados, no puede establecerse. Con un apego inexistente o negativo la familia puede estar detenida en la primera etapa del viaje epigenético. Los miembros de la familia deben estar primero emocionalmente apegados unos a otros antes de poder aprender habilidades de comunicación o cualquier otra. La resolución conjunta de

¹¹² Cfr. Layman C. Wynne, “Un modelo Epigenético de Procesos Familiares” en Falicov, Celiz J. Comp., Transiciones de la Familia, Continuidad y Cambio en el Ciclo de la Vida, Amorrortu, Buenos Aires- Argentina, 1991, págs. 131-165.

problemas, una forma de relación más compleja, presupone no sólo haber alcanzado un apego suficiente sino también la adquisición de habilidades de comunicación relativamente eficaces. ¹¹³ *La mutualidad (...) comienza con el reconocimiento de dificultades familiares que no pueden resolverse en el marco de las formas de relación anteriores. Si se tiene un esquema de apego/cuidado solícito claro pero flexible, se puede reasumir la comunicación y la resolución conjunta de problemas en una mutualidad alterada pero altamente significativa. (...) la intimidad (...) es el lado inconstante y subjetivo de la relación de apego, y puede infundir nuevos componentes en la resolución conjunta de problemas, al mismo tiempo que los libres intentos de resolverlos pueden preparar el escenario para experiencias de intimidad más profundas.* ¹¹⁴ *La calidad de relación se construye en forma epigenética, es decir cada etapa sobre las anteriores.* ¹¹⁵

Para Wynne, en los procesos referidos se pueden dar tanto cambios de primer orden y cambios de segundo orden. Los primeros, consideran los procesos como puntos nodales en cuyo entorno se pueden producir fluctuaciones que dejan fundamentalmente intacto el sistema relacional, y en los segundos, se da cuando en determinados casos, el desplazamiento hacia otra modalidad predominante de funcionamiento relacional puede constituir una transformación discontinua. ¹¹⁶

Según Wynne, en “Un Modelo Epigenético de Procesos Familiares”, cada uno de los procesos o principios del desarrollo epigenético son considerados el lado positivo de un campo de acción, y su correspondiente lado negativo constituye un distanciamiento o dificultad relacional. Los lados negativos del apego/cuidado van desde la sobreinvolucración emocional, el desapego categórico hasta llegar a la crítica y la hostilidad. Los negativos de la comunicación van desde la desviación amorfa de la comunicación, la comunicación constreñida y cautelosa hasta la desviación fragmentada de la comunicación. Los de la resolución conjunta de problemas desde las soluciones y rupturas cíclicas, la evasión de la resolución de los problemas hasta el desacuerdo disociador. De la mutualidad, los negativos van desde la seudomutualidad inestable, la seudomutualidad rígida y sintónica hasta la

¹¹³ Girón G., Simón, “Implicaciones de la Integración de la Teoría del Apego y de la de Sistemas en el Tratamiento de Drogodependientes”, Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz, p. 300. <http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/po nencias9/>

¹¹⁴ Puyo, Laura, “Acortando las distancias: El trabajo del vínculo afectivo en familias transnacionales”, Junio 2009, p.8. <http://www.avntf-evntf.com/imagenes/biblioteca/>

¹¹⁵ Maldonado, Jorge E., El Ciclo Vital de la Familia, Capítulo 3: Un descubrimiento Contemporáneo: el ciclo vital de la familia, 2000, pág.73.

¹¹⁶ Cfr. Ídem. Pág.96.

seudohostilidad. Y por último los lados negativos de la intimidad, se pueden dar desde la relación teñida romanticismo, la relación de “eh-hum hasta la relación coercitiva/sumisa.

Por tanto, resumiendo, cada proceso relacional tiene un polo o lado positivo y otro negativo. Sin embargo, lo “positivo” o “negativo” puede depender de los intereses de un individuo o del sistema. Así lo que es negativo en el nivel del sistema relacional puede ser positivo para los participantes como individuos (en lo referente a la diferenciación).¹¹⁷

Wynne afirma que cuando ciertos acontecimientos alteran o complican el ciclo vital de la familia y con ello el desarrollo de la familia (como el divorcio-familia interrumpida-, la muerte –familia reducida-, nuevo matrimonio –familia reconstituida), resulta difícil recuperar el impulso evolutivo, por eso se requiere recomenzar la secuencia epigenética; dicho de otro modo, tiene que volver a establecer nuevas pautas de apego/ cuidado solícito para descubrir el modo de comunicación empática y funcional, para elaborar actividades conjuntas y maneras de resolver los problemas, y así construir la intimidad.

Queda claro que los procesos relacionales requieren repetirse epigenéticamente durante la vida dentro de la estructura de cada nueva relación duradera y al ritmo que dependerá de las experiencias previas de cada persona y del ajuste desarrollado entre ellos.

Esta secuencia se pone en marcha con cada nuevo apego y se reelabora con cada cambio que surja en el ciclo familiar. Los cambios relacionales se suceden con una velocidad y secuencia propia de la lógica interna, dependiendo de los ingredientes que posea.¹¹⁸

¹¹⁷ Cfr. Layman C. Wynne, “Un modelo Epigenético de Procesos Familiares” en Falicov, Celiz J. Comp., Transiciones de la Familia, Continuidad y Cambio en el Ciclo de la Vida, Amorrortu, Buenos Aires- Argentina, 1991, págs. 131-165.

¹¹⁸ Cfr. Maldonado, Jorge E., El Ciclo Vital de la Familia, Capítulo 3: Un descubrimiento Contemporáneo: el ciclo vital de la familia, 2000, pág.97.

FUNCIONALIDAD Y DISFUNCIONALIDAD EN LA FAMILIA

El funcionamiento familiar no es una cuestión de todo o nada. El DSM IV propone una escala para evaluar clínicamente el funcionamiento familiar.

De acuerdo a la Escala de Evaluación Global de la Actividad Relacional (EEGAR), una familia con funcionamiento satisfactorio tiene acuerdo en las rutinas diarias y flexibilidad en la implementación de los cambios necesarios, los conflictos se resuelven mediante la comunicación y negociación, se establecen acuerdo respecto a las funciones o tareas y la presencia de una atmósfera cálida donde se expresan libremente los sentimientos, se comparten los valores y hay relaciones sexuales satisfactorias.

Considerando los lineamientos de las escuelas estructural y estratégica una familia funcional tiene los siguientes elementos:

1. Hay un subsistema parental fuerte: aunque la tendencia de la familia es democrática el liderazgo pertenece a uno o ambos padres, quienes se apoyan mutuamente en sus actitudes respecto a la crianza.
2. Los límites o fronteras entre los individuos y los subsistemas son claros y flexibles, no difusos ni rígidos.
3. Las alianzas interpersonales se basan en afinidades y metas comunes, no el propósito de perjudicar a nadie.
4. Los papeles son complementarios y tiene consistencia interna. No son inmutables y experimentan variaciones de acuerdo a las circunstancias cambiantes.
5. La comunicación entre los miembros de la familia tiende a ser clara, directa y congruente, y se emplea en la búsqueda de soluciones a los problemas comunes no para realizar agresiones mutuas.
6. Hay una actitud de apertura que permite la formación de redes de apoyos con otros grupos y personas fuera del núcleo familiar.
7. Hay la flexibilidad suficiente para garantizar la autonomía e independencia de los integrantes del grupo y para permitir el crecimiento individual y el mantenimiento del sistema.

8. Se favorece la continuidad y también la adaptabilidad ante las demandas de cambio internas (las propias del desarrollo), externas o ambientales.¹¹⁹

LA FAMILIA COMO RED DE APOYO SOCIAL

No existe una definición única de lo que se conoce como redes sociales, pero en términos generales se entiende que son:

*(...) una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto. Cuando se habla de redes sociales, está implícita la idea de intercambio de apoyos, que constituye la esencia de la existencia de las redes.*¹²⁰

El tipo y la eficacia de las redes sociales están determinados por la calidad, frecuencia, efectividad y disponibilidad de los apoyos. De lo que se deduce que no necesariamente el estar en una red social es estar protegido; esto dependerá cómo esté presente el apoyo.

Citando a Khan y Antonucci se considera al apoyo social como el conjunto de transacciones interpersonales que opera en las redes y que contienen ayuda, afecto y afirmación. Existen cuatro tipos básicos de apoyo: materiales (dinero, alojamiento, comida, ropa, pago servicios), instrumentales (cuidado, transporte, labores del hogar), emocionales (afectos, compañía, empatía, reconocimiento, escucha) y cognitivos (intercambio de experiencias, información, consejos). Estos apoyos pueden tener específicamente dos fuentes: formales e informales; los primeros tienen una organización burocrática y los segundos se encuentran conformados por redes

¹¹⁹ Cfr. Saucedo G., Juan Manuel y Maldonado D., J. Martín, La Familia: su dinámica y tratamiento, Coedición Organización Panamericana de la Salud – Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), Editorial., Washington D. C., 2003, págs. 11 y 12.

¹²⁰ Guzmán M.J., Huaenchuan S., y Montes de Oca, Redes de Apoyo Social de Personas Mayores: Marco Teórico Conceptual, CELADE y Universidad Nacional Autónoma de México, 2003, pág.3.

personales y redes comunitarias no estructuradas como programas de apoyo: red familiar, red de amigos y vecinos, redes comunitarias.¹²¹

Una de las principales fuentes de apoyo informal es la familia, y la cohabitación (convivencia en el contexto de familias extendidas o en la co-residencia de padres con hijos adultos) es una de las formas frecuentes de apoyo en los adultos mayores; sin embargo existen problemáticas que pueden afectar la capacidad de la familia para asumir dicho apoyo (en disponibilidad y sostenimiento de las redes).

En la familia, como en las demás fuentes de apoyo, existe un intercambio en el que se da y se recibe apoyo y la calidad de los vínculos y fortaleza de las redes depende de la equivalencia de dicho intercambio. Es decir, mientras más recíproco es el intercambio hay efectos psicológicos positivos en los involucrados. Cuando existe desbalance, el que proporciona apoyo y no recibe presenta sentimientos de sobrecarga y frustración, y el que recibe más de lo que da mantiene una sensación de dependencia y endeudamiento. Esto es sin lugar a dudas una fuente de conflicto en la familia y es la base que explica ciertos comportamientos de maltrato, violencia, abandono y abuso hacia las personas mayores. Quien brinda apoyo puede tener o no disponibilidad y disposición hacia el adulto mayor, dependerá de factores como: patrones de formación, disolución de uniones, estabilidad en el empleo, nivel de bienestar de otros miembros de la familia. En los contextos de pobreza, la ayuda familiar suele estar limitada precisamente porque quienes deben brindar al adulto mayor apoyo también están necesitados de ayuda, por tanto no existe la disposición y/o la capacidad de dar apoyo.¹²²

Otro elemento a considerar, es el tamaño de la red de apoyo que no es constante en todas las etapas de la vida. En la vejez existen cambios y pérdidas que afectan el número de apoyos. Mientras más extensa y diversa es la red de apoyo socio-emocional mayor es su eficacia y una red reducida representa excesiva presión sobre quienes dan el apoyo. Sin embargo, no hay consenso respecto al tamaño óptimo de la

¹²¹ Cfr. Guzmán M.J., Huaenchuan S., y Montes de Oca, *Redes de Apoyo Social de Personas Mayores en América Latina y el Caribe*, Publicación de las Naciones Unidas, Santiago de Chile, 2003, págs. 25 y 26.

¹²² Cfr. Ídem. Pág.28.

red de las personas mayores, o si resulta más relevante la calidad- funcionalidad- de apoyos que la cantidad.

Sin lugar a dudas existe una relación entre redes de apoyo y calidad de vida. Citando a Antonucci y Akiyama, quienes analizando la evidencia empírica, ultiman que los individuos apoyados tienen mejores condiciones para enfrentar enfermedad, estrés y demás dificultades. Dicho de otro modo, si hay efectividad en el apoyo –ni escaso ni excesivo- éste potencia la calidad de vida del adulto mayor ya que al ser interiorizado por él se incrementa su percepción de autoeficiencia.¹²³

En cuanto a las redes sociales en el Ecuador, la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE I ECUADOR 2009-2010, menciona que el hogar con sus diferentes arreglos familiares constituye en mayoría la red más cercana de la persona mayor. En la encuesta, a través de datos estadísticos, se llega a la conclusión que solo una proporción pequeña no recibe ninguna ayuda según arreglos familiares, y que una alta parte de la población mayor recibe ayuda de cinco personas o más, en especial las mujeres. En este caso, se visualiza que las redes de apoyo son muy amplias para este sector.¹²⁴

Pero habría esa minoría de 130.000 adultos mayores que viven solos, siendo la mayoría de 75 años o más, sin educación formal y en condiciones malas o indigentes; ellos constituirían los más vulnerables en términos económicos y con menor capital humano, puesto que carecen de redes de apoyo social dentro del hogar. Las mujeres son quienes viven en mayor número solas, o porque enviudan o porque sus hijos ya no están dentro del hogar.¹²⁵

FAMILIA ECUATORIANA

A pesar que la familia ecuatoriana durante estas últimas décadas ha tenido cambios relevantes que han modificado las pautas de comportamiento entre los cónyuges y entre los padres y los hijos y han producido transformaciones en la estructura

¹²³ Cfr. Ídem. Págs.30 y 31.

¹²⁴ Cfr. Freire, Wilma B. y otros, Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE I ECUADOR 2009-2010, MIES, Quito- Ecuador, 2010, pág. 105.

¹²⁵ Cfr. Ídem, págs. 96-98

familiar, el funcionamiento general de las familias ecuatorianas todavía evidencia alta interdependencia. Para los ecuatorianos la familia es concebida no solo como ámbito de crianza y de realización de relaciones amorosas, sino también como un sistema social el cual: está organizado por leyes de parentesco, permite acceso a bienes y servicios, proporciona identidad colectiva e individual y viabiliza el ingreso a redes sociales. Otro elemento común de nuestras familias es el alto grado de heterogeneidad entre ellas; es decir, existen varios modelos de familias ecuatorianas diferenciadas por: la posición socioeconómica de sus miembros, la región en que viven, el grupo étnico al que pertenecen, el lugar de residencia, entre otras cosas.¹²⁶

Existen varias formas de organización social familiar que están determinadas por el factor étnico en la población ecuatoriana. Cada forma de organización familiar según la etnia tiene sus antecedentes, determina tipos de familia, presenta un determinado ciclo de vida familiar y tiene características generales. Las organizaciones familiares, según la etnia, más importantes en el Ecuador son: organización familiar indígena, organización familiar afro-ecuatoriana y organización familiar mestiza.¹²⁷

Considerando la posición socioeconómica y la distribución de clases (es decir el factor clasista en la familia), se pueden analizar tres tipos de familia: familia de altos ingresos, familia de sectores medios y familia de bajos ingresos. Como las familias de origen y nucleares de los adultos mayores residentes del HDV1 se sitúan en el segundo y tercer tipos de familia; estos son los que serán analizados.

En cuanto a la familia de sectores medios, encontramos que fundamentalmente es nuclear como ubicación residencial y como conformación de sus miembros. Está constituida generalmente por los padres e hijos. La unidad doméstica tiene la lógica de empresa familiar, la mayor parte de miembros —especialmente la pareja— están incorporados en el trabajo (en procesos reproductivos). El matrimonio resulta relevante porque permite a la pareja generar ingresos conjuntos y un nivel de consumo imposible de alcanzar individualmente. Las uniones libres se produjeron impulsadas por la búsqueda de mayor liberalidad sexual y como una búsqueda de una

¹²⁶ Cfr. Verdesoto, Luis y otros, *Rostros de la Familia Ecuatoriana*, Editorial CrearImagen, Quito-Ecuador, 1995, págs. 7-9.

¹²⁷ Cfr. Ídem. Págs. 280 y 281.

alternativa de producción de relaciones. La variable principal para construir familia no es la legalidad del matrimonio sino las relaciones afectivas (satisfacción), por esto, también la separación y el divorcio tienen mayor frecuencia. La familia de sectores medios es más permeable a la vigencia de los derechos reproductivos. En la clase media, a pesar de contar con redes de parentesco, no se acude necesariamente a ellas para el cuidado de los niños, pues se toma la oferta de servicios públicos y privados. Por ello, se recurre a los adultos mayores, abuelos, únicamente en caso de ausencia de recursos para la compra de servicios.

Ahora tomando en cuenta la familia de bajos ingresos, tenemos que éstas se organizan generalmente en torno al embarazo como hecho previo a la unión libre o el matrimonio. La llegada de un hijo o hijos constituye la razón principal para establecer convivencia y consolidarla. En los sectores populares urbanos el matrimonio no necesariamente se lo asocia con la realización de placer, por el contrario, la sexualidad matrimonial es una forma de sumisión. La estabilidad de la familia es una responsabilidad femenina, mientras que la estabilidad del matrimonio popular se da mientras que los miembros no incurran en otras relaciones estables aunque son posibles las relaciones extra matrimoniales ocasionales. Los ingresos que proveen individualmente los miembros no son suficientes para la reproducción de la familia. El acceso de la mujer al mundo laboral es negativamente valorado por la pareja- puesto es él quien debe proporcionar los ingresos-, pero necesario para generar ingresos complementarios. Las características y el tamaño de la vivienda determinan esencialmente la actividad que la mujer pueda realizar para aun ingreso; es decir, si existe la cercanía de familiares para el cuidado de los niños o si tiene que llevarlos, si la vivienda tiene espacio para organizar una actividad económica dentro de ella y si no buscará una opción por fuera. Hay una ausencia de vida familiar, asociado con “copamiento” de la madre en la familia; esto hace de la familia popular una estructura fragmentada y los miembros se relacionan dentro de estos parámetros. Entre las unidades domésticas pobres se encuentran familias nucleares y extendidas; pero en el caso de las primeras, casi siempre habrá un familiar “apegado” que coopera por ejemplo en el cuidado de los niños. La mujer generalmente tiene que sobrellevar alcoholismo del proveedor, violencia, infidelidad y soportar contingencias para mantener el hogar; el único caso en el que la mujer es quien origina inestabilidad y ruptura es cuando contrae un nuevo compromiso y/o ha

abandonado a sus hijos. En tal caso, la mujer es objeto de censura y descalificación, y pierde el derecho sobre hijos y bienes. Cuando el hombre establece otra relación, no pierde ningún derecho y puede regresar al hogar. Para las mujeres, la sexualidad ocupa un lugar irrelevante, tienen tintes reproductivos y no de placer. Hacen uso clandestino de anticonceptivos muchas veces, y se ha comprobado la práctica del aborto –como forma de planificación familiar en unidades domésticas con muchos hijos- sin el conocimiento de la pareja usualmente. Por otro lado, existe un sentido de propiedad de los hijos, se dispone de ellos y no se los reconoce como sujetos de derecho; los padres pueden “darlos o “regalarlos” a familiares o personas particulares a fin de que ellos tengan alimentación y educación. Pueden “darlos” o “regalarlos”. Algo muy relevante en estas familias es que las llegadas de numerosos hijos representa un “seguro para la vejez”, lo cual lleva a pensar que las familias pobres incorporan a los adultos mayores en la vida familiar.¹²⁸

1.2.2. POSICIÓN DEL ANCIANO EN LA FAMILIA

“Estudiosos de la tercera edad han señalado cómo con la pérdida de la capacidad funcional se devalúan la posición y la función social, así como la familiar, se produce cierto aislamiento social, además de que suelen aparecer tensiones y cambios en los roles y relaciones del anciano.”¹²⁹

El rol que cumplen los adultos mayores en la familia y otras redes de apoyo social no siempre es un rol pasivo o dependiente, pues un segmento importante de ellos aporta significativamente al bienestar fundamentalmente de su familia proporcionando apoyo con recursos económicos, haciéndose responsable de tareas domésticas y cuidando a niños. Es decir, que la población adulta mayor además de requerir un flujo de apoyo también contribuye y brinda ayuda a los hijos, nietos, parejas y demás personas con distintos tipos de apoyo.¹³⁰

Uno de roles que generalmente está asignado al adulto mayor es el de “abuelo”. Son las “abuelas” a las que se les otorga una simultaneidad de roles familiares con el

¹²⁸ Cfr. Verdesoto, Luis y otros, *Rostros de la Familia Ecuatoriana*, Editorial CrearImagen, Quito-Ecuador, 1995, págs. 343 -354.

¹²⁹ NARANJO A. Migdalia y otros, *Educación a Familiares sobre el Manejo del Adulto Mayor Dependiente* en REVISTA CUBANA ENFERMERÍA, Ministerio de Salud Pública, Santiago- Cuba, 2002, págs. 43 y 44.

¹³⁰ Cfr. HUENCHUAN N., Sandra y SOSA P., Zulma, *Redes de Apoyo y Calidad de Vida de Personas Mayores en Chile*, 2002, pág. 5.

CUIDADO. Muchas mujeres quedan en medio de dos generaciones de dependientes que demandan de ella gran atención: son –esposas, hijas, hermanas- cuidadoras de ancianos/enfermos y de sus nietos pequeños y escolares. Esta saturación de roles deriva de las estrategias de supervivencia de las familias de los sectores populares: unidades domésticas con familias extensas y cuidado de niños por parte de las abuelas mientras los padres trabajan (pues en la medida en que ellas los cuidaban, sus padres permanecen en el mercado laboral). Muchas mujeres mayores inclusive llegan a hacerse cargo de la totalidad del cuidado de sus nietos y se convierten en “madres sustitutas”. A pesar de los recursos, energía y tiempo que usan para sus múltiples responsabilidades, entre ellas las de cuidadoras y amas de casa, su labor es solo una acción de reproducción social y es considerada incompatible –injustamente- con el criterio de trabajo remunerado y por tanto no reciben ninguna prestación social.¹³¹

El cuidado a los ancianos, enfermos crónicos, con discapacidad, niños pequeños o cualquier tipo de dependiente es un no-trabajo (porque pertenece a la esfera privada o del ámbito del hogar y es práctica que no recibe remuneración económica), femenino (el ser cuidadora ha sido considerado como un “rasgo natural” de la mujer) y devaluado (constituye una práctica simbólica que no es valorizada como trabajo).

Las políticas sociales sostienen que el cuidado en primer lugar es una responsabilidad de la familia y no del Estado, argumentado que es precisamente en el hogar donde se encuentran los mejores espacios y relaciones interpersonales óptimas para que las personas dependientes reciban un cuidado de calidad. Sin embargo las políticas públicas no suelen dar coberturas a las cuidadoras y las que pertenecen a los estratos socioeconómicos más bajos generalmente no están contempladas como sujetos de beneficios sociales en vista de la informalidad de sus trabajos a lo largo de su vida, lo cual evidencia que durante la vejez tendrán un capital económico significativamente reducido, que empobrece.

La pobreza es un elemento que interviene en las opciones de bienes y servicios que pueden brindarse al enfermo crónico adulto/anciano. Las opciones a las cuales el

¹³¹ Cfr. Salgado de Snyder, V. Nelly y Wong, Rebeca, Envejeciendo en la Pobreza (Género, salud y calidad de vida), Instituto Nacional de Salud Pública, México, Primera Edición, México, 2003, pág.135.

adulto mayor cuidado puede optar depende más que de la capacidad intrínseca de la familia, de la posición social de la misma; es su lugar en la jerarquía social lo que impone o no la generación de recursos sociales para el cuidado y la atención. El cuidado en la pobreza presenta restricciones en: la transformación del hogar en un espacio para quien tiene que ser cuidado puesto que sufre discapacidad o una enfermedad crónica, el acceso a la atención médica y el uso o no de cierto tipo de atención médica. Estas son problemáticas que el cuidador adulto mayor, generalmente mujer, enfrenta.¹³²

Pero no todas las cuidadoras empobrecen, puesto que existen contextos sociales y políticos diferentes para desempeñar el rol. Existe un grupo de cuidadoras, mujeres de clases medias, que enfrentan el cuidado en circunstancias ventajosas producto de su situación social debido a su historial laboral y el de los miembros de su hogar. Ellas tendrían la posibilidad de contratar a otra mujer para que ejecute las tareas pesadas y rutinarias del cuidado y retener para sí el control y el dominio sobre qué hacer, cómo, cuándo y por quién.¹³³

Por otro lado, el SABE I ECUADOR denota información sobre el rol de los adultos mayores al interior de las redes de apoyo en nuestro país: éste es simultáneo al ser proveedores y receptores de apoyos materiales y afectivos. En concreto, resulta relevante el papel que asumen en el cuidado de niños; es más, una proporción pequeña pero importante de la población mayor viven con sus nietos pero no con sus hijos, lo que significa que ante la ausencia de una generación son ellos quienes asumen la responsabilidad del crecimiento y desarrollo de aquellos niños. Para la gran parte de los adultos que proporcionan diferentes formas de ayuda, el cumplimiento del rol de proveedores no es visto como un apoyo sino como una forma natural de vivir. El apoyo que dan los adultos mayores además va disminuyendo con la edad. Son los hombres quienes tienen un poco más a dar ayuda dentro del hogar y las mujeres fuera del hogar; la diferencia es mínima.¹³⁴

1.2.3. MALTRATO Y ABANDONO FAMILIAR

¹³² Cfr. Ídem. Págs. 123- 125.

¹³³ Cfr. Ídem. Pág. 126.

¹³⁴ Cfr. Freire, Wilma B. y otros, Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE I ECUADOR 2009-2010, MIES, Quito- Ecuador, 2010, págs.106- 110.

Es necesario en primer lugar definir lo que se considera como maltrato a los adultos mayores:

El maltrato de personas mayores es cualquier acción (...) que pueda causar o cause un daño a una persona mayor; o cualquier omisión que prive a un anciano de la atención necesaria para su bienestar, así como cualquier violación de sus derechos. Para que estos hechos se tipifiquen como maltrato deben ocurrir en el marco de una relación interpersonal donde exista una expectativa de confianza, cuidado, convivencia o dependencia, pudiendo ser el agresor un familiar, personal institucional (ámbito sanitario o de servicios sociales), un cuidador contratado, un vecino o un amigo.¹³⁵

Existen tres ejes fundamentales que conforman la identidad de los MTPM (maltratos a las personas mayores): un vínculo, a priori significativo y personalizado, que genera expectativa de confianza; el resultado de daño o riesgo significativo de daño, y la intencionalidad o no intencionalidad.¹³⁶ Por tanto, las personas responsables del maltrato, son individuos de los cuales se esperaría un trato especialmente cuidadoso, que es propio de una relación significativa basada en la confianza, desde el propio rol que representan. En cuanto a la intencionalidad de la acción u omisión; ésta puede estar en el resultado (dañar,...) y/o también en la acción y omisión en sí mismo; es decir, el cuidador que maltrata (ata, por ejemplo) a una persona mayor injustificadamente puede no tener intención de dañar pero sí tener la intención en la acción-omisión (sujetar físicamente al adulto, impedir su movilidad...). Por otro lado, la intencionalidad no admite grados, está o no; aunque el hecho que no se tenga la intención no exime la responsabilidad. Para afirmar que hay maltrato tiene que existir un resultado de daño o angustia o siquiera un riesgo significativo de que suceda (que haya la intencionalidad de provocar daño).¹³⁷

Según el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la Organización Panamericana de la Salud, existen pocos datos sobre el maltrato a los ancianos pero las pocas encuestas de base poblacional al respecto indican que entre el 4% y el 6%

¹³⁵ Iborra Marmolejo, Isabel, Maltrato de personas mayores en la familia en España, *Edita FUNDACIÓN DE LA COMUNITAT VALENCIANA PARA EL ESTUDIO DE LA VIOLENCIA (CENTRO REINA SOFÍA)*, Valencia- España, junio 2008, pág.14

¹³⁶ Cfr. *Moya B., Antonio y Barbero G., Javier*, Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación, IMSERSO, Madrid- España, 2005, pág.24.

¹³⁷ Cfr. Ídem. Págs.29-31.

de la población de edad avanzada padece alguna forma de maltrato en el hogar y que esta situación puede estar presente con mayor frecuencia de la que se estima en las residencias.

Una situación que incrementa el riesgo de violencia son las relaciones familiares deterioradas y tensas, que suelen empeorar por el estrés y la frustración en la medida que el adulto mayor se vuelve más dependiente.

Otro hecho que hay que considerar son los cambios sociales, puesto que ya en algunas sociedades, las redes familiares o comunitarias que anteriormente proporcionaban apoyo a las generaciones de personas de mayor edad se han ido debilitado por los cambios socioeconómicos.

Por otro lado, es importante considerar que tanto los hombres como las mujeres tienen riesgo de ser maltratados por sus cónyuges, hijos, adultos y demás parientes, sin embargo, son las segundas que debido a su “situación inferior” (violencia de género) en algunas culturas son quienes presentan un riesgo algo de ser abandonadas cuando enviudan y de que se les arrebaten sus propiedades.¹³⁸

Según este mismo Informe, existen según éste informe tres tipos básicos de violencia: autoinfligida, interpersonal y colectiva. Dentro de la violencia interpersonal, que es lo que nos atañe en este momento, se encuentra la violencia intrafamiliar/de pareja y la violencia de la comunidad e instituciones. La violencia intrafamiliar incluye el maltrato a la pareja, a los niños y a los ancianos, y las formas de violencia hacia el adulto mayor dentro del hogar son: maltrato físico, maltrato sexual, maltrato psicológico o emocional, expolio material o financiero, la negligencia, el abandono y el abuso psicológico.¹³⁹

En el ámbito familiar, se señala generalmente como responsable de las diversas formas de MPM (maltrato a las personas mayores), al cuidador “principal”. Sin embargo, también resulta importante reconocer la sobrecarga del cuidador (que se

¹³⁸ Cfr. Krug, E. y otros, Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: Resumen, Publicación científica y técnica No. 588, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 2002, pág. 20.

¹³⁹ Cfr. Ídem. Pág. 6.

enfatisa con la escasez de recursos y apoyos) como uno de los factores de riesgo para la violencia intrafamiliar dirigida hacia la persona mayor.¹⁴⁰ Aunque no existen cifras exactas y lo suficiente confiables sobre el tema, se generaliza que en el entorno los sujetos maltratantes en un 55% son los hijos y en un 10% el cónyuge, aunque también es relativamente frecuente que los responsables sean dos o más personas de dicho entorno. Además, se añade que el MPM, de la misma forma que el maltrato al niño y a la mujer, es un fenómeno mundial, pero que es considerablemente frecuente en los estratos sociales más desfavorecidos.¹⁴¹

En una publicación sobre el “Abuso de Ancianos” –forma de maltrato familiar que concierne a la investigación- en la Revista de la American Medical Association, se visualiza al abandono a la persona mayor cuando el cuidador se rehúsa a cumplir o no cumple con sus obligaciones de satisfacer las necesidades básicas, que incluye las relacionadas con la alimentación, la vestimenta, la vivienda y la atención médica. Se incluye también el abandono en instituciones asistenciales, lugares públicos y vía público.¹⁴² Queda claro entonces que el abandono es el incumplimiento del cuidador por deserción o fracaso de sus funciones propias del cuidado del adulto mayor, obligaciones que son derivadas de la relación de parentesco (en el caso de la familia).

Sin embargo, los descuidados no deben solo referirse a la falta de preocupación por la satisfacción de las necesidades básicas sino también deben incluir el desentendimiento del cuidador por el bienestar de la persona mayor y de sus condiciones de vida y por proporcionarle afecto, lo cual también contribuye en su calidad de vida. Por ello, resulta más específica la siguiente definición de abandono o negligencia:

¹⁴⁰ Cfr. Sánchez del Corral Usaola, F. y Ruipérez Cantera, I, “Violencia en el anciano”, Portal Mayores, Informes Portal Mayores N° 21, <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/sanchez-violencia-01.pdf> Madrid, 2004, pág.4.

¹⁴¹ Cfr. Sánchez del Corral Usaola, F. y Ruipérez Cantera, I, “Violencia en el anciano”, Portal Mayores, Informes Portal Mayores N° 21, <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/sanchez-violencia-01.pdf> Madrid, 2004, pág. 7.

¹⁴² Cfr. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD- Oficina Regional de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Parte II: Abuso (Maltrato) y Negligencia (Abandono), Guía de Diagnóstico y de Manejo 1, pág. 130. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia01.pdf>.

*Rechazo, negativa o fallo para iniciar, continuar o completar la atención de las necesidades de cuidado de una persona mayor, ya sea voluntaria o involuntariamente, por parte de la persona responsable (de forma implícita o acordada) de su cuidado. Ejemplos: No aportar medidas económicas o cuidados básicos como comida, hidratación, higiene personal, vestido, cobijo, asistencia sanitaria, administración de medicamentos, confort, protección y vigilancia de situaciones potencialmente peligrosas, dejarla sola largos periodos de tiempo, no procurarle afecto, etc. (..) En nuestro medio, al menos de forma coloquial, la tendencia es a hablar de negligencia cuando el fallo se produce en los cuidados que debería proporcionar un profesional y de abandono cuando es el cuidador familiar el que no cumple con la responsabilidad de cuidado.*¹⁴³

El abandono o negligencia, al igual que las otras formas de maltrato puede ser intencionado o no intencionado. Es intencionado cuando el cuidador por prejuicio, irresponsabilidad o descuido deliberado deja de proveer a la persona mayor de los cuidados necesarios para su condición y situación; esto se conoce como abandono o negligencia activos. Y es no intencionado cuando el cuidador no provee los cuidados que requiere el adulto mayor por ignorancia o porque es incapaz de llevarlos a cabo; se define como abandono o negligencia involuntarios o pasivos.¹⁴⁴ Existe una variable más, que no se encuentra desarrollada es la de la autonegligencia, que se refiere cuando el comportamiento de una persona mayor amenaza su salud o seguridad y suele manifestarse como una negación a proveerse de una adecuada alimentación, vestido, vivienda, seguridad, higiene personal y medicación.¹⁴⁵

Los resultados estadísticos de la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE I ECUADOR 2009- 2010, arrojan datos sobre la prevalencia de la negligencia y abandono por edad. El indicador de abandono y negligencia que se utilizó, fue la dejación de los cuidadores de proporcionarle dinero, alimentos o medicamentos que requiere el adulto mayor para sostenerse y/o si lo han dejado solo por largos periodos de tiempo. Los datos que se obtuvieron reflejan que la mayor prevalencia de la negligencia y abandono está en los adultos mayores de 75 años o más años (con el 15.8%) y el de menor prevalencia se encuentra en el grupo de 65 a

¹⁴³ Moya B., Antonio y Barbero G., Javier, Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación, IMSERSO, Madrid- España, 2005, pág.25.

¹⁴⁴ Cfr. Ídem. Pág.25.

¹⁴⁵ Cfr. Arenas, María Eguenia, SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor- Gobierno de Chile) y Mesa sobre el Maltrato al Adulto Mayor, Seminario “Maltrato al Adulto Mayor en Chile: Realidad y Desafíos”, septiembre 2005, pág. 18. <http://www.senama.cl/archivos/Presentacion%20ME.pdf>

75 años (14.1%). Por otro lado, tomando en cuenta la prevalencia de esta forma de maltrato por subregión (considerando solamente: sierra urbana y rural, costa urbana y rural, Quito y Guayaquil), se evidencia que en la Sierra rural está la mayor prevalencia (19.7%) de esta forma de abuso, y además se observa que en Quito se ubica la menor prevalencia en el país (19.8%).¹⁴⁶

Por último tomando en consideración las prevalencias de los diferentes tipos de maltratos en personas mayores de 60 años en el Ecuador en el 2009, resulta relevante destacar que en primer lugar la violencia psicológica (16.4%) –cuyo indicador son las amenazas con daño físico, insultos y la amenaza de llevarlos a un asilo- y en segundo lugar la negligencia y abandono (14.9%) constituyen las dos formas de maltrato con mayor prevalencia. Mientras que el abuso económico (6.4%), la violencia física (4.9%) y la violencia sexual (3.0%) tiene menor prevalencia en el país. En general la prevalencia de todos los tipos de maltrato es mayor en las mujeres que en los hombres, pero considerando la edad existen ciertas excepciones en las que los hombres reciben más maltratos en relación a las mujeres, éste sería el caso de la prevalencia de la violencia física que es mayor en los primeros.¹⁴⁷

1.2.3.1.- ABANDONO FAMILIAR EN RESIDENCIAS

Cómo ya se ha analizado la familia, como red de apoyo es fundamentalmente importante para el adulto mayor. Vivir con los parientes, generalmente es lo recomendable puesto que le permite seguir ligado a la familia, asumiendo un rol importante, fortaleciéndose emocional y afectivamente. La vida hogareña implica además una vigilancia de su integridad.

Esto sería el trato ideal, sin embargo como ya se constató anteriormente la población de adultos mayores se enfrenta con situaciones que atentan contra su integridad a través del maltrato en sus diversos tipos.

Las estadísticas del SABE I, muestran que el abandono es el segundo tipo de maltrato de mayor prevalencia en el Ecuador; sin embargo, dentro de tales datos sólo

¹⁴⁶ Cfr. Freire, Wilma B. y otros, Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE I ECUADOR 2009-2010, MIES, Quito- Ecuador, 2010, págs. 245 y 246.

¹⁴⁷ Cfr. Ídem. Págs. 246 y 247.

se considera el abandono dentro del hogar y omite el abandono en instituciones y en la calle. Por ello no se tiene la información necesaria para conocer las especificidades de la población que se encuentra institucionalizada o en situación de calle. Se desconoce cuántos ancianos viven en residencias así como se desconoce la cantidad de adultos mayores que se encuentran en situación de calle y/o mendicidad.

En el artículo “El Abandono una Problemática en el Adulto Mayor” de la Universidad Austral de Chile (país que cuenta con innumerables investigaciones respecto al abandono familiar en su población), se menciona que el abandono ocurre en varios lugares: Hogar de ancianos, hospitales, en el propio hogar y en la calle.¹⁴⁸

Es decir, se recalca que puede haber abandono inclusive aún dentro del hogar descuidando las necesidades del adulto mayor y despreocupándose de su bienestar y condiciones de vida - debido a la excesiva carga que representa un anciano, o las tensiones exacerbadas y no resueltas por ejemplo- ; así como puede existir el abandono de las personas mayores en instituciones como hospitales, residencias, hogares, etc. y también el abandono en la calle.

¹⁴⁸ Cfr. Bruna, Miguel y otros, Universidad Austral de Chile “El Abandono una Problemática en el A.M.”, http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Vi%F1a%20del%20Mar%202003/Abandono_una_problematika_en_el_adulto_mayor.pdf

1.3. PRINCIPALES MALESTARES- TRASTORNOS PSÍQUICOS EN EL ADULTO MAYOR

Es fundamental tomar en cuenta la consideración de SALUD MENTAL antes de considerar el malestar psíquico y la enfermedad mental.

Para la OMS, la salud mental constituye una serie de actividades que de forma indirecta o directa están vinculadas con el componente de BIENESTAR MENTAL que se incluye en la definición de salud.¹⁴⁹ En pocas palabras, para la Organización Mundial de la Salud, salud mental: “(...) no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.”¹⁵⁰

La SATISFACCIÓN VITAL, es un aspecto que se ha medido en relación con la salud mental y muchos estudios de gerontología social han usado las mediciones de satisfacción como indicador de adaptación a la última etapa de la vida. En ambos casos, se refleja de alguna forma el sentido de bienestar.¹⁵¹ La satisfacción vital es un concepto gerontológico que en términos generales Abaraham Monk (en “Medición del envejecimiento exitoso”) ha señalado que:

(...) se refiere a las gratificaciones que los individuos reciben de su entorno físico y social, las defensas contra las presiones del medio externo, la forma en que se enfrentan las preocupaciones cotidianas, las ansiedades, el mayor o menor optimismo, y sobre todo, la medida en que una persona ha alcanzado los objetivos de su vida. Evidentemente cuando uno se siente frustrado por no haber colmado las expectativas en la vida, cae en un bajo nivel de satisfacción. (...) Convencionalmente la satisfacción hace referencia al cumplimiento de necesidades, ansias, expectativas y deseos; la satisfacción vital es más un balance del conjunto de las condiciones de existencia, resultado de una confrontación entre las aspiraciones y los logros

¹⁴⁹ Cfr. Organización Mundial de la Salud, “Salud Mental” en Temas de Salud, http://www.who.int/topics/mental_health/es/

¹⁵⁰ Organización Mundial de la Salud, “Qué es la Salud Mental”, 3 de septiembre del 2007, <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>

¹⁵¹ Cfr. Salvarezza, Leopoldo (compilador), La Vejez: Una mirada gerontológico Actual, Editorial Paidós, Argentina, 1998, pág. 126.

*efectivamente realizados (...) es esencialmente una evaluación psicoafectiva de los propios progresos hacia las metas deseadas.*¹⁵²

Neugarten considera algunas dimensiones operacionales del mundo psicoafectivo importantes en éste tema en el envejecimiento y la vejez; éstas son: gusto por la vida (entusiasmo y grado de involucración personal independientemente de la implicación con otros) vs. apatía; resolución y fortaleza (acepta ser responsable de su vida) vs. resignación y aceptación pasiva de lo ocurrido en el pasado; congruencia entre aspiraciones y logros (sensación de cumplimiento de las metas prefijadas y de haber sido exitoso en lo que se consideró relevante para la vida); concepto positivo de sí mismo (valoración positiva de sus atributos físicos y psicosociales); y, buen humor (expresión de felicidad, actitudes optimistas, lenguaje con tono afectivo positivo, sensación de placer por la vida). Estos indicadores van más allá del criterio ambiguo de bienestar o del término adaptación, se vinculan con mayor precisión a la satisfacción vital propiamente dicha¹⁵³

El TRASTORNO MENTAL, para la OMS, representa para el que lo padece una situación de vulnerabilidad. Al respecto afirma:

*En primer lugar, los trastornos mentales pueden afectar a las personas en su modo de pensar y a sus conductas, así como a su capacidad para proteger sus propios intereses y, en ocasiones excepcionales, a su capacidad para tomar decisiones. En segundo lugar, las personas con trastornos mentales se enfrentan a la estigmatización, a la discriminación y a la marginalización en la mayor parte de las sociedades. La estigmatización incrementa la probabilidad de que a estas personas se les niegue el tratamiento que necesitan o de que reciban una atención de menor calidad e inadecuada a sus necesidades. La marginación y la discriminación también aumentan el riesgo de que se produzcan violaciones de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales por parte de los proveedores de servicios de salud mental y de otros.*¹⁵⁴

De ahí la necesidad de la existencia de una legislación sobre salud mental para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales. La proporción de un

¹⁵² Salvarezza, Leopoldo (compilador), La Vejez: Una mirada gerontológico Actual, Editorial Paidós, Argentina, 1998, págs. 126 y 127.

¹⁵³ Cfr. Ídem. Págs. 128 y 129.

¹⁵⁴ Organización Mundial de la Salud, Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos, Conjunto sobre Guías y Políticas de Salud Mental, Editores Médicos, s.a. EDIMSA. 2005, pág.9.

marco legal respalda temas de salud mental como el acceso a cuidados médicos, rehabilitación, post-cura, integración total en la comunidad y la promoción de salud mental en otros sectores.¹⁵⁵

Los autores del DSM-IV, admiten que aunque realizan una clasificación de los trastornos mentales no hay una definición de trastorno mental que explique con claridad los límites del concepto.¹⁵⁶ Mencionan que éstos trastornos son definidos con algunos conceptos como: “(...) malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística (...)”¹⁵⁷

En este manual conceptualizada al trastorno mental como:

*(...) un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.*¹⁵⁸

Según el DSM-IV-TR, el trastorno mental “es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica”¹⁵⁹. Los autores consideran que los síntomas y el curso de muchos de los trastornos están influidos también por factores étnicos y culturales.¹⁶⁰

¹⁵⁵ Cfr. Organización Mundial de la Salud, Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos, Conjunto sobre Guías y Políticas de Salud Mental, Editores Médicos, s.a. EDIMSA. 2005, pág.14

¹⁵⁶ Cfr. DSM- IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Editorial Masson S.A., Barcelona, 1995, pág.21 (XXI).

¹⁵⁷ Ídem. Pág.21 (XXI).

¹⁵⁸ Ídem. Pág.21 (XXI).

¹⁵⁹ Cfr. Ídem. Pág.21 (XXI).

¹⁶⁰ Cfr. Ídem. Pág.24.

Según la OMS, en “El Contexto de la Salud Mental”, se menciona que los grupos con mayor carga de vulnerabilidad para los trastornos mentales son los grupos con circunstancias adversas y con menos recursos; se hablaría entonces de la presencia de varios factores de vulnerabilidad en las mismas personas.¹⁶¹

Además, el texto refiere que existe una estrecha relación –compleja y recíproca– entre trastornos físicos y mentales. Así afirma que las personas con trastornos mentales tienen un riesgo más elevado de padecer una enfermedad física provocado por la disminución de la función inmune, a conductas poco saludables, al poco cumplimiento de recomendaciones médicas y a los impedimentos para acceder un tratamiento para enfermedades físicas.¹⁶²

En el Informe Mundial de la Salud 2001, se pone como ejemplo el trastorno mental de la depresión, que se dice que se encuentra asociada a niveles reducidos del funcionamiento del sistema inmune y en consecuencia tiene un riesgo mayor de padecer otras enfermedades somáticas.¹⁶³ De forma inversa, así mismo, los individuos que sufren enfermedades físicas crónicas presentan mayor probabilidad que otras personas de tener trastornos mentales,¹⁶⁴ por ejemplo, la depresión.

Además, resulta que los índices de suicidio son elevados en las personas con enfermedades somáticas que entre otras personas; lo cual es fundamentalmente distinguible en las personas de la tercera edad. Tal vulnerabilidad se atribuye está frecuentemente asociada a las consecuencias sociales de la discapacidad física: reducción de las oportunidades laborales y reducción de la calidad y cantidad de la red social y de la vida familiar.¹⁶⁵

Por otro lado, los medicamentos que se usan para el tratamiento de varias enfermedades físicas producen efectos directos perjudiciales en las funciones

¹⁶¹ Cfr. Organización Mundial de la Salud, *El Contexto de la Salud Mental, Conjunto sobre Guías y Políticas de Salud Mental*, Editores Médicos, s.a. EDIMSA. 2005, p. 2

¹⁶² Cfr. Ídem, p. 4

¹⁶³ Cfr. Ídem, p. 20

¹⁶⁴ Cfr. Ídem, p. 4

¹⁶⁵ Cfr. Ídem, p. 20

psicológicas y efectos indirectos en la salud mental (depresión, ansiedad) a través de un aumento de los efectos secundarios somáticos.¹⁶⁶

La Organización Mundial de la Salud, afirma que los trastornos mentales representan aproximadamente el 12% de la carga total de las enfermedades y que en el mundo existen: 121 millones de personas padecen depresión, 70 millones padecen problemas relacionados con el alcohol, 24 millones padecen esquizofrenia y 37 millones demencia. Estos serían los trastornos mentales prevalecientes. En los adultos mayores se destaca la depresión y la demencia.¹⁶⁷

Existen varios argumentos para el incremento de la carga por trastornos mentales y éstos son: “la rápida urbanización, los conflictos, los desastres y los cambios macroeconómicos. La urbanización está acompañada de un incremento en la cifra de personas sin hogar, pobreza, hacinamiento, mayores niveles de polución, ruptura en las estructuras familiares y pérdida de apoyo social, cada uno de los cuales son factores de riesgo para los trastornos mentales.”¹⁶⁸ En los países en vías de desarrollo, por sus reestructuraciones económicas, se espera que en las próximas décadas, se dé un incremento desproporcionado en la carga atribuida a los trastornos mentales.¹⁶⁹

Varios son los factores psicosociales (macrosociales y macroeconómicos) que influyen negativamente en la salud mental de la población, a parte de la urbanización. En primer lugar, la pobreza, es un factor considerable de afección a la salud mental en las economías de mercado y en los países en vías de desarrollo (donde la pobreza es tanto causa como efecto de trastornos mentales), puesto que provoca que las personas que viven en tal situación experimenten adversidad ambiental y psicológica. Se dice que las personas en situación de pobreza son quienes tienen mayor posibilidad de tener estrés o angustia y mayor prevalencia de trastornos mentales sobre otras personas. Otro factor a considerar es la carencia de vivienda, el cual es tanto riesgo como el resultado de trastornos mentales. Y por último, el desempleo, que aumenta el riesgo de depresión e incrementa las tasas de suicidio y

¹⁶⁶ Cfr. Ídem. Pág. 20

¹⁶⁷ Cfr. Ídem. Pág. 12

¹⁶⁸ Ídem. Pág. 12

¹⁶⁹ Cfr. Ídem. Pág. 13

de comportamiento autodestructivo. El desempleo, primordialmente es determinante en la salud mental de las personas mayores que ya tienen poca probabilidad de reintegrarse al mercado laboral.¹⁷⁰

En la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE I Ecuador 2009-2010 del MIES, los datos arrojan que en nuestro país la prevalencia de trastornos nerviosos y/o enfermedades psiquiátricas en los adultos mayores es del 12.5%. Lo que revela que uno de cada ocho adultos mayores en la encuesta presenta estos trastornos y enfermedades. Tomando en cuenta la población ecuatoriana, habría 119.247 personas mayores que sufren estos padecimientos.¹⁷¹

En el Ecuador, según los datos que arroja la Encuesta SABE I, la depresión aumenta conforme se empeora el índice de condiciones sociales: en las personas que viven en condiciones sociales muy buenas la prevalencia fue de menos de 12%, en quienes tienen condiciones regulares fue de 40.7%, en los que viven en condiciones malas la prevalencia es de 45.7% y más de la mitad de las personas en el grupo de indigentes sufren depresión (54%).

Además se observa que la prevalencia de depresión es mayor conforme se incrementa la edad tanto en los hombres como en las mujeres. Pero cabe destacar que su prevalencia en todos los grupos de edad es indiscutiblemente superior en las mujeres que en los hombres.

Considerando el grado de depresión (normal, leve/moderada o severa) que siente el adulto mayor, encontramos que la prevalencia de depresión percibida aumenta con la edad, fundamentalmente en el grupo de 75 años o más. Las mujeres presentan niveles superiores en todos los estratos de edad. Es importante destacar aquí que el 3.4% de adultos mayores percibe que padece de depresión severa.¹⁷²

Con todos los resultados referentes a la depresión, se evidencia una asociación de ésta con: mayor edad (deterioro cognitivo, discapacidad) y riesgo social.

¹⁷⁰ Cfr. Ídem. Pág. 27.

¹⁷¹ Cfr. Freire, Wilma B. y otros, Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE I ECUADOR 2009-2010, MIES, Quito- Ecuador, 2010, pág. 117.

¹⁷² Cfr. Ídem. Págs. 117- 119.

En cuanto a otros trastornos psíquicos, lamentablemente la encuesta no hace esa consideración, ni si quiera se incluye la demencia, la cual generalmente es de prevalencia en la población de adultos mayores en otros países. Por ende, el problema de salud mental no ha sido reconocido en la plenitud que requiere.

1.3.1.- DEPRESIÓN

“La depresión constituye uno de los síndromes más frecuentes e incapacitantes de la población anciana, siendo su frecuencia variable según el contexto, si bien en todos ellos constituye un importante problema de salud. Se ha establecido que los trastornos depresivos afectan alrededor del 10% de los ancianos que viven en la comunidad y entre el 15% y el 35% de los que viven en residencias. La depresión en los mayores constituye un cuadro heterogéneo que presenta ciertas características diferenciales.”¹⁷³

Considerando la función afectiva o los cambios de estados de ánimos en la vejez, los síntomas depresivos no deben ser considerados parte del envejecimiento normal. Los adultos mayores a pesar de estar sometidos a gran estrés debido a la serie de pérdidas que afronta, no necesariamente desarrollan depresión en esta etapa de la vida. A pesar que la vejez no es sinónimo de depresión éste sí es uno de los trastornos mentales funcionales con mayor prevalencia en los adultos mayores (siendo más frecuente en las mujeres). Sin embargo, la prevalencia de depresión mayor es menor en edades avanzadas que en las medias.¹⁷⁴

Por otro lado, el considerar equívocamente la depresión como parte normal en el proceso de envejecimiento, permite la existencia de otro riesgo para el adulto mayor y éste es que los síntomas depresivos no se consideren patológicos y no se trate adecuadamente a quienes puedan presentar un trastorno depresivo.

Los síntomas depresivos pueden estar en los órdenes: afectivo, cognoscitivo, volitivo, social y somático; éstos producen comportamientos que disminuyen el rendimiento, afectan la calidad de las relaciones con los demás y en general limitan la actividad vital habitual. La depresión perturba fundamentalmente el área afectiva;

¹⁷³ Martínez de la Iglesia, J. Y otros, Versión Española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación, Publicación de MEDIFAM, Volumen 12, número 10, diciembre, 2002, pág.621.

¹⁷⁴ Cfr. Burke Mary M. y Mary B. Walsh, Enfermería y Gerontología: Cuidados Integrales del Adulto Mayor, Editorial Harcourt Brace, Madrid- España, 1998, pág. 450.

y esto se traduce en síntomas emocionales como: tristeza patológica, deseos de llorar, decaimiento, irritabilidad, miedo, ansiedad, sensación de fracaso y sentimientos de vacío, soledad o inutilidad, pérdida de satisfacción por la vida. Tales síntomas determinan comportamientos como: retirada social, llantos y quejas, hostilidad, explosiones de agresividad, suspicacia, falta de cooperación.¹⁷⁵

Los autores de la Guía de Buena Práctica Clínica en Geriátrica establecen que existen características especiales de la depresión en el anciano, las cuales son: acentuación patológica de rasgos premórbidos, escasa expresividad de la tristeza, tendencia al retraimiento y aislamiento, dificultad para reconocer los síntomas depresivos, deterioro cognitivo frecuentemente asociado, expresión en forma de quejas somáticas- hipocondría, mayor frecuencia de síntomas psicóticos- delirio, trastornos conductuales posible –irritabilidad, presencia de comorbilidad – polipatología, enfermedad cerebro vascular frecuente y presencia de polifarmacia.¹⁷⁶

En todo lo mencionado cabe recalcar la relación estrecha entre deterioro cognitivo y depresión en la ancianidad, puesto que puede aparecer déficit de memoria y deterioro ejecutivo en un cuadro depresivo diagnosticado, o aparecer sintomatología depresiva en un paciente con demencia establecida. Aquello provoca dificultad para establecer diferencias entre lo que puede ser debido a depresión y lo que está señalando hacia demencia. En los casos menos frecuentes, en los que predomina la disfunción ejecutiva frontal, existe mayor deterioro de la capacidad funcional y hay persistencia de los déficits mnésicos a pesar de la mejoría del síndrome depresivo (NCHS, 1989)¹⁷⁷.

1.3.1.1. TIPOS DE DEPRESIÓN

Las depresiones geriátricas se suelen clasificar en:

- 1) De inicio precoz o previo
- 2) De inicio tardío

¹⁷⁵ Cfr. Burke Mary M. y Mary B. Walsh, Enfermería y Gerontología: Cuidados Integrales del Adulto Mayor, Editorial Harcourt Brace, Madrid- España, 1998, pág. 463.

¹⁷⁶ Cfr. Agëra O. Luis y otros, Guía de Buena Práctica Clínica en Geriátrica: Depresión y Ansiedad, Editada por Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y Scientific Communication Management, Madrid- España, 2004, pág. 18.

¹⁷⁷ Cfr. Ídem. Pág. 21.

Generalmente se considera que la depresión de inicio tardío se desarrolla por factores biológicos: cambios estructurales cerebrales, desregulación de los mensajes químicos, los mecanismos de retroalimentación hormonal y los cambios en el ritmo circadiano, Este cuadro clínico se presenta en mayores de 75-80 años, casi siempre sin antecedentes personales de cuadros depresivos previos, aunque con una posible agregación familiar en edades tardías relacionada con la presentación de factores de riesgo vascular. En los adultos mayores que la padecen, se encuentra que en más de un 90% padecen de lesiones isquémicas silentes en sustancia blanca cerebral. Las características relevantes de esta forma de depresión son: menos antecedentes familiares de trastornos depresivos, mayor prevalencia de demencia, mayor aumento de ventrículos cerebrales laterales, mayor hiperintensidades en sustancia blanca, mayor comorbilidad médica y mayor mortalidad.¹⁷⁸

En Introducción a la psicopatología y la psiquiatría de J. Vallejo Ruiloba, indagando sobre la existencia de un síndrome depresivo específico de la edad tardía o de inicio tardío, se destacan tres formas clínicas de éste:

- Seudodemencia depresiva: Conforman el grupo de depresiones con trastornos cognitivos prominentes y que plantean problemas de diagnóstico diferencial entre la demencia y la depresión.
- Síndrome de Cotard: Se da sin diferencia entre sexos y suele asociarse a depresiones en ancianos. Hay la presencia de delirios de negación (o nihilistas) respecto al propio cuerpo, parte del mismo, o a la propia existencia.
- Melancolía involutiva: Su edad de inicio está por encima de los 50 años. En su curso se ponen de manifiesto: ansiedad, aumento de actividad psicomotora (pudiendo alcanzar la agitación), ideación de culpa, idea delirante (hipocondríaca,

¹⁷⁸ Cfr. Ídem. Pág. 19-22.

nihilista, de ruina y calamidad inminente) y elementos paranoides. Tiende a la cronoficación.¹⁷⁹

De ésta última cabe mencionar que en DSM-IV-TR, se hace referencia a que la depresión con síntomas melancólicos es más frecuente en adultos mayores que en otras edades, lo cual permite pensar que en la vejez puede existir una forma clínica de la depresión donde prime la melancolía.

Por otro lado, se indica también que existe una Depresión Vascular, cuyos fundamentos conceptuales han sido discutidos, fundamentalmente por el hecho que se le atribuye a la clínica depresiva una causa esencialmente vascular. Esta forma de depresión se basa en la asociación que existe entre la existencia de múltiples lesiones isquémicas en las vías estriado-pálido-tálamo-corticales y la aparición de episodios depresivos de inicio en la vejez. La depresión vascular tiene las siguientes características: menor incidencia de antecedentes familiares de trastornos depresivos o suicidio, mayor presencia de deterioro cognoscitivo, mayor frecuencia de apatía e inhibición psicomotora con menor agitación e interacción más severa en el funcionalismo global.¹⁸⁰

LA DEPRESIÓN EN EL DSM-IV-TR

Las clasificaciones actuales, DSM-IV-TR y CIE-10 describen varios tipos de depresiones: episodio depresivo mayor, el trastorno depresivo mayor –episodio único, el trastornos depresivo mayor-episodio recidivante, el trastorno distímico y el trastorno depresivo no especificado. Ninguna de las dos clasificaciones menciona subtipos específicos para la depresión en el anciano, aunque presenta características delimitadas.

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR: Llamado también depresión endógena, primaria o no reactiva. Considerando los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR), meramente

¹⁷⁹ Cfr. VALLEJO RUILOBA, J., Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría, Editorial Masson, Quinta Edición, Barcelona- España2003, págs. 915 y 916.

¹⁸⁰ Cfr. Ídem. Pág. 916.

descriptivos, un “estado depresivo mayor” se define por la presencia durante al menos dos semanas, de cinco o más de los siguientes síntomas- que representan un cambio respecto a la actividad previa-, siendo obligada la presencia de los dos primeros:

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
4. insomnio o hipersomnia casi cada día
5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Para poder diagnosticar una depresión mayor: los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto, los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo) y no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada

incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

En cuanto a las características descriptivas, menciona el DSM IV-TR, que las personas que pasan por un episodio depresivo mayor presentan frecuentemente: llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (cefaleas,...). Algunos sujetos muestran crisis de angustia, otros expresan problemas en las relaciones personales que son menos satisfactorias, puede haber además problemas matrimoniales, laborales y abuso de alcohol y otras sustancias. El riesgo más grave de este episodio es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. Se añade que en ocasiones el episodio depresivo mayor va precedido de algún estrés psicosocial: muerte de un ser querido, separación matrimonial y divorcio, entre otros. Cuando el episodio se dé en respuesta al estrés psicosocial se distinguirá de un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, ya que en éste no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor.

También hay que considerar que los síntomas por la pérdida de un ser querido, debe ser considerado como un proceso de duelo y no a un episodio depresivo mayor, inclusive si éstos son de número y duración suficientes para cumplir los criterios de dicho episodio. Solo si estos síntomas persisten durante más de dos meses o incluyan un deterioro funcional importante, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Tomando en consideración los síntomas del episodio depresivo mayor dependientes de la edad, se estipula que en el caso de los ancianos pueden ser acusados los síntomas cognoscitivos: desorientación, pérdida de memoria y distraibilidad. Pero al mismo tiempo, estos síntomas son difíciles de determinar si son atribuibles a una demencia o a un episodio depresivo mayor. Para hacer la diferenciación entre el uno y el otro, es necesario estudiar el estado premórbido del Ss: en la demencia existe la historia de deterioro de las funciones cognoscitivas y en el episodio depresivo mayor es probable que la persona tenga un estado premórbido relativamente normal y un deterioro cognoscitivo brusco asociado a la depresión.

En cuanto al sexo, se encuentra que las mujeres tienen mayor probabilidad de desarrollar episodios de depresión mayor que los hombres.¹⁸¹

TRASTORNOS DEPRESIVOS:

1) TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (296.xx): Su característica fundamental es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Para su diagnóstico no se consideran los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias ni los trastornos de ánimo debido a enfermedad médica. Tampoco los episodios se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado.

Si se cumplen los criterios de un episodio depresivo mayor, se pueden usar especificaciones para puntualizar el estado clínico actual del episodio y los síntomas del episodio actual:¹⁸²

- Según la gravedad: La especificación se basa al número de síntomas de los criterios, la gravedad de los síntomas y el grado de incapacidad funcional y malestar. Puede ser: leve (presencia de sólo 5 o seis síntomas depresivos, incapacidad leve o por una capacidad de función normal pero a costa de un esfuerzo importante e inhabitual), moderado (tienen gravedad intermedia entre los leves y los graves), grave sin síntomas psicóticos (presencia de la mayoría de los síntomas de los criterios, por una incapacidad evidente y observable), grave con síntomas psicóticos (presencia de ideas delirantes o alucinaciones en el episodio actual).¹⁸³

- Crónico: Todos los criterios de un episodio depresivo mayor –actual o el más reciente- se han cumplido de modo continuado durante al menos dos años.¹⁸⁴

¹⁸¹ Cfr. DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Editorial Masson, Barcelona- España, 2001, págs.394 -399.

¹⁸² Cfr. Ídem. Págs. 412 y 413.

¹⁸³ Cfr. Ídem. Pág. 460.

¹⁸⁴ Cfr. Ídem. Pág. 466.

- Con síntomas catatónicos: Se aplica al episodio depresivo mayor o al más reciente de un trastorno depresivo mayor. El cuadro está dominado por al menos dos de los siguiente síntomas: (1) inmovilidad motora: catalepsia o por estupor; (2) actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos), (3) negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a cualquier tipo de órdenes, o mantenimiento de una postura rígida contra todo intento de ser movido), (4) peculiaridades del movimiento voluntario que puedan manifestarse en la postura (adopción voluntaria de posturas extrañas o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos patentes o gesticulación exagerada, y, (5) ecolalia o ecopraxia.¹⁸⁵

- Con síntomas melancólicos: Se aplica al episodio depresivo mayor actual o al más reciente de un trastorno depresivo mayor. Tienen que estar presentes uno de los siguientes síntomas durante el período más grave del episodio actual: (1) pérdida de placer en todas o casi todas las actividades, y, (2) falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno). Y deben estar tres o más de los siguientes: (1) una cualidad distintiva del estado de ánimo depresivo, (2) la depresión es habitualmente peor por la mañana, (3) despertar precoz (al menos dos horas antes de la hora habitual de despertarse), (4) enlentecimiento o agitación psicomotores, (5) anorexia significativa o pérdida de peso, (6) culpabilidad excesiva o inapropiada.¹⁸⁶

- Con síntomas atípicos: Se aplica cuando éstos síntomas predominan durante las dos semanas más recientes de un episodio depresivo mayor actual de un trastorno depresivo mayor. Los criterios son: A. Reactividad del estado de ánimo (el estado de ánimo mejora en respuesta a situaciones reales o potencialmente positivas). B. Dos (o más) de los siguientes síntomas: (1) aumento significativo del peso o del apetito, (2) hipersomnia, (3) abatimiento (sentir los brazos o las piernas pesados o inertes), (4) patrón de larga duración de sensibilidad al rechazo interpersonal (no limitado a episodios de alteración del estado de ánimo) que provoca un deterioro social o

¹⁸⁵ Cfr. Ídem. Pág. 467.

¹⁸⁶ Cfr. Ídem. Págs. 468 y 469.

laboral significativo. C. En el mismo episodio no se cumplen los criterios para los síntomas melancólicos ni para los síntomas catatónicos.¹⁸⁷

- De inicio en el posparto: Inicio del episodio en las primeras cuatro semanas del posparto.¹⁸⁸

Se menciona que en caso de la gente de edad más avanzada son más habituales los síntomas melancólicos. Entre las personas que presentan un inicio de la depresión en etapas más tardías de la vida, existe evidencia que existe el aumento de la intensidad de la sustancia blanca subcortical asociado a enfermedad cerebrovascular (depresiones vasculares, que implican mayor deterioro neuropsicológico).¹⁸⁹

Parece ser que con frecuencia, los episodios de trastorno depresivo mayor se da después de un estrés psicosocial grave: muerte de un ser querido, divorcio, etc. Investigaciones siguen que los acontecimientos psicosociales (estresores) tienen un papel importante en la precipitación del primer o el segundo episodios del trastorno depresivo mayor y tiene un papel menos relevante en el inicio de los episodios posteriores. Las enfermedades médicas crónicas y la dependencia de sustancias pueden aportar al inicio o la exacerbación del estado depresivo mayor.¹⁹⁰

Por otro lado, es necesario hacer una clara distinción entre trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico, éstos dos se diferencian entre sí en base a gravedad, cronicidad y persistencia. Así mismo, hay que tener cuidado al determinar si los síntomas cognoscitivos son atribuibles a una demencia o a un episodio depresivo mayor de un trastorno depresivo mayor.¹⁹¹

El trastorno depresivo mayor, puede ser de episodio único o recidivante.

1.- Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x) CIE-10

¹⁸⁷ Cfr. Ídem. Págs. 470 y 471.

¹⁸⁸ Cfr. Ídem. Pág. 472.

¹⁸⁹ Cfr. Ídem. Págs. 415 y 416.

¹⁹⁰ Cfr. Ídem. Pág. 417.

¹⁹¹ Cfr. Ídem. Págs. 418 y 419.

Sus criterios de diagnóstico son:

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

2.- Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3x) CIE-10

Cuyos criterios de diagnóstico son:

- A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

- B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

En los dos tipos de trastornos es fundamental especificar:

La intensidad del episodio actual o más reciente: leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial/en remisión total y no especificado. El episodio actual o más reciente puede ser: crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos o de inicio en el

posparto. El curso de este puede ser con o sin recuperación interepisódica. Puede tener o no patrón estacional o tender a la cronicidad sin períodos asintomáticos.¹⁹²

Existe además un tercer trastorno depresivo conocido como Distimia, el cual se caracteriza por síntomas depresivos menos graves pero crónicos, mantenidos incluso durante años.

2) TRASTORNO DISTÍMICO (300.4): Sus criterios de diagnóstico son:

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. pérdida o aumento de apetito
2. insomnio o hipersomnia
3. falta de energía o fatiga
4. baja autoestima
5. dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor

¹⁹² Cfr. Ídem. Págs. 419- 421.

superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

En la Distimia se requiere especificar si es de inicio temprano (antes de los 21 años) o inicio tardío (si se produce a los 21 años o con posterioridad) y para los últimos 2 años del Trastorno distímico si fue con síntomas atípicos.

Los síntomas más frecuentes encontrados en el trastorno distímico son: sentimientos de incompetencia, pérdida generalizada de interés o placer, aislamiento social, sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado, sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva y el descenso de la actividad, la eficiencia o la productividad. Los síntomas vegetativos (sueño, apetito, cambio de peso y síntomas psicomotores) por su lado son menos frecuentes que en el episodio depresivo mayor. Cuando hay un trastorno distímico sin un trastorno depresivo mayor previo hay el riesgo de padecer un trastorno depresivo mayor en el futuro. El trastorno distímico puede estar asociado a los trastornos de personalidad límite, histriónico, narcisista, por evitación y por dependencia.

En los adultos las mujeres son dos o tres veces más propensas que los hombres a presentar este trastorno.¹⁹³

3) TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO (311): Se refiere a los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo

¹⁹³ Cfr. Ídem. Págs. 421-427.

depresivo. En ocasiones los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado.

Algunos de estos trastornos son: trastorno disfórico premenstrual; trastorno depresivo menor; trastorno depresivo breve recidivante; trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia; episodio depresivo mayor superpuesto a trastorno delirante, trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia, entre otros.

Estos criterios del DSM-IV- TR no consideran todas las particulares de la depresión ni de otros trastornos afectivos en el adulto mayor, como la dificultad de éste para reconocer los síntomas depresivos y la cautela necesaria que se debe tener para diferenciar el deterioro cognitivo propio de la etapa de la vejez con el vinculado a la depresión, entre otros aspectos. Al respecto:

Los sistemas más importantes de clasificación de los trastornos psiquiátricos —DSM-IV y CIE-10— no incluyen criterios diagnósticos que se apliquen de forma específica a la depresión del anciano. Los criterios de episodio depresivo mayor del DSM-IV se elaboraron a partir de la clínica de pacientes depresivos jóvenes, por lo que no siempre pueden aplicarse a pacientes ancianos.¹⁹⁴

Estas singularidades requieren ser tomadas en cuenta, especialmente en el momento de realizar un diagnóstico. Es decir, es fundamental no solo considerar los criterios DSM-IV-TR para tratar la depresión del anciano, sino también las manifestaciones clínicas frecuentes en la depresión del adulto mayor. Los síntomas que aparecen con mayor frecuencia y que llegan a dominar el cuadro clínico:

- Irritabilidad con aumento de discusiones.
- Síntomas somáticos, por ejemplo, dolor.
- Deterioro cognitivo.
- Disminución de la iniciativa y capacidad de resolución de problemas.
- Deterioro del cuidado personal.

¹⁹⁴ Agëra O. Luis y otros, Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatría: Depresión y Ansiedad, Editada por Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y Scientific Communication Management, Madrid- España, 2004, pág. 35.

- Abuso de alcohol u otras sustancias.
- Culpa excesiva.
- Síntomas psicóticos (ideas delirantes, alucinaciones).
- Obsesiones y compulsiones u otros síntomas neuróticos.
- Trastornos del comportamiento.
- Agitación o retardo psicomotor.
- Ansiedad, preocupaciones excesivas.
- Acentuación de rasgos anómalos de personalidad.¹⁹⁵

La Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) y su Comité Internacional para la Prevención y el Tratamiento de la Depresión (PTD), en su publicación “Trastornos Depresivos en Ancianos”, también mencionan que existen especificidades en la sintomatología de los trastornos depresivos en la vejez. Al respecto dan relevancia a dos aspectos:¹⁹⁶

*Una observación que se repite en muchas culturas es que las personas ancianas con trastornos depresivos se quejan menos de una baja subjetiva del ánimo que los pacientes jóvenes, aun cuando los ancianos lucen deprimidos para el observador (Georgotas, 1983). Otra observación es que la preocupación hipocondríaca (excesiva preocupación con temor por una enfermedad corporal) es mucho más frecuente en pacientes añosos que en jóvenes (Gurland, 1976). En conjunto, estas variaciones predicen que los ancianos con trastornos depresivos tienden a consultar a su médico por problemas de salud general más que por síntomas específicos de un trastorno depresivo.*¹⁹⁷

Según esto, existirían dos síntomas claves que distinguen los trastornos depresivos tardíos en los adultos mayores: “se quejan menos de tristeza” y “presentan una preocupación excesiva por su salud”.

1.3.1.2. CAUSAS EN LA VEJEZ

Respecto a la depresión en la vejez, existen factores de riesgo biológico a considerar, éstos son: 1) envejecimiento cerebral, hipofunción de tres sistemas de

¹⁹⁵ Ídem. Pág. 36.

¹⁹⁶ Cfr. Stefanis, Costas N. y otros, La Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) y su Comité Internacional para la Prevención y el Tratamiento de la Depresión (PTD), Programa Educativo sobre los Trastornos depresivos, “Trastornos Depresivos en Ancianos”, Estados Unidos, 1999, pág.2.

¹⁹⁷ Ídem, pág.2.

neurotransmisión: noradrenérgico, serotoninérgico y dopaminérgico; 2) factores genéticos, antecedentes familiares (menos evidentes en las depresiones de aparición tardía); 3) lesiones vasculares en sustancia blanca cerebral, básicamente a nivel de corteza prefrontal dorsolateral.¹⁹⁸

Otros factores que se asocian con cambios en el comportamiento y síntomas depresivos son los endocrinos: niveles elevados de cortisona, cambios en los niveles de estrógenos y prolactina en las mujeres y las alteraciones en la función tiroidea. El sistema endocrino, en todas las edades, desempeña un papel en la etiología en la depresión, y en la vejez no hay excepción.

Por otro lado, también existen factores relacionados con enfermedades físicas y medicación. Entre los trastornos físicos que se asocian con depresión son: infecciones agudas, enfermedad de Parkinson (se puede dar: depresión secundaria o reactiva a la enfermedad y sus consecuencias o depresión somatógena como una manifestación clínica más de la propia enfermedad), el ictus, trastornos reumáticos y algunos tipos de cáncer. Los medicamentos que han sido implicados en la etiología de ésta patología del estado de ánimo –así como de otras como la demencia y el delirio- son: antibióticos, analgésicos, antihipertensivos, barbitúricos y benzodiacepinas. A esto cabe agregar, el alcohol también representa un factor que favorece la depresión y su prolongación en el individuo.¹⁹⁹

Al respecto, J. Vallejo indica, citando a Nelson en “Treatment of major depression in the elderly”, que del 20 al 25% de adultos mayores con enfermedades somáticas padecen un episodio depresivo y que ya éstas enfermedades se consideran precipitantes de episodios depresivos en la vejez. En este grupo de población anciano que coexisten la depresión y enfermedades somáticas, hay mayor riesgo de mortalidad.²⁰⁰

¹⁹⁸ Cfr. Agéra O. Luis y otros, Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatría: Depresión y Ansiedad, Editada por Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y Scientific Communication Management, Madrid- España, 2004, pág. 19.

¹⁹⁹ Cfr. Burke Mary M. y Mary B. Walsh, Enfermería y Gerontología: Cuidados Integrales del Adulto Mayor, Editorial Harcourt Brace, Madrid- España, 1998, pág. 464.

²⁰⁰ Cfr. Vallejo Ruiloba, J., Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría, Editorial Masson, Quinta Edición, Barcelona- España, 2003, pág. 916.

Uno de los principales factores precipitantes son los Acontecimientos Vitales: Según Robert Baldwin, en el subcapítulo “Trastornos Depresivos”, la adversidad presente en varios acontecimientos vitales no es causa suficiente para la presencia de la depresión. Sin embargo los acontecimientos más graves que implican una pérdida o la amenaza de pérdida son los que podrían generar depresión. No existen estadísticas del nivel de influencia de tales acontecimientos en la génesis de la depresión, por tanto no se puede asegurar que todos los acontecimientos adversos se siguen de una depresión y que no todas las depresiones están precedidas por dichos acontecimientos.

Es decir, no existe necesariamente una relación causal. Por ello, para determinar el papel del acontecimiento vital adverso y el inicio de un trastorno depresivo en un determinado individuo, es indispensable comprenderlo adecuadamente a través de la elaboración de la historia clínica. Aceptar que los acontecimientos adversos sean desencadenantes de depresión sin una evaluación integral, puede provocar que otros hechos sean desapercibidos como la presencia de una enfermedad orgánica subyacente.²⁰¹

Para La Asociación Mundial de Psiquiatría, entre los sucesos vitales que podrían aumentar la probabilidad de un trastorno depresivo en las personas mayores son: duelo por la muerte de la pareja u otro ser querido, separación, enfermedad física aguda, enfermedad médica o amenaza a la vida de personas estimadas, quedarse sin hogar o residencia, descubrir algo negativo de un familiar o amigo cercano, pérdida de un objeto (s) valioso o significativo.²⁰² A estos sucesos cabe añadir, la mudanza forzosa del domicilio.²⁰³

La WPA además considera la presencia de otros factores que intervendrían en la etiología de la depresión, éstos son los socio demográficos. El artículo “Trastornos Depresivos en Ancianos, menciona que Blazer y Col., (1985) establecieron que la

²⁰¹ Cfr. Jacoby, Robin y Oppenheimer, Catherine, Psiquiatría en el Anciano, Editorial Mason, Barcelona, 2005, pág.577.

²⁰² Cfr. Stefanis, Costas N. y otros, La Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) y su Comité Internacional para la Prevención y el Tratamiento de la Depresión (PTD), Programa Educativo sobre los Trastornos depresivos, “Trastornos Depresivos en Ancianos”, Estados Unidos, 1999, pág.21.

²⁰³ Cfr. Jacoby, Robin y Oppenheimer, Catherine, Psiquiatría en el Anciano, Editorial Mason, Barcelona, 2005, pág.577.

pérdida de ingresos, del nivel socioeconómico o el terminar con el desempeño activo en la sociedad pueden aumentar el riesgo de desarrollar trastornos depresivos.

Estos sucesos son estresores, y los que producen estrés crónico y aumentan el riesgo de trastornos depresivos son: deterioro de la salud y la movilidad, dependencia, pérdida sensorial, deterioro cognoscitivo, problemas de vivienda, problemas graves que afectan a un miembro de la familia, dificultades conyugales, deterioro socioeconómico (problemas financieros), problemas en el trabajo y la jubilación, cuidar de un paciente crónico y familiar dependiente.²⁰⁴

Se ha propuesto una relación entre educación y trastornos depresivos, pero existe contradicción en los resultados, unos encuentran un mayor riesgo de estos trastornos en grupos de bajos niveles educativos, mientras que otros han observado que un elevado nivel educativo también puede asociarse con los trastornos. Pero ninguno de dichos estudios se ha realizado con adultos mayores.²⁰⁵

El estado civil, la WPA, citando a Prince y colegas, menciona que el estado civil es un importante factor de predicción de trastornos depresivos en la vejez. Se dice que generalmente los adultos casados tienen menor riesgo que sus pares solteros, teniendo un mayor riesgo los divorciados o separados. El matrimonio además en presencia de discapacidades físicas es un factor de protección para hombres, pero un factor de riesgo para la mujer.²⁰⁶

Un ausente o limitado soporte social también constituye un aspecto psicosocial que puede ser considerado factor de riesgo para la depresión puesto que la escasa relación interpersonal genera vulnerabilidad. Este factor puede estar presente a cualquier edad, no es exclusivo del adulto mayor.²⁰⁷

²⁰⁴ Cfr. Stefanis, Costas N. y otros, La Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) y su Comité Internacional para la Prevención y el Tratamiento de la Depresión (PTD), Programa Educativo sobre los Trastornos depresivos, "Trastornos Depresivos en Ancianos", Estados Unidos, 1999, pág.21.

²⁰⁵ Cfr. Ídem. Pág.21.

²⁰⁶ Cfr. Ídem. Pág.21.

²⁰⁷ Cfr. Vallejo Ruiloba, J., Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría, Editorial Masson, Quinta Edición, Barcelona- España, 2003, pág. 504.

Otro factor a considerarse es el de la personalidad y estilo cognitivo, asociados a la personalidad depresiva.²⁰⁸

1.3.1.3.- CALIDAD DE VIDA EN LA DEPRESIÓN

Heinz Katschnig en su obra *Calidad de Vida en los Trastornos Mentales* propone una conceptualización de calidad de vida que intenta ir más allá de la definición previa que enfatizaba solo el bienestar y la satisfacción y olvidaba la relación y la interacción de la persona con su entorno. Por ello, el autor considera que se deben distinguir tres componentes de calidad de vida: bienestar/satisfacción subjetivos, desempeño de los roles (áreas: ocupación, tareas domésticas, pareja y matrimonio, paternidad, familia o parentesco, relaciones sociales, interés en la sociedad y participación, actividades de ocio, y autocuidado) y condiciones externas de vida (material: nivel de vida y social: red social y el apoyo social). Además la calidad de vida, considera, debe valorarse en los diferentes ámbitos vitales (trabajo, familia, etc.) de forma separada: la calidad de vida de un individuo puede ser excelente en un ámbito e inferior en otro. Este es el enfoque que es seguido en psiquiatría por los nuevos sistemas de diagnóstico multiaxial.²⁰⁹

H. Katschnig y M.C. Angermeyer, realizan un análisis profundo respecto a la calidad de vida en la Depresión y para ello toman en cuenta los componentes mencionados anteriormente.

Para estudiar el bienestar subjetivo, la felicidad y la satisfacción vital existen instrumentos de autoevaluación. En el caso de la depresión dichos conceptos se encuentran solapados por la influencia negativa del humor deprimido en la percepción de sí mismos y del entorno. Para las teorías cognitivas, los juicios de satisfacción serían dependientes de la depresión; las investigaciones ofrece evidencias que la persona usa sus estado afectivo actual como información para emitir valoraciones sobre la felicidad y la satisfacción que experimentan en sus vidas.

²⁰⁸ Cfr. Ídem. Pág. 504.

²⁰⁹ Cfr. Katschnig, Heinz y otros, *Calidad de Vida en los Trastornos Mentales*, Editorial Masson S.A., Barcelona, 2000, págs. 13 y 14.

En las escalas de calidad de vida en la depresión, la medida de calidad de vida resultante debería correlacionarse con la gravedad de la depresión.²¹⁰

Ryff (1995) planteó que el bienestar debe valorarse en seis dimensiones y que no debe simplificarse el bienestar a dos dimensiones: felicidad (componente afectivo del bienestar) y satisfacción (componente cognitivo del bienestar). Estas dimensiones son:

- 1) Autoaceptación: Criterio central, con el que la persona intenta sentirse bien consigo aún siendo conscientes de sus propias limitaciones.
- 2) Relaciones positivas con los demás: La persona necesita establecer y mantener relaciones sociales estables, donde exista amor y confianza
- 3) Autonomía: Para que las personas puedan sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales, requieren asentarse en sus propias convicciones (autodeterminación), y mantener su independencia y autoridad personal (Ryff y Keyes, 1995). Quien tiene autonomía es capaz de resistir en mayor medida la presión social y auto-regulan mejor su comportamiento.
- 4) Dominio del entorno: Es la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias, es otra de las características del funcionamiento positivo. Quienes tienen un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea.
- 5) Propósito de vida: Son las metas marcadas, los objetivos que le permite a la persona dotar a su vida de un cierto sentido:
- 6) Crecimiento personal: El empeño de la persona por desarrollar sus potencialidades, por continuar creciendo y llevar sus capacidades al máximo.²¹¹

En cuanto al bienestar es una apreciación subjetiva, la depresión excluye la experiencia de bienestar positivo (“falta de alegría”, “infelicidad”). En el estado

²¹⁰ Cfr. Ídem. Pág.132.

²¹¹ Cfr. Díaz, Dario y otros, “Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff”, Universidad Autónoma de Madrid y * Erasmus University Rotterdam, *PortaL Psicothema 2006*. www.psycothema.com, pág.573.

depresivo el bienestar psicológico está reducido o deteriorado, la presencia de la anhedonia es una característica de ello.²¹²

Ahora, tomando en cuenta los otros componentes de la calidad de vida: funcionalidad en la vida diaria y condiciones de vida, se sugiere que en la depresión crónica existe una disociación entre la evaluación subjetiva de quienes la padecen sobre la satisfacción de la vida y los índices objetivos. Es decir, las personas con depresión crónica pueden estar subjetivamente insatisfechas y quejarse de un reducido bienestar, pero su funcionamiento objetivo y/o condiciones de vida reales (apoyo social) podrían ser apropiados. H. Katschnig y M.C. Angermeyer, citando a Kay y colegas, se percataron que las quejas de soledad en pacientes deprimidos ancianos estaban poco asociados con el aislamiento real.²¹³

Los autores afirman que existen las pruebas necesarias para afirmar que la depresión aguda y la depresión crónica se asocian a disfunción social. Al respecto mencionan:

*La depresión parece afectar la capacidad para la interacción de forma adecuada con el entorno social, tanto en el cumplimiento de los papeles más formales como en la interacción con el entorno inmediato, por esta razón, las personas deprimidas minan en feedback el positivo de los demás (Lewinsohn, 1974), lo que a su vez les impide relacionarse correctamente, y así se cierra el bucle. En la investigación psicológica, el rechazo de las personas deprimidas por parte de los demás es un hallazgo constante (...)*²¹⁴

Wells y colegas, citados por los autores, encontraron que la depresión interfería en un grado significativamente mayor que las enfermedades médicas crónicas en: el trabajo, las tareas del hogar, el trabajo en la escuela y en las actividades sociales y familiares. Por tanto, la depresión conllevaría deterioro y discapacidades en el desempeño del rol. Pero el grado de deterioro del funcionamiento social y ocupacional, según H. Katschnig y colega no parece asociarse tanto a la gravedad de la depresión como a su duración. Así la distimia, forma de trastorno depresivo más

²¹² Cfr. Katschnig, Heinz y otros, Calidad de Vida en los Trastornos Mentales, Editorial Masson S.A., Barcelona, 2000, p.134.

²¹³ Cfr. Ídem. Págs. 134-135.

²¹⁴ Ídem. Pág. 135.

leve pero con mayor prolongación, generaría un mayor deterioro del funcionamiento que en la depresión mayor episódica.²¹⁵

En varias investigaciones (Bothwell, Paykel, Tweed...) se encontró que la inadaptación social persiste después de que la depresión está en remisión. No se conoce la causa de su mantenimiento, pero podrían atribuirse a la presencia de síntomas residuales subdepresivos no detectados.²¹⁶

Por todo lo mencionado resulta relevante considerar cabalmente las implicaciones de la calidad de vida en las personas deprimidas, sus condiciones de vida pueden afectar su bienestar y su funcionamiento e incrementar las posibilidades de cronicidad o recaída. Así como la depresión afecta el funcionamiento-desempeño de sus roles, puede llevar a la privación del apoyo material y social.

1.3.2. *DEMENCIA*

En el DSM-IV-TR, que fundamentalmente la demencia se caracteriza por el desarrollo de múltiples déficits cognitivos: deterioro de la memoria (síntoma más precoz y predominante) y al menos una de éstas alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia o una alteración de la capacidad de ejecución. La alteración que produce es lo suficientemente grave para interferir significativamente en las actividades laborales y sociales, y por ello puede constituir un déficit respecto al mayor nivel previo de actividad del sujeto. La demencia se debe a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, a los efectos persistentes de una sustancia o múltiples etiologías (la combinación de dos factores).

Para determinar su diagnóstico se requieren los siguientes criterios.

A.- Déficit cognitivo:

Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender información nueva o para recordar información aprendida previamente).

Al menos una de las siguientes alteraciones cognitivas:

²¹⁵ Cfr. Ídem. Pág. 136.

²¹⁶ Cfr. Ídem. Pág. 136.

(A2a) Afasia (trastorno del lenguaje: dificultad en la pronunciación de nombres de sujetos y objetos).

(A2b) Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras pese a estar intacta la función motora).

(A2c) Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos pese a estar intacta la función sensorial).

(A2d) Alteración en la actividad constructiva - de ejecución- (por ejemplo: planificación, organización, secuenciación o abstracción).

B.- Los déficits cognitivos de los criterios definidos en el apartado A causan un deterioro significativo laboral y/o social y suponen una merma con respecto al nivel funcional previo del paciente.

C.- El comienzo es gradual y el curso continuado.

D.- los déficits de los criterios A1 y A2 no son debidos a:

- Otra enfermedad del Sistema Nervioso Central (SNC) que pueda causar déficit progresivo de la memoria, como por ejemplo enfermedad vascular cerebral, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia a presión normal o tumor cerebral.

- Enfermedades sistémicas que se sabe que producen demencia, como por ejemplo hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12 o de ácido fólico, déficit de niacina, hipercalcemia, neurosífilis o infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

- Estados inducidos por sustancias.

E.- Los déficits no aparecen de manera exclusiva en el curso de un delirium (aunque éste puede superponerse a la demencia).

F.- Los déficits no se explican mejor por la presencia de otro trastorno Axial I como depresión mayor o esquizofrenia.²¹⁷

En el Manual se menciona que los múltiples deterioros cognoscitivos de la demencia suelen asociarse a ansiedad, depresión y trastornos de sueño. Por otro lado, también se menciona que las personas que padecen demencia son especialmente vulnerables a los factores estresantes: físicos: enfermedades o intervenciones quirúrgicas menores;

²¹⁷ Cfr. DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Editorial Masson, Barcelona- España, 2001, págs. 168- 171.

y, psicosociales: ingreso en el hospital o pérdida de un ser querido. Pudiendo éstos acrecentar y agravar su déficit intelectual y los problemas asociados a aquello.²¹⁸

La edad de inicio depende de la etiología, aunque generalmente es tardía: la mayor prevalencia está por encima de los 85 años. La demencia es poco frecuente en niños y adolescentes. Por ello las cifras de prevalencia están entre el 1,4 y el 1,6% en personas de 65 a 69 años, y aumentan del 16 al 25% en los de edad superior de 85 años.²¹⁹

Constituye uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia en los adultos mayores.

1.3.2.1.- CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA DE LA DEMENCIA

EL CIE-10 y el DSM-IV-TR clasifican las demencias según la causa o enfermedad que conduce a la aparición de demencia, la cual manifestará diferente sintomatología dependiendo del grupo causal.

La clasificación del DSM-IV-TR divide a las demencias en los siguientes grupos:

a) DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

Sus criterios de diagnóstico son:

A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

- 1.** deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)
- 2.** una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - (a)** afasia (alteración del lenguaje)
 - (b)** apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)
 - (c)** agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)

²¹⁸ Cfr. Ídem., p. 171.

²¹⁹ Cfr. Ídem., págs. 171 -173.

(d) alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)

B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.

D. Los déficit cognoscitivos de los Criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:

1. otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognoscitivos (p. ej., enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral)

2. enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (p. ej., hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B2 y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH)

3. enfermedades inducidas por sustancias

E. Los déficits no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

F. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Se requiere codificar en la presencia o ausencia de una alteración de comportamiento clínicamente significativa:

- Sin alteración de comportamiento: si la alteración cognoscitiva no se acompaña de una alteración de comportamiento clínicamente significativa.

- Con alteración de comportamiento: si la alteración cognoscitiva se acompaña de una alteración de comportamiento clínicamente significativa (andar sin rumbo, agitación).

Para especificar el subtipo:

- De inicio temprano: si se produce a los 65 años o antes.

- De inicio tardío: si se produce después de los 65 años.²²⁰

²²⁰ DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Editorial Masson, Barcelona- España, 2001, págs. 199 y 180.

Se menciona que la prevalencia de demencia es mayor en las personas con síndrome de Down y en quienes hay una historia de traumatismo cerebral. En general, este tipo de demencia aumenta aparatosamente con la edad: a los 65 años en todos los niveles de gravedad 0,6% hombres y 0,8% mujeres, a los 85 años 11% hombres y 14% mujeres, y a los 90 años, la prevalencia aumenta hasta 21% hombres y 41% mujeres. Los casos moderados y graves representan del 40 al 60% de las tasas de prevalencia.

221

En cuanto a su curso, tiende a progresar lentamente. Sin embargo puede tener un inicio insidioso con rápidos déficit de memoria reciente y el desarrollo de afasia, apraxia y agnosia después de algunos años. Algunas personas evidencias cambios de personalidad y aumento de la irritabilidad junto con otros signos y síntomas de comportamiento que se acentúan en las fases medias de la enfermedad. En fases avanzadas pueden darse alteraciones de la marcha, alteraciones motoras y a veces mutismo y postración. La enfermedad tiene una duración media desde el inicio de los síntomas hasta la muerte de 8-10 años.²²²

b) DEMENCIA VASCULAR

Sus criterios diagnósticos son:

A. La presencia de los múltiples déficits cognoscitivos se manifiesta por:

1. deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)

2. una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:

(a) afasia (alteración del lenguaje)

(b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)

(c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos a pesar de que la función sensorial está intacta)

(d) alteración de la actividad constructiva (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)

²²¹ Cfr. Ídem. Págs. 177 y 178.

²²² Cfr. Ídem. Pág. 178.

B. Los déficits cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. Los signos y síntomas neurológicos (p. ej., exageración de los reflejos tendinosos profundos, respuesta de extensión plantar, parálisis seudobulbar, anomalías en la marcha, debilidad de una extremidad) o las pruebas de laboratorio sugerentes de la presencia de una enfermedad cerebrovascular se estiman etiológicamente relacionadas con la alteración (p. ej., infartos múltiples que implican al córtex y a la sustancia blanca acompañante).

D. Los déficits no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Especificar si: con trastorno del comportamiento (vagabundeo por ejemplo).²²³

Además el Manual considera los subtipos del CIE-9-MC (según la presencia de síntomas significativamente asociados) de la demencia vascular:

- Con delirium: se usa si el delirium se sobrepone a la demencia.
- Con ideas delirantes: si el síntoma predominante son las ideas delirantes.
- Con estado de ánimo depresivo: si el estado de ánimo depresivo (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen los criterios para el episodio depresivo mayor) es predominante. En este caso no se debe realizar el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica.
- No complicada: si ninguno de los subtipos es predominante en el cuadro clínico actual.²²⁴

El inicio de esta demencia es más precoz que el de la demencia tipo Alzheimer y parece ser más frecuente en hombres que en mujeres. Además, la demencia vascular es menos frecuente que la de tipo Alzheimer. Generalmente el inicio aquí es brusco, con un curso fluctuante, por etapas, con la presencia de cambios rápidos de la actividad del sujeto que por una lenta progresión.²²⁵

c) DEBIDO A OTRAS ENFERMEDADES MÉDICAS

Sus criterios para el diagnóstico:

²²³ Ídem. Pág. 183.

²²⁴ Cfr. Ídem. Pág. 181.

²²⁵ Cfr. Ídem. Pág.182.

A. La presencia de los múltiples déficits cognoscitivos se manifiesta por:

1. deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)

2. una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:

(a) afasia (alteración del lenguaje)

(b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)

(c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)

(d) alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)

B. Los déficits cognoscitivos en cada uno de los Criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. Demostración a través de la historia, la exploración física o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiopatológico directo de otras enfermedades médicas distintas a la enfermedad de Alzheimer o a la enfermedad cerebrovascular (infección por VIH, lesión traumática cerebral, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, enfermedad de Pick, enfermedad de Creutzfeldt-Jacob, hidrocefalia normotensiva, hipotiroidismo, tumores cerebrales o déficit de vitamina B12.

D. Los déficits no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Codificar:

Sin alteración de comportamiento

Con alteración de comportamiento²²⁶

d) DEMENCIA PERSISTENTE INDUCIDA POR SUSTANCIAS

Sus criterios diagnósticos:

A. La presencia de los múltiples déficits cognoscitivos se manifiesta por:

1. deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)

2. una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:

²²⁶ Ídem. Págs. 190 y 191.

- (a) afasia (alteración del lenguaje)
- (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)
- (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
- (d) alteración de la actividad de ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)

B. Los déficits cognoscitivos en cada uno de los Criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. Los déficits no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium y persisten más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia de sustancias.

D. Demostración a través de la historia, de la exploración física o de los hallazgos de laboratorio de que los déficit están etiológicamente relacionados con los efectos persistentes del consumo de sustancias (p. ej., una droga de abuso, un medicamento).

Código para la demencia persistente inducida por (sustancia específica):

F10.73 Alcohol [291.2]

F18.73 Inhalantes [292.82]

F13.73 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.82]

F19.73 Otras (sustancias desconocidas) [292.82]²²⁷

Entre los medicamentos que se ha encontrado como desencadenantes de síntomas de demencia están: plomo, mercurio, monóxido de carbono, insecticidas organofosfatados y los disolventes industriales.²²⁸

e) DEMENCIA DEBIDO A ETIOLOGÍAS MÚLTIPLES

A. La presencia de los múltiples déficits cognoscitivos se manifiesta por:

1. deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)

2. una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:

(a) afasia (alteración del lenguaje)

²²⁷ Ídem. Págs. 192 y 193.

²²⁸ Cfr. Ídem. Pág. 192.

(b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)

(c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)

(d) alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)

B. Los déficits cognoscitivos en cada uno de los Criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. Demostración a través de la historia, de la exploración física o de los hallazgos de laboratorio de que la alteración posee más de una etiología (p. ej., traumatismo craneal más consumo crónico de alcohol, demencia tipo Alzheimer con el subsiguiente desarrollo de demencia vascular).

D. Los déficits no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.²²⁹

Esta clasificación hace referencia a que puede haber más de una enfermedad etiológicamente relacionada con la demencia o también puede ser que la demencia se deba a efectos combinados de una enfermedad médica y el consumo a largo plazo de sustancias.²³⁰

f) DEMENCIA NO ESPECIFICADA

No cumple los criterios para ninguno de los tipos descritos, su etiología específica no está esclarecida.²³¹

²²⁹ Ídem. Pág. 194.

²³⁰ Cfr. Ídem. Pág. 193.

²³¹ Cfr. Ídem. Pág. 195.

1.4. ANÁLISIS DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL ADULTO MAYOR

1.4.1. DEFINICIÓN DE INSTITUCIONALIZACIÓN

Toda institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo un mundo propio; tiene, en síntesis, tendencias absorbentes. (...) La tendencia absorbente o totalizadora está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y el éxodo de los miembros, y que suelen adquirir forma material: puertas cerradas, altos muros, alambre de púa, acantilados, ríos, bosques o pantanos.²³²

Con lo citado Erving Goffman describe lo que él denomina “institución total”, la cual define como un lugar de residencia y trabajo donde un determinado número de individuos están aislados de la sociedad por un periodo de tiempo y comparten una rutina diaria que ha sido administrada formalmente. Las instituciones totales se clasifican en cinco grandes grupos: el primero, hogares para cuidar a personas incapaces e inofensivas como ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes; el segundo, para cuidar personas incapaces de cuidarse por sí misma y constituyen una amenaza involuntaria para la comunidad (hospitales psiquiátricos, por ejemplo); el tercer grupo, para proteger a la comunidad de personas que intencionalmente son un peligro para ella (cárceles, reclusorios); el cuarto, para mejorar el cumplimiento de una tarea de carácter laboral; y el quinto, son las instituciones hechos para la formación de religiosos.²³³

El autor, expresa que todas las instituciones, independientemente de los diferentes grupos en que puedan ubicarse, mantienen características comunes. La característica central, es que a diferencia de lo que sucede en el ordenamiento social básico de la sociedad, en las instituciones totales, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar, generalmente con los mismos coparticipantes (que reciben el mismo trato y de quienes se pide que hagan juntos las mismas actividades), bajo una autoridad única, y están programadas de forma estricta en secuencia. Las diferentes actividades diarias y obligatorias están dentro de un mismo plan racional, que está

²³² Goffman, Erving, Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales, Amorrortu editores S.A. Talleres Buenos Aires, 2007, págs. 17 y 18.

²³³ Cfr. Ídem. Págs. 13 -19.

dado para el cumplimiento de objetivos propios de la institución.²³⁴ Michel Foucault en Vigilar y Castigar citando a Ch. Lucas en la Réforme des prisons (1838, pp 123-124), menciona que las instituciones (dando gran relevancia a la prisión):

*(...) debe ocuparse de todos los aspectos del individuo, de su educación física, de su aptitud para el trabajo, de su conducta cotidiana, de su actitud moral, de sus disposiciones (...); su acción sobre el individuo debe ser ininterrumpida (...), su modo de acción es la coacción de una educación total (...), puede regular para el hombre el tiempo de vigilia y de sueño, de la actividad y del reposo, el número y la duración de las comidas, la calidad y la ración de los alimentos, la índole y el producto del trabajo, el tiempo de la oración, el uso de la palabra, y por decirlo así hasta el pensamiento (...).*²³⁵

Dicho de otro modo, los internos tienen todas sus actividades diarias programadas y sus necesidades más esenciales también se sujetan a dicha planificación.

Otra característica común en las instituciones totales según refiere Goffman, es que existe una escisión básica entre los internos (grupo manejado) y un pequeño grupo personal supervisor (cuya actividad específica es la vigilancia). Los internos viven dentro de la institución y tienen limitado contacto con el exterior mientras que el personal cumple su jornada de trabajo y luego se integra socialmente al mundo exterior. Los residentes y el grupo del personal suelen representarse el uno al otro con estereotipos hostiles; además el personal tiende a percibirse superior y justo mientras que los internos se conciben “inferiores, débiles, censurables y culpables. Existe por tanto una gran distancia social formalmente prescrita, y hasta la comunicación que es necesaria entre estos dos grupos es controlada y restringida. Lo mismo sucede con el paso de la información, generalmente los internos se mantienen en ignorancia hasta de las decisiones que los afectarán.”²³⁶

Sin embargo existen “ceremonias institucionales”, que se convierten en prácticas de unidad a través de las que tanto los internos como el personal se acercan lo suficiente como para que cada grupo adquiriera una imagen favorable del otro. Entre éstas

²³⁴ Cfr. Ídem. Págs. 19 y 20.

²³⁵ Foucault, Michel, Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión, Siglo veintiuno editores, décimo octava edición, México, 1990, pág. 238.

²³⁶ Cfr. Goffman, Erving, Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales, Amorrortu editores S.A. Talleres Buenos Aires, 2007, págs. 20-23.

prácticas institucionales están los trabajos en conjunto, las ceremonias navideñas y de fin de año, la preparación para visitas de supervisión, etc.²³⁷

Tomando en cuenta el “mundo del interno”, el autor menciona que el individuo al llegar a la institución tiene una “cultura de presentación”: un estilo de vida y una rutina de actividades que le proporcionaron un ciclo de experiencias, que a su vez, confirmaba la concepción de sí mismo y le otorgaba una serie de mecanismos defensivos para enfrentar toda situación conflictiva. Dicha particular cultura no es reemplazada por las instituciones totales, pero sí se dan en ella cambios: se eliminan ciertas posibilidades de comportamiento y hay la imposibilidad de tener conocimiento de los cambios sociales del exterior. Pero sí la permanencia del interno es muy larga, puede suceder una desculturación (desentramamiento para enfrentar los aspectos de la vida diaria en el exterior).

Por otro lado, las instituciones totales, establecen una barrera entre el interno y el exterior sosteniendo una tensión entre el mundo habitual y el institucional, tensión que sirve para el manejo de los individuos. Afuera, el sujeto, en el ciclo vital y la rutina diaria, cumplía con una programación sucesiva de roles que no se bloqueaban entre sí. En las instituciones, el ingreso rompe automáticamente con la programación del rol y en el proceso se le despeja al interno del rol y se lo asila de él, puesto que se realiza una separación entre el interno y el amplio mundo exterior donde lo ejercía. Se da entonces una ruptura con el pasado.²³⁸

Los procesos de admisión –preparación y programación- moldean al individuo y lo clasifican para introducirlo al establecimiento. Por un lado, son para el nuevo interno una despedida de sus posesiones –hasta de su propio nombre- (extensiones del yo) y por otro lado, representan un comienzo con un reemplazo de sus propiedades por objetos sustitutos impersonales y uniformes, los cuales son indicadores de su pertenencia a la institución. Al no contar con sus pertenencias pasadas más básica (vestimenta, objetos de aseo e instrumentos y servicios de arreglo personal, el individuo es despojado de su acostumbrada apariencia y sufre de una desfiguración

²³⁷ Cfr. Ídem. Págs. 100 y 110.

²³⁸ Cfr. Ídem. Págs. 25 - 27.

personal. El interno no controla más el aspecto que presenta ante los demás, está impedido de mostrar su imagen habitual.²³⁹

Otra forma de mortificación, afirma Goffman, es la imposición de la rutina diaria que el individuo percibe como ajena, es decir, le toca asumir un papel que lo desidentifica. El interno además de no mantener sus pertenencias, no controla su cuerpo y sus actos inmediatos y no decide qué hacer y qué no hacer. Por tanto, en las instituciones totales no se respeta los límites personales que el individuo se ha trazado para sí mismo.

Todo lo mencionado, son contaminadores de la intimidad del interno. Ésta contaminación se realiza desde el ingreso, donde para realizar la ficha de admisión debe dar datos de su estatus pasados y sus conductas anteriores, datos que quedan a disposición de todo el personal. También tiene que: alimentarse forzosamente, recibir los medicamentos aunque se rehuse, acostumbrarse al sistema de apodos que maneja el personal y los compañeros y a su lugar en él, soportar que sus llamadas o correspondencia personal sea controlada o censurada.²⁴⁰

La ruptura de la relación habitual entre el individuo actor y sus actos, tiene como efecto que sus respuestas defensivas habituales ante un mismo estímulo no pueden ser usadas en situaciones humillantes (circunstancias y órdenes) que se presentan en la institución debido a que su autoconcepción anterior ha sido refutada, ultrajada, y de cierta forma “desprogramada”. Las reacciones expresivas de autoprotección frente a tales situaciones suelen ser reprimidas en el acto, sancionadas o castigadas –por cualquier miembro del equipo de personal e inclusive por los internos ya institucionalizados-; se vulnera la autonomía del acto. Las sanciones invaden al interno, especialmente al inicio, privándolo de equilibrar de forma personal y eficiente sus necesidades y sus objetivos.²⁴¹

Otra forma de desbaratar la autonomía de acción de la persona es obligarla a pedir permiso hasta para actividades que en el mundo exterior puede cumplir por su cuenta

²³⁹ Cfr. Ídem. Págs. 29 - 33.

²⁴⁰ Cfr. Ídem. Págs. 35 - 42.

²⁴¹ Cfr. Ídem. Págs.46- 49.

propia: fumar, afeitarse, hablar por teléfono, gastar dinero... (muchas veces eso se consideran privilegios – ausencia de privaciones-). Esto impone al interno un rol de sometimiento e “invalidez antinatural en un adulto”, que lo coloca en una posición de desamparo puesto que no cuenta con la suficiente autoridad para desempeñar por sí mismo ocupaciones de lo más elementales y para solicitar algo del personal requiere ser insistente hasta el cansancio para ser atendido- si es que no es ignorado-. En conclusión, las instituciones desbaratan esos actos que en la sociedad civil permiten a los individuos adultos demostrarle que domina su mundo, que posee autodeterminación, autonomía y libertad de acción. Esto sin lugar a dudas, implica en los internos la presencia de una aguda tensión psíquica.²⁴²

E. Goffman al investigar sobre las relaciones que se pueden dar dentro de los internos en las instituciones y bajo las circunstancias de institucionalización, encuentra que las tendencias a la solidaridad –manifiestas en la fraternización y formación de camarillas, donde dependen los unos de los otros de apoyo emocional y ayuda mutua - existen pero de manera limitada. Afirma que generalmente las compulsiones que ponen a los internos en posición de simpatía y comunicación recíprocas no necesariamente se deben a la solidaridad de grupo o a una “elevada moral”; por ello, hay poca lealtad de grupo en las instituciones totales. Esta “falsa solidaridad” es una posibilidad de adaptación.²⁴³

Así mismo existen otras posibilidades de adaptación para los internos son formas de salir física o psíquicamente ilesos bajo las presiones de la institución y son intentos de controlar la tensión entre el mundo habitual y el institucional. Una de esas posibilidades es la regresión institucional, donde el individuo vuelca su atención solo en los hechos inmediatamente referidos a su cuerpo y se abstiene drásticamente de participación activa de la vida en relación. Otra posibilidad es la línea intransigente en la que el interno se enfrenta de forma deliberada y desafiante con la institución negándose a cooperar con el personal; ésta suele ser en parte una fase de reacción temporaria e inicial. Otra táctica es la colonización; aquí para el individuo la institución representa el mundo exterior, para él, el establecimiento significa la totalidad del mundo. En éste último caso, donde la habitual tensión de discrepancia

²⁴² Cfr. Ídem. Págs. 51 - 53.

²⁴³ Cfr. Ídem. Págs. 68 - 70.

entre el mundo externo y el interno está notoriamente reducida, la persona construye con los limitados recursos a su alcance una vida relativamente placentera y satisfactoria, un “hogar”; y obviamente tratará de mantener su encierro.²⁴⁴

La conversión es otra forma de adaptación. En ella el individuo parece asumir enteramente la visión que el personal tiene de él e intenta cumplir el rol que de él se espera. Generalmente esta posibilidad de adaptación se representa en aquel con el que el personal puede contar en todo momento debido a su disciplina o “moral institucional”.²⁴⁵

Goffman también se refiere a la cultura del interno, y uno de los elementos que recalca es la presencia en éste de historias elaboradas con narraciones autocompasivas donde parece recalcar un sentimiento obsesionante de “haber caído en desgracia” y que relata de forma constante a sus compañeros y hasta el mismo personal. Otro tema recurrente en los individuos es un sentimiento de que su tiempo institucionalizado está perdido y robado de la propia vida, por tanto es un tiempo que no debe contarse y que produce una sensación de esterilidad. Estos sentimientos se deben a las desconexiones sociales que se produjeron en el momento de su ingreso y a la impotencia habitual para adquirir dentro de la institución beneficios que eran propios de la vida en el exterior. Son las actividades programadas de la institución, las que de cierta forma permiten a los internos soportar la tensión psicológica; ahora cuando tales actividades son pobres, generan mayor malestar en las personas.²⁴⁶

1.4.2. PROCESO DE INSTITUCIONALIZACIÓN EN EL ANCIANO

*Según la experiencia acumulada, las secuelas de la institucionalización tienen una elevada prevalencia entre los/as residentes. Aunque el trauma del traslado es más probable en los primeros meses de estancia, también pueden manifestarse las consecuencias en cualquier otra época posterior. A tenor de lo que se escribe, parece ser que las medidas para minimizar el efecto deben de incluir a toda la población residiada y prolongarse a lo largo de todo el tiempo de permanencia.*²⁴⁷

²⁴⁴ Cfr. Ídem. Págs. 68 - 72.

²⁴⁵ Cfr. Ídem. Pág. 72.

²⁴⁶ Cfr. Ídem. Págs. 75 - 77.

²⁴⁷ Observatorio de Personas Mayores: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), Las Personas Mayores y las Residencias: Un Modelo

El ingreso a la residencia para el adulto mayor y su familia, sea contemplado como un recurso o no, provoca en el individuo que va a vivir en la institución una sensación de abandono, aunque en la realidad no se esté produciendo un abandono. El entrar a una residencia representa además una ruptura con la vida que se ha llevado hasta ese momento, y por tanto es común la presencia de ansiedad, por el alejamiento de su hogar y por no conocer con certeza lo que aguarda.

Este primer momento, produciría lo que se conoce como “trauma de traslado”, que puede constituirse o no como una amenaza para la supervivencia y cuyos efectos negativos podrían ser minimizados o maximizados dependiendo de la organización institucional de uno u otra residencia. Tal trauma en gran medida está dado por el hecho que generalmente en las residencias es el individuo quien tiene que adaptarse a la institución y no viceversa. El adulto mayor llega con su nombre y después se convierte en uno más del grupo, es clasificado y se le otorga un número que lo represente (dándole la institución al individuo una nueva identidad).

Generalmente el adulto mayor no es previamente preparado para ingresar en una residencia, por lo que así sea de forma voluntaria, se genera en él ansiedad y temor. Una forma de mantener continuidad e identidad es que el residente lleve consigo sus posesiones más relevantes, en vista de que ya ha perdido algunos de los componentes ordinarios de su estilo de vida. Aunque en algunas ocasiones, la vestimenta y sus posesiones personales (símbolos de uno mismo) serán cambiadas por las establecidas en la institución para regular el comportamiento en grupo; en estas ocasiones, el programa satisface las necesidades de la institución más que la del individuo. La persona mayor puede experimentar estos aspectos de la vida institucional como ataques personales en contra de su integridad; muy a pesar de que el nuevo hogar le proporcione la seguridad necesaria para sobrevivir puede debilitar la seguridad psicológica poniendo muchas cosas fuera del control del individuo.²⁴⁸

Prospectivo para evaluar las residencias, Tomo I, Editorial Grafo S.A., Madrid- España, 2000, págs. 159 y 160.

²⁴⁸ Cfr. Kastenbaum, Robert, Vejez: Años de Plenitud, Editorial Harper. Row Latinoamérica S.A. de C.V., México, 1980, págs. 102 – 105.

En la compilación de Salvarezza “La Vejez: Una mirada gerontológica actual”, se hace referencia a que el ingreso a una institución geriátrica puede ser uno de los cambios capaces de generar mayor estrés en los ancianos puesto que supone el abandonar el escenario donde se han desarrollado las partes importantes de su propia vida (que dan cuenta quién es, cómo es, quién fue), sufriendo un tipo de renuncia que puede ser muy dolorosa. Por otro lado, el entrar a una residencia geriátrica, a diferencia del traslado para vivir con algún familiar, implica para el adulto mayor incorporarse a un ambiente que le resulta extraño y artificial donde es un desconocido, y donde deberá realizar un –sobre- esfuerzo de adaptación y necesariamente regirse a las normas de la institución. Todo ello produciría en primera instancia la pérdida del sentido de control personal.

En éste mismo texto, citando a Tobía, se hace referencia al “síndrome del primer mes” que resumiría los primeros esfuerzos de adaptación al ámbito residencial: muchos residentes padecen un proceso confusional, y otros en cambio se deprimen, presentan comportamientos extravagantes y algunos hasta entran en una dinámica de deterioro progresivo. Luego, después de presentarse éste síndrome, habrá residentes que recuperen su nivel funcional anterior a la admisión sin embargo algunos continuaran un progresivo deterioro hasta el momento de la muerte.²⁴⁹

Además en la compilación se destaca que los ancianos que viven en residencias geriátricas pueden presentar alto nivel de dependencia funcional, una elevada tasa de presencia de severos déficits cognitivos e índices significativos de sintomatología depresiva.²⁵⁰

Por otro lado, es necesario considerar también que la naturaleza de la institucionalización estará dada de cierta forma por los efectos de las diversas pautas de organización institucional en el bienestar- malestar y el comportamiento de los adultos mayores.

²⁴⁹ Cfr. Salvarezza, Leopoldo (compilador), La Vejez: Una mirada gerontológico Actual, Editorial Paidós, Argentina, 1998, págs. 358 y 359.

²⁵⁰ Cfr. Ídem. Págs. 359 y 360.

Según plantea el autor, tales pautas pueden ser: controladora-descontroladora; simple-burocratizada; organizada- poco organizada; estructurada- poco estructurada; tolerante- intolerante; rutinizada-creativa; genera-no genera fuertes expectativas; diferenciada-indiferenciada; etiquetada –no etiquetada (asigna o no roles estereotipados en función del estado de salud, de la clase social, del comportamiento o cualquier otro criterio); genera adaptación-inadaptación; participativa-no participativa; distanciada-cálida; congruente (claridad funcional/organizativa; comprensión funcional, organizativa) – incongruente; flexible- rígida en la aplicación de normas y programas; intimidad –carencia de intimidad (depende de la capacidad de los centros de establecer tiempo y espacio para la intimidad); personalizada – despersonalizada; totalidad de la institución– parcialidad; centrada en la institución – centrada en la persona; estimuladora – inhibidora; y, autoevaluada – heteroevaluada.²⁵¹ La adopción de uno u otra de estas pautas y la interacción entre ellas, establecen el tipo de “efecto institución” que tendrán los adultos mayores.

Las pautas de organización que elija adoptar una institución se basan en determinadas concepciones respecto a la vejez y al adulto mayor que han asumido para dar el servicio de residencia. Las teorías y modelos que encierran las diversas concepciones del adulto mayor ya han sido tratados en el primer capítulo, sin embargo, cabe señalar en este momento los más relevantes:

Las teorías tradicionales que conciben a los adultos mayores en relación a dependencia, pérdida y deterioro, como seres sin rol productivo desvinculados del sistema después de la “jubilación”, sujetos que asumirían nuevos roles pero con estatus inferior, que viven un momento de desapego y de retirada para dar paso a las nuevas generaciones. La vejez para este modelo implica una desvinculación del adulto mayor al sistema, y desde ésta perspectiva, las residencias de adultos mayores están desvinculadas también e indudablemente serían desvinculantes. Dentro de estas concepciones, el adulto mayor tomaría un rol pasivo, que limitaría su independencia y sus posibilidades de elección. Las residencias que usan tal modelo poco contribuyen para realizar un arreglo entre los hábitos de vida pasados de los

²⁵¹ Cfr. Observatorio de Personas Mayores: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), Las Personas Mayores y las Residencias: Un Modelo Prospectivo para evaluar las residencias, Tomo I, Editorial Grafo S.A., Madrid- España, 2000, págs. 169-171.

individuos y la estructura de la institución –no optimizan la adaptación-; y la vida institucional se convierte en lo opuesto a vida activa. Así se reducen las posibilidades de satisfacción personal (independencia, autonomía, control sobre la propia vida) y se genera dependencia en los residentes -sin que esto signifique la existencia de una falta de competencia real en ellos-.

Dicho de modo más claro:

*Las personas mayores que viven en contextos residenciales son un colectivo que, aunque heterogéneo, presenta cada vez más claramente unas características fundamentales que se agrupan en torno a las situaciones de dependencia, esto es a la necesidad de apoyo de terceras personas para desenvolverse en la vida cotidiana, y de fragilidad, frágil equilibrio en cuanto a salud y autonomía, polimorbilidad, etc. A la vez el propio medio presenta una serie de características propias de tipo estructural y organizacional relacionadas con el concepto de institucionalización, esto es, el riesgo de que los centros tengan poca relación con el exterior, de que todas las actividades de la vida diaria se realicen en el mismo lugar, la ausencia de toma de decisiones por parte de los usuarios, etc., que son muy relevantes para la calidad de atención y de vida de los usuarios.*²⁵²

Por otro lado existen las teorías, como la del ciclo vital, que explican que la construcción del ser del adulto mayor se da durante toda la vida en las interacciones y que las etapas previas determinan las elecciones para las etapas consiguientes. Por tanto, el adulto mayor de hoy es el resultado de su historia de vida. Si conserva autonomía, generatividad, rol activo así es como vivirá su vejez y asumirá los cambios innegables de esta etapa.

Al considerar las individualidades de cada adulto mayor, se evita que ésta población sea atendida bajo la perspectiva del viejismo y otros prejuicios basados en la edad. Una residencia que considera estas particularidades entre individuos las respetará, y valorará la libertad de elección, la intimidad y la capacidad de independencia de cada quien. Además, pretenderá lograr que cada “usuario” realice sus propios objetivos (planificación centrada en la persona), más que lograr metas institucionales.

²⁵² Cfr. Leturia, Francisco y Yanguas, José Javier, Intervenciones Psicosociales y Comportamentales con Personas Mayores en Recursos Sociosanitarios en REVISTA MATIA FUNDAZIOA, octubre de 2001, págs. 1-2.

*Dentro del proceso de institucionalización es fundamental preservar y promover la autonomía de los residentes puesto que el cambio a una residencia disminuye la autonomía de los residentes como un efecto un tanto inevitable de la regulación existencial de la organización institucional.*²⁵³

Por ello resulta importante respetar y fomentar en los adultos mayores que viven en una residencia la posibilidad de elección de lo que desean o no desean hacer dentro o fuera de la institución, y cuando desean o no desean hacerlo. Así la persona mayor al asumirse como sujeto de derechos, asumirá la toma de sus propias decisiones referidas a todo lo que concierne a su estancia en el centro residencia; lo mencionado le permite al individuo reconocerse como protagonista de su vida (tendrá el control sobre ella) y por tanto su percepción de actividad, bienestar y calidad de vida será alta.

Un modelo de atención así, daría grandes beneficios al “usuario”, puesto que ofrecería oportunidades reales para que cada adulto mayor decida y actúe lo más autónomo posible (independientemente de la necesidad de ayuda que tenga), para que asuma decisiones para mejorar los aspectos cotidianos de su vida diaria, para que exprese sus ideas, necesidades y deseos y vivencie el control personal. Al asumir sus libertades (y no obligarlo a compartir o convivir con quien no desea) para elegir con quien intimar, los vínculos afectivos de mayor calidad e intensidad serán menos complicados de fomentar. Se realiza por tanto una protección a los derechos del adulto mayor, la cual promueve dentro del marco organizativo y limitaciones imprescindibles de la institución, el ejercicio de la libertad individual, privacidad, intimidad y la dignidad de las personas.²⁵⁴

El personal que trabaje en residencias con estas consideraciones sin lugar a dudas reconocerá el derecho del otro a ser uno mismo y con ello su humaniza la atención y

²⁵³ Observatorio de Personas Mayores: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), Las Personas Mayores y las Residencias: Un Modelo Prospectivo para evaluar las residencias, Tomo I, Editorial Grafo S.A., Madrid- España, 2000, págs. 161.

²⁵⁴ Cfr. Martínez R. , Teresa y otros Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia, Tomo II, Editado por Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias, España, págs. 30 y 31.

se minimizan los efectos de la institución. El personal estaría reconociendo al otro, y la cooperación entre éste y las personas usuarias sería más sencilla.

1.4.3. MALESTARES PSÍQUICOS LIGADOS A LA INSTITUCIONALIZACIÓN

*Si bien los adultos mayores al ingresar a una institución pueden ya padecer malestares psíquicos o en algunos casos son las patologías las que se convierten en factores de riesgo para la institucionalización –junto con la necesidad de cuidados–, también el ingreso mismo a la institución y los estresores propios de la vida de residencia, pueden constituirse como fuente de estrés y propiciar el desarrollo de alteraciones cognitivas y emocionales como consecuencia de problemas en la adaptación.*²⁵⁵

En la compilación de Salvarezza “La Vejez: Una mirada gerontológico actual”, se menciona que varios estudios comparativos sobre los ancianos en la comunidad y los usuarios de instituciones geriátricas evidencian que en la población institucionalizada hay la presencia de mayores tasas de deterioro cognitivo, trastornos afectivos y manifestaciones depresivas. Se añade que si bien la patología psiquiátrica, junto con la soledad y la necesidad de cuidados, constituye el principal factor de riesgo de institucionalización, el ingreso en la institución y los estresores presentes en la vida en la residencia consiguen conformar una fuente de estrés que podrían generar alteraciones cognitivas y emocionales como manifestaciones de los problemas de adaptación.²⁵⁶

Generalmente se destaca sobre todo una elevada prevalencia de la depresión en los contextos residenciales. Al respecto, las investigaciones realizadas por The National Center for Health Statistics of United States, han demostrado que las mayores tasas de prevalencia se observan en los adultos mayores en instituciones²⁵⁷: “La tasa de alteraciones del estado de ánimo en los pacientes de las residencias fue del 42%, con tasas de depresión diagnosticada clínicamente del 18% entre los pacientes de 65- 74

²⁵⁵ Riquelme, Antonio, Depresión en Residencias Geriátricas: Un Estudio Empírico, Universidad de Murcia: Servicio de Publicaciones, España, 1997, pág. 28.

²⁵⁶ Cfr. Salvarezza, Leopoldo (compilador), La Vejez: Una mirada gerontológico Actual, Editorial Paidós, Argentina, 1998, pág. 360.

²⁵⁷ Cfr. Burke Mary M. y Mary B. Walsh, Enfermería y Gerontología: Cuidados Integrales del Adulto Mayor, Editorial Harcourt Brace, Madrid- España, 1998, pág. 450.

años, que se reducían al 19% en los de 85 años o mayores”.²⁵⁸ Cabe recalcar que algunos de los individuos pueden tener antecedentes de depresión crónica o recidivante.

Sin lugar a dudas existen muchos trabajos donde se comparan las tasas de depresión entre adultos mayores institucionalizados y los que viven en la comunidad y sus conclusiones están generalizadas respecto a la gran presencia de la depresión en los ancianos en residencias geriátricas. Sin embargo tales conclusiones, como se menciona en la compilación de Salvarezza, se han efectuado sin considerar las características particulares de cada investigación respecto a la muestra, la argumentación, la rigurosidad de los criterios de diagnóstico considerados, el contexto cultural, etc.; es decir, los estudios son dispares entre sí, pero sin embargo hay un acuerdo generalizado respecto al resultado sobre la mayor presencia de la trastornos depresivos en entornos institucionales aunque existen diferencias en la prevalencia de tales trastornos y no se ha resuelto un aspecto central que es la identificación de los agentes (orgánicos, psicológicos, psicopatológico y socioambientales) capaces de explicar la elevada prevalencia de dichos trastornos.²⁵⁹

1.4.4. MALTRATO EN LA INSTITUCIÓN

El trato que reciben las personas deriva de la representación que de ellas se tenga. Las representaciones en torno a la vejez residencial, (...) muestran que no se tiene muy claro quién es una persona mayor (...) para determinadas gerontologías, a un anciano hay que tratarle: o como si todavía fuese un adulto, o como si fuese un niño, o como si él fuera más que nada un enfermo, o como si ya no tuviese otro proyecto vital que morirse. Memin, Ch.²⁶⁰

La creación de instituciones dedicadas al adulto mayor supone que se da para brindar atención integral y cuidados a este sector de la población (redes de apoyo

²⁵⁸ Sekscenski E. y Stranhan G., Health, United States, National Center for Health Statistics, Hyattsville-U.S., 1989-1990.

²⁵⁹ Cfr. Salvarezza, Leopoldo (compilador), La Vejez: Una mirada gerontológico Actual, Editorial Paidós, Argentina, 1998, págs. 362 y 363.

²⁶⁰ Observatorio de Personas Mayores: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), Las Personas Mayores y las Residencias: Un Modelo Prospectivo para evaluar las residencias, Tomo I, Editorial Grafo S.A., Madrid- España, 2000, pág. 79.

institucional), por ello resulta contradictorio que se pueda hablar de maltrato en residencias y centros que están para brindar protección, seguridad y servicio.

Al hablar del proceso de institucionalización de una persona mayor, de por si es fácil percatarse que representa para ella una forma de maltrato, ya que se suele herir con ella su individualidad y autonomía. Suele ocurrir que tales instituciones no potencian la independencia del adulto mayor, sino más bien sus políticas producen un retroceso.

Una forma de visualizar lo que es el maltrato en instituciones: “En las residencias de ancianos, el maltrato consiste en emplear medios físicos de coerción, privar a los pacientes de su dignidad y de la posibilidad de decidir en asuntos cotidianos o dispensarles una atención deficiente (...)”²⁶¹.

Según el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la OPS, en los hospitales, residencias y demás centros de adultos mayores, el maltrato se presenta con mayor frecuencia cuando: los niveles de atención son bajos, el personal carece de preparación adecuada o tiene exceso de trabajo, las interacciones entre el personal y los residentes son difíciles o el entorno físico es deficiente y las políticas de servicio benefician más los intereses de las instituciones que la de los adultos mayores.²⁶² Según este Informe, el maltrato en las instituciones sociales y sanitarias –incluyendo las residencias de ancianos- corresponde al grupo de violencia interpersonal en la categoría de violencia comunitaria.²⁶³

Entre los factores relacionados con el maltrato a personas mayores en residencia están los que son dependientes al medio, los dependientes de los cuidadores y los dependientes del anciano. Entre los primeros están: deficiencias en el servicio, barreras arquitectónicas (estructura física de la institución no adaptada a las necesidades de los mayores), falta de privacidad esencial, espacios poco hogareños, deficiente conservación, escasa dotación de personal, ausencia de programas de rehabilitación-terapia ocupacional-asistencia social, ausencia de programas de

²⁶¹ Krug, E y otros, Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: Resumen, Publicación científica y técnica No. 588, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 2002, pág. 20.

²⁶² Cfr. Ídem. Pág. 20.

²⁶³ Cfr. Ídem. Pág. 6.

atención individualizada, falta de trabajo en equipo, escasa variación de menús, horarios estrictos, sobre o infradosificación de medicamentos o escasa o nula supervisión nocturna²⁶⁴, escasez de recursos materiales, normas de funcionamiento inadecuadas tendencia a la obstinación diagnóstica y/o terapéutica, falta de control e inspección.²⁶⁵ En cuanto a lo que respecta a los cuidadores los factores que podrían asociarse con maltrato son: estrés, sucesos vitales, trastornos afectivos o de ansiedad, falta de habilidades sociales y diferentes estrategias de afrontamiento, sentimientos negativos respecto al envejecimiento, infantilización en el trato a las personas mayores, despersonalización del aciano, ausencia de formación y reciclaje, falta de directrices y objetivos en su trabajo y sobrecarga del trabajo por escasa dotación del personal, bajos salarios. Y por último, en relación a los adultos mayores tenemos que los factores que los predispone son: alto nivel de exigencia, mayor grado de dependencia, falta de cooperación, conductas negativas y agresividad.²⁶⁶

En los establecimientos de atención permanente (como los hogares de ancianos, los establecimientos de atención residencial, los hospitales y los centros de atención ambulatoria) son varias las personas que pueden infligir malos tratos, no solo el personal asalariado; puede ser un residente, un visitante voluntario o la misma familia (puesto que una relación de maltrato o descuido entre el anciano y la persona que lo atiende en su hogar no se interrumpe necesariamente cuando aquel ingresa al sistema de asistencia institucional).²⁶⁷

Es fundamental diferenciar de cuando dentro del ámbito institucional hay actos individuales de maltrato o descuido de cuando el maltrato dentro de la institución está generalizado, éste último se definiría ya como maltrato institucional puesto que el régimen predominante en dicho establecimiento es el maltrato o el descuido. Resulta sin embargo complicado discernir si en la práctica si el maltrato o descuido evidenciados en una institución se debe a actos individuales o se dan teniendo como base fallas institucionales, ya que en muchos casos ambos se superponen.²⁶⁸

²⁶⁴ Cfr. s/a, El maltrato a las personas mayores.MPM institucionalizadas, pág. 62.

²⁶⁵ Moya B., Antonio y Barbero G., Javier, Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación, IMSERSO, Madrid- España, 2005, pág.48.

²⁶⁶ Cfr. s/a El maltrato a las personas mayores.MPM institucionalizadas, pág. 62.

²⁶⁷ Cfr. Krug, E y otros, Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Capítulo 5: Maltrato de las personas mayores, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, 2003, págs. 144 y 145.

²⁶⁸ Cfr. Ídem. Pág. 145.

Debido a la escasez de investigaciones respecto en qué porcentaje se dan las distintas deficiencias en los hogares de ancianos, la OMS, citando a Harrington CH (en *Nursing facilities, staffing, residents, and facility deficiencies*), considera relevante tomar en cuenta una encuesta realizada por el Departamento de Ciencias sociales y del comportamiento de la Universidad de California en 1997 a 15.000 instituciones para detectar las problemáticas más frecuentes; de dicho trabajo se establecen 10 categorías generales donde se producirían las mayores deficiencias: 1. Preparación de alimentos (21,8%); 2. evaluación integral de todas las necesidades de atención - médica, de enfermería y la atención social - (17,3%); 3. planes de atención integrales y quienes lo llevan a cabo (17,1%); 4. accidentes (16,6%); 5. úlceras de decúbito (16,1%); 6. calidad de la atención (14,4%); 7. uso de medios de inmovilización (13,3%); 8. administración interna (13,3%); 9. falta de dignidad (13,2%); y, 10. prevención de accidentes (11,9%).²⁶⁹

²⁶⁹ Cfr. Ídem. Pág. 145.

2. MARCO INSTITUCIONAL DEL HOGAR DE VIDA 1 DE LA FUNDACIÓN PATRONATO MUNICIPAL SAN JOSÉ

La institución Hogar de Vida 1 es un proyecto de la Fundación Patronato Municipal San José que se implementa en abril del 2002 y se autodefine como un centro de referencia distrital donde los adultos mayores que se encuentran en situación de mendicidad e indigencia reciben atención oportuna de forma integral, contribuyendo así en la ejecución de las políticas sociales del Municipio Metropolitano de Quito para dicha población con un enfoque de restitución de derechos y mediante procesos de inclusión que generan espacios de inclusión, solidaridad, equidad y bienestar para éste grupo social.²⁷⁰

Mediante una entrevista con la psicóloga Susana Borja²⁷¹, se conoce que el HDV1 pretende siempre superar el concepto de “asilo” en la atención permanente de adultos mayores, puesto que éste coloca a los individuos como objetos de “caridad” y “beneficencia”. A cambio de ello, se considera a esta institución como una residencia temporal con una estructura de servicios comunitarios dirigida al individuo adulto mayor, visto como sujeto de derechos. Por tanto, el HDV1 tiene como misión contribuir a la recuperación de los derechos de la población adulta mayor en situación de indigencia y en situación de mendicidad, y de restablecer dentro de lo posible las redes de apoyo (empezando desde la familia). Para ello se brinda atención multidisciplinaria a través de los siguientes servicios: residencia (temporal y definitiva en casos especiales), nutrición, apoyo psicosocial (trabajo social y psicología), atención médica, fisioterapia, odontología y talleres ocupacionales de capacitación (para elevar su autoestima y mejorar su calidad de vida), recreación y actividades culturales, y, reinserción familiar.

Respecto al proceso que se sigue con cada adulto mayor que es remitido del HDV2 a la institución es el siguiente:²⁷²

²⁷⁰ Hogar de Vida 1, www.fundacionpatronatosanjose.com.

²⁷¹ Entrevista con Dra. Susana Borja, encargada del Departamento de Psicología en el Hogar de Vida 1, septiembre de 2010.

²⁷² Hogar de Vida 1, www.fundacionpatronatosanjose.com.

1. El personal profesional realiza una evaluación integral, para analizar la factibilidad del ingreso al centro o el tipo de apoyo que cada caso requiere.
2. Al ingresar se ofrecen las primeras atenciones de acogimiento: aseo personal, recopilación de datos, alimentación, revisión médica, atención psicológica y fisiátrica, ubicación en dormitorios.
3. Empieza una etapa de integración a la vida interna del centro mediante procesos de adaptación a través de actividades ocupacionales y recreativas (paseos, talleres, interacción con los demás usuarios).
4. Seguimiento y acompañamiento para establecer la realidad personal del usuario. En esta parte se realiza un trabajo sociofamiliar (entrevistas, consejería, taller de familias) para lograr la reinserción en sus hogar, ubicación por parte de la familia en otra institución –de día o permanente- para adultos mayores y/o en otros casos una completa integración en el Hogar de Vida N°1.

El coordinador Edgar Cazar²⁷³, añade que el objetivo final del HDV1 no es la institucionalización permanente de los adultos mayores, sino una óptima reinserción a su familia para que se mantenga integrado en su medio. Dicho de otro modo, se ejecutaría una institucionalización temporal (aproximadamente de dos meses en adelante) para ofrecer una recuperación funcional y psicosocial al adulto mayor y mediante un trabajo social y psicológico con la familia, integrarlo nuevamente en la estructura familiar. A pesar de tal objetivo, en la práctica según refiere, resulta difícil cumplir con la reinserción familiar en todos los casos y por ello existen adultos mayores residentes permanentes de la institución. Esto tiene varias causas: abandono familiar, presencia de discapacidades severas en aquellos ancianos, dificultades (entre ellas las económicas) por parte de los familiares para sostenerlos y brindarles estabilidad, familias multiproblemáticas (antecedentes de alcohol, abandono, negligencia...).

El Hogar de Vida 1 estaría atendiendo a la población adulta válida, semiválida y no válida. Incluye pacientes psiquiátricos que mantienen consultas ambulatorias con el Hospital Julio Endara.

²⁷³ Entrevista con Dr. Edgar Cazar, Coordinador del Hogar de Vida 1, octubre de 2010.

Generalmente la población adulta mayor en el HDV1 oscila entre 130 y 132 usuarios, cabe recalcar que la mayoría son residentes y la minoría lo son de forma temporal puesto que se ha trabajado con ellos y su familia la reinserción.

3. METODOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA: De la población total residente del Hogar de Vida 1, se toma para la muestra a 10 adultos mayores con los siguientes criterios: El 50% son mujeres y el 50% son hombres, no presentan deterioro físico o cognitivo que dificulte su habilidad de comunicación; residirán en la institución por un periodo de tiempo largo o indefinido y todos cuentan con referentes familiares de los cuales reciben escaso o nulo apoyo en el presente.

MARCO METODOLÓGICO: La metodología empleada para la realización del trabajo de tesis es de carácter mixta (cuantitativa y cualitativa), exploratoria, con diseño no experimental.

Para el levantamiento de la información requerida se emplea dos grupos de instrumentos detallados a continuación:

a).- Instrumentos Cualitativos

1. **Historia Clínica:** Se construyó un esquema para la historia clínica, que incluyen los aspectos más relevantes del desarrollo personal, familiar y social del sujeto, fichas psicológicas de evaluación y fichas de situación socioeconómica realizadas en el HDV1 como antecedentes, evaluación de las funciones mentales y de la funcionalidad, evaluación de los afectos y habilidades sociales en las relaciones interpersonales y fuentes de satisfacción e insatisfacción.

2. **Entrevista a Profundidad:** Su fin es poner en evidencia las percepciones de los adultos mayores respecto a su vida institucional en base a unas preguntas estructuradas que se encuentran formuladas a través de varios ejes:

- Percepción de su llegada a la institución
- Percepción de satisfacción de sus necesidades en la vida en la institución
- Percepción de su rol en la institución
- Percepción del rol y lugar en la familia antes y después de la institucionalización
- Percepción de soporte familiar en este momento
- Expectativas que tiene el adulto mayor respecto a la institución, a los cuidadores y a la familia

Entonces este instrumento permitió recuperar la experiencia vivida desde el momento del ingreso a la institución y la percepción de los entrevistados respecto al entorno del que forman parte.

3. Historia de Vida: Cuyo eje central es la percepción del adulto mayor sobre su propia vejez y su vida presente y pasada, del sentido de su propia vida. Implica un retorno autobiográfico donde el sujeto se coloca en posición de relatarse- narrarse. El papel del investigador es valorizar la subjetividad (cómo el sujeto construye los significados que en gran medida son el resultado de su relación con el mundo social), el lenguaje, la evocación y las formas de contar de quien narra su historia.

b).- Instrumentos Cuantitativos

1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depresión Rating Scale, HDRS).- Su autor M. Hamilton, creó este instrumento para evaluar la gravedad del cuadro depresivo. Consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo. El marco de referencia temporal es en el momento de la entrevista excepto para algunos ítems, como los de sueño en que se exploran dos días previos. Para cada ítem la escala proporciona criterios operativos de puntuación. La versión que se emplea en ésta ocasión es la de 17 ítems que se encuentra constituida por: 1 humor deprimido, 2 sentimiento de culpa, 3 suicidio, 4 insomnio precoz, 5 insomnio intermedio, 6 insomnio tardío, 7 trabajo y actividades, 8 inhibición psicomotora, 9 agitación psicomotora, 10 ansiedad psíquica, 11 ansiedad somática, 12 síntomas somáticos gastrointestinales, 13 síntomas somáticos generales, 14 síntomas genitales, 15 hipocondría, 16 pérdida de peso y 17 perspicacia.

Los aspectos a considerar para su corrección e interpretación son:

- Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro y una puntuación en tres factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño; y también se considera un factor de vitalidad- enlentecimiento.
- La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem.
- Existen distintos puntos de corte o normas de interpretación
- 0-7: no depresión, 8-12: depresión menor, 13-17: menos que depresión mayor, 18-29: depresión mayor y 30-52: más que depresión mayor.

- Una puntuación igual o superior a 25 corresponde a una depresión grave; una puntuación entre 7 y 17 corresponde a una depresión moderada; y, valores inferiores con indicativos de la ausencia o remisión del trastorno.²⁷⁴

2. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS).- Construida por T.L. Brink, J.A. Yesavage y O. Lum, la GDS es la única escala de depresión específica construida para ancianos. Es una escuela de cibrado, de detección de la posible presencia de depresión. Para el efecto de la investigación se usa la escala más larga, que consta de 30 ítems, formulados como preguntas y con respuesta dicotómica sí/no.

En cuanto a la corrección e interpretación es necesario considerar lo siguiente:

- Proporciona una única puntuación que se obtiene sumando la puntuación en cada uno de los ítems.

- En ésta versión:

- Una respuesta afirmativa en los ítems N° 2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26 y 28 vale 1 punto.

- Una respuesta negativa en los ítems N° 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 y 30 también vale 1 punto.

- Los puntos de corte recomendados son los siguientes:

0-10 puntos: normal; 11-30: posible depresión

- Otros autores hacen otra diferenciación en el corte:

11-20: depresión leve; mayor que 20: depresión grave.²⁷⁵

En la presente investigación se consideraran los dos cortes puesto que arrojan datos diferentes entre sí.

²⁷⁴ Cfr. Bobes García, Julio y otros, Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica, 3ª edición, Ed. Ars Medica, Barcelona- España, 2004, pág. 53.

²⁷⁵ Cfr. Ídem, pág. 60.

4. RESULTADOS

Los resultados obtenidos a través de la historia clínica, la historia de vida y la historia familiar, permitieron conocer los antecedentes de la historia individual y familiar de los adultos mayores que conforman la muestra. El análisis de los datos permitió identificar como se fue configurando el abandono familiar a través de las etapas del ciclo vital y la construcción, extensión y calidad de las redes de apoyo familiar.

En el análisis de los datos obtenidos se identificaron los siguientes elementos:

FAMILIA DE ORIGEN

La estructura de la familia de origen de la gran parte de adultos mayores no fue tradicional, excepto una. En la mayoría de casos las relaciones paterno- filiales no llegaron a establecerse como vínculos estrechos, afectivos y duraderos. Solo el 20%, las familias, con estructuras más organizadas y sólidas, brindaron soporte emocional sostenido en las primeras etapas de vida, los demás adultos mayores experimentaron familias con relaciones conflictivas, con quiebres o distantes. Es este mismo 20% que menciona haber tenido apoyo familiar en su desarrollo.

El 50% ya sufrió abandono durante la niñez, siendo entregados para ser criados y empleados por otros.

En términos generales, el 80% no cuenta con red de apoyo constante y de calidad (sea constituida por su familia o los encargados de su crianza). Hay una gran carencia de apoyo afectivo sostenido en el tiempo; por tanto se presume que no pudieron experimentar relaciones de apego propiamente dichas; es decir, que provean seguridad, protección y cuidado incondicional. Por ello no es una sorpresa que solo el 50% recuerda haber tenido una salud sin grandes inconvenientes; el restante 50% manifiesta: consecuencias de maltrato físico, malnutrición, consumo de tabaco y alcohol en tempranas etapas (en los hombres), fiebre amarilla y accidente de tránsito.

Por otra parte, el 70% da cuenta de una situación socioeconómica de pobreza en la familia de origen, lo cual contribuyó a que en éstas difíciles condiciones, un 50% sufriera el abandono de sus padres y de sus responsabilidades para con ellos ya que fueron entregados a otras personas. Lo anterior se relaciona con el aspecto de la educación ya que el 40% no tuvo ninguna educación, el 30% primaria incompleta y solo un 10% tuvo educación secundaria (quien perteneció a la única familia con estructura tradicional y mantuvo una situación socioeconómica mejor).

El 90% de la muestra ya se encontrara trabajando en su adolescencia y juventud debido a las dificultades económicas y la carencia de apoyos de calidad. El 10% que no trabajó durante éstas primeras etapas fue porque al casarse tempranamente recibió apoyo material de su cónyuge.

FAMILIA NUCLEAR

Respecto a la categoría de la familia nuclear, se encuentra que el 30% se casó y el 20% vivió en unión libre, el resto tuvo relaciones furtivas sin permanencia en el tiempo.

De quienes estuvieron casados, el 20% se divorció cuando estaban en la etapa con niños pequeños y el otro 10% conserva su matrimonio hasta éstos días pero sin hijos propios.

Del 20% que vivieron en unión libre, el 10% pierde por muerte a pareja al ser su hijo mayor y el otro 10% tras la separación se responsabiliza solo de sus hijos.

El 80% tuvo hijos, de los cuales el 40% se ocupó solo de crianza, el 20% compartió crianza de sus hijos con su pareja y el otro 20% simplemente no ejerció su paternidad. El otro 20% sin hijos, tuvo experiencias de paternidad con hijastros y sobrinos.

Durante estas etapas y debido a sus grandes esfuerzos en la vida laboral el 60% se encontró en una situación socioeconómica sin grandes necesidades, pero el restante 30% experimentó pobreza y un 10% ya vivió en indigencia.

Todas las mujeres trabajaron como empleadas realizando tareas domésticas en algún momento y tuvieron trabajos informales. De los hombres, la gran mayoría tuvieron trabajos más estables y duraderos.

En este periodo, en cuanto a la recepción de apoyos: solamente el 20% cuenta con apoyo de familia de origen (hermanos) y el otro 80% cuenta como red de apoyo a amigos y otros (vecinos). Por otro lado, el 80% proveyó de apoyos afectivo y/o material a familia, y el otro 20% no lo hizo debido a que renunció a sus responsabilidades de padre.

La gran parte de hombres presenta un consumo excesivo de alcohol y un 10% que consumía alcohol a temprana edad deja de hacerlo.

LA TERCERA EDAD

Al llegar la muestra a la tercera edad, la situación paterno-filial se resume así: El 20% que no asumió responsabilidades como padres y por tanto no estableció vínculos de apego con sus hijos, en éste momento carece de todo apoyo por parte de ellos. Del 60% que participó o se ocupó de la crianza de sus hijos, solo el 30% recibe apoyo de sus hijos antes de la institucionalización, pero es escaso y de poca calidad.

En cuanto a su situación socioeconómica, como ningún adulto mayor se afilió al Seguro Social al llegar a la tercera edad no pudieron contar con pensión jubilar y solo el 20% tenía bono antes de su institucionalización.

El total de la muestra se encontraba en una situación que de pobreza y extrema pobreza, que coexistía con un apoyo familiar deteriorado, deficiente o nulo. Intentaron subsistir con pequeños empleos informales (venta de comida o artículos, lavado de carros), cuyos ingresos no les permitían una vida digna. El 50% se encontraba en situación de mendicidad, el 70% en situación de indigencia, y el otro 30% en peligro de estarlo.

Tomando en cuenta las redes de apoyo, los datos determinan que para el 20%, que no tuvo hijos, la familia de origen (hermanos) fue el principal proveedor de apoyo. Del 80% que tuvieron hijos, el 50% (constituido por el 20% que no asumió

responsabilidades como padre y el otro 30% que sí lo hizo) no recibe ningún apoyo de la familia. El 40% del total de la muestra recibió apoyos de amistades y otros (vecinos) para cubrir sus necesidades básicas.

La salud física en esta etapa de la vida presenta grandes cambios, de los cuales los compartidos por algunos de la muestra son: 60% dificultades en la marcha, 40% tiene hipoacusia y 30% tiene diabetes.

Al ingresar en la institución todos se encontraban en situación de vulnerabilidad, lo cual parece hacerse también evidente en su salud mental. Las historias clínicas de los adultos mayores estudiados dan cuenta que en el 90% hay deterioro cognitivo, que por una ocasión o varias se los diagnosticó con estado de ánimo depresivo o que ha padecido de algún episodio depresivo y que el 40% tiende a la irritabilidad y al estado de ánimo irritable. Todos han recibido intervenciones psicológicas para evaluación, resolución de conflictos y uso de técnicas cognitivas (reducción a lo absurdo, trabajo en ideas fijas).

SITUACIÓN DE ABANDONO

Al analizar la situación de abandono, se evidencia que el 100% sufría abandono familiar parcial (quienes mantenían contacto más frecuente con hijos: 30%) o total (50% de hijos, 10% de sobrinos y 10% de hijastro) aún antes de ingresar a la institución.

Del 80% que tuvieron hijos, se concluye que ninguno de los hijos asume su responsabilidad filial a cabalidad o simplemente no lo hace.

En el 20% de adultos mayores, todos hombres, el historial de alcoholismo tiene estrecha relación con el descuido de sus hijos en el presente por ellos, puesto que como padres en primer lugar no fueron fuente de apoyo para sus hijos.

Respecto a la vivencia del abandono, solo el 30% se percibe abandonado y el 70% no se considera abandonado y la razón se encuentra en que no responsabiliza a sus hijos de su situación.

Todos los adultos mayores cuentan con referentes familiares pero en éste momento en el que se encuentran en el HDV1 ninguno cuenta con el apoyo requerido para salir y realizar una reinserción familiar. Por lo cual el efecto de éste desinterés de la familia produce que el 100% de la muestra de adultos mayores se encuentren en una institucionalización indefinida puesto que se conservan en situación de vulnerabilidad ya que al salir tienen el riesgo de ubicarse en situación de mendicidad y/o indigencia nuevamente.

EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES MENTALES

Durante la evaluación de las funciones mentales y la aplicación de los instrumentos de investigación, el 80% muestra colaboración mientras que el 20%, hombres, es evitativo y hostil en las respuestas.

El 40% evidencian un aspecto externo cuidado, y el porcentaje restante mantiene un parcial cuidado en higiene y aseo personal (40%) y descuido (20%).

En cuanto a la percepción de salud que tiene la muestra se encuentra que el 60% se preocupa continuamente por su funcionamiento, pero el 100% refiere algún tipo de molestia y/o dolor fundamentalmente en el aparato locomotor.

Tan solo el 40% es totalmente independiente en las seis funciones de las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Katz) y el 20% en cinco funciones, el resto de la muestra tiene dependencia funcional en más funciones.

En las actividades instrumentales de la vida diaria (Escala de Lawton y Brody), es importante considerar que éstas no se realizan necesariamente por incapacidad o discapacidad, sino porque en la situación de institucionalización algunas se encuentran limitadas y por tanto disminuidas o eliminadas. Así tenemos que: el 90% contesta pero no marca el teléfono, el 70% es incapaz de comprar, el 100% necesita que se le preparen y sirvan las comidas, el 70% necesita ayuda para las labores del hogar, un 70% requiere que el lavado de ropa sea realizado por otro, el 60% no utiliza medios de transporte, el 90% no es capaz de administrarse su medicación y el 60% no maneja sus dinero.

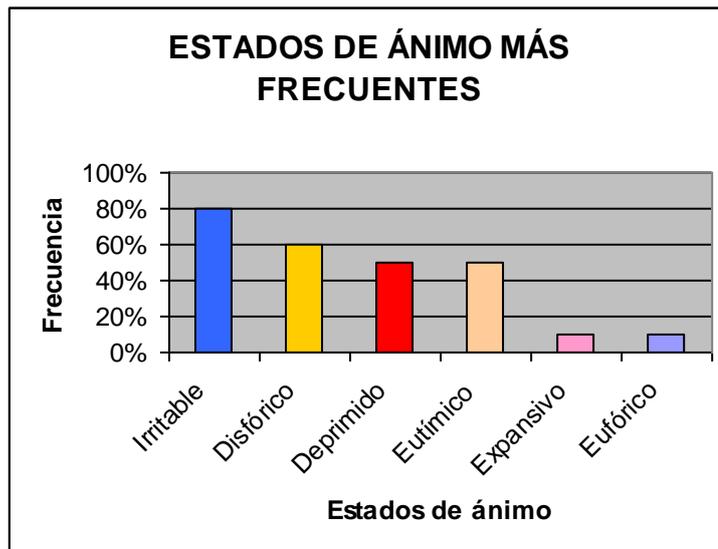
Considerando las actividades avanzadas de la vida diaria, se puede observar que solo la mitad participa en talleres programados en el HDV1 aunque la mayoría si asiste a programas, paseos y eventos religiosos. Independiente de las actividades programadas en la rutina diaria en la institución, la gran parte cuida de otros de alguna forma.

El uso del tiempo libre es muy diverso, aunque la mayoría lo usa para conversar o para mantenerse sentado, y la mitad lo usa para caminar y dar de comer a los animales. Solo un 10% tiene un trabajo remunerado, y éste es fuera de la institución.

Al evaluar el área cognitiva, encontramos como principales generalidades las siguientes: el 70% tiene su percepción ligada a su estado emocional; el 100% tiene orientación autopsíquica; un 90% se encuentra parcialmente desorientado en tiempo más no en espacio; el 80% presenta deterioro leve en la memoria inmediata; el 50% tiene deterioro leve y el 40% deterioro moderado en la memoria reciente; el 80% tiene deterioro leve en la memoria remota, el 70% tiende a recordar hechos negativos y experiencias de frustración; el 70% tiene conservada la función de la atención, el 70% mantiene un curso normal del pensamiento; en cuanto al contenido del pensamiento el 100% tiene ideas dominantes y/o obsesivas (cuyo tema principal es la preocupación por la salud y por problemas corporales y menos frecuentes: situación de abandono, minusvalía, salir de la institución lejanía de hijos, apariencia, obtener trabajo y suicidio); el 70% tiene un lenguaje claro y fluido; y, el 90% aún refiere soñar pero muy poco y con la dificultad para recordarlos.

Una de las áreas más relevantes en el estudio de las funciones mentales es la del estado de ánimo y las emociones.

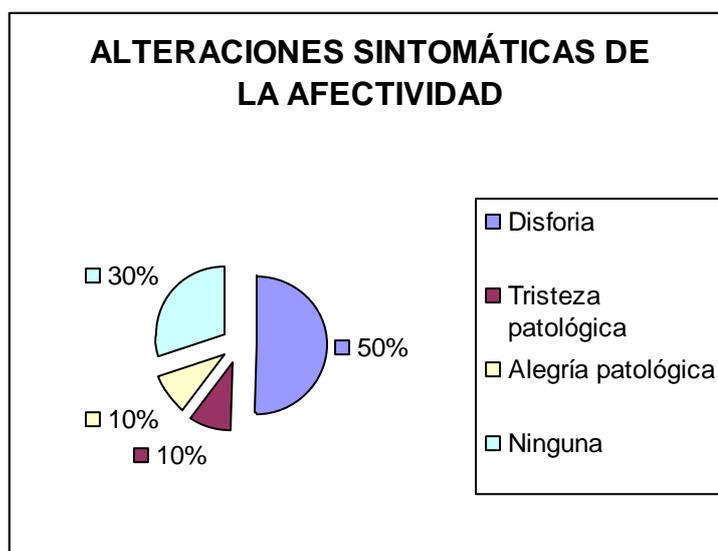
En primer lugar, se establece que los estados de ánimo que experimentan los adultos mayores, con mayor o menor frecuencia, son:



Fuente: Autora

De esto resulta evidente el predominio del estado de ánimo irritable y también del disfórico (estado de ánimo desagradable con predominio de la sensación de malestar), el cual se hace presente con mayor frecuencia y con una fuerte irradiación afectiva (afecta a entorno, especialmente a sus pares). Por otro lado, la mitad de los ancianos experimentan el estado deprimido (tristeza) así como estado eutímico (normal). Un pequeño porcentaje experimenta estado de ánimo expansivo puesto que hay ausencia de control sobre la expresión de los propios sentimientos con tendencia a la desinhibición y otro 10% un estado eufórico (alegría extrema).

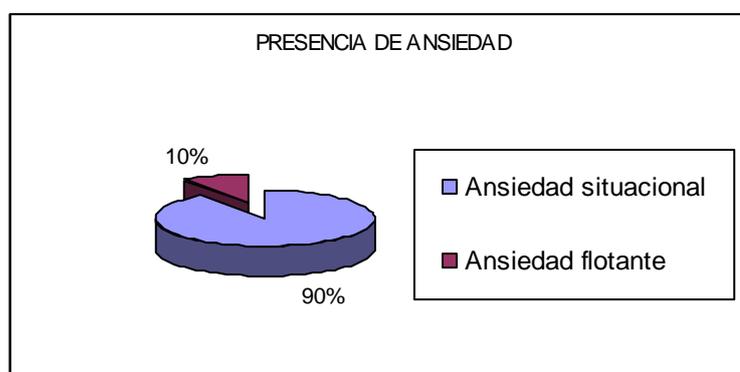
Respecto a las alteraciones sintomáticas de la afectividad se observa lo siguiente:



Fuente: Autora

El 50% presenta disforia ya como una alteración sintomática, del cual el 30% son hombres y el 20% mujeres. En menor porcentaje, se encuentra la tristeza patológica (10%) y la alegría patológica (10%), todas mujeres. Se concluye, que el 70% tiene alteraciones sintomáticas de la afectividad: 40% mujeres y 30% hombres. El restante 30%, a pesar de experimentar algunos estados de ánimo que le producen malestar predominan en ellos el estado de ánimo eutímico.

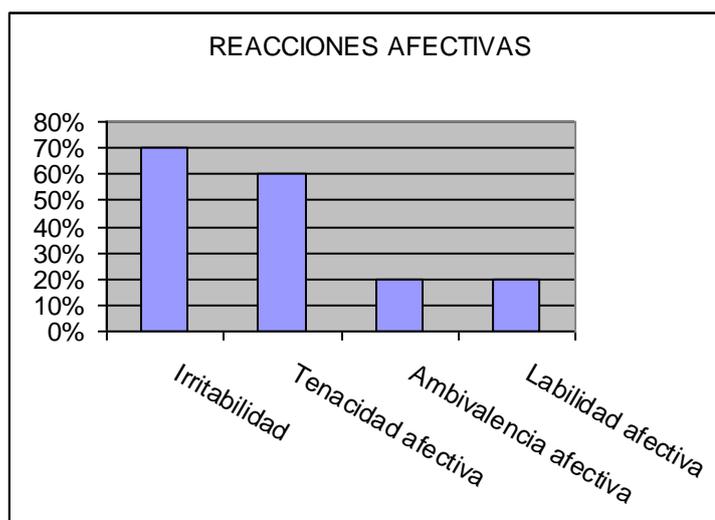
ANSIEDAD



Fuente: Autora

Al evaluar la presencia de ansiedad, los resultados fueron: ansiedad situacional (sólo se da en relación con situaciones u objetos concretos) se evidencia en el 90% de los ancianos, fundamentalmente en las mujeres (50%); mientras que la ansiedad flotante (emoción ansiosa persistente y mantenida sin causa aparente pero que se pone de manifiesto ante diversos acontecimientos o sucesos) está en un 10%, que corresponde a un hombre y que experimenta ya un síndrome disfórico.

REACCIONES AFECTIVAS



Fuente: Autora

El gráfico anterior es que al igual que predomina el estado de ánimo irritable también prevalece la irritabilidad como reacción afectiva con un mayor porcentaje (70%). También tiene gran presencia la tenacidad afectiva (60%), la persistencia en un estado de ánimo. En menor medida están las reacciones afectivas: ambivalencia afectiva y labilidad afectiva, 20% cada uno.

RELACIONES INTERPERSONALES

En el área interpersonal, solo el 10% tiene amistades, el 20% pareja (“Yo prefiero estar con ella que con los demás individuos”), el total de la muestra se relaciona la mayoría del tiempo mediante contactos casuales. En esto mucho tiene que ver lo que los adultos mayores piensan los unos de los otros: *“No estoy con los demás porque ellos están enfermos de la cabeza, tienen malas costumbres y para qué mejor me alejo”* (entrevista a profundidad). *“No hay hermandad, no hay compañerismo, hay egoísmo e hipocresía”* (entrevista a profundidad). *“Complicado ha sido vivir con otras personas, lo más difícil”* (entrevista a profundidad). *“Más que todo los longos no me quieren, ya se fue una que me sacaba la lengua, otavaleña, no sé por qué no me quería. (...) Egoístas son, todo le dejo a mi Dios”* (historia de vida). *“Le he dicho que no tengo amistades aquí, por qué será. De mi vida pregúnteme, de los viejos no sé ni todos los nombres, están incompletos, reina la hipocresía”* (historia de vida). *“No pregunto como están, paso no más (...)”* (historia de vida).

Quien tiene amistades se expresa así: *“Hay que buscar amistades que sean buenos, el resto de personas no hay como conversar son groseros, están mal de la cabeza, hay que evitar por eso me alejo (...) Busco ser amigable (...) Con cualquier persona amigable, decente se puede conversar, eso sí una conversación sincera”* (historia de vida).

Las habilidades sociales que la muestra han puesto de manifiesto son: empatía (60%), y la solidaridad (60%), características que se encuentran presentes en gran parte en las mujeres. La cooperación no se presenta en el 100% de la muestra.

Así las mujeres expresan ideas como: *“Me da pena cuando puedo ayudo, doy la manita, le digo venga a sentarse, a una señora pobrecita le llevo en el ascensor”* (historia de vida). *“A veces digo no les trate así, todos vamos por el mismo camino, no se ve la cara”* (historia de vida). *“A mi de los tueritos me da pena, hay más viejitos que yo”* (historia de vida). Estas consideraciones dan cuenta de un algo componente de compasión, pero al mismo tiempo manifiestan un deseo de diferenciarse de otro que se encuentra en peores condiciones y circunstancias y cierto temor explícito e implícito a estar o llegar a estar como esos otros: *“Que voy a decir cuando les veo, más bien pienso yo más tarde así estaré como ellos, me da un poco de tristeza, si he visto y sigo viendo, algunos pobres que no tienen familia (...) Bastante he visto yo no tienen fuerza ni nada ya no pueden trabajar, no ve así como estoy, me doy modos para trabajar”* (historia de vida).

En general, solo el 20% contó con familias estructuradas, el restante 80% tuvo familias con características disfuncionales: presencia de abandono de responsabilidades paternas, distancias, quiebres, maltrato, separaciones y conflictos.

Es precisamente éste último porcentaje que no contó con una red de apoyo constante y de calidad. Hay una gran carencia de apoyo afectivo sostenido en el tiempo.

El 50% refiere haber tenido algún inconveniente en su salud durante tales etapas. El 70% se encontraba en una situación socioeconómica de pobreza, lo que puede

explicar de cierta forma el bajo nivel de escolaridad presente en términos generales en la muestra.

El 90% ya trabajaba en su adolescencia y juventud.

Solo el 30% se casó, y de éste porcentaje solo un 10% se mantiene caso. El resto de adultos mayores tuvieron relaciones casuales y convivieron por cierto tiempo. El 80% tuvo hijos, casi la totalidad de las madres asumieron solas el cuidado y la manutención de sus hijos, los hombres por su lado algunos cuidaron a sus hijos hasta cierto periodo de la vida y otros nunca asumieron responsabilidad como padres.

Las mujeres se mantuvieron con trabajos de tareas domésticas, los hombres tuvieron entre sí trabajos de distinta índole pero con mayor estabilidad en el tiempo.

En este periodo cuentan con fuerte apoyo de amistades y vecinos.

Los hombres dan cuenta de antecedentes alcohólicos.

Al llegar a la tercera edad, solo el 30% recibe algún tipo de apoyo de su hijo, pero éste es insuficiente; y este porcentaje se presenta también algún tipo de violencia o maltrato por parte de los hijos.

El 20% que no tuvo hijos tuvieron una red de apoyo extremadamente reducida (hermanos y ciertos sobrinos). Llegan a ésta edad en situación de pobreza, con dificultades para trabajar en lo que hacían antes, algunos se encuentran en situación de calle (mendicidad y/o indigencia).

Hay una reducción mayor en la recepción de apoyo por parte de la familia en la vejez, y esto se compensa de cierta forma con las redes de amigos y vecinos.

La salud y funcionalidad decrece, compartiendo la mayoría en común dificultades en la marcha.

El 100% sufrió abandono familiar parcial o total aún antes de la institucionalización, un factor más que los colocó en alta vulnerabilidad. Nadie que tuvo hijos tuvo apoyo de calidad por parte de ellos. Pero solo el 30% se asume abandonado por su familia.

La mayoría en el presente descuida parcial o totalmente su higiene y aseo personal. La mayoría comparte una preocupación por su funcionamiento corporal.

En las actividades básicas de la vida diaria solo el 40% es totalmente independiente, en las actividades instrumentales hay impedimentos de realizarlas por dificultades individuales y contextuales y en cuanto a las actividades avanzadas hay un porcentaje de la mitad que se incluye en tareas ocupacionales y el uso del tiempo es muy diverso y complejo, unos son más pasivos que otros.

La gran parte liga su percepción a su estado de ánimo y se orienta autopsíquicamente. Las funciones cognitivas que se ven afectadas en distintos grados son: orientación del tiempo, los sueños, memoria inmediata, memoria reciente y memoria remota. Se tiende a recordar hechos negativos. Las funciones más conservadas son la atención, el lenguaje y el curso del pensamiento.

El 100% tiene ideas dominantes que dan cuenta en su mayoría de preocupaciones por la salud y problemas corporales y con menor frecuencia están las ideas por abandono, minusvalía, distanciamiento con hijos, preocupación por trabajo.

El estado de ánimo por su cuenta nos permite también observar que la mayoría experimentan estados de ánimo irritable y disfórico, y la mitad un estado de ánimo deprimido. El 70% tienen alteraciones sintomáticas de la afectividad, predominando la disforia y menor grado la tristeza patológica y la alegría patológica. Se encuentra en la mayoría una ansiedad situacional más que flotante. En las reacciones afectivas, continúa prevaleciendo la irritabilidad y se encuentra seguida en frecuencia por la tenacidad afectiva.

Las relaciones interpersonales evidencian gran pobreza, un 20% tiene pareja y solo un 10% da cuenta de amistades; y se evidencia en ellos empatía y solidaridad en las

mujeres especialmente pero no predominan en el tiempo. La cooperación, entendida como trabajo por un objetivo común es nula.

LA PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR SOBRE SÍ MISMO Y SU VIDA

- **CONCEPCIÓN ACTUAL DE SU VIDA**

Respecto a lo manera cómo evalúan su vida, hay varias perspectivas. Unos relatos dan cuenta de una aceptación por las equivocaciones cometidos y de una valoración por las cualidades que ha adquirido en el transcurso de la vida: *“Lo que doy gracias a Dios yo no he sido corrupto, desde pequeño yo he sido correcto, sin cometer ninguna falta. Yo he sido conforme con mi destino y mi suerte. Bueno Dios lo sabe todo, como dice el dicho, sabe todos los cabellos de cada uno, yo soy cristiano, así he sido y así he de terminar. Lo que hubiera deseado en mi vida es no tener malas amistades, desperdiciar el dinero, porque hubiera podido vivir tranquilo, pero no fue así, por mi mala cabeza. Lo más importante en la vida es ser sincero, digno, pasivo. (...) Yo he tenido mis errores, pero como dice el dicho mis equivocaciones ya las estoy pagando. (...) Después que Dios nos da la vida, uno se hace la vida, si uno quiere ser bueno, se da cuenta a tiempo, las personas hacen su propia vida”* (historia de vida).

Otros relatos dan cuenta que perciben su vida como cargada de sufrimiento y pesimismo: *“Usted sabe que en la vida, la acumulación de sufrimientos (...) Mi vida ha sido un desastre, claro que yo tengo la culpa por haberme hechos de malos amigos (...) Si yo pudiera llorar sangre por la desesperación que siento yo (...) Mi papá era mujeriego, me regaló a mi y a mi hermano. Entre mis hermanos yo he sido el más perjudicado, he tenido tanta mala suerte desde que nací. Estoy cansado de vivir (...)”* (historia de vida).

Hay también quien combinan relatos de sufrimiento e inconformidad con resignación: *“He nacido para ser víctima de la gente, de mi misma, tengo cinco operaciones, me golpeó una moto en la pierna (...) Amarga para mi toda mi vida ha sido amarga, desde que me quedé huérfana de mi papá a los dos años. Una vida de calvario, dolorosa. Pero Dios me dio una prueba, a todo el mundo, pero es hay que*

saber llevar con dignidad, no con orgullo, no prosudar (...) Porque Dios ha querido que las cosas sean así. De todo he tenido de todo, de todo, y ahora no tengo calzón para ponerme. Todo viene de la mano de Dios” (historia de vida). *“Trabajaba eso sí extraño trabajar, pero aquí quién me ha de dar trabajo, así, con éste andador, si estuviera sana, trabajara, pero bueno eso fue lo que quiso Dios y eso es todo”* (historia de vida).

- PERCEPCIÓN DE SU VEJEZ

Al hablar de lo que significa para ellos ser una persona de la tercera edad, hay una gran diversidad de respuestas. Por ejemplo hay quienes añoran el trabajar y la llegada a ésta edad como el impedimento para seguirlo haciéndolo: *“Si da pena, yo era ágil, yo mismo pagaba y trabajaba. Que vamos a hacer si Dios ya, ya llegamos a esta edad”* (historia de vida). Otros relatos dan cuenta que por sí mismos los adultos mayores se ponen en situación de marginalidad y que han interiorizado estereotipos y prejuicios respecto a la vejez (viejismo): *“Me da pena de ser vieja, aquí no molesto a nadie”* (historia de vida). Otros asocian directamente ser adultos mayores con estar enfermos: *“(...) Me duele la cintura, la pierna, ya no puedo, si Dios ya me dio salud, ahora a esta edad, no me queda más que conformarme para el resto de mis días”* (historia de vida). Se habla también de una plena resignación: *“Ya estoy resignado ha vivir así, vivir aquí hasta que muera”* (historia de vida). Otros relacionan la vejez con el cansancio: *“(...) ya estoy cansado de la vida (...) solo esperando la muerte”* (historia de vida). Hay quienes añoran la juventud: *“Me gustaría estar joven porque ya estoy empezando el principio del fin. De viejo ha sido feo, no me gusta ser viejo”* (historia de vida); y al comparar la juventud con la vejez, dan cuenta de su visión negativa de la última: *“Va disminuyendo el ánimo, hay cosas que a uno le molesta, la comida por ejemplo. De joven no se siente pero después ya. Lo más difícil difícil la salud, la enfermedad, ya me está dominando, agobiando ya (...) La ventaja que estoy aquí más o menos, porque no tengo hogar ni familia, fregada la vida afuera para las personas de nuestra edad, para la gente joven que trabaja puede ser”* (historia de vida).

Ninguna concepción de la vejez da cuenta de generatividad, hay por el contrario una visión negativa del envejecimiento que se ha plasmado en su sentido: asimilan la

vejez con el sufrimiento, correlacionan el envejecimiento y la pasividad, asocian la vejez con dependencia y la vejez, y las fallas en el cuerpo como instrumento para hacer.

Al preguntar qué piensan del amor en el presente, la mayoría de respuestas manifiestan que ya no piensan en el tema: *“Para mi ya se acabó, chao, de amor nada”* (historia de vida). *“Ya qué, así voy a salir enamorado –señala su cuerpo- ya no”* (historia de vida).

- PERCEPCIÓN DE LA MUERTE

La visión que tienen los adultos mayores de la muestra de la muerte es muy diversa. Unos manifiestan no sentir miedo a la muerte necesitar “estar preparados”: *“Lo único es que tengo que estar con mi conciencia tranquila con Diosito. Yo sé que tengo que morirme, no le tengo miedo a la muerte, puedo morir hoy, mañana. No le tengo miedo a los muertos, yo les he tocado. A la final todos caminan por el mismo camino, rico, pobre, blanco, negro, cholo, unos más adelante otros más atrás”* (historia de vida). *“Para morir hay que pedir a Dios y a la Virgen y estar preparado”* (historia de vida). Para otros adultos mayores, que asocian la vida en este momento con cansancio añoran la muerte como un descanso: *“Yo si quisiera que Taita Dios me lleve breve breve, estoy cansado de estar”* (historia de vida). Otro anciano expresa temor a morir de cierta forma: *“No tengo miedo a la muerte, a morir así como yo, muerte lenta sí (...) poco a poco, las consecuencias de las operaciones (...) ya no hay remedio para mí, solo caja, jaja, hasta el 2012 el pronóstico”* (historia de vida). *“Como llegue me da miedo, estaré durmiendo y ahí nomás no chao”* (historia de vida).

Muy pocos hablan de una trascendencia a la muerte: *“Yo sí he tenido temor a la muerte, pero ahora, pienso que lo mejor que me puede pasar es la muerte, librarse de tanto prejuicio de las personas. Lo más importante es el alma, al final es lo que importa, después de la vida aquí el alma está tranquila el alma arriba. Yo soy católico (...)”* (historia de vida). Sus creencias religiosas les dan una visión de la vida y la muerte: *“Lo único que yo deseo la muerte, yo voy a pasar de todos los males y prejuicios, voy a encontrarme con mi Dios. Los que hacen mal pagan aquí mismo”*

con enfermedades porque aquí es el infierno y el cielo. Si yo tengo enfermedades no es por castigo de Dios sino por mi descuido, porque Dios no castiga, da la mano al enemigo” (historia de vida).

Hay respecto a la muerte también el deseo de morir de una u otra forma: (...) Para irme a dormir le pido para morir bien. Yo me cuido. Digo Jesús, José y María líbrame de una muerte repentina”.

En general, pocos adultos mayores al evaluar su vida dan cuenta que recuerdan con aceptación y realizan una aceptación de su vida tal cual es, por el contrario los demás recuerdan con gran nostalgia, frustración, sufrimiento, inconformidad y pesimismo. Predomina una visión negativa del envejecimiento que se relacionan estrechamente con el sentido; la vejez entonces aparece vinculada estrechamente con: la enfermedad, la pérdida de autonomía, fallas en el cuerpo, ausencia de trabajo, opuesta a la juventud, marginalidad, aislamiento. La muerte es concebida de variadas formas, unos dicen que es algo para lo que hay que estar preparados, para otros representa un descanso, otros que dicen que tienen más temor a la forma en cómo morirán que a la muerte en sí misma y por último hay quienes creen que trascenderán a la muerte con la permanencia del alma.

PERCEPCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES RESPECTO A SU VIDA EN LA INSTITUCIÓN

- **PERCEPCIÓN AL INGRESAR AL HOGAR DE VIDA 1**

Considerando los resultados sobre la percepción del adulto mayor en su vida institucional, es importante visualizar que de la muestra el 30% refiere haber ingresado voluntariamente y el 20% menciona haber sido engañado. Y hay un importante 40% que menciona que su ingreso fue voluntario.

Esto fundamentalmente da cuenta de que existen diversas percepciones sobre su ingreso a la institución.: unos fueron ingresados sin ser consultados (*“Acá me trajo,*

yo he sido bien salada, una señora. Yo estaba en Quito, con la madre Manuelita, secuestrada me trajeron aquí a botarme a ésta jauría de ladrones”) o fueron engañados (*“Con engaños me coge, no por borracho, venga le doy un almuercito, bueno y de ahí a parar en la Marín”*) para institucionalizarlos. Por otro lado, están quienes ingresan voluntariamente debido a que su situación por fuera los hace tan vulnerables que prefieren el ingreso: *“Yo misma me vine (...) me quedé por mis propios pies”* (entrevista a profundidad). *“Yo mismo me entregué solito, solito bien, sin que nadie me traiga, me vine solito”* (entrevista a profundidad). *“Yo vine solo, yo estuve el primer año del hogar, sin tener de quien despedirme”* (entrevista a profundidad). *“Vine para acá porque me quedé en la miseria, me robaron el negocio, me quedé sin trabajo*

El 60% asume que sus hijos y familiares sí conocían que se encontraba institucionalizado; mientras que el restante 40% manifiestan que sus familiares no se enteraron.

Del 60% que afirma que su familia conocía de su permanencia, el 40% recibieron muy pocas visitas, el 10% recibe visitas constantes de un familiar y un 10% nunca ha recibido visitas de familiares.

En cuanto a cómo se sintió los primeros días en la institución una gran parte (conformado por: 20% con ingreso involuntario, 20% con ingreso por engaño, 20% con ingreso voluntario y 10% que no recuerda el momento de su ingreso) afirman que tuvieron un gran malestar, el cual refieren tuvo las siguientes manifestaciones: ansiedad, quejas por la inactividad, dificultad para conciliar el sueño, pesadillas, sentimientos de soledad, llanto, incomodidad por presencia de personas del sexo opuesto, temor por el maltrato físico de otros compañeros, falta de apetitos, molestia por el sabor de la comida, incomodidad por el encierro y desagrado por el ambiente.

Al respecto del malestar señalan lo siguiente: *“Pasaba contrariada, sin ver a nada, con gente mala, que me pegaban, toditos los brazos verdes. Pasaba aquí, no comía, no dormía...como ahora, no como no duermo. Hay una tonta que me dio un palazo”*. *“El día que viene estaba sin comer pero no comí nada porque la comida era incomible”* (entrevista a profundidad). *“Los primeros días era como diablo en*

botella. Los hombres vacilaban, les digo esto es hogar de ancianitos no es cabaret. Uno en especial me propuso lo rechacé y ahora me odia. Sin tener nada que hacer, era simpática cuando llegué y ahora donde quedará la belleza, ha sabido decaer” (entrevista a profundidad). *“No me sentía bien, todas las puertas cerradas, no había con quien conversar, como ahora, me ve solitaria, solo con mi Dios y la Virgen María, no con la humanidad (...) Pensé que iba a estar solo unos días no me enseñé”* (entrevista a profundidad). *“Aburrido, ni con quien conversar, lloraba, después ya me hice de ambiente”* (entrevista a profanidad). *“Me sentí extraño los primeros días, no me gustó el medio ambiente”* (entrevista a profundidad). *“Que me voy a enseñar, ni dormir no podía, un ratito cerraba los ojos y de ahí tenía pesadillas, me despertaba tenía que caminar un ratito”* (entrevista a profundidad)

Un pequeño porcentaje, todos con ingreso voluntario, expresan que el HDV1 les pareció un lugar agradable y de acogida, y tenían malestares que no se relacionaban directamente a la institucionalización.

Hay una mayoría también que indica que le costó adaptarse (70%) a la vida institucional y hay quienes aún están inconformes: *“Me sentía sabe cómo, como hasta ahora. Ahorita estoy hablando bien con usted, pero hay sordos, tarados, como le digo no hay confianza, la gente es tarada por enfermedad o porque no sabe contestar”* (entrevista a profundidad). *“Todo cerrado, en mi casa saldría al balcón (...) Mi hijo ha de estar solito, extrañándome. Entrar si puedo entrar, pero salir no”* (entrevista a profundidad).

En el presente, la mitad da cuenta que ya se encuentra adaptado y en sus términos el estar adaptado se traduce al encontrarse *“resignado”*: *“Si los animalitos se adaptan, nosotros que somos racionales”* (entrevista a profundidad).

El otro 50% refiere no encontrarse adaptado y está insatisfecho con la institucionalización. Al respecto dicen: *“Todo el tiempo deseo salir, no me gusta la comida, qué hacen aquí toda la mañana si no cocinan bien, estoy cansada de estar aquí”* (entrevista a profundidad). *“Sí hay motivos para llorar. Si usted tuviera un hijito y no le viera, yo comiendo y él no, vivo por vivir cabe decir, antes no, yo salía. Ha sabido cambiar la vida cuando uno está aquí (...) Lo que quiero es irme de aquí,*

algo, algo, me siento intranquila (...) Estar aquí encerrada con gente que no habla, quisiera ir a la casa, en la casa más vivo alegre, conversamos, ponemos música, aquí nada” (entrevista a profundidad). *“No estoy acostumbrado, no hay libertad como afuera. Aquí encerrado, me hace falta mi trabajo y mi libertad. No todavía no, quizá con el tiempo sí ojalá no me muera”* (entrevista a profundidad).

- PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES EN LA VIDA INSTITUCIONAL

En cuanto a la percepción de satisfacción de las necesidades básicas en la institución las conclusiones son: la mayoría no se encuentra conforme con la alimentación, de quienes reciben y aceptan recibir cuidados en el aseo e higiene personal se encuentra satisfecho, otros dicen no requerir tantos cuidados o ninguno, la mitad da cuenta que no tiene ropa suficiente, la mayoría piensa que ha sufrido algún robo de sus prendas de vestir y la gran parte expresa tener problemas para conciliar y/o mantener el sueños por diferentes causas (molestias físicas, intranquilidad, estímulos externos).

De la comida algunas frases que expresan insatisfacción son: *“Es comida como para puercos”*. *“Hacen jugos que no pueden tomar porque me provocan ardor, vómito, diarrea, es agua pura”*. *“La comida fría, ustedes si tragan rico, calentito, nosotros como la mierda, como un puerco... no dan leche, solo colada, avena”* (entrevista a profundidad). *“La comida es completamente mala, a las doce les llevan la comida calentita, rica –refiriéndose al personal- y a nosotros ya fría y solo cocinada agua con sal”* (entrevista a profundidad). Hay quienes se encuentran parcialmente satisfechos: *“Para viejos está bien, se me ponen a escoger, prefiero lo de afuera, prefiero no decir si es buena o mala, ponen poca sal pero está bien (...) que más puedo hacer”* (entrevista a profundidad)

En cuanto al vestido señalan que hay poco y que sufren robos: *“No tengo ropa, ni enagua, ni pijama, duermo con la misma ropa, tengo tres faldas, tres sacos, nada más. No hay ropa, a veces uno tiene frío, a veces no dan ni buena ropa, sin botones, floja”* (entrevista a profundidad). *“A uno le desnudan todo las dichosas enfermeras, todo se acaparan”* (entrevista a profundidad). *“Siento que cada rato se roban la ropa (...) Mala costumbre de las enfermeras de coger la ropa de mi armario (...)*

Empezó a desaparecer. Me han regalado ropa donde cuida carros se ha perdido se me llevan” (entrevista a profundidad). *“Ando con ropa viejita que importa, todo se acaparan ellas de lo que donan”* (entrevista a profundidad)

En el aseo, hay quienes sienten gratitud por el apoyo que reciben. Sin embargo también hay una gran tendencia, especialmente de los hombres de decir que siguen ocupándose de su cuidado por sí mismos: *“Yo solito me aseo”* (entrevista a profundidad). *“A las seis de la mañana me levanto a bañarme, no molesto a nadie”* (entrevista a profundidad)

Considerando el apoyo que reciben los adultos mayores por parte de los cuidadores hay opiniones diferentes al respecto, un 40% está inconforme y encuentra sus necesidades insatisfechas (*“Las enfermeras no me dan una pastilla para el dolor cuando se les pide”*. *“Así nos dejan botadas (...) aquí no hay señorita regale un pan, un plátano, nada (...) no hay respuesta”*), un 20% considera que lo que hacen los cuidadores es por su trabajo, otro 20% considera que no requiere ser atendido puesto que es lo suficientemente independiente (*“Sola me cuida y sola me ayudo, si no me cuida yo misma, quién me va a cuidar”*), otro 10% está parcialmente satisfecho y tan solo un 10% está satisfecho con ese apoyo.

Los relatos de los entrevistados dan cuenta que el apoyo que reciben por parte de los cuidadores es en gran medida instrumental – y no todos están satisfechos con él-, solo algunos mencionan recibir apoyo afectivo –aunque no permanente- de los cuidadores puesto que se sienten escuchados y tratados con consideración.

Respecto al alojamiento, hay percepciones diferentes. Algunos adultos mayores encuentran a la institución como lugar de acogida (que brinda protección y seguridad) y para otros representa un encierro involuntario, que lo priva del trabajo o que lo limita en el contacto con sus hijos.

Al analizar las necesidades de apoyo familiar, hay un suceso que llama la atención y este es que el 70% reconoce tener necesidades y demandas de ésta índole y el otro 30% conformado por hombres dicen no esperar ningún contacto con la familia ya que consideran que sus hijos se encuentran haciendo una vida independiente al igual

que ellos. De aquel particular 30%, 10% no asumió sus responsabilidades como padres y nunca se vinculó estrechamente con sus hijos (*“Ni con los hijos he vivido yo, solo he vivido, para que molestarles, coma o no coma yo solo, nunca les he pedido ningún favor, para que les voy a quitar a las criaturas un plato si necesitan”*), otro 10% tuvo un quiebre y un posterior distanciamiento en la relación con sus hijos debido al divorcio con su madre y su alcoholismo muchos años atrás (*“Antes y después del holocausto tomé bastante, después del holocausto no se puede volver a la normalidad, no más, yo le digo holocausto al divorcio, al término del hogar. Una pregunta, todos los que toman alcohol pueden ser adictos”*) y el último 10% que no tuvo hijos propios asume que sus sobrinos ni piensan en él (*“Ya estoy como muerto para ellos”*).

Del 70% que reconoce necesitar de su familia, el 60%- conformado en gran parte por mujeres- ante el escaso contacto con sus hijos se encuentra plenamente insatisfecho, mientras que el 10% restante, que no tuvo hijos propios, a pesar de recibir apoyo económico y apoyo afectivo se muestra altamente insatisfecho con lo que recibe puesto que lo considera insuficiente y solicita mayor apoyo económico por parte de sus hermanos.

Quienes aspiran un contacto con sus hijos y familia, desean ser visitados o por lo menos entablar comunicación por vía telefónica. En cuanto a esto hay adultos mayores que esperan más de la familia que una visita, espera que los vengan a sacar de la institución. Por ejemplo refieren: *“Quiero que me vengan a ver y que me lleven, yo ya no quiero estar aquí. Todos los días le pido a Dios que me vengan a ver, no puedo ni dormir, ni comer. No recibo llamadas de mi hija, no puedo saber lo que pasa en la casa. Quisiera vivir con mi hijo, porque me ha cuidado mis dolencias y mi hija no es aparente para eso. Me hace falta mi hijo”* (entrevista a profundidad).

Hay quienes manifiestan su inconformidad a manera de reproches con respecto a la ausencia de sus hijos, así indican: *“Tener a mi hija y a mi hijo es como no tener. Tiene que pagarme mi hijo”* (entrevista a profundidad). *“Eso es lo que uno le amarga, tan descariñados, pero hasta a un perro se le quiere (...) Qué bestia mis hijos, que les cuesta venir un ratito, decir vamos a ver a mamá cómo está”*

(entrevista a profundidad). *“Mi hija ha de estar contenta feliz, mientras yo sola y abandonada”* (historia de vida).

Otros se consideran abiertamente como personas solas y con ello manifiestan soledad: “No tengo a nadie, yo estoy botada aquí sola, estoy vacía, sola”. “Humanamente me siento sola, solo con mi Diosito. No viene nadie a verme, pero que importa, sola nací.” “Lo que sufro y lloro es mi soledad, mi orfandad” (entrevista a profundidad).

Hay quien da cuenta de un verdadero malestar por no estar con su familia: *“Me siento bien decaída, bastante enferma, me da como sueño. (...) Tengo un decaimiento como vagancia, será porque no estoy con mi hijo, porque no estoy en mi pieza (...) No viene ni voy a verle (...) Él no sabe de mi ni yo de él. Él sabe que estoy aquí pero no sabe cómo estoy, yo en cambio estoy mal porque no sé de mi hijo”* (entrevista a profundidad)

De acuerdo a lo referido por los entrevistados, para éstos las necesidades de apoyo instrumental como de apoyo y soporte afectivo no están cubiertas en relación a sus expectativas y por tanto se concluye que los adultos mayores están insatisfechos.

Es claro que el apoyo que les interesa recibir no es tan solo el instrumental (bienes y servicios) sino también el de apoyo-soporte afectivo, que en la realidad es escaso o de baja calidad. El soporte afectivo la mayoría de la muestra no lo recibe de ninguna red, es decir, no recibe éste apoyo de: familia, cuidadores o compañeros.

La familia sigue concentrando un gran valor para los adultos mayores; y así como se espera de ella gratificaciones, al no estar presente constituye una fuente principal de frustraciones e insatisfacciones y como consecuencia de malestar psíquico.

Independientemente del motivo de ingreso, parece ser que la institución no contribuye de forma significativa a reforzar y crear redes de apoyo social (que brinde más allá de un apoyo instrumental) que mejoren la calidad de vida y el sentido de bienestar en los usuarios.

- PERCEPCIÓN DE SU ROL EN LA INSTITUCIÓN

Por otro lado es importante visualizar si los adultos mayores pertenecientes a la muestra, emplean su tiempo activamente o de forma pasiva. El 60% por ejemplo, en gran parte formado por hombres, refiere encargarse de su propio cuidado y el resto menciona requerir apoyo, unos más otros menos.

En el HDV1 ninguna actividad planificada o programada es obligatoria para los usuarios. Los adultos mayores institucionalizados cuentan con gran cantidad de tiempo libre y está bajo su decisión asistir a los talleres, programas y demás actividades. Considerando la muestra, la totalidad participa en programas en fechas especiales o celebraciones; pero en cuanto a los talleres un 40% dice no involucrarse (“No me gusta nada aquí, al otro lado hay maravillas”), el 20% asiste ocasionalmente y un 40% asiste con mayor regularidad. Respecto a los paseos, el 70% no asiste a ellos debido a que no son considerados para salir porque tienen alguna discapacidad o porque se teme una fuga.

Se puede observar que la institución orienta sus actividades considerando que el rol a desempeñar por los adultos mayores es el del descanso, ocio y entretenimiento (PASIVIDAD). Por ende es evidente que dentro del HDV la mayoría no asumen roles que den cuenta que son seres activos y por tanto no participan en tareas económicas o sociales.

Asimismo hay adultos mayores que han asumido esa pasividad y viven conforme a ella. Hay mujeres que consideran que si no hacen tareas domésticas realizar otras actividades equivale prácticamente a no hacer nada: *“No puedo hacer nada, que fuera como mi casa, tener para lavar, cocinar, arreglar, barrer. Aquí no se puede hacer nada. Uno sufre aquí, acabando la salud, la juventud, ni con quien estar.”*

Hay una 60%, entre hombres y mujeres, de la muestra que se siente impedido por su edad y/o condición física para llevar a cabo determinadas labores y las principales causas son dolores y molestias corporales. Ante ésta percepción de discapacidad y limitación física, éstos adultos mayores no tienden a cumplir un rol activo puesto que parecen considerar que la actividad se considera propia de los cuerpos funcionalmente aptos. Así por ejemplo: *“no me deja la mano, antes sí ahora no*

puedo (...) Claro por la enfermedad no puedo, no puedo ni bañarme. Feo sin hacer nada de lunes a viernes no tengo ninguna actividad, paso sentada como ve” (entrevista a profundidad). “Estaría trabajando, pero así postrada, como hago, con mi andador” (entrevista a profundidad).

Existen actividades que desearían incluir en su rutina diaria, el 30% desea tejer y cocer, el 20% cocinar, tejer y cocer el 30%, lavar el 10%, planchar el 10%, realizar tareas agrícolas el 10%, pintura el 10%, actividades que no requieran gran esfuerzo físico el 10% y música el 10%. Solo el 20% menciona no desear incluir ninguna actividad; y éstos son justamente los más independientes tanto del grupo de las mujeres como del grupo de los hombres.

Los datos que representan a la mayoría dan evidencia que muchos de ellos no se encuentran dedicando tiempo a actividades relacionadas con su autosatisfacción.

- PERCEPCIÓN DE SU ROL EN LA FAMILIA ANTES Y DESPUÉS DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN

Para los fines de la investigación, resulta clave identificar la percepción del rol de los adultos mayores en relación con su grupo familiar. En primer lugar, en la entrevista a profundidad se pregunta sobre sus roles pasados en la familia y su lugar dentro de ella, ante aquello todas las mujeres refieren que su rol fue el de madre y la mayoría indica que su función fue el de proveedoras en su hogar y tuvieron constante contacto con sus hijos al ya éstos ser independientes inclusive un porcentaje vivió con sus hijos al llegar a la tercera edad. Algunas mujeres refieren haber contribuido dentro de sus posibilidades en las labores domésticas y económicamente al vivir con sus hijos a través de venta informal y hasta la mendicidad, puesto que indican que sus hijos y ellas se ayudaban mutuamente debido a la situación precaria. En cuanto a los hombres que tuvieron hijos, la mayoría no dan cuenta que asumieron su rol de padre con consistencia durante toda su vida. Los hombres que no tuvieron hijos cuentan que mientras pudieron su rol fue proveedor y al dejar de cumplir éste rol no volvieron a tener el mismo lugar en su familia.

Cuando se pregunta sobre el lugar que considera que ocupa en su familia en éste momento en el que se encuentra institucionalizado, la mitad de adultos mayores

afirma no tener ningún lugar, un 40% dice ya no saber que función tiene y un pequeño 10% considera que aún sigue asumiendo su lugar de madre.

Solo una pequeña parte de la muestra asume que aún es importante para los miembros de su familia y dice que aún forma parte de la familia. Los demás no lo saben o simplemente mencionan que ya no son parte de ella.

- PERCEPCIÓN DEL SOPORTE FAMILIAR EN EL PRESENTE

La mayoría no mantiene ningún contacto con su familia en el presente y quien lo tiene lo recibe de su hermana y prima. Entre las razones que encuentran para explicar porqué no lo han buscado o visitado sus familiares se encuentran: trabajo de hijos no lo permite, porque no necesitan nada de adulta mayor, quizá no quiere venir a verla, cada quien hace su vida, su hijo aún no la encuentra del todo y problemas de salud de su familiar y adulto mayor no puede contribuir económicamente.

Del sobrante 30% (todos hombres), el 10% dice que hace como si no tuviera hijos, otro 10% dice que ya no desea visitas y que no lo han visitado ni una sola vez y el último 10% dice desconocer por qué no lo visitan y que no piensa en eso.

- EXPECTATIVAS QUE TIENEN LOS ADULTOS MAYORES RESPECTO A LA INSTITUCIÓN, LOS CUIDADORES Y LA FAMILIA

La mitad de los adultos mayores tiene expectativas sobre cambios en la institución, fundamentalmente en la mejora de la calidad de comida y en menor porcentaje esperan el cambio del coordinador o del personal. La otra mitad refiere estar conforme respecto a la institución o bien no esperar nada de ella (*“No quiero nada de aquí, dicen para ayudarme, para ayudarme a joder más de lo que estoy”*)

Por otro lado, el 40% expresa expectativas respecto a los cuidadores las cuales son de diversa índole: que no se entrometan, mejorar la atención, mejor preparación de comida, cambio de enfermeras por unas más cariñosas y amables y que no bañen a la fuerza. El 60% no tiene ninguna expectativa.

La mitad de la muestra manifiesta expectativas sobre su familia y son: recibir visitas, vivir con uno de los hijos, comunicación telefónica con hijos, mayor preocupación de hijos, llegar a acuerdo sobre donde irá a vivir y apoyo de hermanos. El otro 50% dice no tener expectativas en el presente: “Al principio sí hubo trauma, ahora ya no deseo visitas, no me han visitado ni una sola vez” (historia de vida).

Resumiendo, el ingreso a la institución es percibido de maneras muy diferentes, para unos la entrada fue voluntaria, para otros fue involuntaria o bien como consecuencia de un engaño. En todos los casos, la vida institucional tiene un inicio difícil, con gran malestar psíquico: ansiedad, pérdida de apetito y dificultades para conciliar y mantener el sueño. Hay un porcentaje (50%) que considera que aún no está adaptado a la vida institucional.

En el presente, la mayoría se encuentra más que insatisfecho respecto a la comida y su preparación, refiriendo que produce molestias estomacales.

Los hombres especialmente tienden a responder que no requieren cuidados, que son independientes y no necesitan tanta atención como otros adultos mayores de la institución.

Respecto a la ropa, aquí hay otra importante fuente de insatisfacción, ya que es un tema recurrente la necesidad de ella, a escasez de ella y el robo de prendas por parte de los pares y de los cuidadores.

Refiere la muestra que aún tienen hoy problemas para conciliar y/o mantener el sueño tanto por causas internas como externas.

Respecto a los cuidadores hay diversidad de opiniones, pero la mayoría da cuenta que no se encuentran satisfechos con el apoyo que reciben de ella; por un lado hay algunos que están inconforme con el servicio que reciben de ellos y por el otro es evidente que solicitan otros tipos de apoyo más que el instrumental, tales como el soporte afectivo y el acompañamiento.

El hospedaje es percibido básicamente con dos tendencias: como lugar de acogida y otro como lugar de encierro.

A pesar que todos se encuentran carentes de apoyo familiar, solo el 70% admite tener necesidades e insatisfechas apoyo familiar y el restante, que corresponde a los padres que no tuvieron relaciones estrechas con sus hijos antes de la institucionalización y a quien recibía apoyo de su sobrino y considera que ni si quiera piensan en él ya.

De quienes están admitiendo tener necesidades de contacto con la familia, la mayoría son mujeres y expresan estar insatisfechas a través de llanto, reproches a los hijos, sensaciones de inconformidad, sentimiento de soledad, tristeza (en lenguaje verbal y no verbal).

En conclusión, la familia y en este caso su ausencia o distancia constituye una fuente importante de malestar, puesto que no cumple con expectativas de adultos mayores respecto a ella. Todos excepto un 10% da cuenta que no reciben soporte afectivo de la red.

El 60% refiere encargarse de su higiene y aseo personal de forma total o parcial; la mayoría son hombres.

La mayoría asiste a los programas y eventos que organiza la institución, pero solo el 40% asiste con relativa regularidad a los talleres ocupacionales. A los paseos de igual forma van pocos. Hay por tanta cierto estilo de vida pasivo en la institución.

El 60% dice sentirse impedido por su edad y/o condición física para realizar ciertas actividades, gran parte refiere que la causa son los dolores y molestias corporales; se hace la relación entonces que entre más problemas con el cuerpo hay una menor actividad.

Hay actividades que quisieran incluir en la vida diaria, las cuales están relacionadas con cosas que realizaban en el pasado y eran de gran interés y por ende fuentes de placer.

La mayoría de las mujeres consideran que su importancia en su familia en el pasado se debe a su cumplimiento del rol de madre y a su función de proveedoras. Al llegar a la tercera edad, una parte apoyó con quehaceres domésticos y dinero en el hogar que compartían con sus hijos. Los hombres que tuvieron hijos por su parte no asumieron la responsabilidad paternal nunca o de forma constante.

En el presente solo un 10% está seguro que forma parte de la familia. Solo pocos se asumen como importantes para sus familiares. El 10% de la muestra mantiene contacto con su familia, el resto no y hace varias interpretaciones al respecto.

Los adultos mayores aspiran que haya cambios en la alimentación de la institución

CASOS ESTUDIADOS

I.- ANÁLISIS DE ABANDONO FAMILIAR

CASO 1: MEC (mujer, 73 años)

Tanto en su familia de origen como en la familia nuclear no se evidencia afecto en los vínculos, sino más bien el establecimiento de vínculos utilitarios respecto a sus padres y parejas fundamentalmente. Hay un historial de abandono: fue abandonada por madre -al obligarla a casarse muy tempranamente-, posteriormente abandonó tanto a sus 2 parejas como a los hijos que procreó con ellas, y como consecuencia al no haber generado vínculos fuertes afectivamente al llegar a la tercera edad y requerir una red de apoyo la A.M. (adulto mayor) se encuentra en situación de abandono puesto que hijos no han desarrollado responsabilidad filial puesto que su madre desde su niñez se desvinculó de ellos. Como consecuencia de la ausencia de red de apoyo familiar y el abandono voluntario de sus hijos en el HDV1, la A.M. se mantendrá institucionalizada indefinidamente puesto que en el exterior se colocaría nuevamente en situación de vulnerabilidad al no contar con los apoyos que permitan la satisfacción de todas sus necesidades. No se asume como abandonada, se mantiene en negación (no asume el haber abandonado ni el ser abandonada).

CASO 2: VV (mujer, 79 años)

Con historia de abandono: sus padres siendo un infante la entregaron al cuidado de otra familia, que al igual que su familia de origen no le brindaron el apoyo requerido y menos se establecieron entre ellos vínculos afectivos. No tuvo la oportunidad de experimentar el ser parte de una familia estructurada en su niñez y adolescencia, tampoco conformó una familia estructurada ni con las tres parejas ni con los tres hijos producto de cada relación. VV debido a su situación de pobreza y en ocasiones de indigencia, no estuvo al frente siempre de la crianza de sus hijos, en situaciones adversas o por motivo de trabajo - siempre informal y no constante- ellos se quedaban con personas que la ayudaban a cuidarlos. Sus dos hijas hicieron su vida independientemente, una viajó al extranjero y poco a poco terminó con el contacto con madre y hermanos, y la otra se casó y tuvo varios hijos que VV contribuyó en crianza. Su último hijo desde muy joven inició con el consumo de alcohol y otras sustancias, lo cual le ha impedido mantener estabilidad económica. Al llegar a ser A.M., ella decide vivir con su último hijo, él cual compadece a pesar de haber recibido de él malos tratos y descuido. En este momento que VV situándose en la pobreza, no cuenta con una red de apoyo familiar sólida que le brinde la satisfacción a todas sus necesidades y recurre a la mendicidad como medio para sobrevivir. Como consecuencia de ese abandono de los hijos es acogida por el HDV1 por dos ocasiones. Una de sus hijas se responsabilizó en el primer ingreso y se efectuó con ella la reinserción que resulta fallida debido a conflictos de VV con esposo de su hija que producen que A.M. salga de esa casa y regresé a vivir con hijo dependiente, alcohólico y drogodependiente volviendo a situación de vulnerabilidad y de mendicidad. Desde el segundo ingreso, hija visita en dos ocasiones a su madre. En la primera se compromete pagar un cuarto para su madre ya que ésta no la puede llevar a vivir con ella por conflictos con esposo; promesa no se cumple. En segunda ocasión hija asiste en día de visita que no puede ser supervisada por autoridad y no realiza ningún compromiso con madre y le informa que se encuentra con dificultades económicas. Desde entonces se oficializa el abandono familiar de la A.M. en una institución a pesar de tener referentes familiares. Como consecuencia, VV se mantendrá institucionalizada por tiempo indefinido y con la ausencia de algún tipo de contacto con los tres hijos, lo cual genera en ella malestar especialmente por la lejanía con su hijo.

CASO 3: MR (mujer + o – 80 años)

Historia de abandono: madre dejó la crianza de su hija a familia con más recursos, MR asume que fue regalada. Vínculo afectivo con madre en la niñez fue más significativo, al pasar los años el vínculo fue disminuyendo. Tuvo desde muy temprano vida independiente, con una sola relación -no estrecha ni significativa afectivamente - de pareja que terminó con fallecimiento de esposo. Centra su atención y vida a su hijo, quien después de hacer su propio hogar se separa años después, la causa incluye consumo excesivo de alcohol y como consecuencia hijo regresa a vivir con su madre. Hijo y ella sin trabajo estable se sitúan en extrema pobreza y A.M. decide sobrellevar su casa reciclando y mendigando. Desde ese entonces ya existía un gran descuido por parte de él de las necesidades de su madre. Ella intentó ser su apoyo y no viceversa. Como efecto es llevada en dos ocasiones al HDV1. La primera debido a alta tensión subjetiva y el desarrollo de síntomas depresivos, que en ese momento, se asume que fueron causados por alejamiento de hijo y de casa, se decide que A.M. regrese a sus anteriores condiciones aún sin tener las garantías necesarias con hijo puesto que institucionalización estaba produciendo síntomas de relevancia. Al reincidir en mendigar, ingresa nuevamente e hijo conoce su ubicación, pero esta ocasión se considera con equipo técnico que A.M. se mantenga institucionalizada debido a que hijo por alcoholismo no procura en constituirse un apoyo sólido para su madre y dejarla salir es llevarla nuevamente a situación de vulnerabilidad. María no se considera abandonada y por tanto su malestar no se debe a ello; su sintomatología depresiva se debe al igual que la primera vez a su situación psicosocial: la falta de contacto con su hijo y la imposibilidad de regresar a su casa (como consecuencia de esto último ha desarrollado ideas fijas cuyo contenido falso son que su casa está siendo robada, o fue robada o será robada). Hijo solo la visita cuando está en sobriedad y un vecino lo lleva, lo cual sucede pocas veces al año y María no recuerda cuando se produjeron (por ende asume que nunca se dieron) Ya en historial psicológico se asoció su deterioro cognitivo gradual desde su institucionalización a su estado anímico depresivo. Además conjuntamente ha ido disminuyendo su funcionalidad hasta convertirse en una persona dependiente en cuidados diarios e inactiva pues no participa en ningún taller.

CASO 4: CR (mujer, 83 años)

Historial de pérdidas: no contó con referencia materna y padre falleció cuando ella era un infante. Tanto su padre como tía constituyeron sus vínculos afectivos más significativos; tía fallece también de forma temprana y Clementina queda desprovista de todo tipo de apoyo. No establece nunca un vínculo permanente y significativamente afectivo con alguna pareja, y centra su atención en la crianza y manutención de su única hija y posteriormente también de nieto. Su hija la abandona con su nieto infante para adquirir otro compromiso e ir a otro país, Clementina hace la responsabilidad total con nieto. Al crecer éste la coloca en un asilo pagado y luego deja de cancelar y A.M. es trasladada a HDV1, nieto allí se compromete en llevarla nuevamente al otro asilo fallando en su compromiso. Desde ahí hasta entonces Clementina se encuentra oficialmente en situación de abandono a pesar de tener referentes familiares. Se asume desvalida, desamparada y abandonada. Ha desarrollado síntomas depresivos y también tiende a reacción con irritabilidad. Se evidencia tanto tensión subjetiva como ansiedad somática.

CASO 5: MAS (+ o -77 años)

Historial de abandono: después de fallecimiento de madre, con quien tuvo vínculo significativo, padre la vende para que trabaje con una familia de empleada doméstica. Ella decide ser madre soltera y no formar un vínculo extramatrimonial con el padre de su hijo que ya tenía su familia. Se dedica por entero al cuidado de su hijo, y específicamente de su educación. La relación con su hijo ella define positivamente, aunque hijo menciona que madre es muy exigente y demandante. Al casarse su hijo y después de María contribuir a la crianza de los primeros nietos, empieza los conflictos entre la esposa de él y ella, e hijo toma partida por su pareja, quien decide que es mejor mantener a María distante de la familia. Allí empieza el descuido de hijo con su madre y de cierta forma el abandono. Al encontrarla mendigando es llevada al HDV1 por primera vez y posteriormente se la reinserta en la casa de su hijo. Éste allí permite inclusive que madre sea maltratada por esposa y algunos de sus hijos, y que duerma en la lavandería con el perro. No comía con su familia pues hijo le daba 1 dólar para que se alimente por fuera, lo que da cuenta que A.M. estaba desvinculada del hogar de su hijo. Él paulatinamente abandona responsabilidad filial y María reincide en mendicidad e ingresa nuevamente a la institución donde permanece hasta entonces sin haber establecido en ésta segunda vez ningún contacto con su hijo o nietos. A.M. en institución se mantiene en estado

de ánimo eutímico aunque ante ciertos agentes estresores reacciona con irritabilidad y es intolerante a la crítica. No se asume abandonada, está convencida que su hijo vendrá tarde o temprano por segunda vez a retirarla, manifestándose en ella ansiedad y hasta una tendencia irritabilidad pero no depresión.

CASO 6: GB (hombre, 72 años)

Sin historial de abandono en la niñez. Familia nuclear estructuradora y proporciona todos los apoyos requeridos a GB. Según refiere el A.M. el punto de quiebre en su vida se da cuando se percata de la infidelidad de su esposa y como consecuencia se divorcia, teniendo una separación de su mujer y de sus hijos extremadamente dolorosa que lo lleva al consumo excesivo de alcohol. Según refiere continúa manteniendo contacto con hijos pero menciona que tuvo ya una vida independiente y continúa con hábitos alcohólicos. GB trabajó como chofer hasta avanzada edad, la cual no le permitió seguir con oficio pues no le daban trabajo. Cuando queda sin trabajo queda vulnerable y sin los recursos suficientes para subsistir, se percata que no cuenta con apoyo ni de sus hijos ni de hermanos (con los últimos perdió relación hace mucho tiempo). Se presume que GB no mantuvo contacto con hijos desde mucho antes de convertirse en adulto mayor, y como consecuencia los vínculos fueron decayendo hasta perder todo contacto. Una de las razones fue su consumo excesivo de alcohol. A.M. no se considera abandonado y su malestar no se basa en falta de contacto sino principalmente con envejecimientos e ideas hipocondríacas. Respecto a sus hijos parece sentir una profunda añoranza, que no lo limita sin embargo.

CASO 7: VE (hombre, 79 años)

Historial de maltrato por parte de padre a su madre, a él y a hermanos. Pierde tempranamente a madre, con quien tuvo vínculo afectivo. Se casa joven y se separa de su pareja, quedando a cargo de hijos. Presencia de antecedentes de alcoholismo. A.M. vivencia el abandono al llegar a la tercera edad, aunque se presume que escaso contacto con hijos estaba desde mucho antes. No se considera abandonado pues dice valorar su libertad e independencia, pero quisiera recibir visitas de hijos y nietos. A.M. se encuentra sin red de apoyo familiar y por ende ésta no le proporciona ningún apoyo. Se mantendrá institucionalizado indefinidamente, puesto que se encuentra en

situación de vulnerabilidad no solo por ser A.M. en carencia de apoyos sino también por encontrarse con discapacidad.

CASO 8: LC (+ o – 72 años)

Historial de abandono por parte de madre, padre desconocido. No da cuenta de ningún vínculo significativo en la niñez. Tampoco tuvo relaciones de pareja basadas en vínculos afectivos, a pesar de tener hijos. Dice haber sido responsable con hijos pero menciona que siempre mantuvo una vida independiente y separada de ellos. A esto se suma su historial de alcoholismo. Se presume que no compartió con ellos experiencias significativas que permitieran el establecimiento de vínculos fuertes y sobre todo duraderos. El contacto con sus hijos claramente lo perdió tiempo atrás, pero se evidencia carente red de apoyo familiar al encontrarse vulnerable por su edad y dificultad para encontrar trabajo. Al estar en situación de indigencia, ha sido ingresado por cuatro ocasiones al HDV1. No considera que se encuentre en abandono por parte de hijos, ya que considera que éstos se encuentran viviendo sus propias vidas y tienen sus responsabilidades -hijos-.

CASO 9: OM (hombre, + o – 85 años)

Historial de abandono por parte de padre y madre; aunque no responsabiliza a madre sino a padre. Fue dejado por su progenitor con otra familia para su crianza, y según refiere también algunos de sus hermanos tuvieron un destino parecido. Tanto padre como madre formaron nuevos hogares y a partir de ellos tuvo medios hermanos, con los cuales no tuvo gran relación. Pasó grandes necesidades desde la niñez, buscando los medios para sobrevivir, manteniendo una vida precaria. Se casa con una mujer con ya dos hijos de diferentes patrones, y manifiesta que su vínculo con ella estaba plenamente basado en la afectividad y es duradero. No tiene hijos por su infertilidad, lo que causó conflictos con pareja y se separan por primera vez para luego unirse. Al llegar a ser adultos mayores, OM trabajaba vendiendo revistas hasta que sufre percances de robo y se encuentra sin recursos económicos para enfrentar su manutención y la de su esposa, por lo que van a vivir los dos donde prima. Por conflictos con esposo de prima, OM sale de esa casa e hijo vivo de la señora junto con prima de OM se responsabilizan de su esposa. El por su cuenta se encuentra en la indigencia y en situación de pobreza, y párroco lo refiere al HDV2. A.M. sí se asume abandonado por parte de sus hermanos, excepto de hermano Raúl quien lo visita una

vez al mes y le da \$10 como apoyo económico, apoyo que OM considera muy insuficiente en comparación de los recursos que tienen todos sus hermanos. Entiende que su esposa no pueda asumir responsabilidad pues es mucho mayor que él y está enferma. Su estado de ánimo tiende a la depresión y hay reacciones de irritabilidad, permanecen en él ideas de minusvalía y lamenta no estar al lado de su esposa. Considera que de todos sus hermanos, fue él quien corrió con peor suerte.

CASO 10: CS (hombre, 88 años)

Historial de abandono por parte de madre, padre desconocido. Se crió lejos de hermanas, una fallece joven y con la otra mantiene vínculo estrecho. No tuvo esposa ni hijos. Trabajó toda su vida, pero al llegar a ser adulto mayor los recursos no le son suficientes y va a vivir con su hermana, cuñado y sobrinos; allí aporta con lo que puede para la manutención. No queda claro si se presenta un conflicto antes de la muerte de la hermana o después de su muerte con sobrinos, pero el resultado es que A.M. sale de la casa de su hermana exponiéndose y quedando en situación de vulnerabilidad y posteriormente de indigencia. Pierde contacto con sobrinos y cuñado. Del albergue San Juan de Dios se lo remite al HDV1. A.M. no se percibe abandonado y dice desconocer si sus sobrinos harían algo si se enterarán que se encuentra allí, asume que para ellos es como si él estuviera muerto.

Concluyendo, hay un historial de abandono: algunos fueron abandonados pero no abandonaron a sus hijos, otros fueron abandonados y abandonaron a sus hijos, otros no fueron abandonados pero abandonaron a sus hijos y por último algunos fueron abandonados y no tuvieron hijos. Todas las formas de abandono que han experimentado y han realizado los adultos mayores y con ello las familias disfuncionales que han tenido y estructurado, dan cuenta de una configuración especial de la manera cómo se relacionan con los otros, es decir, se encuentran visibles modelos disfuncionales de vinculación con los demás, en los cuales existe dificultades con los afectos, extrema dependencia entre madres e hijos, tendencia al quiebre y a la distancia entre padres e hijos, entre lo más frecuente. Son los hijos de los adultos mayores quienes ahora también abandonan a sus padres, y ésta abandono se encuentra presente mucho antes de la institucionalización. Se percibe con mayor relevancia pues se hace más visible la falta de apoyo de los hijos, hijastros, hermanos

y sobrinos al llegar a la tercera edad, donde los ancianos se encuentran ante una serie de dificultades socioeconómicas debido a que no pueden acceder a los recursos económicos mediante el trabajo con la misma frecuencia y en la misma medida cómo lo hacían antes. Entonces se suma una situación de pobreza, más los escasos o nulos apoyos de la red familiar y una vivencia de la vejez en la exclusión y la marginalidad, para colocarlos en un grado de alta vulnerabilidad situándolos en la mendicidad y/o indigencia o en riesgo de estarlo. Todo lo mencionado, constituye una verdadera fuente de malestar psíquico, que queda claro no tiene solo una causa. Una consecuencia concreta del abandono familiar es la institucionalización permanente e indefinida en el HDV1 puesto que hay menos probabilidades de reinserción o de reinserción familiar exitosa.

II.- ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE LA INSTITUCIÓN EN EL BIENESTAR/ MALESTAR PSÍQUICO

CASO 1: MEC (mujer, 73 años)

El proceso de institucionalización se ha dado con el casi nulo involucramiento de los hijos. Tuvo inicio difícil al encontrar adultos mayores con diversidad de peculiaridades y discapacidades, pero rápidamente encontró la conformidad en la institución puesto que el amparo que recibe le proporciona la comodidad que no tiene por fuera. Debido a su accidente cerebrovascular presenta dificultades en movimiento de una mano y una pierna, los cuales pudieron superarse hasta cierto punto con la fisioterapia que ella decidió abandonar al considerar que una limpia la curará definitivamente. Su incapacidad no justifica su inactividad, su nivel de funcionalidad es mínimo por lo que es dependiente de los cuidados diarios de las enfermeras. Respuestas en test de Yesavage permiten la puntuación de posible depresión o depresión leve, pero en contenido resultan contradictorias entre sí. Por ejemplo en una manifiesta que se percibe inútil y en la otra responde negativa en la pregunta si se siente desvalida.

CASO 2: VV (mujer, 79 años)

Tanto en primer ingreso como en segundo, A.M. ha tenido un inicio difícil con presencia de sintomatología depresiva- ansiosa, con tendencia a la irritabilidad. Aún en la actualidad, ella manifiesta no sentirse adaptada a la institución, una prueba más

de ella es el escaso contacto interpersonal con demás usuarios, no busca establecer vínculos y solo es solidaria con pocas compañeras que conversa. Considera que sus necesidades básicas están insatisfechas y no se encuentra conforme con cuidadores, siente que está cansada de estar institucionalizada privada de libertad de acción. Todo ello la mantienen en un alto nivel de irritabilidad y tenacidad afectiva. Manifiesta también ansiedad somática, fundamentalmente signos gastrointestinales moderados. Se percibe desvalida e inútil (por no poder hacer las actividades que desea como cocinar, no por otro impedimento), lo que le impide desempeñarse en talleres recreo-ocupacionales.

CASO 3: MR (mujer + o – 80 años)

Desde el momento del ingreso hasta el presente se evidencia en A.M. gran deterioro en funcionamiento cognitivo que según se refiere en historial psicológico del HDV1 tiene estrecha relación con estado de ánimo depresivo, el cual tiene como causa el alejamiento debido a la institucionalización de su vida con hijo y del hogar que a pesar de las limitaciones y carencias le era propio. Sospechas de seudodemencia. Al encierro, los síntomas depresivos y el deterioro cognitivo, se suma el hecho que actualmente es dependiente de cuidados e inactiva casi la totalidad del tiempo. No ha establecido amistades que constituyan un apoyo y le brinden afectividad, se encuentra desprovista de afecto en conclusión.

CASO 4: CR (mujer, 83 años)

Su ingreso fue involuntario pero no tuvo como causa la mendicidad, aunque cuando el HDV1 estaba en manos de monjas y debido a su alto sentido religioso encontró satisfacción en la institucionalización. Posteriormente, al formar parte del PMSJ, A.M. se encuentra inconforme con encierro y estadía, manifestando insatisfacción en sus necesidades varias. Se muestra carente de afecto y apoyo. Manifiesta rencor y resentimiento por hija debido a que ésta la abandonó hace años atrás. Pero se muestra solidaria con otros usuarios, aunque no es cooperativa. Aunque se considera constantemente enferma con la suficiente motivación participa en talleres. Pero en general se mantiene crítica y poco conforme con servicios, evidenciando malestar.

CASO 5: MAS (+ o -77 años)

Sus ingresos han sido involuntarios, y en un inicio su estado de ánimo tiende a la irritabilidad, es poco tolerable a la crítica y frustración, se exagera fácilmente y habla desesperadamente. Actualmente se encuentra conforme como encierro porque percibe a la institución como un lugar de acogida que le permite satisfacción de necesidades; sin embargo, cabe recalcar que MAS acepta la residencia temporal no la permanente, pues está segura que saldrá pronto con acción de su hijo. Al ver que ha pasado el tiempo plazo de dos meses para tener contacto con hijo para empezar proceso de reinserción, se muestra ocasionalmente ansiosa e insiste que se tomen acciones para contacto. A diferencia de otros usuarios mantiene confianza en autoridades.

CASO 6: GB (hombre, 72 años)

Afirma que su ingreso fue voluntario debido a su situación de indigencia y peligro de vagabundeo. En un inicio le costó acostumbrarse al ambiente institucional pero menciona que se adaptó rápidamente. No participa en talleres y ocasionalmente va a los programas, pero mantiene una vida activa e independiente dentro de las posibilidades de la institucionalización. Sin embargo, aparte de su novia, no tiene ninguna vinculación con sus pares y no da cuenta de solidaridad ni de cooperación.

CASO 7: VE (hombre, 79 años)

Su inicio en la institución fue difícil por ambiente y por privación de libertad. La adaptación fue mejorando hasta sufrir el accidente que generó su discapacidad y truncó su participación activa. Actualmente se encuentra eutímico anímicamente, pero tiene antecedentes de sintomatología depresiva cuando tuvo accidente y consecuentes amputaciones de extremidades inferiores. Estos hechos son relevantes puesto que marcaron el fin de su actividad productiva en talleres, y hasta ahora no participa en ningún taller recreativo ocupacional. Ha disminuido su funcionalidad y se ha incrementado su dependencia para los cuidados diarios.

CASO 8: LC (+ o – 72 años)

Al ingresar presenta un inicio difícil. Presente estado de ánimo depresivo, que se lo asocia a síndrome de abstinencia por alcoholismo. Refiere tristeza por no tener amigos ni trabajo. Mantiene síntomas depresivos: tristeza, anhedonia, preocupación excesiva por salud y trabajo, dificultad para conciliar el sueño. Se presume que sus

salidas con permiso y sin regreso (3 fugas), se deben a recaídas de su alcoholismo. Con motivación y persistencia se mantiene trabajando en talleres de agricultura y jardines, gimnasia y rondas. Actualmente muestra un estado de ánimo donde se evidencia irritabilidad y rasgos depresivos, se encuentra insatisfecho por encierro desea salir para poder trabajar.

CASO 9: OM (hombre, + o – 85 años)

Ingreso voluntario pero difícil por separación con esposa y por inconformidad con situación psicosocial. Le costó adaptarse más que a la rutina institucional a la convivencia con personas con diferentes valores, educación, enfermedades y discapacidades. Actualmente continúa inconformidad respecto a otros usuarios y por su estancia en el HDV1, no considera el encierro como algo impuesto pues él comprende que por fuera estaría en peores condiciones y acepta permanecer allí. Sus necesidades dentro de la institución están parcialmente satisfechas. Tiene reacciones de irritabilidad con sus compañeros por signos de cansancio en la convivencia.

CASO 10: CS (hombre, 88 años)

Ingreso voluntario. Al estar la administración bajo el cuidado de las hermanas dice haberse sentido satisfecho y participaba activamente. Con cambio de administración a PMSJ percibe que las cosas cambiaron y los servicios bajaron considerablemente en calidad lo que ha generado en él un gran molestar que se evidencia en un estado de ánimo disfórico, del que sobresalen reacciones de irritabilidad. Ha asumido una postura de rebeldía: cree que mientras más inactivo es más demuestra su inconformidad. Tiene antecedentes de sintomatología depresiva por ideas fijas de inconformidad y malestar, que se intentó tratar con terapia cognitiva. Pero queda claro que sus juicios permanecen y no acepta refutación. Según la Escala de Hamilton manifiesta depresión caracterizada por disminución notable de productividad, ansiedad psíquica, ansiedad somática, insomnio intermedio, preocupado de sí corporalmente.

Concluyendo, independientemente de si los ancianos consideran su ingreso voluntario, involuntario o fruto de un engaño, todos tienen un inicio difícil en la institucionalización. Según se registra en las fichas psicológicas del HDV1, la

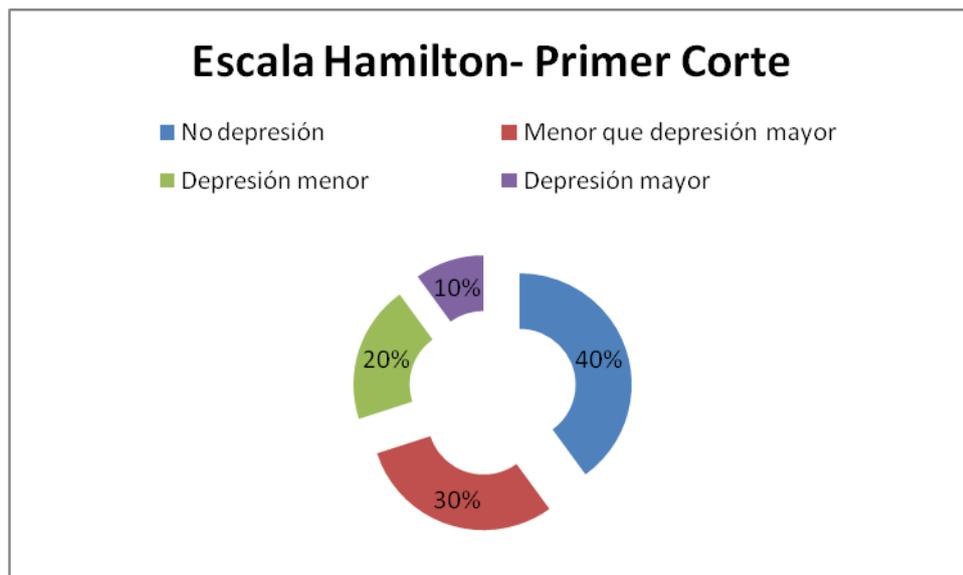
muestra evidencia al principio malestar psíquico a manera de estado de ánimo deprimido y estado de ánimo irritable, inclusive en algunos casos se presenta irritabilidad y episodios depresivos. Aquellas fichas registran también momentos en que los ancianos pertenecientes a la muestra tuvieron episodios depresivos, ansiedad, disforia e irritabilidad recurrente en diferentes momentos de la institucionalización hasta el presente; con causas diversas: intervenciones quirúrgicas por presencia de tumores benignos, intervenciones por amputación de piernas, distanciamiento con la familia, sensaciones de desamparo, malestar por el encierro, privación de la libertad, entre lo más relevante.

Prima en ellos insatisfacción por los distintos servicios recibidos, fundamentalmente lo relacionado con la alimentación que consideran “incomible” o “comida para puercos” (frase muy presente en los discursos). Respecto a los cuidadores hay opiniones divididas, es decir hay algunos que están plenamente inconformes (por no ser respetada su privacidad, supuestos robos y no ser escuchados cuando solicitan algo), otros dicen estar acostumbrados y otros satisfechos. El apoyo familiar en los adultos mayores institucionalizados es escaso y nulo.

Un porcentaje considerable da cuenta de dependencia de los cuidadores y de inactividad importante, y resulta relevante considerar que en gran parte según el test de Yesavage los ancianos expresan un gran malestar por haber abandonado muchos de sus intereses y actividades. Lo que se interpreta como ò bien la institución no ofrece alternativas para el uso del tiempo libre y de ocio que se adecuó a sus interés ó existe por parte de los adultos mayores un desinterés por participar en las actividades planificadas ya que conciben solamente como actividades productivas el trabajar, realizar quehaceres domésticos y en pocos casos cuidar de sus hijos.

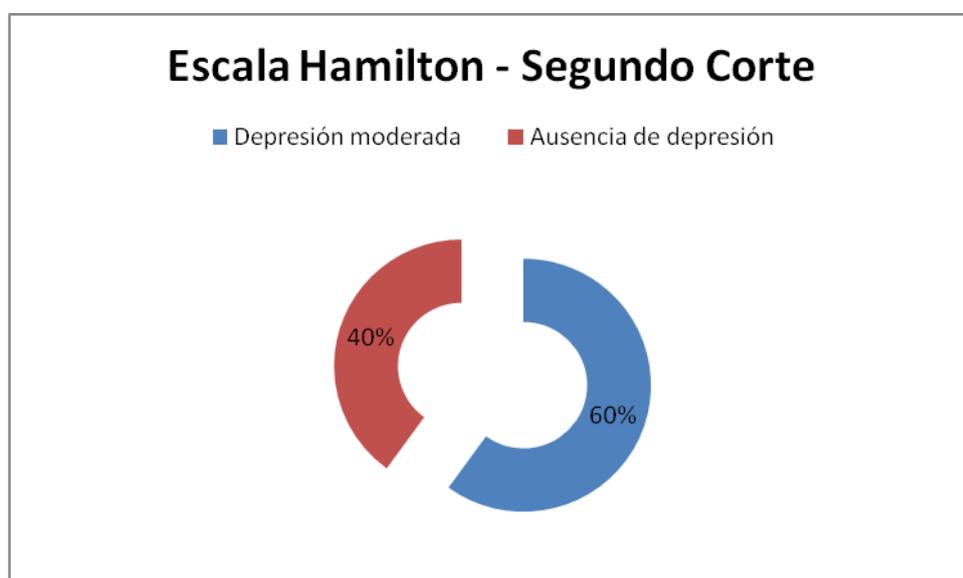
RESULTADOS CUANTITATIVOS

1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN:



Fuente: La autora

Según el primer corte los resultados fueron: No depresión: 40%, Depresión menor 20%, Menos que depresión mayor 30% y Depresión mayor 10%.

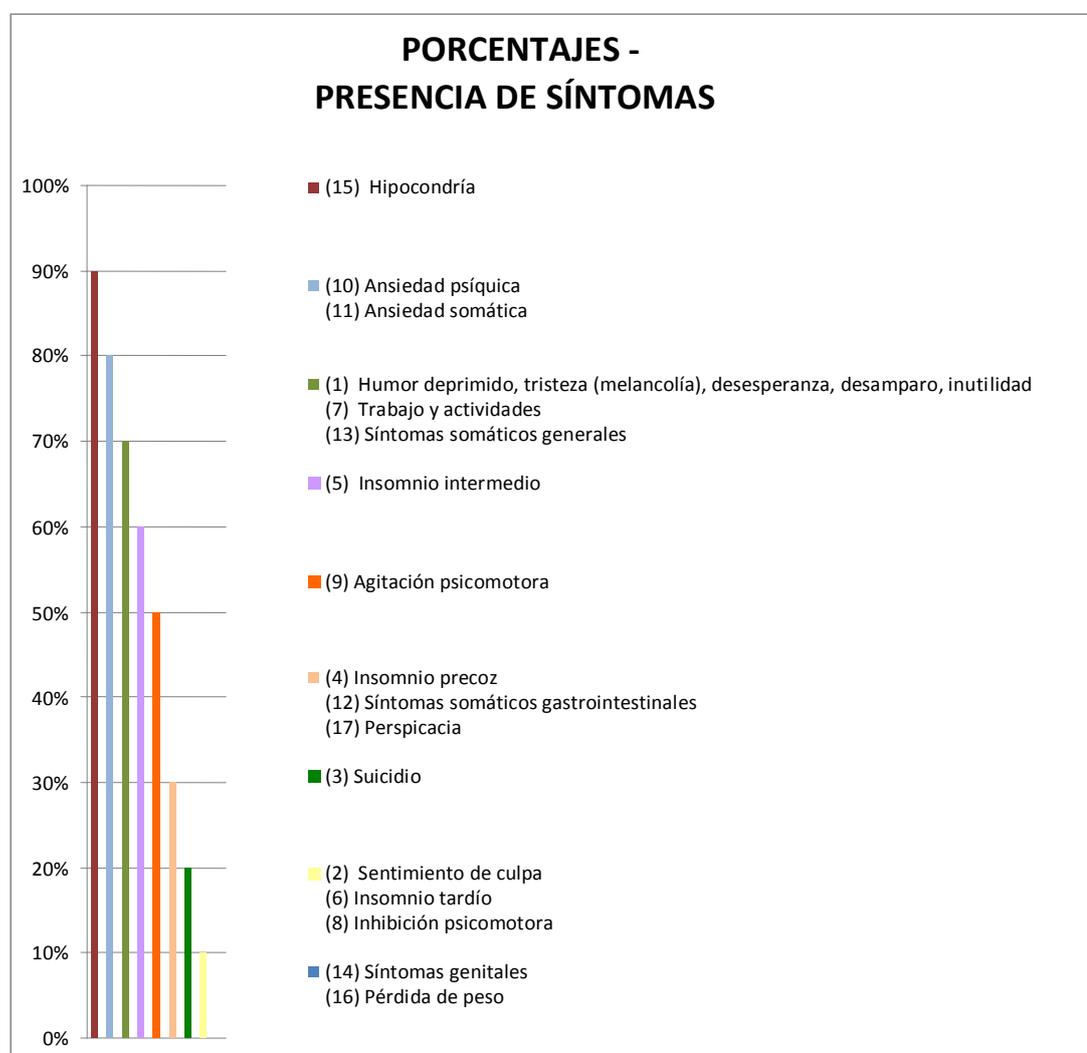


Fuente: La autora

Tomando en cuenta el segundo corte, los resultados fueron que el 60% de la muestra se sitúa con depresión moderada y 40% donde ésta se encuentra ausente. Así lo muestra el gráfico:

Los síntomas presentes con mayor frecuencia son: hipocondría (90%); ansiedad psíquica (80%); ansiedad somática (80%); humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad (70%); dificultad en trabajo y actividades (70%); insomnio intermedio (60%); y, agitación psicomotora (50%). Los menos frecuentes son: insomnio precoz (30%); síntomas somáticos gastrointestinales (30%); perspicacia (30%); 20% suicidio; sentimiento de culpa (10%); insomnio tardío (10%), e inhibición psicomotora (10%). Con un puntaje de 0 se encuentran los síntomas genitales y la pérdida de peso.

Así:



Fuente: La autora

El cuadro destaca la predominancia de la hipocondría respecto a los otros síntomas, lo cual evidencia un rasgo depresivo por una parte y por otro lado la relación de la presencia de éste síntoma con la percepción de la disfuncionalidad.

INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON

SÍNTOMAS	VALOR/ INTENSIDAD
1.- Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad: 0 Ausente 1 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente. 2 Estas sensaciones las relata espontáneamente. 3 Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) 4 Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.	30% con V. 4; 10% con V. 2; 30% con V. 1; 30% con V. 0.
2.- Sentimiento de culpa: 0 Ausente 1 Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente. 2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones 3 Siente que la enfermedad actual es un castigo 4 Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.	10% con V. 2; 90% con V. 0.
3.- Suicidio: 0 Ausente 1 Le parece que la vida no vale la pena ser vivida 2 Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3 Ideas de suicidio o amenaza 4 Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	10% con V.2; 10% con V.1; 80% con V. 0.
4.- Insomnio precoz: 0 No tiene dificultad 1 Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño 2 Dificultad par dormir cada noche	10% con V.2; 20% con V.1; 70% con V. 0.
5.- Insomnio intermedio: 0 No hay dificultad 1 Está desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche 2 Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2.	60% con V. 1; 40% con V.0.
6.- Insomnio tardío: 0 No hay dificultad 1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir. 2 No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.	10% con V. 1; 90% con V. 0
7.- Trabajo y actividades: 0 No hay dificultad 1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) 2 Pérdida de interés en su actividad (discusión de la atención, indecisión y vacilación) 3 Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad. 4 Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	30% con V.3; 50% con V. 1; 20% con V. 0.
8.- Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora): 0 Palabra y pensamiento normales 1 Ligero retraso en el habla 2 Evidente retraso en el habla 3 Dificultad para expresarse 4 Incapacidad para expresarse	10% con V. 1; 90% con V. 0.
9.- Agitación psicomotora: 0 Ninguna 1 Juega con sus dedos 2 Juega con sus manos, cabellos, etc. 3 No puede quedarse quieto ni permanecer sentado. 4 Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios.	20% con V. 2; 30 con V.1; 50% con V.0.
10.- Ansiedad psíquica: 0 No hay dificultad 1 Tensión subjetiva o irritabilidad. 2 Preocupación por pequeñas cosas. 3 Actitud aprensiva en la expresión o en el habla. 4 Expresa sus temores sin que le pregunten.	10% con V.2; 70% con V.1.; 20% con V.0.

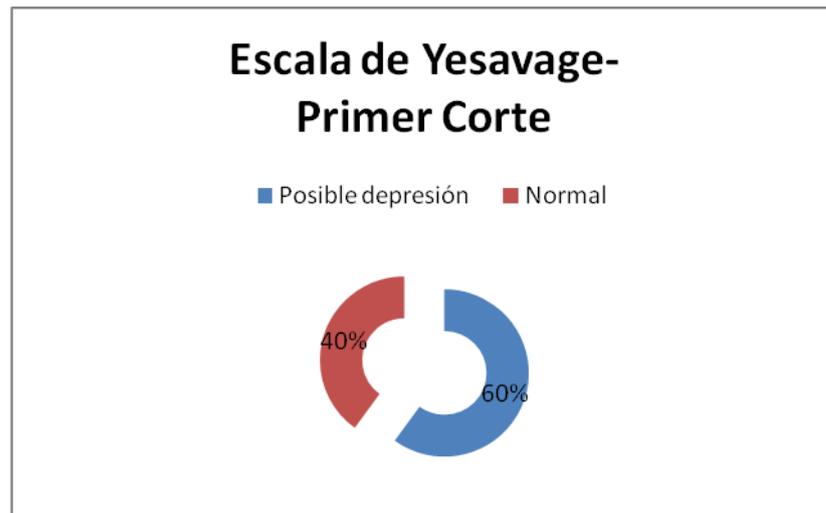
11.- Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración): 0 Ausente 1 Ligera 2 Moderada 3 Severa 4 Incapacitante	30% con V.2; 50% con V.1.; 20% con V.0.
12.- Síntomas somáticos gastrointestinales: 0 Ninguno 1 Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. 2 Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.	30% con V.1; 70% con V.0.
13.- Síntomas somáticos generales: 0 Ninguno 1 Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. 2 Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.	30% con V.2; 40% con V.1.; 30% con V.0.
14.- Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales): 0 Ausente 1 Débil 2 Grave	100% con V.0.
15.- Hipocondría: 0 Ausente 1 Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2 Preocupación por su salud 3 Se lamenta constantemente, solicita ayuda.	10% con V.3; 40% con V. 2; 40% con V.1; 10% con V.1.
16.- Pérdida de peso: 0 Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana. 1 Pérdida de más de 500g en una semana. 2 Pérdida de más de 1 kg en una semana.	100% con V.0.
17.- Perspicacia: 0 Se da cuenta que está deprimido y enfermo. 1 Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, necesidad de descanso, etc. 2 No se da cuenta que está enfermo.	30% con V. 1; 70% con V. 0.

Fuente: La autora

Del cuadro destaca que los síntomas de mayor intensidad son:

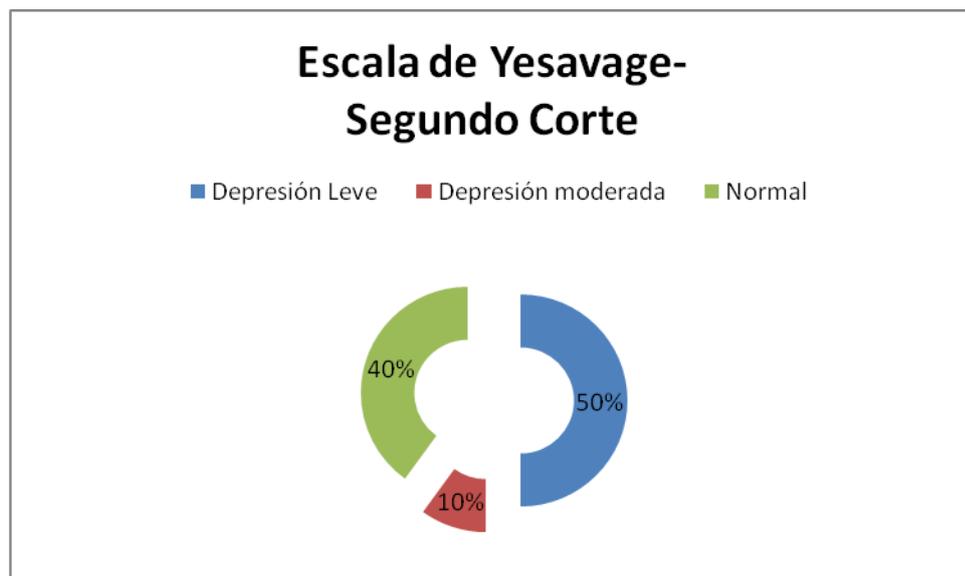
Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo e inutilidad. Le siguen en intensidad las dificultades en trabajo y actividades y la hipocondría.

2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE



Fuente: La autora

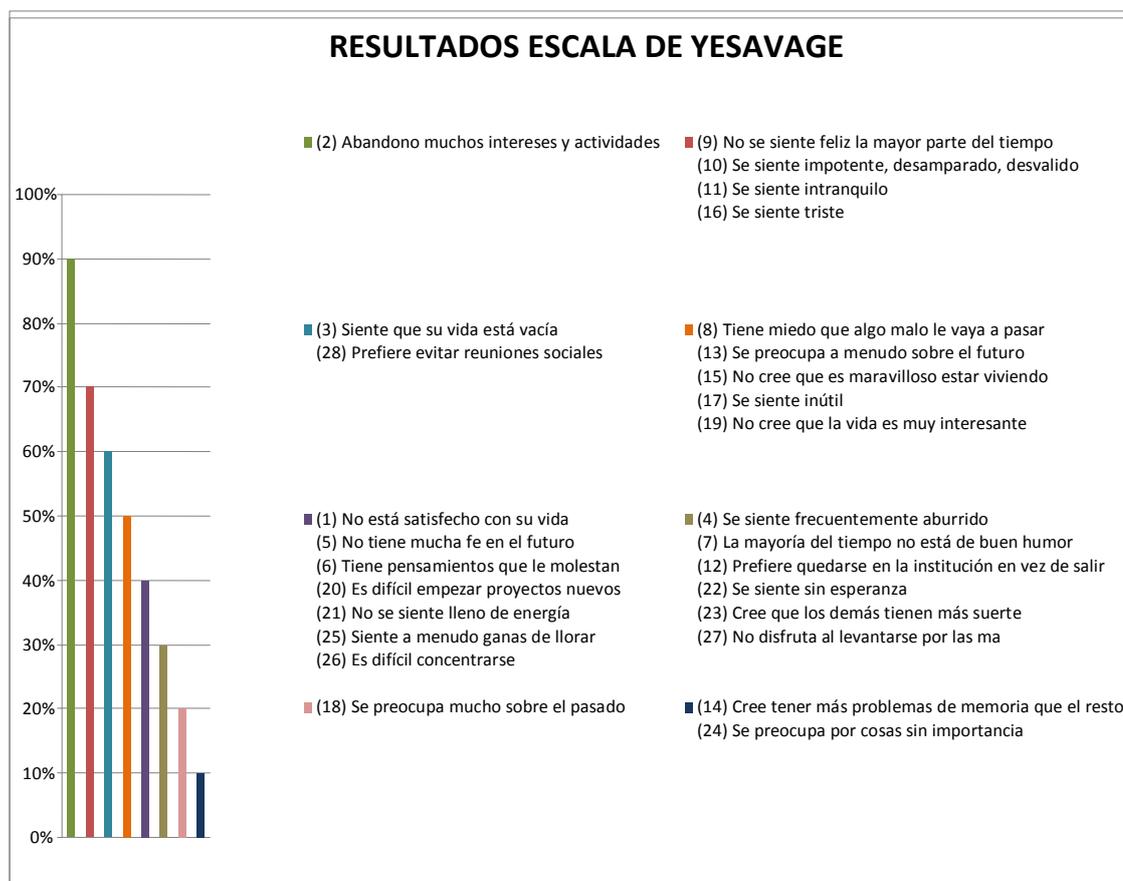
Considerando el primer corte, el 60% califica con posible depresión y un 40% que sumando su puntaje se mantienen en el criterio de lo normal.



Fuente: La autora

Desde la perspectiva del segundo corte, el 50% califica con depresión leve, un 10% con depresión grave y un 40% se mantiene en la normalidad. Con lo cual se confirma los resultados obtenidos en la Escala de Hamilton en el primer corte.

FRECUENCIA DE ÍTEMS EN LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA



Fuente: La autora

Los ítems que se encuentran con mayor frecuencia son: abandono de muchos de sus intereses y actividades (90%); no se siente feliz la mayor parte del tiempo, se siente a menudo impotente, desamparado, desvalido, se siente a menudo intranquilo, se siente a menudo triste (70%); y, siente que su vida está vacía y prefiere evitar las reuniones sociales (60%). Por otro lado, los ítems con una presencia del 50% son: Tiene miedo que algo malo le vaya a pasar, se preocupa usted a menudo sobre el futuro, no cree que es maravilloso estar viviendo, se siente usted inútil y no cree que la vida es muy interesante.

Tomando en cuenta los porcentajes de la Escala de Yesavage y también el análisis del discurso realizado se concluye que:

Las principales generadores de malestar y sufrimiento psíquico en los A.M. son: el abandono de intereses y actividades que les daban un rol productivo; insatisfacción por situación de encierro y percepción de necesidades no cubiertas en la institución, problemas en la salud y con ello disminución de la funcionalidad y un profundo sentimiento de soledad vinculado tanto con la añoranza y la ausencia de la familia, como consecuencia de ausencia de relaciones estrechas y afectivamente significativas entre los usuarios de la institución debido a las divisiones que se realizan entre ellos por condición social previa, educación previa, estado de salud mental, estado de salud física, discapacidades, creencias religiosas o ausencia de ellas lo cual ha dificultado la integración de los A.M.

Por otro lado, solo los A.M. que tienen aspiraciones por realizar se preocupan sobre el futuro, fundamentalmente quienes esperan restablecer contacto con la familia y volver a trabajar.

El 60% refiere estar satisfecho con su vida, sin embargo solo el 50% cree que es maravillo estar viviendo y que la vida es muy interesante, y el 60% considera que su vida está vacía.

PENSANDO EN UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN CON LOS ADULTOS MAYORES DEL HOGAR DE VIDA 1

A medida que se analizaron los datos obtenidos en los instrumentos cualitativos, se observa la necesidad en gran parte de los casos de procurar que superen la dependencia que han generado con los cuidadores en la institución, fomentado su autosuficiencia y con ello un mayor control sobre sus vidas.

También parece requerirse incentivarlos a participar colectivamente y tener experiencias donde puede ejercer la solidaridad, la responsabilidad, la cooperación, los deberes y derechos que les son propios, su ciudadanía.

La institución, por su lado, no debe solamente apoyar con la satisfacción de las necesidades básicas, sino también trabajar con todos los que pertenecen al HDV1

(todos sus actores) en la generación de estrategias de interacción y vinculación (juegos colectivos, producciones comunes, procesos comunes) que se dirijan a la construcción de una red de apoyo.

Es necesario crear espacios estratégicos para realizar acciones promotoras que permitan a los adultos mayores integrarse dinámicamente al mundo en el que se encuentran viviendo, más allá del asistencialismo y del cuidado diario se debe incluir el concepto de desarrollo y de comunidad que permita a los ancianos interactuar con los otros y asumir un rol activo frente a los quehaceres en su contexto territorial.

Para Marcelo Piña Morán lo mencionado se resume en una concepción de *comunidad hogar de ancianos*, en la que la intervención se da por parte del profesional para apoyar a la superación de la dependencia y para ello se procura fomentar procesos que refuercen un desarrollo activo, así se tiende a potenciar la autonomía personal, grupal y colectiva y también la solidaridad humana. Los actores afectados son los ancianos y éstos se encuentran involucrados en todos los cambios, que no solo se hacen para ellos sino con y junto a ellos. Los profesionales tienen el rol de facilitadores y potenciadores de esos procesos y tareas. ²⁷⁶

El proceso a estimularse plantea la idea de la construcción de una identidad del anciano de la comunidad hogar que cruce por los temas de autonomía personal y colectiva, así se piensa en un proceso que desarrolle la capacidad de los adultos mayores de hacer y de ser y que obtengan gracias a esto cierto nivel de dominio sobre sus vidas. Además se fomenta el retiro de su aislamiento y pone en marcha su capacidad de establecer relaciones con el mundo exterior. Las autonomías que se aspiran co - construir están: autonomía física (derecho a decidir sobre el propio cuerpo), autonomía socio- cultural (apunta a la capacidad de afirmar identidades propias y la propia estima), autonomía política (construir sociedad a partir de sus valores, principios, demandas y propuestas propias) y autonomía ciudadana (derecho a involucrarse activamente en los quehaceres de su comunidad interna y externa).

Con aquello, queda claro que en la propuesta que realiza Marcelo Piña Morán, predomina la idea de un sujeto con derecho de elaborar visiones propias de sus

²⁷⁶ Cfr. PIÑA M., Vicente Marcelo, “Trabajo Social Gerontológico: Investigando y construyendo espacios de integración social para las personas mayores”, en la revista de la Escuela de Trabajo Social, Editorial Facultad de Ciencias Sociales, Santiago- Chile, 2006, págs. 23 y 24.

procesos, promoviendo la solidaridad y el respeto a la diversidad. Se construyen, se articulan o se posibilita redes que se basan en el adulto mayor como valor de la sociedad y no como un desvalido y pasivo, se enfatiza por tanto una participación de los adultos mayores en el ámbito informativo, consultivo y resolutivo.

El autor, considerando que la participación y el involucramiento es una exigencia interna del ser humano, considera que en la comunidad hogar la gestión para la integración social se orienta hacia tres ejes específicos: a) la expresión e integración de las demandas y necesidades individuales de los adultos mayores en la adquisición de un interés colectivo, compartiendo todas las formas de diversidad- cultural, social, de género- que confluyen en los hogares; b) la gestión institucional tendrá que ser estimulante e integradora para que los hogares de ancianos se constituyan en un espacio de interacción de derechos y deberes; y, c) la gestión se ubica como un instrumento que satisfaga las necesidades ciudadanas de integración de los adultos mayores, y de la comunidad hogar al desarrollo de su comunidad-territorio. Se ubica y se ubican los ancianos como sujetos activos en la vida social de su entorno ambiental, físico, social y cultural, van construyendo espacios para la vida, van haciendo comunidad.²⁷⁷

Piña considera que ésta propuesta de diseño del plan de gestión institucional de los hogares de ancianos con planificación estratégica, constituye una metodología que hace uso de herramientas de comunicación y elementos de la dinámica cotidiana de trabajo entendida como red de apoyo. La planificación estratégica es un trabajo participativo de un grupo de personas en torno a un objetivo común del cual se apropian para el diseño de planes y programas con compromisos claros e identificables y con una evaluación colectiva transparente. La participación a la que se refiere es de dos actores sociales fundamentalmente, los actores sociales afectados o más vulnerables (que viven las situaciones y necesidades) y los actores sociales involucrados en su quehacer y su vida, que se ubican en el contexto institucional, familiar y territorial de los adultos mayores y que inciden en decisiones de apoyo, rechazo o indiferencia respecto al interés para brindar atención y prioridad a los problemas de la comunidad-hogar.

²⁷⁷ Cfr. Ídem. Págs. 25 y 26.

Se propone que el proceso participativo en la construcción de una planificación estratégica tiene como un inicio dos aspectos importantes: 1. Análisis de posicionamiento para identificar desde los ancianos y su realidad, los hechos sociales de mayor interés; y, 2. Análisis de los actores: identificar los actores involucrados, determinar junto a ellos áreas de conexión y áreas de conflictos, niveles de compromiso con la gestión en los hogares de ancianos, deducir alianzas y/o antagonismos frente a la forma de actuar. De allí se construye: la imagen objetivo (construcción que da cuenta del sentido hacia donde se encamina la gestión institucional); las estrategias (vías para alcanzar la situación deseada en la imagen objetivo) que se basa en el análisis ambiental externo (oportunidades y amenazas) y en el análisis organizacional interno (fortalezas y debilidades); sigue la formulación de metas, objetivos y acciones en las áreas (contexto territorial, contexto institucional, contexto interno de los ancianos) a intervenir; posterior a ello se da el marco de acción y la construcción de la trayectoria (las acciones en secuencia para cumplir objetivos y metas y llegar a la situación deseada); y, se identifican actores del contexto interno, del contexto territorial, del grupo de ancianos que serán responsables de su ejecución (se establecen acuerdos y apoyos que garanticen los recursos para la acción). En todo este diseño de intervención estratégica, lo relevante es el rol que asumen los ancianos, que es el de estar presentes, aportar y participar en el diseño y ejecución del plan. Constituye un actor relevante no solo en la institución sino en el territorio en que ésta se encuentra inmersa que se espera también tome una posición activa.²⁷⁸

²⁷⁸ Cfr. Ídem. Págs. 26 - 29.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- El análisis cuantitativo y cualitativo realizado evidencia la presencia de malestar psíquico en los adultos mayores, el mismo que se pone de manifiesto en la presencia de depresión como consecuencia del abandono familiar, insatisfacciones en y por la institucionalización y la forma en cómo se encuentran concibiendo y viviendo ésta etapa de su vida.
- El 80% de los casos estudiados muestra un historial de abandono familiar en diferentes etapas del ciclo de vida. Sufrieron abandono por parte de un padre o los dos padres en su niñez. Algunos de ellos, posteriormente, al ser padres abandonaron total o parcialmente a sus hijos. Otros en cambio, mantenían relaciones conflictivas y de quiebre. Finalmente, al llegar a la tercera edad un 100% se encuentran sin apoyo familiar o éste es esporádico.
- El abandono familiar está ya presente años antes de la institucionalización en el Hogar de Vida 1, puesto que las relaciones familiares ya desde tiempo atrás estaban marcadas por conflictos, quiebres y distancias. Como muestra de ello los adultos mayores se encontraban en situación de mendicidad y/o indigencia o estaban en riesgo de estarlo y con escasas redes y vínculos sociales. El ingreso a la institución por tanto es una consecuencia del abandono familiar.
- Las historias familiares dan cuenta que la mayoría de la personas de la muestra pertenecieron a familias de origen disfuncionales y por tanto carecieron de una red familiar consistente que brinde todo tipo de apoyo (material, instrumental, afectivo) y que les provea referentes de una familia, que ofrezca bienestar y satisfacción. Como efecto, los sujetos reproducen éstos modelos disfuncionales de familia. Así, solo uno de los adultos mayores mantuvo una pareja toda su vida. El resto mantuvo relaciones distantes con sus hijos. Después son sus hijos quienes forman familias donde siguen existiendo problemáticas tales como el alcoholismo, las separaciones, alianzas disfuncionales y divorcios; y además los vínculos con los padres continúan pobres. Se transmiten por tanto modelos vinculares disfuncionales.

- Del 50% de la muestra conformada por mujeres, el 30% de ellas muestran en el presente una gran simbiosis con respecto a sus hijos varones, que en el 20% de los casos son hijos únicos y en el 10% es el hijo menor. Estas mujeres no tuvieron relaciones óptimas con sus respectivas parejas, fueron únicas proveedoras en el hogar y responsables de la mayor parte del cuidado de sus hijos. Parece ser que se confirma los planteamientos de la teoría sistémica, cuando se observa que estas mujeres volcaron gran parte de los afectos que no brindaron a sus parejas en sus hijos varones. En estos sistemas y subsistemas familiares los límites personales fueron difusos ya que existió una distancia psicológica escasa entre sus integrantes y la presencia de una gran fusión. Las madres redujeron con esto muchas posibilidades de independencia y autonomía de sus hijos. En el 66% de las mujeres, los hijos han tenido tempranamente abuso con el alcohol u otras sustancias, no han podido construir por su cuenta familias nucleares funcionales y aún antes de la institucionalización de sus madres continuaron viviendo con ellas manteniendo relaciones estrechas pero conflictivas, donde existió maltrato de varias formas.

- Los adultos mayores antes de su institucionalización cumplían con lo que hoy se conoce como criterio de exclusión social que hace referencia a: la pobreza, imposibilidad de acceder a los bienes y servicios sociales, situaciones de mucha vulnerabilidad (indigencia y/o mendicidad), precariedad del empleo, problemas para construir un proyecto de vida autónomo y acostumbamiento pasivo a las condiciones de existencia, inseguridad frente al presente y pasado, tendencia al aislamiento y se encuentra muy vinculado a la ruptura de lazos y vínculos sociales. No contaban con red social o familiar que proporcionara un sostén consistente, pero mantenían interacciones sociales funcionales a través de la utilización del otro.

- Persiste en ellos hasta el presente una fuerte desconfianza y negatividad respecto a los demás, por ello parece resultarles difícil vincularse para construir en conjunto. Viven en un estar solos en el mundo y como efecto en una invisibilidad. Dicho de otro modo, hay una evidente dificultad para incluir al otro en el vínculo y contacto placentero; y esto no solo es producto de encontrarse en esa situación de exclusión y marginalidad en la tercera edad sino una consecuencia de mantener vínculos disfuncionales en toda su historia familiar (modelo sistémico). Como efecto

de ello se ven afectados la dimensión afectiva, la capacidad de disfrute, las formas de enfrentar las problemáticas inseparables a la vida, etc.

- Respecto a las vivencias y percepciones que tienen los ancianos respecto al abandono familiar, se encuentra que solo el 30% se percibe abandonado y el 70% no se considera abandonado puesto que no responsabiliza a sus familiares de su situación aunque aquello no impide que sientan malestar por su distancia y ausencia.
- Las consecuencias visibles y concretas que experimentaron y experimentan los adultos mayores por abandono familiar en éste momento que se encuentran en la institución son: alta vulnerabilidad social y riesgo de mendicidad y/o indigencia (situación de calle) si saliesen del acogimiento, permanencia indefinida y permanente en el HDV1, con trabas para el proceso de reinserción familiar y singulares dificultades vinculares (como la dificultad psíquica y social para resolver problemas vinculares sin caer en la irritabilidad, agresividad o depresión).
- Se constata la presencia de un sentimiento de soledad al no tener apoyo familiar constante y en algunos casos se presenta como añoranza. Pero en la evaluación de las funciones mentales se evidencia una tendencia a recordar hechos negativos, frustrantes más no gratificantes, en relación a la vida familiar. Lo que da cuenta que ese sentimiento de soledad va más allá del abandono familiar, implica más bien una condición presente la mayor parte del tiempo en la psique del adulto mayor que se acompaña con infelicidad, tristeza e intranquilidad.
- El ingreso a la institución se da, según la percepción de los adultos mayores, por tres razones básicas: son ingresados de forma involuntaria, son engañados y el ingreso voluntario.
- Independientemente de las razones por las cuales entraron al HDV1, las entrevistas a profundidad ponen en evidencia que éste primer momento en la residencia constituyó una verdadera fuente de malestar y representó un quiebre en el sentido de continuidad en los adultos mayores. Ese malestar implicó pérdida de apetito, dificultad para conciliar y mantener el sueño, fuerte ansiedad psíquica, entre los síntomas más frecuentes. Estas percepciones coinciden con lo evaluado por el

departamento de psicología, en donde se describe éstas primeras reacciones como: estado de ánimo depresivo, tendencia a la depresión, estado de ánimo irritable y tendencia a la irritabilidad. Los adultos mayores en la entrevista de profundidad da cuenta de un inicio difícil y de dificultades en el proceso de adaptación.

- En el presente el malestar psíquico por la institucionalización no ha desaparecido. La escala de Yesavage da cuenta que existe en los adultos mayores una insatisfacción generalizada respecto al abandono de los intereses y actividades (trabajo, cuidados de la casa que no realizan a su criterio solamente por ciertas fallas en la funcionalidad sino porque en la institución es un obstáculo para llevarlas a cabo) en el HDV1, malestar por el encierro y servicios, sentimiento de soledad (que tienen como causas tanto el escaso soporte de la familia como el escaso vínculo e intercambio de apego y otros apoyos entre pares), impotencia e intranquilidad, ideas de que se encuentran desvalidos y desamparados, percepción de que su vida está vacía y continúan evitando un poco más de la mitad de la muestra asistir a reuniones sociales. Hay una fuerte preocupación por la salud y la funcionalidad, temiendo su deterioro. La mitad de los ancianos mayores tienen miedo que algo malo le vaya a suceder en la institución. Así mismo hay un 50% que se siente a menudo inútil y considerando que la vida no es muy interesante y que cree que no es maravilloso estar viviendo. La mitad de la muestra se siente inútil, pero no hacen mucho por cambiar este sentir y por el contrario mantienen muchas actitudes de quietismo. Existe una preocupación frecuente sobre el futuro, pero que no se encuentra presente en la mitad de los casos.

- Queda claro que el malestar psíquico de los adultos mayores de la muestra no solo está relacionado con el abandono familiar sino también con la institucionalización misma y con el conjunto de percepciones negativas que tienen los adultos mayores respecto a hechos de su vida y a la manera cómo están viviendo y percibiendo la vejez en éste momento. El malestar psíquico es multi causal.

- La Escala de Hamilton permite corroborar la presencia de ciertos síntomas en los adultos mayores. Así los síntomas más frecuentes en ellos son: hipocondría, ansiedad psíquica (tensión subjetiva, irritabilidad), ansiedad somática, humor

deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo e inutilidad, dificultades en el trabajo y actividades, insomnio intermedio y agitación psicomotora. De lo mencionado, los síntomas que se presentan con mayor intensidad son: humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo e inutilidad; dificultades en trabajo y actividades; e, hipocondría.

- En la historia clínica se puede encontrar que los estados de ánimos presentes con mayor frecuencia en los adultos mayores son la irritabilidad y la disforia, en la mitad hay un estado de ánimo depresivo. En las alteraciones sintomáticas de la afectividad, prevalece la disforia en el 50% de los casos, hay un 10% con tristeza patológica (en la que se encuentra comprometidas sus funciones mentales) y alegría patológica en un 10% (presente en un caso donde hay una personalidad esquizoide). Respecto a las reacciones afectivas predominan la irritabilidad y la tenacidad afectiva (permanecen en estados de ánimo) lo que incrementa el malestar.

- Los adultos mayores de la muestra al haber interiorizado durante su vida prejuicios respecto a la vejez y al envejecimiento y al asociar la vejez con enfermedad, limitación, sufrimiento y frustración, al llegar a la tercera edad se conciben en esos términos, lo que genera en ellos una gran fuente de malestar psíquico. Dicho de otra forma su enfoque sobre el envejecimiento sí se relacionan con las concepciones dominantes vinculadas con el deterioro y la decadencia, no redefinen el rumbo a seguir lo que impide un dominio sobre su propio cuerpo y su propia vida. No experimentan a la vejez como una etapa o un estado más de la vida, sino como el final, por tanto no consideran sus posibilidades y adquisiciones. La vejez no es vivida por ellos como una etapa de plenitud y de realización; mucho menos aparece en ellos “generatividad” en términos de Erik Erikson: interés y compromiso por el cuidado y bienestar de los otros en general y de las futuras generaciones. Por el contrario, en tal etapa del ciclo vital hay sentimientos y pensamientos de desdén, desesperanza, desamparo e inutilidad. Se encuentran con dificultades para la integración de las pérdidas y de todo lo vivido durante su ciclo de vida, lo que da cuenta que aún no han logrado revestirse de nuevos sentidos.

- Muchos adultos mayores hacen una disociación entre juventud y vejez y se las coloca como realidades opuestas más que como etapas de una misma trayectoria biográfica. La juventud es asociada con salud, productividad, actividad y utilidad mientras que la vejez se asocia con pasividad y enfermedad.
- Los adultos mayores tienen historias de vida cuyo principal factor común es la complejidad, la cual durante la presente investigación ha permitido entender como éstos ancianos han llegado a una vejez en determinadas condiciones: empobrecidos, sin redes de apoyo estructuradas, consistentes y de calidad, institucionalizados de forma permanente e indefinida, sintiendo nostalgia por su juventud y por la vida en la que participaron en la institución del trabajo, añoranza de su independencia y libertad y con una construcción de una imagen negativa del envejecimiento y la vejez. En común además de lo dicho éstos adultos mayores no planificaron y construyeron su proyecto de vida considerando que llegarían a ser viejos y por tanto no se prepararon para eso.
- El envejecimiento humano se refiere a una serie continua de modificaciones progresivas y acumulativas que forman parte del proceso de vida; esto nos permite entender que el devenir cronológico es inmodificable e imparabile. Sin embargo, más allá del envejecimiento biológico inevitable del ser humano existen factores modificables en el proceso en los cuales se puede incurrir y con ello mejorar las condiciones y calidad de vida en la vejez y en aquello la institución residencial no debería tener un rol pasivo. El HDV1 y el personal que lo conforma han centrado su atención en procurar la satisfacción de las necesidades básicas de sus usuarios y han descuidado otros factores que podrían mejorar la calidad de vida, disminuir el malestar psíquico e incrementar los niveles de satisfacción de los ancianos respecto a su vida y a su institucionalización. La atención en salud centra su acción en la atención de problemas emergentes (enfermedades, molestias físicas, conflictos entre usuarios, etc.) y no trabaja en el incentivo de la adopción de hábitos saludables en los adultos mayores, en elaborar con ellos una comprensión -emocional y racional- e integración saludable de los cambios propios del proceso de envejecimiento ni tampoco fomentan el ejercicio de habilidades sociales las cuales podrían contribuir en la generación de vínculos donde los viejos podrían experimentar el reconocimiento del otro (en función de lo que ese otro es y no en medida en que éste

le es útil) después de reconocerse en esta etapa de vejez con otra concepción. Así se podría fomentar la construcción de redes sociales donde son proveedores y/o receptores de apoyo y afectos.

- El HDV1 y parte del personal tiende a generar dependencia de cuidados diarios en los adultos mayores aún en quienes no lo requieren, produciendo una disminución en su funcionalidad y autonomía e incentivando un envejecimiento pasivo.

RECOMENDACIONES

- Para la institución Hogar de Vida 1:
 - Se debería procurar trabajar con todo el personal del HDV1 y los adultos mayor en una construcción de una imagen social positiva del envejecimiento.
 - La institución no solo debe brindar satisfacción a las necesidades básicas de sus usuarios, sino también requiere proporcionar apoyos de varias índole puesto que es la única o la más constante red de apoyo social con la que cuentan los adultos mayores en éste momento.
 - Se recomienda que la oferta de servicios recreativos y ocupaciones que proporcionan a la población residente se encuentra en concordancia y en correspondencia con los intereses de los adultos mayores atendidos, puesto que hay quienes no encuentran satisfacción en las actividades que se les oferta. Dicho de otro modo debe valorarse la opinión de los adultos mayores al momento de planificar actividades y talleres, planificando no para ellos, sino junto a ellos. De tal forma se contribuye a recuperar su capacidad de goce redescubriendo sus intereses y conectándose con sus deseos al mismo tiempo que se incentiva su sentido de libertad y autonomía y se le brinda así recursos para reflexionar sobre su proyecto personal.
 - Se debería intentar no solo la intervención psicológica individual sino facilitar procesos también a nivel de grupos y de comunidad de adultos mayores, con el fin de mediar en la construcción de una red de apoyos sociales que no solo permita el ejercicio de habilidades sociales como la empatía, la solidaridad y la cooperación, sino también el ejercicio de la participación y el desarrollo de vínculos más centrados

en el afecto. Esto es de gran relevancia ante la ausencia de sustentación familiar que sufren los adultos mayores residentes.

- Es fundamental que los propios ancianos se encuentren involucrados en cualquier cambio en las rutinas de la institución que los afecte directa o indirectamente, puesto que en el presente los cambios son dados a las espaldas de los adultos mayores e inclusive se los lleva en forma de secreto del personal técnico hasta que son ejecutados.

ANEXOS

ANEXO 1: CUADRO DE ANÁLISIS POR CATEGORÍAS

<i>MÉTODOS/ TÉCNICAS</i>	<i>CATEGORÍAS</i>	<i>SUBCATEGORÍAS</i>	<i>CONCLUSIONES DE LA MUESTRA (10 A.M.)</i>
Análisis de historia clínica, historia de vida, historia familiar para conocer los antecedentes del desarrollo, la historia de vida individual y familiar del adulto mayor	FAMILIA DE ORIGEN	Organización familiar	El análisis de los resultados da cuenta que la mayoría de los adultos mayores estudiados pertenecieron a familias que no contaban con una estructura tradicional y que no cumplieron con las normativas del ciclo evolutivo familiar.
		Calidad de vínculos parentales y fraternos	Las relaciones no se caracterizaron por una vinculación afectiva intensa y duradera. El 50% tuvo experiencias de abandono por parte de uno o los dos padres, quienes los habrían entregado a otros para su crianza.
		Apoyo familiar en el desarrollo	Solo el 20% menciona haber percibido apoyo familiar durante estas primeras etapas de su desarrollo, ya que el 80% da cuenta de la ausencia de un red de apoyo constante y también pone de manifiesta una pobreza en la calidad de apoyos, fundamentalmente del apoyo afectivo. Todos estos datos dan cuenta que la gran mayoría no pudo contar con experiencias estables y consistentes de apego que les brinden seguridad, protección y cuidado incondicional. Solo la mitad (50%) contó con una salud sin grandes inconvenientes.
		Situación Socio Económica de la familia de Origen y durante el crecimiento	Respecto a la situación socioeconómica durante estas primeras etapas, el 70% da cuenta que ésta se enmarcaba de pobreza; razones por las cuales se da en algunos de los casos abandono de las responsabilidades paternas. La mayoría por tanto experimentó carencia en los diversos apoyos durante su desarrollo.
	Salud		El 50% transcurrió estas etapas sin grandes problemas en su salud, el otro 50% manifiesta situaciones diversas que pusieron en riesgo su salud: maltrato físico, desnutrición, mal nutrición, consumo temprano de alcohol y tabaco, accidente, enfermedad, etc.
	Educación		El 40% no tuvo educación, 30% con la primaria incompleta, el 20% primaria completa, solo el 10% tuvo educación secundaria.
	Generación de recursos laborales		En cuanto al trabajo, el 50% de la muestra que corresponde a las mujeres, el 40% se ocupó como empleada doméstica y solo el 10% no trabajó durante este periodo de la vida. Acerca del 50% de la muestra que corresponde a los hombres se encuentra que el 10% trabajó en la agricultura, el 10% fue chofer, un 10% fue cargador, el 10% pintor y un 10% que se ocupó con varios trabajos ambulantes.
	FAMILIA NUCLEAR	Pareja: consistencia, permanencia.	Esta subcategoría arroja que solo el 30% se casó. El 20% vivió en unión libre y el 50% tuvieron relaciones casuales, sin convivencias largas, lo que da cuenta que permanecieron solteros. De aquel 30% que optó por el matrimonio, el 20% se divorció en la etapa de la familia con hijos pequeños y solamente el 10% tuvo continuidad y permanencia con su pareja. El 20% que vivió en unión libre perdió a su pareja en las etapas de la familia con hijos pequeños y de la familia con hijos adolescentes.
		Relación Padres - Hijos: Historia y calidad de vínculos con los hijos e hijas, responsabilidad filial	El 20% no tuvo hijos, pero experimentó la paternidad con hijastros en un caso y con sobrinos en el otro. El 20% tuvo un número considerable de hijos sin embargo no ejerció sus funciones parentales y por tanto no formó con hijos vínculos de afecto, estrechos. El 40% se ocupó por sí solo de la gran parte de la crianza de sus hijos. El 20% experimentó el compartir la crianza de los hijos con su pareja.
		Situación Socio Económica	El 10% vivió experimentó periodos de extrema pobreza y situaciones de indigencia. El 30% estuvo al límite de la pobreza durante estas etapas. Y el 60% vivió sin grandes necesidades.

Trabajo		El 40% tuvo un trabajo con mayor durabilidad y estabilidad y coincide que todos son de sexo masculino. El 60% tuvo algunos empleos durante éste tiempo, con diferentes temporalidades. Por otro lado, el 50% son mujeres que trabajaron en algún momento en tareas domésticas.
Construcción de Redes de Apoyo Sociales a lo largo de la vida.		Durante este periodo de sus vidas ya solo el 20% cuenta con apoyos -afectivo, material- de parte de su familia de origen a través de sus hermanos. De amistades y otros, el 80% recibió apoyos. En cambio como proveedores de apoyo, el 60% brindó apoyo a sus hijos, el 10% a esposa e hijastros, un 10% a hermana y sobrinos y un 20% que corresponde a quienes no proporcionaron ningún apoyo.
Salud		El 40% consumió alcohol en grandes cantidades y son de sexo masculino. El 40% mantuvo su salud sin inconvenientes de importancia. Un 10% presentó mal nutrición, otro 10% dolores crónicos como consecuencia de trabajo en lavandería.
Situación del Adulto Mayor	Familia: relaciones, conflictos, etc.	El 20% que no tuvo hijos propios, carece del apoyo filial puesto que hijastros y sobrinos no se los han proporcionado durante esta etapa de la vida. Del 60% que criaron a sus hijos solos o en compañía de una pareja, el 30% tiene contacto con sus hijos antes de la institucionalización pero recibe apoyo de baja calidad y el restante 30% no tienen contacto con sus hijos.
	Trabajo / Economía	El 100% de los adultos mayores no se afiliaron al Seguro Social, por tanto no recibieron pensión jubilataria. Solo el 20% contaba con bono al llegar a la institución y actualmente solo el 30% recibe el bono en el HDV1. El 100% se encontraba en situación de pobreza a extrema pobreza, careciendo de un trabajo formal y un sueldo fijo y sin apoyo familiar o un apoyo familiar deficiente. Solo un 10% se mantiene trabajando aún institucionalizado, teniendo un ingreso semanal constante.
	Redes de Apoyo Social	El 20% es receptor de apoyo por parte de la familia de origen-hermanos-. El 30% recibe apoyo de los hijos y/o nietos a través de apoyos eventuales e insuficientes lo cual permite afirmar que no existe calidad en el apoyo. El 50% no recibe apoyo de ningún familiar. El 40% recibió apoyo de amistades y otros (vecinos).
	Salud Física	El 10% es asintomático. El 40% presenta hipoacusia. Un 10% presentó un accidente cerebrovascular. Un 10% tuvo un tumor benigno. Un 10% presenta erupciones en la piel. Un 30% tiene diabetes. Dificultades motrices por diversas causas que dificultan o impiden la marcha presentes en un 60% de la muestra.
	Salud Mental: Historia Clínica HDV1	Salud Mental: Historias Clínicas HDV1.- Con tendencia a la irritabilidad y presencia de estado de ánimo irritable: 40%. Quienes alguna vez o algunas veces se han encontrado con estado de ánimo depresivo o ha padecido algún episodio depresivo representan el 90% de la muestra. En el 90% hay un claro deterioro cognitivo, porcentaje del cual el 70% tiene deterioro leve y el 20% deterioro moderado. Antecedentes de alcoholismo en la tercera edad, el 30%, todos hombres. El 100% ha recibido intervención psicológica en la institución por diferentes situaciones.
	Mendicidad	El 50% se encontraba en situación de mendicidad antes de su ingreso a la institución. El 70% en situación de indigencia previa a la institucionalización, y el otro 30% estaban en riesgo de estarlo. Un 30% estaba tanto en situación de mendicidad como de indigencia. El 100% se mantenía en constante situación de riesgo, debido a encontrarse sin apoyo familiar y /o red familiar deteriorada e inestabilidad económica. Un 20% incrementaba su situación de vulnerabilidad por ser personas con alguna discapacidad.
SITUACIÓN DE ABANDONO	Cuándo	El 100% sufría abandono familiar parcial o total aún antes de ingresar en la institución, no contaba con red de apoyo familiar o ésta no era de calidad.
	Por qué	Del 80% que tuvieron hijos, ninguno de éstos asume su responsabilidad filial a cabalidad. El 30% que tenía contacto con sus hijos antes de la institucionalización no les proporcionaron apoyo de calidad (no era constante ni suficiente al satisfacer las necesidades de los adultos mayores) y el otro 50% no tiene ningún contacto con hijos (del cual el 20% de adultos mayores, todos hombres, el historial de alcoholismo tiene estrecha relación con el descuido de sus hijos en el presente por ellos, puesto que como padres en primer lugar no fueron fuente de apoyo para sus hijos).

Valoración de funciones mentales	Vivencia del abandono	El 30% se percibe abandonado y el 70% no se considera abandonado puesto que no responsabiliza a sus familiares de su situación.	
	Efectos	Institucionalización indefinida el 100%, puesto que todos sin acogimiento del HDV1 se mantienen en riesgo de indigencia y mendicidad, ya que no cuentan con apoyos o con apoyos de calidad en el exterior de la institución.	
	I.- ASPECTO EXTERNO Y ACTITUD GENERAL	Estado alerta el 100%. Quienes mantienen cuidado y aseo personal representan el 40%, quien lo hacen parcialmente son el 40% y el 20% no se preocupa de su higiene personal. El 80% muestra una actitud de colaboración, y solo un 20% (todos hombres) muestra actitud evitativa y hostil.	
	II.- ÁREA SOMÁTICA	PERCEPCIÓN DE SU SALUD	El 100% refiere sensaciones de dolor y molestias corporales. El 30% manifiesta molestias gastrointestinales, el 40% cefaleas, 80% dolor en el aparato locomotor, 30% disminución auditiva, 20% molestias en ojos y lagrimeo, 10% molestias en la piel, 20% percibe debilitamiento, 10% refiere incapacidad mental. El 60% tiene preocupaciones por su funcionamiento.
		HÁBITOS DE HIGIENE	El 50% tiene hábitos de higiene, el 40% los posee parcialmente y el 10% no los tiene.
	III.- ÁREA FUNCIONAL (independencia- dependencia funcional)	ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA	El 40% (mitad hombres y mitad mujeres) es independiente en las seis funciones. El 20% (hombres) es independiente excepto en una función (continencia). El 30% (20% mujeres y el 10% hombres) es dependiente en cinco de seis funciones. El 10% es independiente en 4 funciones y en dos es dependiente.
		ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA	El 90% contesta el teléfono y no marca, y el 10% marca y contesta el teléfono. El 70% no realiza compras, el 20% realiza compras con intermediario y el 10% si compra por su propia cuenta. El 100% no prepara su comida. El 30% (hombres) contribuye a la limpieza y el 70% no limpia pero evita ensuciar. El 70% no lava su ropa y el 30% lava prendas pequeñas. El 60% no usa transporte, el 20% hace uso del transporte de la institución y el 20% también usa transporte público. El 90% no se administra solo su medicina y el 10% sí lo hace. El 60% no maneja dinero y el 40% maneja lo necesario su dinero.
		ACTIVIDADES AVANZADAS DE LA VIDA DIARIA	El 50% participa en talleres y el otro 50% no. El 80% asiste a programas y paseos. El 80% asiste a eventos religiosos. El 60% cuida a las personas más cercanas. Solo el 20% cuida a compañeros poco cercanos. En cuanto al tiempo libre: el 80% lo usa conversando, el 70% se mantiene sentado el 50% caminando y dando de comer a los animales, el 40% ve la TV y duerme, y el 20% realiza actividades de jardinería y juega cartas. Solo el 10% tiene un trabajo constante y remunerado
		IV.- ÁREA COGNITIVA	PERCEPCIÓN
		ORIENTACIÓN	Con orientación autopsíquica cuentan el 100% de los adultos mayores. En cuanto a la orientación alopsíquica, el 10% está orientado en tiempo y espacio, el 90% restante tiene parcial desorientación en tiempo mas no en espacio.
	MEMORIA		

		<p>Respecto a la memoria inmediata, el 80% presenta un deterioro leve, el 10% deterioro moderado y 10% deterioro grave. En la memoria reciente, el 50% tiene deterioro leve, el 40% deterioro moderado y el 10% deterioro grave. Y por último, en la memoria remota, el 80% posee un deterioro leve y el 20% deterioro moderado. Hay una tendencia por recordar hechos negativos y experiencias de frustración de un 70% (en un 50% mujeres, y 20% hombres).</p>
		<p>ATENCIÓN</p> <p>El 30% todas mujeres, presenta distracción ligado a estado de ánimo. Mientras que un 70% enfoca y mantiene atención.</p>
		<p>PENSAMIENTO</p> <p>Considerando el curso del pensamiento, el 70% mantiene un curso normal (discurso fluido y ordenado), el 10% tiene lentificación en el curso del pensamiento, otro 10% presenta prolijidad y un 10% que ocasionalmente interrumpe el normal desenvolvimiento de asociación de ideas. Tomando en cuenta el contenido del pensamiento, el 100% tiene ideas dominantes (ideas que se repiten constantemente) y/o obsesivas (ideas que no se pueden desechar, el elemento emotivo predomina sobre el intelectual de la idea). Los temas de dichas ideas son: preocupación por su salud y por problemas corporales (presentes en un 50%), situación de abandono (en un 30%), minusvalía (30%), salir de la institución (en un 20%), persecución (en un 20%), lejanía de hijos (en un 20%), apariencia física (en un 10%), obtener trabajo (10%), suicidio (10%).</p>
		<p>LENGUAJE</p> <p>No se evidencian trastornos. En un 70% el lenguaje es totalmente claro y fluido. Del otro 30%, un 10% debido a estado de ánimo afecta su discurso por lentificación del pensamiento, un 10% cae en la explicación innecesaria y exagerada de detalles que hacen en ocasiones el lenguaje poco claro y el otro 10% presenta a veces un discurso un tanto confuso por la intercepción del pensamiento</p>
		<p>ACTIVIDAD ONÍRICA</p> <p>El 90% refiere soñar en pocas ocasiones y le dan poca relevancia a sus sueños, mientras que el 10% manifiesta que no tiene ningún sueño.</p>
	<p>V.- ESTADO DE ÁNIMO/EMOCIONES</p>	<p>ESTADOS DE ÁNIMO FRECUENTES</p> <p>Los adultos mayores experimentan los siguientes tipos de estado de ánimo: irritable en un 80%; disfórico (estado de ánimo desagradable con predominio de la sensación de malestar) se encuentra en un 60%; deprimido (estado de ánimo bajo, como la tristeza) está en un 50% de los adultos mayores; eufórico (ánimo normal) en un 50%; expansivo (ausencia de control sobre la expresión de los propios sentimientos con tendencia a la desinhibición) en un 10%; y eufórico (ánimo elevado con sentimiento exagerado de bienestar, euforia o alegría) en un 10%.</p>
		<p>ALTERACIONES SINTOMÁTICAS DE LA AFECTIVIDAD</p> <p>La disforia, humor displacentero y sensación de malestar general y difuso, se encuentra presente en un 50% (20% mujeres y 30% hombres) de la muestra; y engloba diferentes emociones o sentimientos como ansiedad, mal humor, sufrimiento angustioso o irritabilidad. El 10% que padecen disforia, lo acompañan con anhedonia.</p> <p>Un 10% (mujer) tiene tristeza patológica: una tristeza vital profunda y abarca todas las funciones psíquicas afectando pensamiento y acción. Otro 10% (mujer) evidencia alegría patológica, una alegría no adecuada a la realidad, resulta desproporcionada y se acompaña de un bienestar patológico que engloba a otras funciones psíquicas. Los resultados anteriores sumados dan cuenta que un 70% (40% mujeres) y un 30% (hombres) posee síntomas específicos de la afectividad; mientras que hay un 30% (20% hombres y 10% mujer) que se encuentra eufórico la mayor parte del tiempo.</p>
		<p>PRESENCIA DE ANSIEDAD</p> <p>En un 10% (hombre) se presenta ansiedad flotante (emoción ansiosa persistente y mantenida sin causa aparente pero se pone de manifiesto ante diversos sucesos o acontecimientos) y en 90% se encuentra la ansiedad situacional (se presenta en relación con situaciones u objetos concretos).</p>
		<p>REACCIÓN AFECTIVA</p>

			<p>Tenacidad afectiva (los afectos se mantienen por un tiempo prolongado sin variación) presenta el 60%; ambivalencia afectiva (coexistencia de sentimientos positivos y negativos respecto a un mismo objeto, contenido vivencial o representación) el 20%; labilidad afectiva (rápidos cambios en cuanto al estado emocional y en general independientes de estímulos causales externos) el otro 20%. Existe una tendencia a la irritabilidad (excitabilidad y a veces explosividad) en un 70%.</p>
		VI.- ÁREA AFECTIVA/ INTERPERSONAL	<p>RELACIONES INTERPERSONALES</p> <p>Solo el 10% (hombre) cuenta con amistades, mientras que el otro 90% no. El 100% se relaciona mediante contactos casuales. El 20% (10% mujer y 10% hombre) mantienen noviazgo (uno cargado con menos afectividad que el otro).</p> <p>HABILIDADES SOCIALES</p> <p>Habilidades sociales.- La empatía entendida como el participar de una realidad que afecta al otro se presenta en un 60% de los adultos mayores de los cuales el 50% son mujeres y el 10% es un hombre. Ésta principalmente se da frente a quien pasa necesidad, tiene discapacidad o es víctima de injusticias. En cuanto a actitudes solidarias, aquellas se presentan en un 60% (40% mujeres y 20% hombres) y solamente se encuentra dirigida a pocas personas. La cooperación considerada como el trabajo en equipo no se presenta en ninguno de los adultos mayores.</p>
		VII.- ÁREA CONDUCTUAL	<p>RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS</p> <p>Ante estímulos estresantes y que causan frustración, el 50% (40% mujeres y 10% hombres) responde con agresiones verbales, confronta sin realizar agresiones el 30% (20% mujeres y 10% hombres). Solo el 20% enfrenta confrontaciones, pero mientras que un 10% maneja su malestar el otro 10% no lo hace generando disforia.</p> <p>ACTIVIDADES GRATIFICANTES Y DESAGRADABLES</p> <p>Un 90% dice tener actividades gratificantes y un 10% considera que dentro de la institución no las tiene. Dichas actividades son de diversa índole en la muestra: 50% disfruta de conversaciones (aunque algunos disfrutan siendo más receptores y emisores que estar en las dos posiciones), un 50% de cuidar a los animales, un 20% de cuidar de plantas; un 20% de participar en talleres de la institución que le resultan agradables; un 20% de jugar cartas, un 10% de trabajar y administrar su dinero, un 10% disfruta de ser apoyada en su cuidado personal y un 10% de asumir roles de reconocimiento social dentro de la institución. Un 40% desearía encontrarse afuera para asumir los roles que debido al encierro no puede hacer, y éstas se relacionan en el caso de las mujeres (20%) con el cuidado de la casa y de los hijos y en el de los hombres, en un 10% con el trabajo y otro 10% con la convivencia con su esposa.</p> <p>Respecto a las actividades desagradables: estar en situaciones conflictivas el 30%, alimentarse con comida "mal hecha" el 30%, la inactividad y todo lo que implica estar encerrado el 10%, asistir a talleres que no le atraen un 10%.</p>
	Resultados de Escalas: Escala Geriátrica de Yesavage- Escala para la Depresión de Hamilton Bienestar/Malestar	Escala Depresión de Hamilton	<p>Primer corte: No depresión: 40%, Depresión menor 20%, Menos que depresión mayor 30%, Depresión mayor 10%. Segundo corte: 60% depresión moderada y 40% ausente.</p>
		Escala Geriátrica de Yesavage	<p>Primer corte: 60% posible depresión, 40% normal. Segundo corte: 50% depresión leve, 10% depresión grave y 40% normal.</p>
Entrevista a Profundidad (Percepción del A.M. de su Vida Institucional)	PERCEPCIÓN DE SU LLEGADA A LA INSTITUCIÓN	¿Cómo llegó al Hogar de Vida I? ¿Vino voluntariamente?	<p>El 30% (mujeres) afirma no haber ingresado al HDV1 voluntariamente; el 20% (hombre y mujer) menciona haber sido engañado; el 40% (hombres) asegura que su ingreso fue voluntario; y, el 10% (mujer) no recuerda lo sucedido en su ingreso pues se encontraba con un estado de salud delicado.</p>

	¿Conocía su familia que estaba en ésta institución?	El 60% asume que sus hijos y familiares sí conocían que se encontraba institucionalizado; mientras que el restante 40% manifiestan que sus familiares no se enteraron. Del 60% que afirma que su familia conocía de su permanencia, el 40% recibieron muy pocas visitas, el 10% recibe visitas constantes de un familiar y un 10% nunca ha recibido visitas de familiares.
	¿Cómo se sintió los primeros días?	Presentaron un franco malestar al iniciar en el proceso de institucionalización el 70% de los adultos mayores (conformado por: 20% con ingreso involuntario, 20% con ingreso por engaño, 20% con ingreso voluntario y 10% que no recuerda el momento de su ingreso). Entre las manifestaciones de su malestar se encuentran: ansiedad (30%), quejas por inactividad (30%), dificultad para conciliar el sueño(20%), sentimientos de soledad (20%), llanto (20%), incomodidad por presencia de personas del sexo opuesto (10%) ,temor por maltrato físico de otros compañeros, falta de apetito (10%), molestia por el sabor de la comida (10%), molestias por el encierro (10%), desagrado por el ambiente (10%) y pesadillas (10%). Del restante 30%, el 20% (con ingreso voluntario) manifiesta que le pareció un lugar agradable y presentaban malestares secundarios a la institucionalización y el otro 10% (ingreso involuntario) percibe a la institución como un lugar de acogida y que pronto saldrá puesto que ya lo hizo en una anterior ocasión.
	¿Le costó adaptarse?	El 70% refiere que le costó adaptarse y el otro 30% expresa que le fue menos difícil.
	¿Siente que en la actualidad ya está adaptado?	El 50% (20% mujeres y 30% hombres) considera que ya se encuentra adaptado puesto que se encuentra resignado. El otro 50% (30% mujeres, 20% no se percibe adaptado en éstos momentos puesto que se encuentra insatisfecho con encierro.
PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES EN SU VIDA EN LA INSTITUCIÓN	Necesidades básicas	Alimentación: 60% totalmente insatisfecho con comidas, el 10% parcialmente inconforme y conforme el 30%. Aseo: Se siente satisfecho con el cuidado que reciben respecto al aseo el 50%, el 10% muestra insatisfacción con cuidados y el otro 40% (todos hombres) dice no requerir de apoyo en éste aspecto pues son independientes. Vestido: El 50% da cuenta que no posee ropa suficiente, el 60% piensa que ha sufrido el robo de su ropa, el 20% considera que la ropa que recibe es de mala calidad, el 10% está conforme con la ropa que tiene y solo el 10% se encuentra satisfecho con el vestido. Sueño.- El 40% dice no tener grandes inconvenientes para conciliar y mantener el sueño, mientras que el 60% manifiesta tener dificultades para conciliar y/o mantener el sueño por las siguientes causas: molestias físicas 40%, malestar psíquico (intranquilidad) 20%, estímulos externos 20% y sin causa aparente 10%.
	Necesidades de apoyo por parte de los cuidadores	Está inconforme e insatisfecho con apoyo de cuidadores (enfermeras, auxiliares) por varias razones el 40%. Un 10% se encuentra parcialmente satisfecho. Un 10% se siente satisfecho con ayuda y muestra gratitud. Otro 10% considera que lo que hacen los cuidadores lo hacen porque es su trabajo. Otro 20% se percibe a sí mismo independiente y sin necesidad de tanta atención como otros adultos mayores.
	Necesidades de apoyo familiar:	Considera que sus necesidades están insatisfechas por la ausencia de contacto (visitas) con sus hijos el 60%, porcentaje del cual el 50% son mujeres y un 10% hombre. El 30% (hombres) dicen que familiares están haciendo su vida independiente y no esperan ningún contacto. Un 10% está parcialmente satisfecho con apoyo de contacto y visita de un familiar, pero no considera que apoyo sea suficiente para satisfacer sus necesidades.
PERCEPCIÓN DE SU ROL EN LA INSTITUCIÓN	¿Qué actividades realiza usted respecto a su propio cuidado personal?	El 60% (50% hombres y 10% mujer) dice encargarse de su propio cuidado. El otro 40% afirma requerir parcialmente de apoyo para tareas de su cuidado personal.
	¿Se involucra en algún tipo de actividad planificada o programada por la institución?	A los programas en fechas especiales o celebraciones asiste el 100%. Respecto a los talleres: El 40% no asiste a éstos, El 20% asiste ocasionalmente y el 40% asiste con mayor regularidad a los talleres de su preferencia. En cuanto a los paseos el 70% no asiste a ellos, de los cuales el 50% son mujeres y 20% hombres. Solo el 30% sale a paseos, todos hombres

	¿Se siente impedida por su salud y/o condición física para llevar a cabo determinada labor?	Responde que si se siente impedido el 60%, (30% mujeres y 30% hombres) y lo relaciona directamente con dolores y molestias corporales. El otro 40% manifiesta no sentirse limitado.
	¿Qué actividades desearía incluir en su rutina diaria?	El 30% desea tejer y cocer, el 20% cocinar, tejer y cocer el 30%, lavar el 10%, planchar el 10%, realizar tareas agrícolas el 10%, pintura el 10%, actividades que no requieran gran esfuerzo físico el 10% y música el 10%. Solo el 20% menciona no desear incluir ninguna actividad; y éstos son justamente los más independientes tanto del grupo de las mujeres como del grupo de los hombres
PERCEPCIÓN DEL SU ROL EN LA FAMILIA (antes y después de la institucionalización)	PASADO	
	¿Qué lugar usted sentía que ocupaba dentro de su familia algún lugar? ¿Qué papel desempeñaba? ¿Qué funciones?	El rol de madre: todas las mujeres (50%) mencionan haber desempeñado dicha función, aunque sólo el 40%: tuvo relaciones estrechas con hijos, eran proveedoras en su hogar y tuvieron constante contacto con sus hijos al ya éstos formar sus propias vidas; inclusive el 30% vivió al ser ya adulto mayor con sus respectivos hijos. El rol de padre: del 30% que tuvo hijos, el 10% cuidó cabalmente de sus hijos durante su niñez pero debido a su divorcio y al pasar el tiempo fue alejándose, el otro 10% asumió por más tiempo su papel pero ya antes de su ingreso vivía solo y en reingreso al HDV1 fue descuidado por uno de sus hijos, y el último 10% se desentendió de proveer afecto a sus hijos puesto que les brindó sólo apoyo económico. Respecto al 20% restante de hombres que no tuvo hijos, el 10% asumió a cabalidad su rol como esposo y el otro 10% como hermano y tío.
	PRESENTE	
	¿Qué lugar ocupa en la estructura familiar?	No lo sabe el 40%, afirman que no tienen lugar el 50%. El restante 10% por otro lado, dice ocupar el lugar de madre de su hijo.
	¿Considera que usted es importante para los miembros de su familia?	El 30% piensa que aún es importante para su familia, todas mujeres y todas con estrecha relación con hijos varones. El 30% (20% hombres y 10% mujer), asume que ya no son importantes. El 10% mujer (quien abandonó a sus hijos) no lo sabe. Y se abstienen de responder el 30%, todos hombres.
	¿Cree que aún forma parte de esa familia?	El 30% no sabe si forma parte de esa familia, un 30% asume que aún forma parte (todos expresan gran afecto por familiares) y un 40% afirma que no es parte de ella.
PERCEPCIÓN DEL SOPORTE FAMILIAR EN ESTE MOMENTO	¿Mantiene contacto con los miembros de su familia?	El 90% no mantiene contacto y solo el 10% si lo tiene mediante la visita de su hermano, visita a esposa y contacto telefónico con prima.
	¿Por qué piensa que su familia no lo ha buscado? ¿Por qué piensa que su familia no la visita?	Entre las razones se encuentran: trabajo de hijos no lo permite (10%), porque no necesitan nada de adulta mayor (10%), quizá no quiere venir a verla (10%), cada quien hace su vida (20%), su hijo aún no la encuentra del todo (10%) y problemas de salud de su familiar y adulto mayor no puede contribuir económicamente (10%). Del sobrante 30% (todos hombres), el 10% dice que hace como si no tuviera hijos, otro 10% dice que ya no desea visitas y que no lo han visitado ni una sola vez y el último 10% dice desconocer porque no lo visitan y que no piensa en eso.
EXPECTATIVAS QUE TIENE EL ADULTO MAYOR	Institución	El 50% afirma tener expectativas respecto a la institución y éstas son: mejorar la calidad de la comida (40%), cambio de coordinador (10%) y cambio de personal (10%). El 50% restante manifiesta estar conforme o no hacerle falta nada.
	Cuidadores	El 40% expresa expectativas respecto a los cuidadores las cuales son: que no se entrometan (10%), mejorar la atención (10%), mejor preparación de comida (10%), cambio de enfermeras por unas más cariñosas y amables (10%), que no bañen a la fuerza (10%). El 60% no tiene ninguna expectativa.

		Familia	<p>El 50% expresa expectativas sobre su familia y son: recibir visitas (20%), vivir con uno de los hijos (10%), comunicación telefónica con hijos (10%), mayor preocupación de hijos (10%), llegar a acuerdo sobre donde irá a vivir (10%) y apoyo de hermanos (10%).</p> <p>El otro 50% dice no tener expectativas.</p>
--	--	---------	--

BIBLIOGRAFÍA

- AGËRA, O. Luis y otros, Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatría: Depresión y Ansiedad, Editada por Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y Scientific Communication Management, Madrid- España, 2004.
- ARENAS, María Eugenia, SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor- Gobierno de Chile) y Mesa sobre el Maltrato al Adulto Mayor, Seminario “Maltrato al Adulto Mayor en Chile: Realidad y Desafíos”, septiembre 2005, p. 18. <http://www.senama.cl/archivos/Presentacion%20ME.pdf>
- ASILI, Nélica, Vida Plena en la Vejez: Un enfoque multidisciplinario, Editorial Pax México, México, 2004.
- BOBES G., Julio y otros, Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica, 3ª edición, Ed. Ars Medica, Barcelona- España, 2004.
- BRUNA, Miguel y otros, Universidad Austral de Chile “El Abandono una Problemática en el Adulto Mayor”, http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Vi%F1a%20del%20Mar%202003/Abandono_una_problematika_en_el_adulto_mayor.pdf
- BURKE, Mary M. y Mary B. Walsh, Enfermería y Gerontología: Cuidados Integrales del Adulto Mayor, Editorial Harcourt Brace, Madrid- España, 1998.
- DÍAZ, Dario y otros, “Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff”, Universidad Autónoma de Madrid y * Erasmus University Rotterdam, Portal *Psicothema* 2006. www.psychothema.com.
- DSM- IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Editorial Masson S.A., Barcelona, 1995.
- ERIKSON, Eric H, *El Ciclo Vital Completado*, Editorial Paidós, Barcelona- España, 2000.
- CORDERO, Liliana, y otros, Trabajo Social con Adultos Mayores: Intervención profesional desde una perspectiva clínica, Editorial Espacio, Buenos Aires- Argentina, 2003.
- FOUCAULT, Michel, Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión, Siglo veintiuno editores, décimo octava edición, México, 1990.
- FREIRE, Wilma B. y otros, Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE I ECUADOR 2009-2010, MIES, Quito- Ecuador, 2010.

- Fundación Chicarahuense A. C., *Adulto Mayor: Una Nueva Etapa de Vida. Guía de orientación para la comprensión y atención psicológica de edad avanzada*, Editorial Guías y Manuales PRODIA, México
- GIRÓN G., Simón, “Implicaciones de la Integración de la Teoría del Apego y de la de Sistemas en el Tratamiento de Drogodependientes”, Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz, p. 300. <http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/ponencias9/>
- GOFFMAN, Erving, *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu editores S.A. Talleres Buenos Aires, 2007.
- GUZMÁN M.J., Huaenchuan S., y Montes de Oca, *Redes de Apoyo Social de Personas Mayores: Marco Teórico Conceptual*, CELADE y Universidad Nacional Autónoma de México, 2003.
- HUENCHUAN N., Sandra y SOSA P., Zulma, *Redes de Apoyo y Calidad de Vida de Personas Mayores en Chile*, 2002.
- IBORRA M., Isabel, *Maltrato de personas mayores en la familia en España*, Edita FUNDACIÓN DE LA COMUNITAT VALENCIANA PARA EL ESTUDIO DE LA VIOLENCIA (CENTRO REINA SOFÍA), Valencia- España, junio 2008.
- IECAIM, *La Mujer de la Tercera Edad y las Políticas Públicas*, Quito, 17 de enero de 2000.
- JACOBY, Robin y OPPENHEIMER, Catherine, *Psiquiatría en el Anciano*, Editorial Mason, Barcelona, 2005.
- KASTENBAUM, Robert, *Vejez: Años de Plenitud*, Editorial Harper. Row Latioamérica S.A. de C.V., México, 1980.
- KATSCHNIG, Heinz y otros, *Calidad de Vida en los Trastornos Mentales*, Editorial Masson S.A., Barcelona, 2000.
- KRUG, E y otros, *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: Resumen*, Publicación científica y técnica No. 588, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 2002.
- LAYMAN C., Wynne, “Un modelo Epigenético de Procesos Familiares” en Falicov, Celiz J. Comp., *Transiciones de la Familia, Continuidad y Cambio en el Ciclo de la Vida*, Amorrortu, Buenos Aires- Argentina, 1991.

- LEÓN, Mauricio (SIISE), Artículo Los Ancianos y la Seguridad Social, Revista Gestión, abril 2001.
- LETURIA, Francisco y YANGUAS, José Javier, “Intervenciones Psicosociales y Comportamentales con Personas Mayores en Recursos Sociosanitarios” en REVISTA MATIA FUNDAZIOA, octubre de 2001.
- MALDONADO, Jorge E., El Ciclo Vital de la Familia, Capítulo 3: Un descubrimiento Contemporáneo: el ciclo vital de la familia, 2000.
- MARTÍNEZ DE LA IGLESIA, J. Y otros, Versión Española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación, Publicación de MEDIFAM, Volumen 12, número 10, diciembre, 2002.
- MARTÍNEZ R. , Teresa y otros Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia, Tomo II, Editado por Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias, España.
- MINUCHIN, Salvador, Familias y Terapia Familiar, Editorial Celtia S.A.C.I.F de M.R., Buenos Aires- Argentina, 1982.
- MORIN, Edgar, Los siete saberes necesarios para la educación del futuro, Publicado por UNESCO, Editorial Santillana, 1999.
- MORRIS, Charles y, MAISTO, Albert, *Introducción a la Psicología*; Décima Edición, Editorial Prentice Hall, México, 2001.
- MOYA B., Antonio y Barbero G., Javier, Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación, IMSERSO, Madrid- España, 2005.
- Observatorio de Personas Mayores: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), Las Personas Mayores y las Residencias: Un Modelo Prospectivo para evaluar las residencias, Tomo I, Editorial Grafo S.A., Madrid- España, 2000.
- Organización Mundial de la Salud, El Contexto de la Salud Mental, Conjunto sobre Guías y Políticas de Salud Mental, Editores Médicos, s.a. EDIMSA. 2005.
- Organización Mundial de la Salud, Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos, Conjunto sobre Guías y Políticas de Salud Mental, Editores Médicos, s.a. EDIMSA. 2005.
- Organización Mundial de la Salud, “Salud Mental” en Temas de Salud, http://www.who.int/topics/mental_health/es/

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD- Oficina Regional de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Parte II: Abuso (Maltrato) y Negligencia (Abandono), Guía de Diagnóstico y de Manejo 1, p. 130. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia01.pdf>.
- PAPALIA, Diane y WENDKOS O, Sally, *Desarrollo Humano*, Editorial Mc Graw -Hill, México, 1997.
- PIÑA M., Marcelo, *Gerontología Social Aplicada: Visiones Estratégicas para el Trabajo Social*, Editorial Espacio, Buenos Aires- Argentina, 2004.
- PIÑA M., Vicente Marcelo, “Trabajo Social Gerontológico: Investigando y construyendo espacios de integración social para las personas mayores”, de la revista de la Escuela de Trabajo Social. Editorial Facultad de Ciencias Sociales, Santiago-Chile , 2006.
- PLAN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS DEL ECUADOR, Tercera Edad, www.plannacionalderechoshumanos.gov.ec
- PUYO, Laura, “Acortando las distancias: El trabajo del vínculo afectivo en familias transnacionales”, Junio 2009, p.8. <http://www.avntf-evntf.com/imagenes/biblioteca/>
- RIQUELME, Antonio, *Depresión en Residencias Geriátricas: Un Estudio Empírico*, Universidad de Murcia: Servicio de Publicaciones, España, 1997.
- s/a, “Cambios en la Tercera Edad”, GRAN COLECCIÓN DE LA SALUD, Etapas de la vida II, Tercera Edición, Editorial Plaza Janés, Perú, 2004.
- SALGADO DE SNYDER, V. Nelly y WONG, Rebeca, *Envejeciendo en la Pobreza (Género, salud y calidad de vida)*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, Primera Edición, México, 2003.
- SALVAREZZA, Leopoldo, *Psicogeriatría: Teoría y Clínica*, Editorial Paidós, Buenos Aires- Argentina, 1996.
- SALVAREZZA, Leopoldo, *La vejez: Una Mirada Gerontológica Actual*, Editorial Paidós, Argentina, 1998.
- SÁNCHEZ DEL CORRAL USAOLA, F. y RUIPÉREZ CANTERA, I, “Violencia en el anciano”, Portal Mayores, Informes Portal Mayores N° 21, <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/sanchez-violencia-01.pdf> Madrid, 2004.

- SAUCEDA G., Juan Manuel y MALDONADO D., J. Martín, *La Familia: su dinámica y tratamiento*, Coedición Organización Panamericana de la Salud – Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), Editorial., Washington D. C., 2003.
- SEKSCENSKI E. y STRANHAN G., *Health, United States*, National Center for Health Statistics, Hyattsville-U.S., 1989-1990.
- STASSEN B, Kathleen y THOMPSON, Ross, *Psicología Del Desarrollo: Aduldez Y Vejez*, Editorial Médica Panamericana S.A., Cuarta Edición, Madrid-España, 2002.
- STEFANIS, Costas N. y otros, *La Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) y su Comité Internacional para la Prevención y el Tratamiento de la Depresión (PTD)*, Programa Educativo sobre los Trastornos depresivos, “Trastornos Depresivos en Ancianos”, Estados Unidos, 1999.
- VALLEJO RUILOBA, J., *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*, Editorial Masson, Quinta Edición, Barcelona- España, 2003.
- VERDESOTO, Luis y otros, *Rostros de la Familia Ecuatoriana*, Editorial CrearImagen, Quito- Ecuador, 1995.