



Trabajo Final de Grado.

Personas adultas mayores en Residenciales

¿Acompañadas o en soledad?

Nombre: Florencia Melitón

CI: 4.696.100-8

Tutor: Mónica Lladó

Fecha: 10 de julio, 2017

Montevideo, Uruguay

Índice

Resumen:.....	2
Introducción:	3
Desarrollo:.....	6
1. El envejecimiento y la vejez a lo largo de la historia	6
1.1 Gerontología	7
1.2 Teorías sobre el envejecimiento y la vejez	9
2. La vejez hoy en día	9
2.1 Paradigma emergente	10
3. La familia.....	10
3.1 La familia a lo largo de la historia	11
3.2 La familia hoy en día.....	12
3.3 Importancia de la familia	15
4. Instituciones o establecimientos de larga estadía	15
4.1 ¿Qué son?.....	15
4.2 Instituciones en el Uruguay	17
4.3 Relación familia- persona adulta mayor inserta en residenciales.....	19
5. Aislamiento social y soledad.....	22
5.1 Aislamiento.....	22
5.2 Soledad.....	22
5.3 Soledad en la vejez.....	23
6. Dispositivos y estrategias para combatir el aislamiento y el sentimiento de soledad en adultos mayores en residenciales y mejorar la calidad de su estadía	25
6.1 Apoyo social.....	26
6.2 Inclusión de la familia	27
6.3 Trabajadores sociales.....	28
6.4 Dispositivos psicológicos:	28
6.5 Teoría de Maslow	29
6.6 Intervenciones en la comunidad	29
6.7 Otros programas e intervenciones efectivas.....	30
Conclusiones	31
Referencias Bibliográficas	35

Resumen:

En el presente trabajo monográfico abordaré, mediante una revisión bibliográfica, la temática de envejecimiento, enfocándome en la población adulta mayor inserta en hogares de larga estadía.

Es importante remarcar que el envejecimiento en el Uruguay es una materia que va adquiriendo a lo largo del tiempo mayor predominio social. Durante los últimos años, por diversos factores, la población de nuestro país sufrió grandes cambios, siendo la población más envejecida de América Latina.

Se discutirá la importancia de la familia, especialmente para las personas adultas mayores en residencias. Por esto, expondré, los roles, los vínculos, los cambios que se generan entre los diferentes integrantes, como también la forma en que cambia la relación familia-adultos mayores, al ingresar los sujetos a los diferentes centros; planteándome la interrogante de si hay o no hay abandono.

Asimismo, plantearse dentro de este tema, la soledad en la vejez como un asunto que se ha acrecentado en la sociedad por los cambios que se han producido tanto en nuestro país como en el resto del mundo y que se puede observar con mayor intensidad en los residenciales debido a diferentes factores.

Por lo planteado anteriormente, es de gran importancia abordar este tema, desde la psicología como desde otras ramas de estudio. Visualizando las personas adultas mayores como un ser de derechos, poder informarnos acerca de pautas a tomar para ayudarlo tanto a él como a su familia en este proceso, en esta etapa de vida, así como para un cuidado de mejor calidad.

Palabras clave: vejez, familia, residenciales, soledad

Introducción:

El tema de la vejez, ha sido temido, estigmatizado y cuestionado desde épocas remotas.

“Ya desde tiempos primitivos las agrupaciones humanas exaltaron valores como la juventud, la fecundidad, el vigor, al mismo tiempo que temían el desgaste, la esterilidad y la vejez” (Ferrero, 1998, p. 18). Es un tema conflictivo, tanto para el sujeto que la vive como para los que lo rodean, como la familia, médicos, amigos y la sociedad en general. (Salvarezza, 1999)

Hacia el siglo XX comenzó a aumentar considerablemente la longevidad humana, se expresa en grandes cambios demográficos, especialmente en América Latina y el Caribe. Por ello, se comenzó a enfocarse en esta materia y a abordar estrategias con objetivo de accionar en favor de las personas mayores (Huenchuan y Paredes, 2006). Se tiende a homogenizar a la población adulta mayor y no se contemplan las diferentes características que tiene cada individuo particular; pero la realidad es que no es un conjunto homogéneo, y los cambios que se generan en esta etapa de vida son muy variados. (Berriel, Paredes, Pérez, 2006)

Focalizándonos en el Uruguay, nuestro país forma parte del grupo de países con envejecimiento más avanzado; nuestra tasa de fecundidad es inferior a 2,1. Esto se debe a que la tasa de fecundidad cayó muy debajo del reemplazo poblacional hace ya un tiempo y así mismo los procesos de emigración aumentaron. Hubo un aumento en la población de adultos mayores de más del 10% en comparación con el siglo pasado. (Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010)

Siguiendo a los autores anteriores, podríamos diferenciar las características de esta población adulta mayor según género; las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los hombres, se considera que hay 140 mujeres cada 100 hombres.

Existen varios indicadores demográficos de vejez además del género; podríamos observar el grado de urbanización, los niveles educativos, tasas de analfabetismo, estado conyugal, como también la situación económica de las personas adultas

mayores. Todos estos factores nos permiten determinar que la población uruguaya es una de las más envejecidas de América Latina. (Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010)

Además de indicadores demográficos, tenemos indicadores de salud y bienestar en la vejez. Estos son la prevalencia de enfermedades crónicas, de enfermedades mentales y las que interfieren en la capacidad funcional. Desafortunadamente en el Uruguay este tipo de información es escasa. (Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010)

Desde una perspectiva de género, con la rapidez de los cambios en lo que respecta al género hoy en día, se envejece de un modo particular y los programas de salud tienen que tener en consideración esto para ser más efectivos para todos y todas. (Brigeiro, 2005). El género incide en el nivel social, la educación, salud, trabajo, los valores y la cultura. Esto es clave para el envejecimiento que vive el individuo y también para como lo viven las personas que lo rodean. (Ramos, Yordi, Miranda, 2016). Dado que hay un incremento mayor de mujeres que de hombres en edad avanzada se debe considerar la perspectiva de género para buscar soluciones a los problemas en esta etapa de vida; considerando al género como algo fundamental en lo que respecta a la sociedad y asumiendo que las dificultades en esta etapa son generalmente mayores en las mujeres en comparación con los hombres. (Huenchuan, et al., 2010)

Junto con los cambios sociales y demográficos, se dieron cambios dentro de las familias, tanto en los vínculos de los integrantes como los vínculos de esta con agentes externos. La familia es un factor de gran relevancia en la vejez; puede brindar apoyo tanto económico como afectivo y en lo que respecta a las personas adultas mayores insertas en hogares de larga estadía, muchas veces, la familia, es el único o uno de los pocos, lazos que tiene la persona con la sociedad, con el exterior de la institución. Esos cambios sociales han afectado el papel de la familia como apoyo hacia la persona mayor. Como se planteará más adelante la salida de la mujer al mundo laboral y las cargadas agendas en la vida de cada individuo, han reformado la visión de la familia como principal prestadora de cuidados.

En el año 2004 se hizo un registro del porcentaje de población que se encontraba en hospitales, en residenciales, en asilos y en instituciones de atención a largo plazo en general. Se registró que un 2% de población de adultos mayores se encontraba en residenciales. (Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010)

Las instituciones dedicadas al cuidado de las y los adultos mayores se han ido modificando a lo largo de los años. Como todo lo relacionado con la vejez, hay muchos prejuicios sobre estos dispositivos. Se acostumbra, desde épocas remotas, a cuidar a la persona adulta mayor dependiente en los hogares, principalmente es la mujer la que está destinada a su cuidado, y los centros se ven como depósitos, para quitarse responsabilidades. (Berriel, Paredes, Pérez, 2006)

Se puede ver esta tendencia de crecimiento de la población inserta en residenciales con los grandes cambios sociales que se han generado, como, el ingreso de la mujer al mundo laboral, las agendas llenas y las actividades extra de los diferentes individuos que componen cada familia.

Este aumento de la población en residenciales implica cambios en la organización de los mismos que pueden dar pie a mayor descuido por parte del personal capacitado. Problemas recurrentes tanto en estos centros como en la familia misma son, el maltrato, y sobre todo el aislamiento y la soledad.

Es importante, que desde las diferentes instituciones se comience a tomar en cuenta la importancia del vínculo familiar, generando espacios, y guiando a la familia en esta etapa.

De aquí es que es valioso poder generar mayor concientización, investigar, cuestionar y producir conocimientos al respecto, así como también informar y formar sobre posibles programas de acción para el cuidado de esta parte de la sociedad, la cual aumenta día a día.

Desarrollo:

En cuanto a la vejez, varios son los términos utilizados y sus significados, a lo largo de la historia, hasta el día de hoy. Es cierto que el envejecimiento se da durante toda la vida, el individuo desde que nace hasta la muerte, va creciendo y desarrollándose, envejeciendo día a día. Por otro lado, el término vejez se utiliza al hablar de una etapa específica de la vida.

Veo pertinente hacer un pequeño recorrido histórico sobre cómo se aborda este tema, comenzando por definir la rama dedicada a su estudio, hasta llegar a las últimas definiciones y teorías generadas en la actualidad

1. El envejecimiento y la vejez a lo largo de la historia

En el libro *Envejecer en el siglo XXI*, Eva Muchnik (2005), nos habla del envejecer y la vejez en diferentes épocas de la historia. Antiguamente, en varias culturas occidentales, envejecer generaba repudio, se puede ver esto en la veneración hacia dioses que siempre se conservaban jóvenes. Se puede ver en la literatura también como la eterna juventud y la inmortalidad era lo que se aspiraba. La imagen de la vejez era de debilidad, deterioro y esto se arrastró a lo largo del tiempo hasta hoy en día. A pesar de esto en la Edad Antigua la vejez no era algo habitual ya que muy pocas personas llegaban a esta etapa de vida. En Edad Media la preocupación por el envejecimiento continuaba, pero no la preocupación por los viejos específicamente sino por preservar la juventud. Aun en esos tiempos seguían las creencias de la antigüedad sobre la vejez, con gran peso de la Iglesia Católica y remitiendo solo al hombre. En el Renacimiento a pesar de los grandes cambios sociales, se hereda la percepción negativa de la vejez. En los tiempos anteriores no se consideraba una edad cronológica específica para definir la vejez. Ya en la Edad Moderna hay un marcado límite entre el nacimiento y los 35 años, a la edad en que el hombre llega a su plenitud y luego desde allí en adelante comienza el decremento. Aun considerando la vejez como algo negativo, existen diferencias según el status social; sólo quienes pertenecían a la élite de la sociedad, que llegaban a la vejez, eran sujetos importantes de marcada presencia y poder.

En los últimos años del siglo XIX, lo que genera miedo y preocupación es la vida útil, la vida activa del individuo ya que una vez acabada los sujetos comienzan a significar

una carga mayormente económica para los jóvenes. Tanto es así que los jóvenes tienen menos hijos por los tiempos que lleva cuidar de los adultos mayores; esto significa menos mano de obra. Aquí comienza a considerarse la vejez como un problema social.

Se ha estudiado el proceso de envejecimiento desde diferentes enfoques, tanto biológicos, como poblacionales y macro sociales.

1.1 Gerontología

La gerontología es la rama que estudia el proceso de envejecimiento y la vejez. Antiguamente se basaba principalmente en aspectos biológicos, se la consideraba una ciencia médica. En 1960 Tibbitts separa de la gerontología a la gerontología social y la define como un campo que estudia la conducta de los individuos en la vejez como fenómeno social y tomando en cuenta las relaciones del individuo con el medio que lo rodea. (Lehr, 1988)

En el Uruguay es recién en 1978 que se crea el Departamento de Geriátrica de la Facultad de Medicina para abordar la problemática de la atención en la persona adulta mayor desde una perspectiva médico-gerontológica. En 1994 se crea el Servicio de Psicología de la Vejez, el cual está inserto en la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Este se creó como respuesta a la problemática social que es la vejez en nuestro país, para poder formar profesionales capaces de resolver esta problemática.

Hacia el 2009 se crea el Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento (NIEVE), conformado por un grupo técnico de psicólogos y sociólogos, con el objetivo de fomentar la investigación y el conocimiento sobre vejez y envejecimiento. (Nieve, 2017)

Acercándonos más a la actualidad, se crea en el 2015 el Centro Interdisciplinario de Envejecimiento. Este cuenta con especialistas en el área de psicología, ciencias sociales, medicina, derecho, arquitectura, diseño industrial y ciencias de la comunicación, los cuales abordan interdisciplinariamente 7 ejes temáticos; demencias y salud mental comunitaria, dependencia y cuidados, transición a la jubilación, adultos

mayores y tecnologías de la comunicación, diseño y usabilidad en los entornos cotidianos, derechos humanos y observatorio de envejecimiento y vejez. (CIEn, 2017)

Hoy en día hay un grupo mucho más grande de docentes e investigadores dedicados a la temática del envejecimiento y la vejez. (Pérez, 2004).

1.2 Teorías sobre el envejecimiento y la vejez

En 1961, aparece la Disengagement theory o teoría de la desvinculación. En esta teoría E. Cummings y W. E. Henry sostienen que a medida que se va envejeciendo, se pierde el interés por lo que nos rodea, nos apartamos poco a poco del entorno, con el fin de evitar conflictos. Esta teoría se fundamenta en procesos bio-fisiológicos los fenómenos que describe serían inherentes al envejecimiento, con independencia de lo sociocultural. (Berriel, Paredes, Pérez, 2006)

Los autores anteriores también plantean que otra de las teorías desarrollada más adelante, fue la teoría de la actividad, representada por Maddox. Esta sostiene que debemos mantenernos con actividades, planteando como un cambio clave la desactividad de la jubilación. Se sufren varias pérdidas, por ello estimular la búsqueda de nuevas actividades es beneficioso para “no caer en un estado de alienación e inadaptación”.

2. La vejez hoy en día

Rocío Fernández-Ballesteros plantea en La psicología de la vejez (s.f), que “La vejez es un estado en la vida y el envejecimiento un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital.” (p. 1). Apunta a la idea de que los individuos en esta etapa de vida son muy distintos entre sí, existe grandes diferencias debido tanto al estado de su organismo como por su historia de vida, lo que ha aprendido y por las situaciones que ha enfrentado. Remarca que una de las características esenciales es la de la heterogeneidad de la población adulta mayor

Hoy en día, algunos autores plantean el envejecimiento como un proceso universal, dinámico y con varios componentes tanto físicos, como psíquicos y sociales (Herrera Z., Torres M., 2007). Thomas (1992) ve la vejez como un estado biológico, psicológico y social irreversible al que se llega en determinado momento de la vida. Otros ven esta etapa como “un cambio irreversible y desfavorable, una declinación de las funciones vitales” (Ferrero, 1998, p.15).

Franco y Sánchez (2008), definen el proceso de envejecimiento como continuo, progresivo, irreversible, heterogéneo, individual, universal y con presencia de cambio

físicos y psico-sociales. Hoy en día existe una visión más positiva sobre la vejez y los planteamientos anteriores que remarcaban el deterioro han quedado obsoletos.

2.1 Paradigma emergente

En una investigación realizada por Berriel, Paredes y Pérez (2006), hablan de la emergencia de este paradigma, de acuerdo a diferentes entrevistas realizadas a adultos mayores. Estas entrevistas reflejan pensamientos positivos con respecto a la vejez, nuevas ventajas, mayor libertad, que se contraponen a los abordajes anteriores de visión negativa de la misma.

El estudio plantea que actualmente el modelo tradicional, aunque sigue siendo el que predomina, coexiste junto a este otro paradigma, y lo interesante es que sus planteos son prácticamente opuestos. En las entrevistas realizadas, se obtienen visiones positivas ante varios aspectos de la vejez, de los que con el otro paradigma se los toman como aspectos negativos.

Este paradigma trae consigo un factor subjetivo que incide en gran medida, se desprende de las entrevistas que la vejez es muy compleja, variable en cada uno de los sujetos que la viven, y depende en gran medida de cómo uno se pare, y afronte las diferentes situaciones que le toque vivir como también, y muy importante, la información que se maneje.

3. La familia

Tomaremos la concepción de Scherzer de familia la cual plantea que: “Entendemos la familia como un grupo humano de tamaño reducido,

estructura frágil y vínculos transitorios. (...) la familia aparece como un lugar neurálgico en su misión social, de posibilidad de autonomía individual, rechazando a quienes no aceptan esta norma de su funcionamiento” (Scherzer, 1994, p. 14).

Este grupo funciona dependiendo de diferentes funciones tanto reproductivas, económicas, educativas y afectivas. Estas funciones se cumplen según los distintos roles, edades y sexos. Depende de una interacción dinámica interna y su relación como grupo con la sociedad. (Scherzer, 1994).

Gerardo Romo (2016) toma como criterio para familia su ejercicio como institución. Entiende a las instituciones como constructo social que se manifiestan en normas, reglas, rutinas y costumbres que actúan como limitantes o estimulantes de determinadas conductas de los sujetos. Hablando de familia se puede ver un conjunto de elementos que hacen a la familia una institución. De los más importantes se pueden tomar los actores (padres e hijos) y los roles o interacciones entre ellos. Desde un modelo de familia nuclear monogámica se ven como actores a un padre, una madre y el o los hijos. El proveedor de esta familia será en el imaginario el hombre y la mujer y los hijos como dependientes económicamente de este. Estos actores están unidos por matrimonio, cohabitación, consanguineidad, filiación y jerarquía. La función de la familia será de afecto, económica, de socialización, generadora de identidad y proveedora de necesidades básicas. (Romo, 2016)

Estos roles e interacciones entre los actores generan vínculos. Liliana Barg (2004), plantea que los vínculos primarios familiares aportan al individuo sentimientos tanto positivos como negativos, de amor y odio, contención, protección o desprotección, seguridad, inseguridad, etc. Según el papel que cumpla cada actor dentro de la familia, según el poder que ejerza, va a determinar los diferentes modos vinculares. Estos papeles están condicionados a su vez por un modelo familiar que es diferente en cada cultura, lo que está o no está socialmente aceptado.

Existe una red familiar que va más allá del núcleo familiar que vive bajo el mismo techo. Los adultos mayores forman parte de esta red, manteniendo relaciones con sus hijos ya adultos que formaron su propia familia. Esta red está siempre en movimiento, cambia en el tiempo, como cambia cada individuo que la integra. Lo que los une son las actividades en conjunto como las visitas, reuniones, viajes, llamadas telefónicas, y la ayuda que se prestan mutuamente. (Beaver y Miller, 1998)

3.1 La familia a lo largo de la historia

Existe desde los orígenes humanos; la prohibición del incesto permitió que se generara esta estructura encargada del intercambio y de ayudar a la reproducción de la especie. Todas las sociedades y culturas siguientes se basaron en ella para su desarrollo. Por ejemplo, en las familias europeas tradicionales era costumbre que la propia familia de origen se encargara de asignar a los integrantes las fuentes de trabajo y la nueva familia del heredero (Scherzer, 1994)

Muchos autores plantean que la familia nuclear toma auge luego de la Revolución Francesa y que en la época pre-moderna la familia era comunitaria. (Romo, 2016). Este autor toma de referencia a Goody (2001), cuando plantea que este tipo de familia existe desde la Edad Media.

Específicamente en América Latina los diferentes tipos de familias fueron influidas por la herencia colonial española, caracterizadas por “la división entre lo público, lo doméstico, el control de la sexualidad femenina, el concepto de honor en la familia, el reconocimiento de los varones y la paternidad como medio de reafirmar la masculinidad” (Romo, 2016, p. 161)

A pesar de los diferentes puntos de vista se puede afirmar que desde gran tiempo atrás, lo social se basa en la familia, era el componente principal en las culturas tradicionales, y la vida colectiva se organizaba en torno a esta. El lugar que se ocupaba dentro de la familia y el tipo de familia al que se formaba parte, marcaba la posición social del sujeto. (Scherzer, 1994)

3.2 La familia hoy en día

La sociedad fue cambiando considerablemente a lo largo de los años. Podríamos tomar a Lipovsky (2004) como ejemplo cuando habla sobre la hipermodernidad, haciendo referencia a la actualidad. Este autor en Los tiempos hipermodernos plantea el pasaje desde la sociedad moderna, el paso por el posmodernismo y llega a la actualidad con el cambio hacia la hipermodernidad.

El acelerado cambio de los recursos tecnológicos que fueron aumentando en cantidad y calidad, modificaron nuestros valores, nuestras opiniones. “los individuos, (...), tienen opiniones cada vez menos arraigadas y cada vez más fluctuantes” (Lipovsky, 2004, p.33). Por esto hay cada vez más opiniones, e ideologías más reflexivas, cambiantes. Este autor plantea que hay determinados valores como los derechos humanos, la honestidad intelectual y el interés por lo verdadero, que no han sido modificados por el hiperconsumo, pero al haber cambiado todo el resto, llegar a un acuerdo sobre estos valores, con tanta variedad de opiniones, se vuelve cada vez más difícil.

Todos estos cambios acelerados modificaron al grupo familiar, las costumbres ya no tienen tanta fuerza, los límites, restricciones han disminuido, y lo que importa, a lo que se aspira es al éxito individual.

Hoy en día se discute sobre qué es la familia debido a los cambios en su composición y en los roles tradicionales. Se discuten las nociones de matrimonio, maternidad, paternidad, adopción y filiación y esto es todo lo que forma y hace a la familia. Se destacan cambios significativos como disminución del tamaño de la familia, más divorcios, aumento de relaciones premaritales, más hogares en donde ambos jefes de familia trabajan, muchos hogares uni-parentales, etc. (Romo, 2016)

Romo (2016) toma a Jelin para expresar el cambio que está teniendo la familia hoy en día. Para esta autora lo que está cambiando es el modelo patriarcal de familia, con tendencia al autoritarismo, y estas nuevas características de familias dan a conocer la posibilidad de elegir otro camino, mayor libertad y el fortalecimiento de la igualdad democrática.

Estos cambios se ven reflejados en investigaciones que se hicieron en América Latina, en los cuales se concluyó que solo una de cada cinco familias corresponde al modelo de familia nuclear tradicional, mientras que las demás son familias mayoritariamente monoparentales, sin hijos o con doble ingresos. Hay una tendencia de disminución en las familias del tipo nuclear tradicional y una tendencia de aumento en los otros tipos de familias. (Romo, 2016)

Esto me hace preguntar, ¿qué pasa con el vínculo familiar?, ¿estos cambios han provocado que se haya debilitado?

Según Arriagada, quien realizó un recuento estadístico en el 2007 en América Latina para observar los cambios en la composición de las familias, “una de cada cinco familias corresponde al modelo de familia nuclear tradicional” (Romo, 2016, p. 122). Hoy en día los modelos de familia que van en crecimiento son las monoparentales, las familias extendidas, los hogares unipersonales y los hogares con doble ingreso. Las familias tradicionales pese a los cambios siguen siendo el modelo predominante. Que los modelos familiares hayan cambiado no significa que el imaginario social de familia lo haya hecho. (Romo, 2016)

Es por ello que se debe replantear esta clase de vínculos y generar nuevas formas que se acoplen con el estilo de vida actual. Si el imaginario social de familia tradicional sigue vigente y se sostiene como el ideal esto supondrá un nivel de conflictividad vinculado con una moral de familia que contribuye a la sensación del debilitamiento de los vínculos.

¿Qué pasa con las personas adultas mayores ante estos cambios?

Actualmente las personas adultas mayores, deben lidiar con estos cambios post modernos. Están insertas en una familia integrada por diferentes generaciones, no tanto sus hijos como sus nietos crecen en una era en que se hace culto a la individualidad, en la que todo cambia constantemente, lo efímero tiene más potencia que las tradiciones.

Muchas parejas de ancianos, hace más de 30 años que conviven, hicieron una carrera, formaron una familia y están establecidos. Estas parejas llegan a una etapa de grandes cambios, en la que la jubilación es uno de los más significativos. Esto implica en la mayoría un ingreso económico inferior al que tenían, por lo que muchos hijos comienzan a ayudarlos en este aspecto. Se vuelven en cierto grado dependientes económicamente, se invierten los papeles. En algunos, el problema recae más en la dependencia física que se puede agravar o no por problemas económicos. (Beaver y Miller, 1998)

Las familias que conviven con personas adultas mayores dependientes comienzan a sentir el peso de su cuidado, y en ocasiones tienen que tomar decisiones por sus mayores, lo que genera conflictividad intrapsíquica (angustia) e interpersonal (problemas de convivencia). Aun cuando las familias se puedan organizar adecuadamente ante el cuidado de estos mayores dependientes, es necesario, a veces, recurrir a apoyos externos a la familia, y esta situación de no poder ocuparse 100% uno mismo de la persona adulta mayor genera sentimientos de angustia y culpa. Es mayoritariamente en las mujeres que se puede apreciar este tipo de sentimiento y esto es herencia del patriarcado aun presente en nuestra sociedad, del mandato social. (Camdessus, Bonjean, Spector, 1989)

Parece paradójica la cuestión del sentimiento de culpa y de alivio, ya que por un lado las familias buscan ayuda externa para aliviar la carga que puede significar estar al cuidado de un mayor dependiente, generándose un sentimiento positivo, pero a su vez se genera ese sentimiento negativo de culpa, y estos dos sentimientos coexisten en determinado momento generándose un conflicto interno en la persona.

3.3 Importancia de la familia

Del estudio del imaginario social de las personas adultas mayores, se desprende que la familia suele ocupar un lugar preponderante en sus vidas.

Es clave en la construcción de la identidad, en cuanto a los significados que trae consigo la pareja, la maternidad/paternidad, la sexualidad. (Berriel, Paredes, Pérez, 2006)

Los autores mencionados plantean que “la “familia” sigue teniendo un valor “ideal” más allá de lo que en la trayectoria biográfica suceda. (...). Se mantiene la familia en tanto institución productora y reproductora de sentido y de valores” (p. 39)

La familia también tiene una importante función que es la de transmitir la memoria, ideologías y el desarrollo afectivo y emocional. (Romo, 2016)

Desde una perspectiva de género, Berriel, Paredes y Pérez (2006) afirman que, de acuerdo a los discursos analizados, se puede visualizar a la la mujer relacionada principalmente con la familia y al hombre con el trabajo, y lo social. Esto evidencia la predominancia de un imaginario social vinculado al género (que impacta en la familia) que persiste pese a los cambios que se han dado hoy en día- Es así que la familia funciona como una “correa de transmisión entre el sujeto y la sociedad y viceversa”, en términos de producción y reproducción de subjetividad (Romo, 2016, p.175)

A pesar de este imaginario social, en la vejez se da un entrecruzamiento de roles, se ve a las mujeres más socialmente activas y a los hombres más insertos en lo privado (Freixas, 1997)

4. Instituciones o establecimientos de larga estadía

4.1 ¿Qué son?

Son centros socio sanitarios para adultos mayores, donde se ofrece atención integral y servicios personales, sociales y sanitarios específicos para los diferentes estados de dependencia y las necesidades de apoyo que requiere la persona. (IMSERSO, 2011)

Las instituciones o establecimientos de larga estadía para los adultos mayores (ELEAM) son controlados por el Ministerio de Salud del país en donde están ubicados. Los adultos mayores que residen allí requieren de un medio ambiente específico, por diferentes motivos tanto biológicos como psicológicos, para mantener su salud (Barría, 2015.)

Sus objetivos son proporcionar los cuidados básicos personales y la asistencia en actividades básicas de la vida, en un entorno seguro y protegido, con atención de enfermería, medicación, supervisión para personas adultas mayores que ya no pueden vivir en su hogar, solos o con su familia. (Ministerio de Salud Pública, 2005)

La mayoría de los establecimientos son de carácter privado, con y sin fines de lucro, mientras que existen otros gratuitos, coordinados por programas con convenios con el Ministerio de Viviendas (Barría, 2015)

Existen diferentes tipos de residenciales, algunos se diferencian en el tipo de personas que atienden, si son dependientes o independientes, otros son servicios para el día, otros temporales, de rehabilitación, y los ya antes mencionados, de larga estadía. (IMSERSO, 2011)

Erving Goffman (2001) las coloca en el grupo de instituciones totales, estas que incitan a la muerte social; al ser institucionalizados, se presentan varios fenómenos, Y uno de ellos es la ya mencionada muerte social. Esta responde a un aislamiento, un anonimato, anulación de su labor social; oprimen la interacción con el mundo externo, presentan una rutina, todo está programado allí dentro, siguen un mandato, normas las cuales no discriminan las necesidades individuales de las grupales y siguen un mismo fin.

Para una atención integral de las personas adultas mayores en las instituciones de larga estadía, se necesita de una organización de contextos y estructuras de atención, servicios y apoyos tanto comunitarios como institucionales, centrándose en las necesidades multidimensionales de la o el adulto mayor. En teoría y según normativas nacionales e internacionales los ELEAM deberían de promover un “envejecimiento activo, saludable y participativo, a la vez que debe ser capaz de asegurar una atención global, cobertura universal, continua, progresiva y flexible, según cambian las necesidades de las personas.” (Ministerio de Salud Pública, 2005)

4.2 Instituciones en el Uruguay

Hace ya un tiempo que se puede constatar un crecimiento de población de adultos mayores en instituciones de larga estadía. Esto es derivado de la ausencia de dispositivos y servicios intermedios específicos para adultos mayores que proporcionen un ayuda a las familias en la Sociedad. (Ministerio de Salud Pública, 2005)

Desde una perspectiva geriátrica, existe un porcentaje creciente de aproximadamente 20% de personas mayores en el Uruguay que sufren de distintos grados de pérdida de autonomía, discapacidad física y/o mental. En algunos, el grado de pérdida de autonomía es lo bastante alto como para requerir cuidados permanentes; esto, junto a los cambios estructurales de la familia hace que los cuidadores familiares pierdan progresivamente su potencial, aumentando los cuidadores informales contratados por esta, que trabajan en entornos carentes de medios para un cuidado de calidad. (Savio, 2004). Este problema también se podría problematizar desde otras perspectivas

En cuanto a datos demográficos encontrados, según un estudio comparativo realizado por Paredes, Ciarniello y Brunet, con diferentes países latinoamericanos, Uruguay alcanza un nivel de 30 personas mayores de 60 años, por cada 100 personas entre 15 y 59 años, en relación de dependencia. En este estudio se comprueba que Uruguay es el país con mayor nivel de adultos mayores en relación de dependencia, por encima de Argentina, Chile, Brasil, entre otros. Se observa en una encuesta de ENEVISA realizada en el 2000 que en porcentaje de población dependiente es de 4,9%. (Berriel, Perez y Rodriguez, 2011).

Comparando las fuentes anteriores, se puede apreciar que por más de que Savio declare que existe un 20% de personas mayores en el Uruguay con algún grado de pérdida de autonomía, según Berriel, Perez y Rodriguez, solo un 4,9% llega a ser totalmente dependiente.

Según un estudio realizado por Batthyány, Genta y Perrota (2012), el 90% de la población uruguaya opina que dentro de la familia es el mejor ámbito para llevar a cabo los cuidados de las personas adultas mayores. De la población menor de 69 años, 8% considera que los cuidados se deben realizar específicamente en las instituciones.

A pesar de esta creencia de la población, las instituciones geriátricas han adquirido un crecimiento significativo. Esto es un indicador de ritmo acelerado de los tiempos que vivimos. Se comenzó a profesionalizar el cuidado y la atención de la persona adulta mayor, y cada vez más un grupo interdisciplinario atiende sus necesidades. (Ferrero, 1998)

De acuerdo con un informe del Instituto Nacional de las Personas Mayores, de fecha julio 2016, el Uruguay cuenta con 1116 establecimientos de larga estadía registrados en el Ministerio de desarrollo social.

En cuanto a las personas que residen en establecimientos de larga estadía, en el año 2015 se registraron un total de 14.024 personas en todo el país (INMAYORES-MIDES, s/f).

Hay varios indicadores del incremento de estas instituciones; el aumento del número de adultos mayores es uno de ellos, pero no el único. Las discapacidades motoras, temores a morir abandonado, representar una molestia para los demás, trastornos afectivos, psicóticos y de personalidad, problemas de vivienda, abandono familiar, falta de cobertura médica domiciliaria; todos estos factores producen inestabilidad familiar, que cae en la decisión de institucionalizar al individuo. (Ferrero, 1998). Autores plantean que muchas veces esta decisión se da más por la incapacidad de la persona a cargo de su cuidado, del desgaste y agotamiento de ella, que por el agravamiento de la dependencia de la/el adulto mayor.

La persona adulta mayor es un ser de derechos y tomando esta perspectiva es necesario que una vez ingresado a la institución sea cual sea esta, no perdiesen su posición de ser sujetos de derechos y pasasen a ser solamente personas a las que se debe de asistir. El Decreto N° 356/016 establece las obligaciones de este tipo de instituciones para garantizar el cumplimiento de los derechos de los individuos que residen allí. El Art. 28, N°d plantea: “Articular con servicios sociales (redes de adultos mayores existentes en la zona y en el departamento, actividades del Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud Pública, así como de otras instituciones públicas y privadas)”. También el Art. 32 que dice que los establecimientos “(...) velarán por el respeto y reconocimiento de la identidad e individualidad de la persona mayor, desarrollando las acciones pertinentes a los efectos de su participación en los diversos ámbitos sociales y familiares y el ejercicio pleno de sus derechos” (Poder Ejecutivo, 2016; los destacados son nuestros).

Estos planteamientos son todo un reto ya que no hay una profesionalización del personal que trabaja en estos establecimientos...y se tiende a un tratamiento a lo mejor asistencialista, cosificante e infantilizante, considerando que en el mayor de los casos nos encontramos con personal que trata a los viejos como niños o como objetos de atención carentes de identidad o deseo. (INMAYORES-MIDES, 2015).

4.3 Relación familia- persona adulta mayor inserta en residenciales

A pesar de los resultados en investigaciones en Argentina donde se concluye que la cantidad de individuos que reciben visitas es alta, la mayoría de estas son de carácter de trámite, se genera un gran sentimiento de culpa por parte de los familiares, lo que provoca mucha tensión, vacío y que la distancia del adentro con el afuera aumente. (Ferrero, 1998).

Las investigaciones de Ferrero me han dado pie a cuestionar su credibilidad ya que, otros autores e investigaciones que pude comprobar, describen cómo la falta de visitas en los residenciales, perjudican al adulto mayor, y lo ven como un problema a solucionar. Se están implementando varios programas o proyectos para fomentar el vínculo del residente, las familias y la institución en sí misma.

También pueden reconocerse diferentes modos de relacionarse con los familiares desde el entorno residencial; llamadas telefónicas, visitas de familiares y salidas de los residentes de la institución. (Molero, Perez, Gázquez y Sclavo 2011)

Los autores anteriores tomaron como referencia varias investigaciones realizadas en el contexto residencial sobre la percepción del apoyo y la relación familiar. En un trabajo de Molero, Perez, Gázquez y Sclavo (2011), nombran un estudio realizado en 2005 donde se observó que aproximadamente un 59% de adultos mayores institucionalizados tenían un sentimiento de soledad, mientras que un 33% sentía rechazo familiar. Se pudo ver que las llamadas telefónicas y las visitas de familiares son las formas vinculares que mayormente se dan, un 14,5% de adultos mayores utilizan las llamadas telefónicas como medio de comunicación con familiares prácticamente todos los días, contra un 31,3% no realizó o recibió llamadas en las últimas 3 semanas. Más de un 50% de residentes reciben por lo menos una visita a la semana, mientras que un 15% no recibió visita en el último mes.

Dentro del estudio anterior se pudieron obtener diferentes conclusiones; una de ellas es que los sujetos de edades más avanzadas y las mujeres son los que reciben mayor cantidad de visitas. Por otro lado, las mujeres más jóvenes son las que utilizan el teléfono con más frecuencia.

Otro estudio trabajado por Molero, Perez, Gázquez y Sclavo (2011), realizado en el 2006 en el que se entrevistaba a un grupo de residentes, se encontró que un 70% de adultos mayores recibían visitas familiares mensualmente y el grupo que recibía visitas semanalmente era de menor porcentaje.

Los autores anteriores realizaron un cuestionario a un grupo de adultos mayores en un residencial público. De esta concluyeron que los hombres reciben mayor cantidad de visitas que las mujeres. En el caso de las visitas de nietos es más frecuente en el género femenino y en el grupo de mayores que superan los 85 años. Es importante aclarar que este estudio se realizó en base a una perspectiva subjetiva de cada individuo, por lo que los valores pueden depender de factores que hacen que la respuesta se vea afectada.

Como se puede apreciar en estos estudios, se ve la falta de contacto que tienen las personas mayores insertas en los residenciales con sus familiares. Se puede ver cómo es necesaria una perspectiva de género para tratar temas de vejez y soledad; las investigaciones denotan grandes diferencias entre hombres y mujeres, recalcan la heterogeneidad de la población de los residenciales.

Ferrero (1998), también plantea que el porcentaje de salidas con familia de la institución es menor al de las visitas. Puede deberse a imposibilidades físicas del adulto mayor como también, a la disposición de la familia a que dentro de la institución está bien cuidado, y no es necesario el trabajoso traslado de este y tener que adaptarse a su ritmo de vida.

Por otro lado, siguiendo con la misma autora, dentro de la institución estas salidas generan muchas veces conflictos. El individuo que tiene la capacidad de salir, se cree con mayores posibilidades que el que no lo puede hacer y esto distorsiona el ambiente interno, genera situaciones difíciles de manejar tanto para los funcionarios como para los diferentes huéspedes.

En el caso de los adultos mayores con gran dependencia intervienen varias redes de apoyo tanto familiar como sociales e institucionales. Esto puede llevar a una gran desorganización por lo que es importante la comunicación armoniosa entre las diferentes unidades. Al ingresar un anciano a un residencial, que los familiares que forman parte de su vida, formen parte de su tratamiento, es de gran ayuda, como también compartir objetivos tanto con la institución como con la/el adulto mayor. (Stolovich, 2004)

Muchos adultos mayores insertos en residenciales tienen sensaciones de confusión o desorientación por el ambiente no estimulante. (Beaver y Miller, 1998) Este ambiente no estimulante, muchas veces es más parecido a un hospital que a un hogar. No tiene característica de algo propio de cada individuo, le falta la calidez de lo conocido. Un adulto mayor que ingresa a una institución viene con un pasado, de un

hogar al que pertenecía, el cual construyó año tras año a través de su vida, y de un momento al otro debe despedirse de su ambiente conocido, de su hogar, para insertarse en un lugar que comparte con otras personas, las cuales tienen otras características, otros gustos; aprender o poder adaptarse a esa convivencia grupal, es una de las grandes dificultades que surgen en esta transición.

5. Aislamiento social y soledad

Estos son dos factores que se pueden instalar al ingresar a un residencial. Es importante realizar la diferenciación de los mismos para poder implementar las estrategias de intervención necesarias para cada caso.

5.1 Aislamiento

Según Martínez y Campos (2015) el aislamiento social “se define como la falta de contacto e interacción con otras personas y es un problema que pone en riesgo la integridad física y mental del adulto mayor” (p. 182). “Es la situación objetiva de tener mínimos contactos con otras personas, bien sean familiares o amigos”, en cambio la soledad, “es la sensación subjetiva de tener menor afecto y cercanía de lo deseado en el ámbito íntimo (...) de experimentar poca proximidad a familiares y amigos (...) o de sentirse socialmente poco valorado” (Gene, Ruiz, Obiols, et al., 2016, p. 605).

Desde la perspectiva de este autor, se entiende el aislamiento social en los residenciales, por la situación en la que se encuentra el sujeto, debido a la falta de contacto que hay entre los residentes y la sociedad en si, como el simple hecho de ir al supermercado, al de formar parte de algún grupo comunitario o asistir a diferentes proyectos dirigidos para esta parte de la población. Tienen todas las necesidades materiales básicas cubiertas, por lo que no es necesario que salgan a buscar suministros y en cuanto a actividades que los incluyan en la sociedad, son pocas veces incentivadas. Este simple hecho incrementa el aislamiento social.

Es esencial tener en cuenta el aislamiento social, debido a que puede ser uno de los factores que incrementan el sentimiento de soledad.

5.2 Soledad

Existen varias concepciones o definiciones de soledad. Algunos la describen como algo negativo, otros como algo positivo.

Podríamos tomar la definición de Beaver y Miller la cual la describe como, “la ausencia de una actividad socialmente estimulante y de relaciones interpersonales mutuamente satisfactorias” (Beaver y Miller, 1998). Una persona se puede sentir solo viviendo en grupo, ya que este sentimiento está más relacionado con el aburrimiento y

la poca interacción con el entorno social; puede vivir en grupo pero si las personas que rodean al sujeto no le causan interés o no tiene cierto tipo de comunicación o interacción, puede provocarle un sentimiento de soledad. Estos autores tienen una visión negativa de la soledad, en cuanto a que refieren a una soledad que genera malestar, que no es buscada.

Cubillo y Quintanar (2013), concuerdan con Beaver y Miller en su visión negativa de soledad y plantean que la soledad es algo desagradable, agobiante que, como seres sociales, intentamos evitar ya que hace que la calidad de vida desmejore no solo emocionalmente, sino que físicamente también.

Desde una mirada cognitiva, los autores anteriores, definen la soledad como “la consecuencia de los sentimientos de insatisfacción con las relaciones sociales existentes o la ausencia de las mismas” (p. 273). Tiene que ver con los estándares personales, con lo que uno aspira en cuanto a sus relaciones, no por el simple hecho de vivir solo, se genera el sentimiento negativo de soledad.

Existen visiones más positivas sobre la soledad. El sentimiento de soledad en algunos casos puede resultar satisfactorio, como por ejemplo cuando una persona disfruta de su soledad en su hogar, leyendo un libro, mirando una película o paseando en un día soleado. Esos son casos en los cuales estar solo es positivo, es algo buscado por el sujeto y no causa malestar.

5.3 Soledad en la vejez

Ferrero (1998) plantea que los factores mencionados anteriormente nos dejan deducir que la soledad es un factor importante en el paso a la institucionalización.

En la vejez hay mayor proclividad a la soledad, debido a la cantidad de pérdidas que puedan generarse, tanto sociales como funcionales. En el texto de Cubillo y Quintanar (2013), donde estudian las causas de suicidio, identifican los sentimientos de vacío, tristeza, no tener apoyo o tenerlo lejos, sentimiento de inutilidad, como los principales generadores de soledad y estos los hacen más propensos a terminar con sus vidas.

Algunos estudios pueden concluir que las personas mayores tienen un sentimiento de soledad más grande a medida que aumenta su edad debido a pérdidas

sociales y físicas. Otros estudios afirman que en cuanto al género las mujeres sufren más la soledad que los hombres, pero la diferencia es casi ínfima. (Cubillo y Quintanar, 2013)

Siguiendo a los autores anteriores se puede decir que el nivel socioeconómico y educativo influye notoriamente. Aquellos sujetos con un nivel socioeconómico y educativo más alto tienden a tener una red social más amplia, aspecto que disminuye la probabilidad de soledad. También estos individuos tienen la posibilidad de participar en mayor tipo de actividades lo que los mantiene activos socialmente.

Cubillo y Quintanar (2013), también plantean que el estado civil es de gran importancia. Tener un vínculo emocional cercano hace que la probabilidad de sentirse solo disminuya. Las personas casadas tienen esta ventaja mientras que las viudas, solteras o separadas tienen más probabilidad de sentirse solas. Las personas viudas en comparación con las solteras que nunca estuvieron casadas son más propensas al sentimiento de soledad debido a que se genera en ellos una pérdida.

Las condiciones de vida en el hogar son esenciales. Se estudió que la mayoría de los adultos mayores, especialmente los que se encuentran en estado de viudez o solteros, prefieren vivir independientes, con autonomía, pero contar con el apoyo de familia como hijos, hermanos, familia extensa y amigos. La relación con los hijos, por ejemplo, es muy importante; los adultos mayores con relaciones distantes con sus hijos son más proclives al sentimiento de soledad. (ídem)

Según estos autores, es importante también la participación en la comunidad, para generar sentimiento de pertenencia y seguir manteniendo la red social. También genera que los adultos mayores se sientan útiles para algunas tareas, generadores de un bien común con otras personas. Es aún más efectivo que integren grupos de edades diversas.

A pesar de las pérdidas que se producen en la vejez también pueden ocurrir ganancias como es el caso de una nueva pareja y los nietos. Esto hace que la calidad de vida se vea compensada.

Existe gran cantidad de adultos mayores aislados, tanto viviendo en familia, en residenciales como viviendo solos. Muchas veces este aislamiento es una elección, debido a situaciones en la vida que no se pudieron superar, como muerte de cónyuge o amistades. La persona adulta mayor se aísla para no sufrir más pérdidas como también

para no sentirse una carga para sus familias. Otras veces por diferentes dificultades ya sea físicas, mentales o de otra índole, a medida que se va envejeciendo cuesta cada vez más la interacción con el otro y desde el entorno no se hace un esfuerzo por integrarlos, perdiendo así la posibilidad de relacionamiento; quedando aislados socialmente, aparece el sentimiento de soledad tan temido en la vejez. (Beaver, Miller, 1998)

En el caso de Uruguay, se realizó un estudio el cual indicaba la cantidad de adultos mayores casados y viudos. Se pudo ver que el porcentaje de hombres casados eran casi el doble que el de mujeres y que en el caso de la viudez las mujeres superaban el 40%. Esto es debido a las diferencias de la esperanza de vida entre mujeres y hombres. Dentro de estos porcentajes se puede ver que el porcentaje de adultos mayores que viven solos es de un 34% y se ha ido acrecentando con los años. (Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010)

Según indicadores del Mides se puede observar que hay un mayor porcentaje de adultos mayores viviendo en pareja sin hijos pero que el porcentaje de adultos mayores viviendo solos es mayor al porcentaje que vive con hijos, en hogar extendido y hogar compuesto.

Estos indicadores, consideran factores de riesgo que pueden influir en la soledad en la vejez y la necesidad de combatirla. En el Programa Nacional del Adulto Mayor se plantea como uno de los objetivos principales fortalecer las redes de apoyo, dando un sentimiento de pertenencia en la comunidad y en donde viven. (Ministerio de Salud Pública, 2005)

6. Dispositivos y estrategias para combatir el aislamiento y el sentimiento de soledad en adultos mayores en residenciales y mejorar la calidad de su estadía

Es necesario investigar acerca de los diferentes dispositivos y estrategias que se pueden implementar para que los adultos mayores insertos en residenciales, puedan lograr una mejor calidad de vida, sobre todo aquellos con gran sentimiento de soledad. Es importante que estos dispositivos incluyan tanto la relación con los individuos que comparten su estancia en la institución como con la familia y la comunidad; logrando una inclusión social que abarque todas las generaciones. (Beaver y Miller, 1998)

De acuerdo a la bibliografía consultada, observe con mayor presencia las siguientes estrategias.

6.1 Apoyo social

“La red de apoyo social pertenece a los apoyos informales y está conformada por un conjunto restringido de relaciones familiares y no familiares que brindan alguna o varias formas de ayuda. En las funciones de la red se incluyen: compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos y ayuda material, de servicios y acceso a nuevos contactos” (Polizzi y Arias, 2014)

Arias (2013), cita a Sluzki (1996) cuando plantea que la red de apoyo social ayuda a darle sentido a la vida y da pie a unas actividades personales relacionadas con la sobrevivencia

Este apoyo es el que se da por parte de la red social, con el objetivo de que las relaciones en esta red ayuden al mantenimiento o la mejoría del bienestar individual. (Leturia, Inza y Hernandez, 2007)

Se distinguen dos tipos de apoyo: emocional e instrumental. El apoyo emocional se refiere al intercambio de afecto, cariño y aprobaciones entre las personas. Incluye distintos aspectos de las interacciones sociales tales como hablar de problemas personales, hablar de sentimientos o proporcionar consejos sobre asuntos personales. El apoyo instrumental se define como el intercambio de ayuda práctica en tareas cotidianas. Incluye acciones tales como ayudar a limpiar, hacer la compra, prestar dinero, proporcionar cuidados o medios de transporte, así como cualquier otro tipo de recursos. (Cubillo y Quintanar, 2013)

Siguiendo con los autores anteriores, el efecto del apoyo emocional parece ser más alto que el de apoyo instrumental, aunque el apoyo instrumental puede llegar a ser igual de importante cuando la/el adulto mayor es incapaz de realizar las actividades solo.

Dentro de las instituciones es importante que se brinden ambos tipos de apoyo. La falta de apoyo instrumental es una de las variantes que lleva a un familiar a tomar la decisión de insertar al adulto mayor en un residencial.

6.2 Inclusión de la familia

Como lo he planteado anteriormente la familia, en lo que respecta al imaginario social, tiene gran significado en esta etapa de vida, es una de las redes de apoyo emocional más importante.

Que la familia participe en todo ámbito previo al ingreso y en la estadía misma es de gran relevancia. Esto ayuda no solo al adulto mayor sino a la familia a afrontar “su malestar por el hecho de internar a su ser querido” (Beaver y Miller, 1998, p.270). El trabajador social tiene la tarea de ayudar a la familia y al adulto mayor a expresar y discutir sus sentimientos. Esto puede ayudar a prevenir posteriores abandonos de parte de la familia y fortalecer el soporte de la misma. Una vez ingresado la persona adulta mayor en la institución es beneficioso que la familia participe en grupos con familiares de otros pacientes para ayudarse mutuamente a afrontar esta nueva etapa; discutiendo diferentes experiencias ayuda a motivar la participación familiar. (Beaver y Miller, 1998)

La familia provee vínculos afectivos, emocionales necesarios para el bienestar de la/el adulto mayor. Lograr mantener estos vínculos baja la probabilidad de vulnerabilidad del sujeto y lo capacita para afrontar situaciones angustiosas. El cuidado de la familia no debería parar con la institucionalización, cambia debido a que dentro del centro se brindan diferentes tipos de apoyos, pero el apoyo afectivo familiar es algo que los centros no pueden suplantar. (Leturia, Inza y Hernandez, 2007)

Los autores anteriores plantean que el apoyo que la familia puede aportar al residente es variado. Deben tomarlo en cuenta para las diferentes decisiones familiares, que pueda participar de reuniones familiares, preocuparse por su estado, preguntarle, apoyarlo y animarlo. El mantener el contacto a través de visitas y charlas telefónicas es importante; teniendo en cuenta de que la persona ingresa con una historia, con conocidos y amigos del barrio que deja atrás, por lo que es valioso informarle acerca de situaciones de su antiguo hogar.

Siguiendo con Leturia, Inza y Hernandez (2007) podemos afirmar que los profesionales deberán formar a la familia ante nuevas situaciones que puedan ocurrir,

como enfermedades o accidentes, ayudarlos a pasar por esta etapa de la manera más cálida posible, capacitándolos, motivándolos y, muy importante, desculpabilizándolos.

6.3 Trabajadores sociales

En el relevamiento bibliográfico realizado sobre estos dispositivos, se encuentra privilegiado el rol (en la bibliografía anglosajona) de los trabajadores sociales, los cuales (en un determinado contexto de sistema de cuidados), cumplen una función muy importante en la etapa de institucionalización. Son los encargados de trabajar tanto con la familia como con la/el adulto mayor durante el proceso de ingreso y estadía en estos centros. Previo al ingreso se encargan de planificar y prepararlos, informando acerca el procedimiento, evaluando al adulto mayor, desarrollando un plan de tratamiento, y asesorando. También se encargan de las intervenciones familiares y comunitarias, y son el enlace entre el individuo y los recursos y servicios sociales (Beaver y Miller, 1998).

Estos autores, toman a Mercer y Kane (1979) cuando plantean que los sentimientos de desvalimiento y desesperación pueden reducirse cuando se les brinda a los sujetos la oportunidad de hacer elecciones y obtener cierto control sobre su vida.

Este aporte resulta valioso, si se considera que en las instituciones de larga estadía los adultos mayores pierden sus papeles normales de trabajador, consumidor, amigo y ciudadano. Por lo que diseñar estrategias para que estos papeles no se pierdan es muy favorable para mejorar su calidad de vida. (Bourestrom, 1976)

Algunas acciones que pueden bajar la perspectiva negativa de la institucionalización, según Sorensen (1981) son: permitirle al mayor intervenir en la toma de decisiones, la planificación previa al ingreso, admitir la posesión de la mayor cantidad de pertenencias personales que sea posible y mantener un sistema de comunicación abierto entre la institución, la familia y la/el mayor.

6.4 Dispositivos psicológicos:

Beaver y Miller (1998), plantean varios tipos de intervenciones con las personas adultas mayores. Las de carácter psicológico, las cuales forman parte del grupo de

intervenciones terciarias, cuando el sujeto se encuentra institucionalizado, pueden ser tanto individuales como grupales. Se puede brindar psicoterapia individual pero se cree que la grupal beneficia mucho más a los individuos.

Un tipo de terapia con tratamiento grupal es la terapia de re motivación; esta terapia tiene como objetivo estimular a las personas que no tienen interés por el presente y el futuro y les permite “reconocerse como personas con características particulares que les distinguen de los demás”. (p. 277)

Otro tipo de terapia grupal, son los grupos de reminiscencia en los cuales se estimula la memoria contando anécdotas y experiencias pasadas y que también, “los ayuda a favorecer las capacidades de socialización y el desarrollo de amistades” (p. 277)

6.5 Teoría de Maslow

Romo (2016) cita a Cook (1981), el cual trabaja con un modelo para promover un ambiente humano en las instituciones de larga estadía. Se basa en la teoría de Maslow referida a la motivación humana y su jerarquía de necesidades humanas. Esta teoría plantea diferentes niveles de necesidades humanas y afirma que se debe satisfacer las necesidades de los niveles inferiores para poder dirigir los esfuerzos y recursos a satisfacer las de niveles superiores. Dentro de las instituciones las necesidades básicas de niveles inferiores como las fisiológicas son satisfechas por el personal tanto médico como la enfermería. Es trabajo del trabajador social ayudar a cubrir las necesidades de los niveles superiores. Estas necesidades son, por ejemplo, la seguridad, el amor y la pertenencia, la autoestima y autorrealización. Puede ayudar al paciente a mantener uniones personales importantes con los miembros de la institución, con su familia y amigos.

Este modelo de intervención si bien trata de incluir una dimensión psicoafectiva (niveles superiores) sigue redundando en la intervención en el marco de un modelo asistencialista y medicalizado. Dejando las necesidades psicosociales a cargo de un especialista, en vez de considerarlas integralmente en todo el modelo de atención.

6.6 Intervenciones en la comunidad

Actualmente existen varias organizaciones de adultos mayores, tanto nacionales como internacionales, con diferentes fines. Estos van desde búsqueda de relacionamiento, hasta la lucha por sus derechos. Se realizan diferentes actividades culturales, sociales, y deportivas, que brindan ayuda ante diferentes problemáticas,

aumentan la autoconfianza, desarrolla logros y los fortalece tanto personalmente como socialmente. (Arias, 2013)

En Latinoamérica los gobiernos se han visto interesados en aumentar la participación de la población adulta mayor y esto se puede ver en varias organizaciones; centros de jubilados, programas universitarios para adultos mayores, programas nacionales de voluntariado y transmisión de saberes, consejos de personas mayores en diferentes barrios, hasta festivales de música. (idem)La autora mencionada anteriormente plantea que formar nuevas relaciones, grupos y proyectos ayudan a aumentar el potencial colectivo en esta etapa de vida.

6.7 Otros programas e intervenciones efectivas

Existen varios tipos de programas e intervenciones que ayudan a los adultos mayores a sentirse integrados en la sociedad.

Los programas intergeneracionales en donde se estimula el vínculo entre los más jóvenes y los adultos mayores, se pudo comprobar que tienen un impacto psicológicamente terapéutico.

Así mismo en algunos centros se estimula la introducción de animales de compañía; se ha comprobado que asumir responsabilidades ante un ser vivo que deben cuidar y proteger es una actividad emocionalmente positiva.

También los programas más tradicionales como clases de música o artísticas demuestran que pueden ayudar a la expresión de los sentimientos. (IMSERSO, 2011)

Conclusiones

Para dar cierre a este trabajo retomaré mis objetivos iniciales a cerca de la importancia que tiene la familia en la vida de las o los adultos mayores institucionalizados. Para poder trabajarlo me pareció pertinente tomar uno de los factores que más repercute en la calidad de vida de las personas mayores, la soledad.

A lo largo de la historia vemos cómo ha cambiado la demografía de los países latinoamericanos, las relaciones familiares, y los prejuicios sobre la vejez. Con el aumento significativo de la vejez, es importante un ajuste de visiones sobre esta.

Existen muchos cambios en la vejez, tanto en los roles familiares, como laborales, y sociales; sin dejar de lado todos los cambios fisiológicos que se producen. Todos estos cambios hacen que el sujeto deba reajustar su vida y muchas veces con dificultad.

Desde una visión negativa de la vejez, se da hincapié en estas deficiencias, se sobrecarga y homogeniza a la población adulta mayor con estas características. Esta visión hace que se aumente la dependencia, se les infantiliza y la familia se ve afectada, generándose una codependencia.

Esta visión se inscribe en las personas y regula su forma de actuar y de pensar, reproduciéndose estereotipos, sistema de códigos y valores.

Aquí surgen todos los mandatos sociales, la obligación moral por el cuidado, el pensamiento de que haga lo que haga la persona a su cuidado, nunca va a ser suficiente, instalándose vínculos de codependencia, la o el adulto mayor comienza a demandar más y más; es así como se llega muchas veces a la decisión de instalarlos en una institución que les brinde los cuidados que la familia no les puede o piensa que no les puede brindar.

En cuanto a la población mayor inserta en residenciales, mi objetivo era indagar en la bibliografía la cuestión soledad/aislamiento en los residenciales de larga estadía.

En la medida que el aislamiento social y la soledad son fenómenos que inciden enormemente en la transición de la persona mayor de su hogar a la residencia.

Entiendo que este tipo de instituciones, tienen diferentes elementos que hacen que tanto el aislamiento social como la soledad se potencien; como la falta de incentivo de parte del personal para fomentar los vínculos, entre los huéspedes, el contacto con la familia que en muchos casos se va perdiendo poco a poco, como también la falta de un espacio propio a cada individuo que le genere un sentimiento de pertenencia y propiedad.

Dentro de los residenciales se podría ver una población que tiene diferentes características. La mayoría de los residentes, se encuentran allí por deficiencias físicas o mentales que les impiden vivir solos y que sus familias no están capacitadas para cuidar. Es en estos casos en los que el sentimiento de soledad como negativo se genera.

Existen otros casos, muy pocos, pero existen, en los que los adultos mayores toman la decisión de institucionalizarse, debido a que se sienten más acompañados, tienen otras comodidades, no deben preocuparse por las cosas básicas de un hogar como el hecho de limpiar, cocinar, ordenar, y puede llegar a ser más económico que vivir solo. En estos casos en los cuales los sujetos se encuentran física y mentalmente en buenas condiciones, y es una decisión propia la de ingresar al residencial, ¿podemos decir, que la decisión es tomada como medida ante una inminente soledad?

En muchos de estos casos, el sujeto toma la decisión de institucionalizarse para evitar una posterior soledad, o salir de una en la que se encontraba. Tomando en cuenta este tipo de caso, podríamos cuestionarnos la capacidad del residencial para poder respetar y construir espacios de intimidad que les permita a los residentes estar consigo mismos. La visión positiva de la soledad, esa soledad buscada, para poder disfrutar de un momento a solas, leyendo un libro, observando la naturaleza, o simplemente descansando; es algo que nos debe preocupar cuando pensamos en dispositivos que nos permitan brindar un servicio de calidad, un espacio que reconozca al sujeto en su dignidad y sus necesidades íntimas. La institución debe ser capaz de poder generar espacios que le sean útiles al individuo cuando busca una instancia de soledad. Sería importante que dentro de la institución se manejaran los aportes de la psicología para pensar a un sujeto autónomo y a uno social que interactúa con otros, para poder pensar al sujeto en distintas dimensiones, singular y colectiva.

En las investigaciones y estudios que pude recabar, vemos la importancia que tiene la familia y los amigos en esta transición y en la estadía misma en la residencia. Son factores clave para lograr una calidad de vida tanto digna como placentera en el residencial y poder disminuir el sentimiento de soledad lo más posible.

Por lo tanto, ¿podemos decir que la persona mayor inserta en residenciales está realmente acompañada o se puede llegar a generar ese sentimiento de soledad?

Contestando a la incógnita inicial, podríamos decir que, principalmente, cada caso es único, pero que existe gran cantidad de población inserta en residenciales que padecen de ese sentimiento. No por el hecho de estar o no rodeados de personas, porque claramente, en un residencial existen más personas que las que estaba acostumbrado/a en su hogar, las cuales les brindan apoyos instrumentales, sino, por el hecho de lo familiar, de lo conocido, de su propiedad. Ya en la vejez existen muchos cambios, y el sujeto los padece hasta el momento final. Pero en esa transición a un nuevo hogar, existen también otros cambios que enfrentar, como la pérdida de diferentes vínculos, que inciden en el sentimiento de soledad y lo fomentan. Es importante, por lo tanto, dentro del residencial, lograr un ambiente cálido y armonioso, los empleados de la institución poder generar un vínculo amable y familiar, e incentivar los vínculos entre los residentes.

Por otro lado, la familia, que ha cambiado considerablemente a través de los años, con la inserción de la mujer al mundo laboral y con el surgimiento de la hipermodernidad, en la cual parece que todo va más rápido, los tiempos se acortan, y las relaciones y los vínculos son más vulnerables, es de gran importancia que se generen ámbitos, proyectos o programas que ayuden a conservar el vínculo entre la o el adulto mayor y su familia. Especialmente los mayores inserto en los residenciales, el cual puede estar más propenso a sentirse en soledad, necesita de este vínculo, de esta red de apoyo. Implementando los diferentes programas propuestos anteriormente, junto con una perspectiva de derechos y generando nuevas ideas, podremos generar mejor calidad de vida a las personas mayores

En cuanto a las relaciones con la sociedad, es importante poder lograr que se sigan manteniendo en contacto, tanto con amigos, o vecinos como la sociedad entera desarrollando los dispositivos propuestos, generando nuevos tipos de relaciones, incluyendo a todas las generaciones. Esto es importante para que la persona mayor inserta en los residenciales se sienta integrado a la sociedad, disminuyendo el aislamiento social.

Acompañado o no, soledades tanto negativas como positivas, se debe brindar los dispositivos necesarios para disminuir unas y fomentar otras. Es un trabajo difícil, que requiere a toda la sociedad. Tanto la educación como la intervención psicológica a las personas mayores y a las familias involucradas es el comienzo, para prepararlos a recorrer este trayecto junto con la persona adulta mayor. A su vez, otorgarles a estos últimos un espacio de reflexión y procesamiento los ayudara a cursar esta etapa de vida de la mejor manera posible.

Para concluir, considero que el problema planteado deja en evidencia diferentes dimensiones que hay que seguir trabajando y mejorando.

Destaqué la dimensión psicosocial de la cual hay muchas cosas por hacer desde una perspectiva de prevención y educación social y familiar.

En cuanto a una dimensión de política pública e institucional, la capacitación de técnicos y cuidadores es importante. Así como mayores soportes para las familias previo a la internación, a modo de medidas alternativas, transitorias previas a la internación para las cuales se requieren otros dispositivos de apoyo para las familias, ya que son pocas las familias que pueden sostener cuidados a personas dependientes en sus hogares y menos aun las que pueden pagar ELAM.

Por otro lado, pensar alternativas a los dispositivos de ELAM para personas que no requieren de cuidados, como residencias autónomas pero asistidas de alguna forma que garanticen mediante mecanismos autogestivos o colectivos las necesidades de aquellas personas que no quieren o pueden vivir solas pero que son auto válidas.

Referencias Bibliográficas

- Arias, C. (2013). El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad. Revista Kairós Gerontología, 16(4), "Dossiê Gerontologia Social", pp.313-329. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP
- Barg, L. (2004) Los vínculos familiares. Reflexiones desde la práctica profesional. Buenos Aires: Editorial Espacio
- Barría, Y. (2015). Residencias de larga estadía. En Diplomado en Prevención y abordaje del maltrato hacia las personas mayores. Chile
- Batthyany, K. Genta, N., Perrotta, V., (2012). La población uruguaya y el cuidado: Persistencias de un mandato de género. Santiago de Chile: CEPAL
- Berriel, F., Paredes, M., Pérez, R. (2006). Sedimentos y transformaciones en la construcción psicosocial de la vejez, en Proyecto género y generaciones, Uruguay: Ediciones Trilce
- Beaver, M., Miller, Don A., (1998) La práctica clínica del trabajo social con las personas mayores, Intervención primaria, secundaria y terciaria. Barcelona: Ediciones Paidós
- Bourestrom, N. (1976). Social Roles in Nursing Homes, Trabajo presentado en la Human Aging Conference, Minneapolis, Universidad de Minnesota.
- Brigeiro, M., (2005). Envejecimiento exitoso y tercera edad: Problemas y retos para la promoción de la salud Investigación y Educación en Enfermería, vol. XXIII, núm. 1, Colombia: Universidad de Antioquia Medellín. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215401009>
- Camdessus, B., Bonjean, M., Spector, R., (1989) Crisis familiares y ancianidad Barcelona: Ediciones Paidós

- Cardona J., Villamil M., Henao E., Quintero, A., (2011). El afrontamiento de la soledad en la población adulta. Medicina U.P.B., Julio-Diciembre, 150-162

- Cedrés L., (2015). El cuidado en la vejez. Un reto de todos y para todos, Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República Oriental del Uruguay, inédito

- CIEn. (2017). Centro Interdisciplinario de Envejecimiento. Espacio Interdisciplinario de la Universidad de la República. Recuperado en: <http://www.ei.udelar.edu.uy/prensa/renderItem/itemId/37888/refererPagId/888>. Fecha: 29 de abril, 2017

- Cubillo, M., Quintanar, F., (2013). Por una cultura del envejecimiento. México: Prolongación 16 Sur No. 9513

- Fernández-Ballesteros, R., (s.f). La Psicología de la Vejez. Madrid: Catedrática de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico en Universidad Autónoma de Madrid.

- Ferrari, V., (2015), Soledad en la vejez. El adulto mayor y su entorno social como agente de cambio, Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República Oriental del Uruguay, inédito

- Ferrero, G., (1998). Envejecimiento y Vejez nuevos aportes. Buenos Aires: Atuel

- Franco, P. y Sanchez, A., (2008). Saber envejecer: aspectos positivos y nuevas perspectivas. España: Universidad Pontificia de Salamanca

- Freixas, A. (1997) "Envejecimiento y género: otras perspectivas necesarias". Anuario de Psicología de Universidad de Barcelona. 73, pp. 31-42.

- Gene, J., Ruiz, M., Obiols, N., Olieras, L., Lagarda, E., (2016). Aislamiento social y soledad que podemos hacer los equipos de atención primaria. España S.L.U. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S02>

- Goffman, E., (2001) Internados, Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortur

- Herrera, M., Torres, B., (2007) Adultos mayores dependientes hospitalizados: La transición del cuidado Investigación y Educación en Enfermería, vol. XXV, núm. 1, pp. 40-49, Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia

- Huenchuan, S., Fassio, A., Carlos, S., Osorio, P., Miño, A., Batthyany, K., et al., (2010). Envejecimiento, género y políticas públicas, coloquio regional de expertos. Uruguay: Lucida Ediciones

- Huenchuan, S., Paredes, M. (2006). Escenarios futuros en políticas de vejez en Uruguay: continuidades y rupturas. Montevideo: Editorial Trilce

- IMSERSO (2011), Guía de centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia

- NMAYORES-MIDES (2015). SIVE. Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas. MIDES/INMAYORES - UNFPA.

- INMAYORES-MIDES (2016). Segundo Plan Nacional de envejecimiento y vejez 2016-2019. MIDES/INMAYORES – Consejo Consultivo del Instituto Nacional de las Personas Mayores – Imayores.

- Lehr, U., (1988) Psicología de la senectud, Proceso y aprendizaje del envejecimiento Barcelona: Editorial Herder

- Leturia, F., Inza, B. y Hernandez, C. (2007) El papel de la familia en el proceso de atención a personas mayores en centros socio sanitarios. En Revista Zerbitzuan Recuperado en: <http://www.siiis.net/documentos/zerbitzuan/EI%20papel%20de%20la%20familia%20en%20el%20proceso%20de%20atencion.pdf>

- Lipovetsky, G (2008). Los tiempos hipermodernos, Barcelona: Editorial Anagrama.

- Martinez, A., Campos, W., (2015), Correlación entre Actividades de Interacción Social Registradas en Nuevas Tecnologías y el grado de Aislamiento Social en los Adultos Mayores. Revista Mexicana de ingeniería biomédica. Artículo de investigación Vol. 36, No. 3, pp. 181/190

- MIDES, en: <http://inmayores.mides.gub.uy/>

- Molero, M., Pérez, M., Gázquez, J., Sclavo, E., (2011). Apoyo familiar en mayores institucionalizados. España: European Journal of Investigation in Health, Psychology and education, volumen 1, nº 1 (p. 31-43) Recuperado de: www.ejihpe.es/doi:10.1989/ejihpe.v1i1.3

- Muchnik, E., (2005) Envejecer en el Siglo XXI, Historia y perspectivas de la vejez, Buenos Aires: Lugar Editorial

- Nieve.psico.edu.uy. (2017). Núcleo Interdisciplinario de Estudios en Envejecimiento y Vejez (NIEVE). Recuperado de: <http://www.nieve.psico.edu.uy/>. Fecha: 29 de abril, 2017

- Paredes, M., Ciarniello, M., Brunet, N., (2010). Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: Una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano. Montevideo: Lucida Ediciones

- Polizzi, L. y Arias C. J. (2014). Los vínculos que brindan mayor satisfacción en la red de apoyo social de los adultos mayores. Pensando Psicología, 10(17), 61-70. doi Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.16925/pev10i17.785>

- Ramos, A., Yordi, M., Miranda, M., (20016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. Archivo Médico de Camagüey, 330-337. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211146067014>

- Romo, G. (2016) La familia como institución Cambios y permanencias. México: Universidad de Guadalajara Centro Universitario de Tonalá

- Salvarezza, L., (1999). Psicogeriatría Teoría y Clínica. Buenos Aires: Paidós

- Savio, I., (2004). Hospital "Dr. Luis Piñeyro del Campo". El trabajo en equipo en su reconversión: del asilo al centro geriátrico. En Gerontología en Uruguay, una construcción hacia la interdisciplina. Montevideo: Psicolibros
- Scherzer, A. (1994) La familia, grupo familiar e instituciones desde la práctica hacia la salud. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental
- Stolovich, R., (2004). Envejecimiento y salud ¿en qué influye lo social en una vejez saludable? En Gerontología en Uruguay, una construcción hacia la interdisciplina. Montevideo: Psicolibros
- Torres M., Berena, P., Zea M., (2007). Adultos mayores dependientes hospitalizados: La transición del cuidado. Revista de Investigación y Educación en Enfermería, 40-49.
- Weiss, R. S. (1973). Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Cambridge, MA: MIT Press. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716301809>