

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Trabajo Social

Tesis de Trabajo Social

2009

Síndrome de institucionalización en el hogar municipal de ancianos

Tringali, Carolina

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/467>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

SS
Inv. 4050

**Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y
Servicio Social**

**LICENCIATURA EN SERVICIO SOCIAL
TESIS**

**TITULO: SINDROME DE
INSTITUCIONALIZACION EN EL HOGAR
MUNICIPAL DE ANCIANOS**

**ALUNMA:
TRINGALI, CAROLINA**

**DIRECTOR:
LIC. CABERO, LAURA ADRIANA**

**CO- DIRECTOR
LOO, HERNAN**

2009

Agradecimientos

Fueron muchas las personas que me guiaron y acompañaron a lo largo de este camino, es por esto que les quiero agradecer a:

✚ Mi directora, Lic. Cabero Laura por orientarme y formarme hasta ultimo momento

✚ A mi familia: todos pusieron su paciencia , me apoyaron, soportaron y brindarme su afecto todos estos días. gracias Charly, Agustín, Natasha, ana, etc.

✚ A mis compañeros de trabajo, que siempre están ahí, en la buenas y las malas, siempre apoyándome para que termine mi carrera.

✚ a todos los adultos mayores que nunca voy en mi vida olvidar sus grandes enseñanzas y sabiduría.

25 SEP 2012

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
4050	
Vol	1
Universidad	de Mar del Plata

INTRODUCCION

El interés por la realización del presente trabajo surge a partir de la práctica realizada, en el Hogar Municipal de Ancianos del Partido de General Pueyrredón, cuya población se halla conformada por 124 adultos mayores, de ambos sexos, entre 56 y 93 años.

Como estudiante de la carrera de Licenciatura en Servicio Social, observé las características de los adultos mayores al ingresar y durante su permanencia en la mencionada Institución. "La tercera edad es la etapa anterior al hecho biológico de la muerte; esta signada por pérdidas y deficiencias en las áreas corporal, social y relacional." ¹

La construcción de la población que reside en instituciones de larga estadía está arraigada fuertemente en una óptica asilar. Surgiendo la construcción del viejo como objeto de cuidado. Entonces, la respuesta asilar parecería configurarse en una constante frente a la población envejecida, sumado a la tendencia de mercantilización que estipula un escenario propicio para el desarrollo de este tipo de respuestas sociales.

La institucionalización de personas mayores es asociada a todos los aspectos negativos de la vida: al tedio, a la inactividad, a la despersonalización, a la rutinización, a la dependencia, en donde se espera la muerte. Se la considera limitadora de la privacidad y del contacto con el mundo exterior. Desarrolla la baja autoestima, el deterioro de la imagen, con tendencia a asilar y causante de la depresión en las personas.

¹ Strejilevich Leonardo. La vejez. Aspectos biopsicosociales y técnico políticos. Editorial. Víctor Hanne 1998. Op.cit.; pp. 106 - 112

La institucionalización es una Construcción Social, donde la institución como parte de su cultura, establece para sí la responsabilidad de la administración de la vida y de la muerte, la generación de vínculos con un fin compensatorio y la construcción de una *biología particular de la persona mayor institucionalizada*. Encontramos cierta regularidad en la disposición de los cuerpos en las instituciones, en los movimientos acotados que presentaban los mayores y en el silencio. No es extraño ingresar a un hogar y ver a personas sentadas alrededor de una mesa sin hablarse durante horas. Tampoco nos asombra que una persona esté sentada en el mismo sitio desde las ocho de la mañana hasta las trece, horas en que la llevan a dormir la siesta y, vuelva al mismo sitio por cinco horas más.

A los agentes sociales que trabajan en las instituciones no les sorprende que una persona que ingresó caminando, a los pocos meses ya no lo haga, que pierda el control de esfínteres. Pareciera que es natural que los cuerpos, que habitan los geriátricos, sean poco flexibles, que requieran de otro para el desarrollo de las actividades de la vida diaria y que hablen poco. El deterioro es innegable durante la vejez avanzada, pero existen prácticas que pueden retardar la aparición de la dependencia.

“Una persona que se aburre experimenta como un vacío interior y una tristeza sin objeto concreto que describe a menudo manifestando que “el tiempo no pasa aprisa” o que “los días son largos”. Estas expresiones populares son exactas; expresan bien lo que es en realidad el tedio como experiencia vivida. El tedio, el fastidio, es un sentimiento que resulta de una alteración de nuestra relación subjetiva con el tiempo. El tedio puede definirse como un “sentimiento de reducción del movimiento del tiempo. En el límite,

está la muerte que se percibe como la absoluta detención del movimiento del tiempo.”²

Los aspectos positivos, se precisan a partir de los servicios que ofrece la institución (la atención médica, la rehabilitación y la actividad lúdica), intentando reducir la pérdida de salud, identificando los factores de enfermedad en el gerente.

Por otra parte, en la bibliografía consultada, la mayor parte del material, hacía referencia al adulto mayor, a la gerontología social, al trabajo social con adultos mayores en hogares de día y en la comunidad. Se observa análisis de las familias, de lo geriátricos y de las instituciones; encontrándose escaso material sobre “**el Síndrome de la Institucionalización en la Tercera Edad y la intervención del Servicio Social**”, la baja capacidad para tomar decisiones, falta de iniciativa, dificultades para planificar el tiempo, escasez de creatividad, incapacidad para enfrentarse a situaciones nuevas, dificultades de relación, etc.³, lo que motivó la elección de la temática.

El síndrome de institucionalización, es un concepto con el que se ha pretendido explicar en su conjunto, la pérdida de funciones que presentan los adultos mayores. Dicho síndrome ha sido descrito como la aparición progresiva de dependencia (deterioro progresivo de la capacidad funcional), pérdida de peso inexplicable y deterioro del estado mental (función cognitiva y/o depresión). Si la institucionalización del geronte es larga, puede ocurrir lo que se ha denominado “desculturación” (pérdida de comunicarse o co -operar, o sea, un desentrenamiento que lo incapacita temporalmente para encarar

² Laforest, J”Crisis de pertenencia”. en: Introducción a la gerontología. Editorial Herdes, España, 1991 (pp.160/1)

³ Sánchez Carmen Delia. Gerontología Social. Editorial Espacio. Año 2005

ciertos aspectos de la vida diaria en el exterior, si es que vuelve a el y en el momento que lo haga.⁴

Si bien, se hace referencia a una población heterogénea y con diferentes necesidades, a la población meta de estudio, adultos mayores internados en el Hogar Municipal de Ancianos, se les puede atribuir entre otras, algunas características en común tales como, carecer de recursos económicos para permanecer en su domicilio, redes sociales débiles o inexistentes, grados de dependencia que exigen de la asistencia directa, personalizada y permanente.

Los hogares de adultos mayores tal cual se conocen en la actualidad, han sido creados a principios del siglo XX; son herederos de las instituciones asilares que, con el tiempo y los siglos, se transformaron en asilos de viejos, locos y vagabundos, para dar lugar a instituciones sólo para adultos mayores. Conocidos con las distintas denominaciones: hogares de ancianos, asilos, geriátricos, residencias, etc.

Nacidos en los centros urbanos, respondiendo a transformaciones familiares y sociales, tienen como fin brindar asistencia, casa y comida a mayores en situación de necesidad. Estas residencias son concebidas, como un recurso más, dentro de la multiplicidad de servicios existentes para los mayores, y como el "último recurso" cuando no se cuentan con posibilidades de que los adultos mayores permanezcan en sus lugares habituales.

Independientemente del tamaño y de las prestaciones que brindan; de las características edilicias y de la cantidad de personal y profesionales, la preocupación central reside en el clima institucional, su cultura institucional y el

⁴ Goffman Erving. – Internados – Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Editores Amorrortu. Buenos Aires. Madrid. Año 2004. Op.cit. pp. 17 - 29

trato con los adultos mayores, es decir la calidad de atención no sólo medida cuantitativamente sino cualitativamente. El mejoramiento institucional y la transformación de estas instituciones de asilos en hogares, será lograda con un trabajo institucional; teniendo en cuenta la consideración de los mayores, el reconocimiento de sus potencialidades; derechos, deberes y la convicción de una vida integrada al mundo circundante.

En referencia al origen histórico del Hogar Municipal de Ancianos, Institución que nos ocupa, ha sido creado con un matiz fuertemente Asilar, situación que ha persistido año tras año. Ejemplo de esto, se presenta claramente en la relación que se establece entre el adulto mayor y el momento de la ingesta: relación mediatizada por las pautas de funcionamiento general del Hogar donde el sujeto se desentiende de la serie de acciones que implica procurarse el propio sustento. En este "dejar de hacer" la persona va perdiendo su capacidad de independencia y Autovalidez, decidir sobre situaciones cotidianas y, con ello, la posibilidad de relacionarse con el afuera y con otros. Es así que, deja de ser responsable de la adquisición de los alimentos en el mercado, de su elaboración, servido en la mesa y posterior limpieza de vajilla y utensilios; entre otros. Esto se repite, en otros aspectos de la vida cotidiana, tal como la higiene y el aseo personal donde se desdibuja la singularidad del sujeto y de las situaciones.

En este sentido, es que se intenta generar, procesos que conduzcan a pautas de organización de la tarea que provoquen rupturas con estas prácticas históricas, recuperando al sujeto como protagonista.

Se puede afirmar que, al decir de Di Carlo, "Nuestra metodología lleva en forma explícita la noción de la construcción de un proyecto de vida" .Se

entiende, que uno de los pilares más importantes en que se apoyan, se nutren los deseos y fuerzas vitales de los seres humanos, son los proyectos.⁵ Aquel que no tiene proyectos ha dado por terminada la parte activa y creativa de su vida, y comenzando a apartarse del resto de su existencia. El adulto mayor es un sujeto portador de un hacer, con posibilidades y derechos, que se han de respetar mas allá de un diagnóstico de "anciano frágil" o por estar institucionalizado.⁶

"Se trata de capacitar al sujeto social (Perlman H, 1965) para que aún en lo que aparece como una fuerte supeditación a la situación, el sujeto comprenda que como hombre, hasta donde puede ser posible, la conciencia de su realidad de ahora, debe contener la posibilidad de hacer futuro"⁷ Desde el enfoque cualitativo, esta investigación, se elaboro a partir de una postura critica y reflexiva, en la cual se lograron desarrollar conceptos e interrelaciones a partir de la información proporcionada por los entrevistados, construyendo un proceso flexible, no lineal; no obstante se determinaron diferentes fases que guiaron el presente estudio, las cuales no presentan un orden rígido ni son excluyentes entre si; sino que son paralelas en su desenvolvimiento. Esto tiene por objeto demostrar que no hay un orden único en el trabajo, sino que existen tareas que se desarrollan de un modo simultáneo, que se determinan y complementan mutuamente.

Para llevar adelante esta investigación se escogió el diseño de campo, el cual tiene la particularidad de obtener los datos directamente de la realidad,

⁵ Di Carlo, E. El humanismo dialéctico. Apuntes de cátedra: El paradigma humanista como sustancia del t.s. La comprensión como fundamento de la investigación profesional. Año 2004

⁶ CEPAL. Curso de responsables y equipos técnicos de residencias y centros de día para adultos mayores. Año 2008. Población, envejecimiento y desarrollo. año 2004.

⁷ Di Carlo y Equipo (Fenomenología del diagnóstico social de grupos y redes, Año 2003).

por medio de entrevistas a los adultos mayores y al responsable de la institución Hogar Municipal de Ancianos.

El cuerpo del presente trabajo se divide en dos partes. La primera, se corresponde con el marco Teórico, el cual contiene el Capítulo 1 al 3. En capítulo 1, se introduce al tema de la vejez, nociones generales de la vejez, tipos de envejecimiento, eventos que afectan a la vejez y ajuste psicosocial, en el capítulo 2 las instituciones, nociones generales sobre las instituciones, la institucionalización, causas de institucionalización, calidad de vida en la institución, síndrome de institucionalización y relación con los procesos de autonomía, finalizando el marco teórico con el capítulo 3, haciendo referencia al servicio social y el adulto mayor y intervención del trabajador social en una institución para adultos mayores.

La segunda parte, de la presente tesis, se corresponde con el marco empírico, el cual explica la estrategia metodológica utilizada, la sistematización del trabajo de campo y el análisis explicativo de la institución.

Por último se presentan las conclusiones y propuestas que surgen de la comprensión y análisis, de todo el proceso y desde una mirada del trabajo social.

CUERPO

DEL

TRABAJO

PARTÉ I

MARCO TEORICO

CAPITULO I

LA VEJEZ

NOCIONES GENERALES SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento, ha estado presente en todas las generaciones y en todas las épocas desde que el hombre desarrolló el poder de la reflexión. La vejez como tal no es un concepto nuevo.

La razón primordial, para que el envejecer esté recibiendo tanta atención, es el cambio sustancial en la composición poblacional que está ocurriendo en diversas partes del mundo hoy día.

La sociedad moderna tiende a definir la vejez, principalmente, en términos de edad cronológica por conveniencias estadísticas. Arbitrariamente, se utiliza la edad cronológica para establecer la demarcación entre las etapas de la vida. La mayoría de las personas tiende a encerrar el concepto en términos de números, de años vividos.

Como edad, se reconoce el número de años vividos, pero se entiende que la edad cronológica de una persona no siempre refleja su verdadera edad física y biológica. La vejez, por tanto, no puede basarse sólo en el calendario. Desde el punto de vista cualitativo, las sociedades modernas cada vez están más rejuvenecidas y no envejecidas, de modo que el límite actualmente utilizado para cuantificar el fenómeno del envejecimiento, los 60 años, debería ser revisado.

Envejecer no es un proceso ni singular ni simple; es parte integral del desarrollo biológico y de la secuencia de desarrollo del ciclo de vida que comienza desde la concepción y finaliza con la muerte; es una parte normal de

todo este proceso. Resulta extremadamente difícil señalar, cuándo comienza la vejez. Esto se debe, principalmente, a las numerosas diferencias individuales que existen en el proceso de envejecer. El proceso de envejecimiento no es simétrico en la especie ni en el individuo (Sánchez Hidalgo, 1989).

Cuando se intenta ofrecer una definición de la vejez, ha de tomarse en consideración el contexto cultural y situacional en donde se da el proceso.

El estudio de la vejez consta de cuatro aspectos relacionados entre sí pero separados:

Aspecto biológico: Tiene que ver con cambios en la apariencia física, la declinación gradual del vigor y la pérdida de la habilidad física para resistir enfermedades.⁸

Aspecto psicológico: Trata de los procesos sensoriales, destrezas motoras, percepciones, inteligencia, habilidad de resolver problemas, entendimiento, procesos de aprendizaje, impulsos y emociones.⁹

Comportamiento: Relacionado con las actitudes, expectativas, motivación, autoimagen, roles sociales, personalidad y ajustes psicológicos a la vejez.

Aspecto sociológico: Vinculado con la sociedad en que ocurre este proceso; la influencia que la sociedad tiene en los individuos según estos envejecen y la influencia que los individuos tienen a su vez en la sociedad.

⁸ Strejilevich Leonardo. la vejez. Aspectos biopsicosociales y técnico políticos. Editorial. Víctor Hanne. Año 1998.

⁹ CEPAL. Curso de responsables y equipos técnicos de residencias y centros de día para adultos mayores. Año 2008. Población, envejecimiento y desarrollo. Año 2004.

Cada uno de estos factores está interrelacionados entre sí, en las vidas de las personas de edad avanzada. El producto final, del envejecimiento, es el resultado de la interacción entre el componente genético, el organismo y el ambiente en que se desenvuelve cada individuo. Todos estos factores hacen que este proceso sea de naturaleza individual y heterogénea, resultando así una vivencia personal y única.

El estado de salud es uno de los aspectos que más importancia tiene en la vida de las personas. La salud influye en todos los aspectos de nuestra vida, determinando muchas veces nuestras actividades diarias. Un estado de salud pobre va a convertirnos en individuos dependientes y, las personas de edad avanzada padecen una mayor cantidad de condiciones o enfermedades crónicas que la población joven.

Una de las capacidades mentales que resulta ser funcionalmente vital para los seres humanos, es la habilidad para recordar personas, eventos y experiencias del pasado. Sin esta capacidad, los humanos no tienen forma de interpretar o darle sentido al presente. Se ha encontrado, que las personas de edad avanzada tienden a tener mejor memoria remota que cercana. Algunos creen que esto se debe, simplemente, a que estas personas están más orientadas al pasado que al presente o al futuro y que la memoria pasada posee eventos con más significado emotivo.

Si se asume, como muchas investigaciones han encontrado, que envejecer inevitablemente provoca la pérdida de capacidad para funcionar física y mentalmente, entonces la vejez es una época de dependencia social (Robert Kohn, 1978). Estas pérdidas a su vez, llevan a una pérdida o cambio en status social que afecta la autoestima y valía personal. Aunque ésta

generalización no es adecuada si se considera lo individual y heterogéneo del proceso de envejecimiento.

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA VEJEZ

La vejez no tiende a ser vista como una continuación del crecimiento físico y madurez del individuo. Para poder comprender los aspectos del desarrollo de los ancianos, se necesitaba una definición de la vejez. Biólogos, psicólogos, sociólogos, clérigos y otros han tratado de definirla. Finley y Delgado (1981) señalaron que la vejez, al igual que la niñez, es una realidad de la vida que siempre ha existido. Sin embargo, a diferencia de la niñez, la vejez ha sido virtualmente ignorada por los psicólogos hasta hace poco. La psicología trata de saber qué es diferente en la gente vieja. Se ha logrado saber cómo se perciben, cómo se sienten. Pero esto no conduce a consejos prácticos, porque no aclara el por qué los viejos hacen lo que hacen y cómo se les puede inducir a hacer otras cosas. No se sabe por qué, quienes disfrutaron la vida de jóvenes, no lo hacen de viejos, si depende del desarrollo, del tiempo que han vivido, del estado de vida que han alcanzado.¹⁰

Lo único que se sabe, es que los viejos no resuelven sus problemas desarrollándose más allá. Dentro de los límites de la psicología de la tercera edad, el anciano actúa y se siente joven o viejo dependiendo de qué le pasa y qué hace. El viejo actúa diferente porque tiene que enfrentar situaciones diferentes a las de los jóvenes.

De acuerdo con Birren y Renner, 1977 (Busse y Blazer, 1980) no hay ninguna presión en el campo de la psicología para producir una sola teoría o

¹⁰ Strejilevich Leonardo. La Vejez. Aspectos Biopsicosociales y Técnico Políticos. Editorial. Víctor Hanne 1998.

definición que explique cómo se organiza el comportamiento a través del tiempo.

Se considera, que las teorías que en la actualidad tratan de definir lo que es el envejecimiento son incompletas y limitadas. Más aún en América Latina, en que, probablemente, se necesiten teorías con variantes, ya que en una significativa proporción el anciano norteamericano goza de seguros y prestaciones que le permiten seguir recibiendo su mismo sueldo o un buen porcentaje del mismo, lo cual no es usual en los países latinoamericanos.

En una revisión literaria, Girón Mena (1982), describió en forma extensa las características de la personalidad del anciano, o sean las deformaciones que sufre la personalidad con la vejez, como el desasimiento frente al desarraigo de sus actividades, falta de curiosidad o indiferencia, ambición senil, aburrimiento, tristeza, dependencia, hábitos rutinarios como defensa ante los problemas que se han mencionado, aislamiento, hostilidad, hipersensibilidad y desprecio. Estas actitudes, se deben a sentimientos de incapacidad para hacer las cosas que se consideran impropias de la edad.

Una sólo teoría o definición no puede explicar el envejecimiento, por lo complejo de la naturaleza de los individuos y del proceso.

TIPOS DE ENVEJECIMIENTO.

Birren en 1974 dijo que la vejez "efecto del proceso involutivo del envejecimiento" comparte tres aspectos: biológico, psicológico y sociológico, que actúan en ella en forma interdependiente, opinión que fue compartida por Mikusinskiy Urteaga (1982). Otros investigadores y teóricos como Buss y

Blazer (1980), Gress y Bahr (1984) estuvieron de acuerdo con la anterior observación.

ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO. El envejecimiento biológico, se refiere a cambios en estructura y funciones del cuerpo que ocurren durante la vida. Algunos de los cambios en los órganos y sistemas no se pueden ver y ocurren gradualmente. Otros cambios son más aparentes. De acuerdo con Girón Mena (1982), en 1975 Bohlen indicó varias causas para el envejecimiento y mencionó en primer término, el proceso de entropía, que establece que, en todo sistema, el grado de desorden tiende a aumentar con el transcurso del tiempo. En este caso se trata del sistema celular. Las células con la vejez se vuelven desiguales y disarmónicas. El desorden, comienza cuando el crecimiento termina, o sea a los 20 años, afectando parcialmente a todos los tejidos. Para propósitos operacionales, la declinación en el funcionamiento puede separarse en: envejecimiento primario o senescencia y envejecimiento secundario o senilidad (Busse y Blazer, 1980; Gálvez Duque, 1984).

El envejecimiento primario es un proceso biológico cuya causa principal está enraizada en la herencia. Los procesos de envejecimiento no son iguales ni reconocibles en todas las personas y los que están presentes no progresan a la misma velocidad (Busse y Blazer, 1980). Los factores adversos del ambiente (cigarrillos, polución y ruido) producen trauma físico y enfermedad. Dichos cambios, se traducen en pérdida de eficiencia en el funcionamiento y son conocidas como envejecimiento secundario (Gálvez Duque, 1984).

El punto de vista biológico es insuficiente para explicar el envejecimiento. Es importante, pero es toda la persona quien experimenta los cambios y responde a ellos. Si el individuo es suficientemente fuerte en otras

dimensiones, como en los aspectos psíquicos y las sociales, los cambios pueden no ser tan molestos (Busse y Blazer, 1980; Gress y Bahr, 1984; Finley y Delgado, 1981). La interrelación de las dimensiones y las diferencias en la dirección de los cambios ayuda a aliviar el impacto del envejecimiento biológico.¹¹

ENVEJECIMIENTO SOCIOLÓGICO. El envejecimiento social se refiere a las funciones y hábitos de los individuos en la sociedad. Para los ancianos, esto incluye cambios en normas, expectativas, status social y funciones sociales. La edad social difiere de la edad biológica y psicológica, ya que la primera se refiere a la competencia social, en lugar de ser a la condición física o capacidad adaptativa a que se refieren las otras (Gress y Bahr, 1984).¹²

ENVEJECIMIENTO CULTURAL. Palmore (1980) afirmó, que la cultura y la sociedad también juegan un rol muy importante en determinar las diferencias individuales y grupales en los ancianos. Muchos, creen que los viejos inevitablemente se deterioran en sus habilidades físicas y mentales que, por lo tanto, han de retirarse de la sociedad. Se olvida que, en otras culturas, los viejos son los más poderosos, los más comprometidos y los más respetados miembros de la misma.

ENVEJECIMIENTO FILOSÓFICO. Además de los tipos de envejecimiento mencionados anteriormente, Gress y Bahr (1984) se refieren al envejecimiento filosófico, que incluye los cambios y percepciones de sí mismo, de la relación con los demás, del lugar de sí mismo en el mundo y del punto de vista acerca del mundo. La introspección aumenta en los ancianos, y su

¹¹ Sánchez Carmen Delia. Gerontología Social. Editorial Espacio. Año 2005. Op.cit.pp 157 -160

¹² Strejilevich Leonardo. La Vejez. Aspectos Biopsicosociales y Técnico Políticos. Editorial. Víctor Harne 1998.

sistema de valores cambia. Las relaciones interpersonales tienden a tener prioridad sobre otros aspectos, como el status en el mundo del trabajo o la adquisición de objetos materiales. El desarrollo de una filosofía de vida, de acuerdo con los cambios de edad, es parte del envejecimiento filosófico del individuo.

ENVEJECIMIENTO PSICOLÓGICO. Este se refiere a cambios de conducta, de percepción y reacción a los cambios biológicos. La edad psicológica es influenciada por las condiciones del cuerpo. También hay cambios en el cerebro que afectan la memoria, el aprendizaje, la motivación y las emociones.

ENVEJECIMIENTO CONDUCTUAL. El connotado biólogo y gerontólogo Alex Comfort (Palmore, 1980) afirmó que sólo un 25 % de los cambios relacionados con la edad son debidos a envejecimiento físico. El otro 75 % se debe a envejecimiento psicosocial o sea el rol que nuestro folklore y prejuicios, además de nuestra errónea concepción acerca de la vejez, todavía impone a los ancianos.

Es importante, identificar las condiciones que promueven la declinación conductual entre algunos ancianos, pero no entre otros. Una explicación podría ser, que el deterioro biológico afecta a unas personas más que a otras (por ejemplo la senilidad biológica). Pero no todos los ancianos que demuestran declinación conductual, muestran signos de severo desajuste biológico o neurológico. Otra explicación, podría ser que la persona que no ha desarrollado una amplia variedad de reforzadores, se encuentra sin un significado apropiado para ganarlos, cuando alguna o todas las condiciones ambientales asociadas con el aumento de la edad se desarrollan (Williamson y Ascione, 1983).

Ha resultado necesario mencionar los diferentes tipos de envejecimiento para poder observar lo complejo del proceso de envejecer. Además de este proceso, el anciano tiene que enfrentar los problemas propios de la edad.

EVENTOS QUE AFECTAN LA VIDA EN LA VEJEZ.

Los problemas, de la vejez, se refieren a los retos que los ancianos en general tienen que enfrentar. Sin embargo, se puede observar que son más obvios en los ancianos institucionalizados. Investigaciones realizadas, han revelado que hay algunas condiciones ambientales que se correlacionan altamente con el aumento de edad.

De acuerdo a CHARLES ZASTROW, (1990), los eventos que impactan la vida de las personas de edad avanzada se tornan en fuentes o áreas de ajuste a la vejez. Ellos pueden comenzar en la edad mediana y hacen de la misma, una etapa de vida diferente a otras.¹³

- ✚ Retiro o jubilación: unido a reducción de ingreso.
- ✚ Cambios en la salud.
- ✚ Cambios en el ciclo de vida familiar: muerte de familiares, viudez y rol de abuelo.
- ✚ Cambios en relocalización de tipo territorial o institucional.

Algunas de ellas, incluyen un número creciente de experiencias con pérdidas; esto es, muerte de familiares y amigos, jubilación, inhabilidad para enrolarse en ciertas actividades recreativas, deterioro de la salud, decremento

¹³ Sánchez Carmen Delia. Gerontología Social. Editorial Espacio. Año 2005. Op.cit.pp 191 - 201

en su status cultural, social y disminución en evaluación personal, afirmaron autores como Dupree y Cois. (1982), Gressy Bahr (1984), Williamson y Ascione (1983). Estas pérdidas usualmente son graduales pero, también, van aumentando. Así, la transición de la edad adulta a la vejez puede ser experimentada como un período largo, difícil y de mucha tensión, que requiere de un reajuste y de cambios frecuentes y sustanciales en la vida del individuo y en su conducta.

La incidencia de la pobreza, entre las personas mayores, está fuertemente vinculada a elementos estructurales de los países y al avance registrado en el conjunto de la sociedad en relación a la superación de la pobreza. En el futuro, en la medida en que tienda a reducirse la cobertura de los sistemas de jubilaciones, tenderá a incrementarse el nivel de pobreza en las nuevas cohortes de adultos mayores.

En contextos poco propicios, las personas mayores se toman particularmente vulnerables. El riesgo de caer en la pobreza, puede ser más alto en este grupo etario, ya que su capacidad de generación de ingresos es menor y el retorno de su capital humano es comparativamente bajo. Algunos factores como la informalidad del mercado laboral, la invalidez y la exclusión del mercado laboral, aumentan la vulnerabilidad de las personas mayores y con ello su probabilidad de caer en la situación mencionada.

Desde principios de la década de los ochenta, las condiciones económicas en casi todos países en vías de desarrollo han sido volátiles con tasas de crecimiento bajas o negativas debido a impactos externos e internos.

Los estudios sobre la imagen del envejecimiento indican que, en la actualidad, la visión hegemónica en las sociedades occidentales es negativa y

se expresa en la representación social de la vejez como pasividad, enfermedad, deterioro, carga o ruptura social. Entre las posibles causas del problema, se encuentra la construcción cultural de la vejez como una etapa de pérdidas, de todo tipo. Esta representación como deterioro, se articula con la configuración imaginaria colectiva que cada cultura da al paso del tiempo y a sus efectos, en la corporalidad. Se generan ideas, prejuicios y conocimientos de las personas mayores en que los cambios de orden físico y biológico se construyen como pérdidas en la vida social.¹⁴

Los valores de la sociedad influyen en esta situación, dado que las ideas de la vejez forman parte del imaginario asentado en la productividad, con vertiginosos adelantos tecnológicos, donde el arquetipo hegemónico son los jóvenes y adultos en edad productiva y con poder. Otro factor importante, es la cultura de la apariencia: la belleza, el vigor, la lozanía, como atributos de una juventud inacabable, constituyen rasgos sobreestimados, que desplazan cualquier otro tipo de aspiración y van en detrimento de la comunicación a través de la palabra.

Entre las consecuencias de esta situación, se puede señalar que, la edad de la vejez, es una fuente de vulnerabilidad (social y económica) que puede redundar en la exclusión. Otra consecuencia importante, es la invisibilidad de la vejez a nivel de políticas públicas, investigación y academia.

Una función fundamental en el mantenimiento o cambio de esta situación, les cabe a los medios de comunicación que, en general, presentan una imagen estereotipada de la "tercera edad". En los últimos años, esta

¹⁴ Sánchez Carmen Deña. Gerontología Social. Editorial Espacio. Año 2005. Op.cit. pp 225

imagen ha pasado de una persona dependiente e inactiva hasta el típico hombre mayor, jubilado.¹⁵

Los problemas más comunes en la personalidad del anciano son: la preocupación por el cuerpo; las acusaciones caprichosas y algunas veces ofensivas; el no poder emprender mas de una sola actividad a la vez; confusión respecto al tiempo, lograr identidad; conducta sexual desviada; acusaciones paranoicas de tipo persecutorio; locuacidad y dependencia; negación de la realidad; regresión, egoísmo, repeticiones, fantasías, alucinaciones y proyecciones.

(Bellak, 1975).Finley y Delgado (1981), encontraron que otros problemas de salud mental comunes entre los ancianos incluyen: reacciones paranoicas, hipocondría, alcoholismo, abuso de drogas, problemas de sueño y ansiedad. Esta última, está frecuentemente relacionada con problemas de adaptación e incertidumbre sobre el futuro.

El suicidio, entre los ancianos, está altamente relacionado con la depresión. Se considera importante referirse a la depresión en los ancianos, como el problema más importante de salud mental entre ellos. En general, se considera que los ancianos son deprimidos. Por lo tanto, es importante revisar los diferentes argumentos y hallazgos que se encuentran en la literatura al respecto.

En cuanto a problemas de salud mental, el más importante, en esta población, es la depresión. Esto no es sorprendente si se analizan las pérdidas anteriormente mencionadas, el creciente aislamiento social y la tensión de la vejez. La adaptación a la vejez, requiere el reemplazo de las pérdidas con

¹⁵ Strejilevich Leonardo. La Vejez. Aspectos Biopsicosociales y Técnico Políticos. EDITORIAL. VICTOR Hanne 1998

nuevos roles y nuevas relaciones. Lamentablemente, no todos los individuos pueden adaptarse con igual destreza (Finley y Delgado, 1981). Bellak (1975) observó que la depresión es un problema emocional ampliamente difundido y que no tiene límites de edad; forma parte de la vejez más que de cualquier otra etapa de la vida.

Las razones más comunes para el suicidio entre los ancianos son: baja autoestima, exceso de autocrítica, desamparo, sentimientos de fracaso intelectual, económico, moral; y las pérdidas ya mencionadas que son de distintas clases, incluyendo la propia belleza y fuerza física. Una de las mayores causas de la depresión en los ancianos y, a la vez una de las más difíciles de soportar, es el tiempo libre de ocupación. Esta situación es muy frecuente y fácil de observar en los ancianos que se encuentran institucionalizados, ya que, por lo general, carecen de ocupación y entretenimiento adecuados a su edad. Al decir de Girón Mena (1982), "El viejo desarrolla una personalidad sui generis, deprimida por la desesperanza en un futuro existencial del ser y deformada por la desconfianza y el rechazo frecuente de los adultos"... Sin embargo, estos estudios no demuestran mucha diferencia, al compararlos por edad, con otros grupos. Ninguno de los estudios apoya el estereotipo de que la mayoría de los ancianos son extremadamente deprimidos e infelices. Por lo tanto, la depresión entre los ancianos es anormal y debe ser tratada como tal en lugar de ser considerada como normal.

El principal peligro de los prejuicios contra los ancianos es que refuerzan, o excusan, conductas discriminatorias que son las causas directas o, por lo menos, factores contribuyentes a los problemas de la vejez. Autores como Freedman, Kaplan y Sadok (1982) opinaron que muchas personas, a los

60 años, sufren depresiones importantes cuando enferman y que la depresión precede o anuncia, a menudo, un trastorno somático. Además, pueden exacerbarse enfermedades latentes, tales como glaucoma, la diabetes y la hipertensión. La enfermedad cardiovascular progresiva, con su conocido carácter amenazante para la vida y las limitaciones funcionales que impone, puede provocar temor, ira y reacciones depresivas. Inversamente, las reacciones emocionales excesivas pueden agravar procesos patológicos cardiovasculares, endocrinos o de otro tipo que, previamente, eran de carácter leve. Las personas de edad, usualmente hablan de sus temores de quedar inválidas o incapacitadas, pero rara vez hablan de su temor a la muerte. En algunos casos, sin embargo, una preocupación total por la muerte puede representar, paradójicamente, un tipo de negación. Todas las pérdidas sufridas por los ancianos tienen efectos adversos.

La influencia de la seguridad económica sobre la moral, es importante para contrarrestar las reacciones depresivas, parece que en la vejez es mejor ser rico y estar enfermo que ser pobre y gozar de buena salud (Freedman, Kaplan y Sadok, 1982).

En general, parece que las personas que conservan una visión juvenil de la vida, tienden a adaptarse más en su vejez que las que la aceptan como una época de disminución de los recursos y de la agilidad o de conducta relativamente estereotipada. Podría decirse, que las personas de edad cronológica avanzada, que consideran que los ancianos no necesitan protección sino que suelen ser fuertes desde el punto de vista físico o social, están relativamente bien adaptadas, aunque su propio estado físico o situación socioeconómica desmientan esta convicción.

De acuerdo con los argumentos y hallazgos antes mencionados se podría concluir que, la depresión no es un problema general de los ancianos, pero que sí es bastante común entre los que se encuentran institucionalizados.

PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN Y SOLEDAD.

Otro de los problemas que se considera de importancia entre los ancianos y especialmente entre los que se encuentran en instituciones, es el problema de la falta de comunicación, que finalmente conduce a soledad; por lo que se considera necesario referirse a ello con más detalle.

En la misma forma en que se dice que los ancianos son gente deprimida, usualmente también se les considera solitarios. Por lo tanto, resulta relevante revisar los diferentes argumentos y hallazgos al respecto. La comunicación para los ancianos es extremadamente importante para poder continuar en relación con los demás y ayudarlos a formar un estilo de vida hasta el punto en que él o ella, puedan mantener su individualidad y también compartir con otros.

Por medio de la comunicación, un sentimiento de realidad es percibido y compartido por dos o más personas, opinaron autores como Gressy Bahr (1984). Palmore (1980) observó, que la soledad es el resultado de varias formas de incapacidad física y mental. Los ancianos, por lo general, sufren más de incapacidades físicas y condiciones crónicas. La incapacidad y las condiciones crónicas por enfermedad, obviamente causan tensión y se estima que se asocian en alto grado con la enfermedad mental. Varias clases de tensión social y psíquica pueden también ser causadas por la incapacidad. Una de las más importantes es la soledad, causada por falta de interacción social

normal y apoyo psíquico. El no ver u oír bien, interfiere con la comunicación normal. Hay evidencia de que la pérdida de audición está asociada con el mal funcionamiento cognitivo. Por lo tanto, la soledad causada por incapacidad u otras causas es un estresor frecuente en la ancianidad.

La soledad involuntaria que empieza con la vejez, es la principal causa de tensión en las personas mayores. La soledad generalmente es atribuida a los ancianos. Diversos investigadores como Freedman, Kaplan y Sadok (1982), han encontrado que, contrariamente a las opiniones populares, las personas de edad que viven con miembros de su familia, o los ven a menudo, no son necesariamente más felices o están más a salvo de trastornos psicológicos o se encuentran menos solos, tristes o aburridos que las personas de edad que viven solas y ven rara vez a sus familiares. En realidad, lo contrario es a menudo cierto; el hecho de vivir con los familiares o visitarles a menudo puede ser la manifestación de una necesidad económica, enfermedad o ansiedad de la persona anciana, más que de solidaridad y cohesión familiar.¹⁶

AJUSTE PSICOSOCIAL DE LA VEJEZ

Como se ha señalado anteriormente, la población de edad avanzada no constituye un grupo homogéneo, y el proceso de envejecimiento no ocurre en un vacío, se da dentro de un contexto social.

El interés científico en los aspectos sociales de la vejez, puede considerarse como un fenómeno casi exclusivo del presente siglo y ha tenido poco fundamento teórico. La mayoría de estos trabajos, han sido iniciados por científicos sociales norteamericanos y limitadamente aplicados a otras culturas.

¹⁶ Watzlawich P, Beavinbavelas J y Jackson D. Teoría de la Comunicación Humana. Editorial Herder. Año 1995.

Sin embargo, a pesar de que muchas de estas teorías surgen dentro del contexto de una sociedad altamente desarrollada e industrializada, las mismas han hecho contribuciones importantes al campo de la gerontología.

La gerontología social comienza a desarrollarse como disciplina en la década de los 50, en circunstancias en las que surge una preocupación por el aislamiento social y la baja estima que caracterizaba la vida de muchos ancianos y ancianas norteamericanas. En otras sociedades industrializadas, este tipo de población también se convierte en objeto de estudio, no sólo porque emerge como un grupo numéricamente considerable, sino también porque como grupo sus problemas sociales son lo suficientemente serios como para requerir la atención de la sociedad.

Así, ha surgido un número de teorías diferentes y a veces conflictivas para explicar las pérdidas socio psicológicas que tienden a acompañar a la vejez. La base fundamental para el desarrollo de las principales teorías sociales, es el descubrimiento de que las pérdidas de la vejez no eran resultado único de variables físicas y materiales sino también de variables psicológicas y sociales, tales como status, rol y personalidad.

Existen varias teorías sociológicas que intentan explicar las relaciones sociales entre los ancianos. Estas teorías, pueden ubicarse en dos grandes grupos: aquellas que pretenden explicar la relación entre el sistema social y los ancianos, y las que pretenden explicar cómo se adapta el individuo a su propio proceso de envejecimiento.

Por este motivo se desarrolló la gerontología, ciencia que trata de la vejez y los fenómenos que la caracterizan. Tiene un doble objetivo: desde un

punto de vista cuantitativo, la prolongación de la vida, y desde un punto de vista cualitativo, la mejora de la calidad de vida de las personas mayores.

Según LAFOREST (1991) las tres características principales de la gerontología son: es una reflexión existencial, pertenece a lo humano en cuanto tal; asimismo es una reflexión colectiva. Es esencialmente, multidisciplinar, ya no es sólo el que envejece el individuo, sino también la sociedad.

TEORÍAS QUE EXPLICAN LA RELACIÓN DEL INDIVIDUO Y LA SOCIEDAD

• Teoría de la sub-cultura

Fue desarrollada por Arnol Rose, quien sostenía que se puede generar una subcultura, cuando los miembros de una categoría de edad particular interaccionan más entre sí que con miembros de otra categoría de edad. La subcultura surge como resultado de la afinidad positiva, que se establece entre un alto número de personas mayores de 65 años que aún se mantienen lo suficientemente saludables y activas como para interactuar entre sí. Esta interacción también está motivada por la discriminación que excluye a este mismo grupo de edad, de relacionarse más con otras generaciones. Los problemas comunes, usualmente de salud, o patrones de actividades y la movilidad de los grupos de edades jóvenes, han motivado a muchas personas de edad avanzada a vivir en comunidades, vecindarios, donde desarrollan estilos de vida y normas de comportamiento particulares a ellos. Enfatizaba Rose, que mientras más se excluyese a las personas de edad avanzada de la participación social, más se desarrollaría una

conciencia de grupo que propiciaría la sub-cultura. Se ha encontrado que el nivel de participación en grupos de pares está relacionado con el ajuste al proceso de envejecimiento (Salomón, 1986).

- **Teoría del medio social**

Esta teoría, elaborada por Gubrium, (1972, 1973) plantea que el comportamiento social del individuo en la etapa de la vejez, está condicionada por factores biológicos y sociales imperantes en su medio ambiente. En otras palabras, el comportamiento de la persona va a depender de la sociedad donde viva, de su condición física y de los recursos con que cuente para satisfacer sus necesidades. El medio ambiente en que se encuentra la persona de edad avanzada incluye, no sólo el contexto social con sus normas, sino también los bienes de orden material y las posibilidades que se le ofrecen. Sobre el nivel de actividad de una persona de edad avanzada, influyen tres factores importantes: salud, dinero y apoyos sociales.

- **Teoría de la estratificación social**

Esta teoría, elaborada por Matilda Riley, provee una base para explicar las formas y niveles de desigualdad que existen entre ancianos y jóvenes en cualquier sociedad dada. Explica la vejez desde la perspectiva social como resultado de la combinación del proceso de estratificación y el curso del ciclo de vida del anciano, trayendo como resultado diferentes generaciones. Establece que la gradación de edad y el curso de vida se combinan para producir ciertos estratos por edad o generaciones reconocidas, y que, la interacción de las personas dentro de las mismas estará determinada por lo que se consideren propio de sus generaciones.

Las personas interactúan entre sí como miembros de una cohorte, miembros de una generación y no como individuos.

La teoría no asumía que las condiciones de la vejez eran necesariamente siempre las mismas. Podrían diferir de una sociedad a otra y cambiar de tiempo en tiempo en una sociedad particular. De acuerdo a esta teoría, la desigualdad relativa del anciano en cualquier tiempo y contexto cultural dependía de dos tipos de experiencia:

1. Las experiencias típicas de su curso de vida debido, principalmente, a cambios físicos y mentales.

2. Las experiencias del momento histórico integrante del grupo de edad particular a que pertenecen.

TEORÍAS QUE EXPLICAN LA ADAPTACIÓN DEL INDIVIDUO A SU VEJEZ

- **Teorías de separación, retraimiento o desarraigo.**

La teoría de separación que está fundamentada en la perspectiva funcionalista de la sociología, sugiere que es imperativo que las personas de edad avanzada se separen de la sociedad porque eventualmente morirán. Esta separación es funcionalmente necesaria para que las instituciones sociales sobrevivan, y se mantenga una estabilidad y un funcionamiento social cohesivo. Para el anciano esta separación también es social y psicológicamente funcional y, se considera, parte del envejecimiento normal. Los máximos exponentes de esta teoría fueron E. Cummings y W. Henry. Los autores aplicaron el término separación o retraimiento al proceso por el cual el individuo va separándose o retirándose gradualmente de los roles y actividades que ha ocupado en la sociedad. Según la persona envejece, sus necesidades

psicosociales básicas cambian, desde una participación activa a una contemplación inactiva acerca del significado de la vida ante la muerte inminente. La teoría, sugiere, que las personas están listas para la separación cuando se dan cuenta del corto periodo de tiempo que les resta por vivir y cuando perciben que van perdiendo energía y vitalidad. Para mantener los roles y relaciones sociales de edades previas. La función primaria del proceso de separación, es preparar, tanto al individuo como a la sociedad, para la separación final que es la muerte. La sociedad, por lo tanto, debe buscar una forma ordenada de transferir roles y aislar a los ancianos de la participación social. El aislamiento se convierte en algo aceptable. Tanto la sociedad como el individuo son responsables de este proceso y como consecuencia debe ser algo deseable para ambos. Esta posición teórica ha sido objeto de muchas críticas. Se argumenta, que la separación no ocurre en todos los individuos; no siempre existe acuerdo sobre si el retraimiento es frecuente o si es beneficioso tanto para la sociedad como para el individuo. Algunos creen, que es el individuo quien inicia por sí mismo el proceso de retraimiento y otros sostienen que es la sociedad quien gradualmente obliga a los individuos a retirarse de una vida activa.

• - Teoría de actividad

Esta teoría surge como respuesta a las algunas de la teoría del retraimiento. Fue propuesta originalmente por Havighurst, el alemán Tartler (1961) y elaborada más tarde por Maddox (1963, 1968), contrariamente a la teoría del retraimiento, establece que para que un anciano logre enfrentarse a las pérdidas asociadas a la vejez, preservar la moral y aumentar la autoestima, debe haber una restitución de roles o actividades

perdidas. Asume que los ancianos, al igual que los adultos jóvenes, tienen las mismas necesidades sociales y psicológicas de mantenerse activos. De esta manera, se presume que las personas se mantendrán social y psicológicamente aptas. La tesis central de esta teoría, puede resumirse: cuanto mayor número de roles o actividades opcionales posea la persona según entra en la edad avanzada, mejor resistirá los efectos desmoralizantes de salir de los roles obligatorios a los que ordinariamente se les da prioridad en la vida adulta (Blau, 1973). Para envejecer exitosamente, la persona en la edad avanzada ha de mantener un nivel de actividad parecido al de la edad mediana o sustituir roles o actividades. La inactividad está relacionada con bajos niveles de felicidad, poco sentido de suficiencia y un ajuste inadecuado a la vida anciana. Esta teoría, enfatiza la interacción e integración social para explicar mayores niveles de satisfacción de vida.

• - Teoría de la continuidad

Esta teoría, que se asocia a Bernice Neugarten, se basa en la premisa de que los individuos en las etapas de su vida van desarrollando actitudes, valores, metas hábitos y comportamientos que retienen en cierta manera en la vejez. Sostiene la teoría, que la edad avanzada no implica un cambio drástico en la vida de las personas. Según se entra en años existe una tendencia a mantener una continuidad. Los hábitos, gustos y estilos personales adquiridos y elaborados durante la vida, persisten y se mantienen en la vejez. El mejor índice de predicción, del comportamiento de una persona en una determinada situación, sigue siendo su conducta anterior. La pérdida de roles o actividades, se maneja mediante la consolidación y redistribución de actividades y roles. Este acercamiento no

asume que los roles perdidos deben ser reemplazados. En este contexto, la continuidad, significa que la reacción del individuo a su vejez puede explicarse si se examinan las interrelaciones complejas entre los cambios biológicos y psicológicos, los hábitos de las personas, preferencias y asociaciones, las oportunidades situacionales y la experiencia actual. La experiencia de vida, creará ciertas predisposiciones que el individuo mantendrá si le es posible; esto incluye estilos de vida y preferencias personales.

CAPITULO II

LAS INSTITUCIONES

NOCIONES GENERALES SOBRE LAS INSTITUCIONES

La pobreza, la soledad y el aislamiento que afecta a muchos ancianos, han dado lugar, en la sociedad, a la creación de diversas instituciones dedicadas a su asistencia. Los hospitales geriátricos, las unidades de internación, los hogares para ancianos, son algunos de los lugares donde pueden recurrir personas de edad, enfermas o no, que no tiene vivienda, recursos, o una familia dispuesta a atenderlas.

Vale destacar que, esta internación, puede precipitar la decadencia física y mental del anciano, especialmente si es motivada por problemas familiares. Inclusive puede llegar a ser mortal. El hecho de sentirse rechazado por seres queridos puede sumergirlos en una honda depresión. En función de prevenir esta situación, es que muchos médicos aconsejan no internar a las personas mayores que aún gozan de cierto grado de salud. Lo ideal para ellos es vivir en su medio familiar, por lo menos, en el lugar habitual de su existencia.”¹⁷

En acuerdo con la definición genérica sobre las instituciones, que escribe Irving Goffman, “se llaman establecimientos sociales – o instituciones en el uso corriente de la palabra – a sitios tales como habitaciones, conjuntos de habitaciones, edificios o plantas industriales donde se desarrolla regularmente determinada actividad. Toda institución absorbe parte del tiempo

¹⁷Strejjilevich Leonardo. La Vejez. Aspectos Biopsicosociales y Técnico Políticos. EDITORIAL VICTOR HANNE 1998.

y del interés de sus miembros y les proporciona, en cierto modo, un mundo propio; tiene en síntesis, tendencias absorbentes. Esta tendencia totalizadora, está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior. A estos establecimientos los llamaré instituciones totales”¹⁸

Goffman ubica a las instituciones geriátricas dentro del primer grupo de la clasificación: (SEC) “instituciones erigidas para cuidar de las personas que parecen ser a la vez incapaces e inofensivas, son los hogares para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes. Una institución total puede definirse como un lugar de residencia de un número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable y tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente”¹⁹

Si una de las características de la sociedad moderna, es que el individuo tiende a dormir, jugar y trabajar en distintos lugares, con diferentes participantes, bajo autoridades diferentes, se afirma – siguiendo a Goffman – que la característica central de los establecimientos geriátricos, tal como institución total, puede describirse como una ruptura de las barreras que separan estos tres ámbitos de la vida, ya que se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad.

Todas las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad tiene un momento prefijado y toda la secuencia de actividades se imponen mediante un sistema de normas formales, explícitas y un cuerpo de conducción.

¹⁸ Goffman Erving. – Internados – Ensayos sobre la situación social de los Enfermos Mentales. Editores Amorrortu. Buenos Aires. Madrid. año 2004.

¹⁹ Strejilevich Leonardo. La vejez. Aspectos biopsicosociales y técnico políticos. Editorial. Víctor Hanne 1998.

En estos establecimientos hay una separación entre el grupo manejado y el grupo personal supervisor. Los internos tienen limitados contactos con el mundo, mientras que el personal cumple su jornada laboral y está socialmente integrado al mundo exterior.

Finalmente, las instituciones geriátricas constituyen el vehículo mas idóneo para posibilitarle a nuestra sociedad el desprendimiento del anciano y someterlo a un estado de aislamiento y marginalidad como una manera absolutamente iatrogénica; en lugar de considerar la idea de envejecimiento como un transitar o un devenir de los años.

Es decir , la longevidad como una resignificación de la historia de vida de la persona mayor conteniéndola dentro del seno de la sociedad, reinsertándola dentro de la familia y redescubriendo las capacidades y funciones potenciales que, estimuladas, pueden servir de fuentes para desarrollar la capacidad creativa.

LA INSTITUCIONALIZACIÓN

La institucionalización representa un cambio esencial en la vida de las personas mayores, tanto en su desarrollo social como psíquico. Significa adaptación y ajuste a nuevas reglas y patrones de conducta. Como acertadamente dice Goffman: "los internos llegan al establecimiento con una cultura de presentación derivada de un mundo habitual, un estilo de vida y una rutina de actividades. Si algún cambio cultural ocurre, derivará de la eliminación de ciertas oportunidades de comportamiento y la impotencia de mantenerse al día con los cambios recientes del exterior."

En este sentido, es que nos preguntamos cómo generar, en conjunto, procesos que conduzcan a pautas de organización de la tarea que provoquen rupturas con estas prácticas históricas, recuperando al sujeto como protagonista.²⁰

Se constituye como un espacio para capitalizar el tiempo y recuperar los saberes, adaptándolos a las nuevas capacidades, donde se busca recrear en el grupo la necesidad de poder contar con el otro a través de una actividad productiva, que los gratifique e identifique.

"La institucionalización es un término muy usado por diferentes profesionales en el área de salud, muchas veces, apuntando a aspectos instituyentes, o por internación médica, psicológica, social, etc."

²⁰ Chirre Adrián. Apunte de Curso de Responsables y Equipos Técnicos de Residencias y Centros de Día para Adultos Mayores. Año 2008. Institucionalización en la Tercera Edad, decisión, actitudes, significación y culpa.

"La institucionalización en la tercera edad, se refiere al ingreso voluntario o no de un anciano/a en una institución/ hogar/ geriátrico de atención específica, permanente o temporaria."²¹

El mundo del anciano está muy relacionado al proceso de pérdidas, las cuales impactan y ocasionan al anciano un estado de crisis.

En la etapa adulta las pérdidas se compensan a través de nuevas adquisiciones, ya sean materiales o sociales, las que en la vejez no es posible compensar.

CAUSAS DE INSTITUCIONALIZACION

El anciano, con la institucionalización, cesa de tener un estilo de vida independiente y, en muchas ocasiones, esta decisión es involuntaria. Corrientemente se vincula a la vejez frágil con la internación geriátrica. La condición de dependencia psicofísica no es el único motivo.

Los factores, que determinan la decisión o la necesidad de internación, se asocian con acontecimientos de la vida del anciano.

La carencia de vínculos o las situaciones familiares conflictivas, el nivel de ingresos disminuidos o inexistentes, la falta o pérdida de la vivienda, la dependencia físico-relacional, la disminución de la autonomía intelectual y psíquica, la soledad, la marginación, la incomunicación familiar, los problemas del comportamiento, los cuadros psiquiátricos graves, etcétera; son motivos

²¹ Piña Moran Marcelo. Gerontología Social Aplicada. Visiones Estratégicas para el Trabajo Social. Editorial Espacio. Año 2004. Op.cit.pp 73 -87

recurrentes de internación. "La presencia u ausencia de seres significantes, como sistema de apoyo, determina el ingreso a instituciones."²²

Si bien, aún existen en el mundo, instituciones que favorecen el empobrecimiento yico del sujeto y la reducción de su mundo externo; no son mayoría, ya que la generalidad apunta a la recuperación e integración del individuo, por lo menos a nivel ideal.

Las causas que motivan la internación a estos establecimientos se pueden agrupar en tres categorías, medicas, sociales y económicas.

Las médicas, tienen que ver, básicamente, con deterioros físicos o cognitivos que aumentan el estado de dependencia de los mayores, y dificultan la realización en forma autónoma de las actividades del diario vivir o disminuyen su capacidad funcional. El anciano es alojado en una institución por razones que puedan poner en riesgo a los familiares o a ellos mismos; ejemplos son, los episodios psicóticos y las últimas fases del Mal de Alzheimer. Se incluyen también aquí el pos operatorio prolongado y las actividades de rehabilitación.

Las causas sociales, devienen por estados de soledad, carencia de familia o redes sociales, desintegración familiar y agotamiento familiar para hacerse cargo de la atención de los mayores, sobre todo cuando las patologías pasan a ser de larga data. En general, la familia responde mejor a situaciones de urgencia que a la cronificación de los estados de deterioro. Otros aspectos

²² Chirre Adrián. Apunte de Curso de Responsables y Equipos Técnicos de Residencias y Centros de Día para Adultos Mayores. Año 2008. Institucionalización en la Tercera Edad, decisión, actitudes, significación y culpa.

que tienen que ver con modificaciones en la modalidad familiar de atender a los mayores, son los problemas de los hijos únicos, las separaciones, las demandas de hijos y padres sobre la generación intermedia y la inserción laboral de la mujer. La elección individual se refiere a aquella en la que el anciano, en pleno ejercicio de su autonomía, opta por vivir en la institución, por razones de diversa índole, básicamente referidas a la búsqueda de bienestar físico, psíquico, relacional y emocional. Las **problemáticas económicas**, que inciden en el deterioro del nivel de vida puede considerarse la pérdida de su poder adquisitivo, la imposibilidad de alimentarse adecuadamente, pagar servicios, atender deterioros de la vivienda, etcétera.

En general hay una concurrencia de causas, con predominio de una de ellas: la que conduce a la decisión de internarse como salida a una situación. La internación suele ser solicitada por hijos, familiares o vecinos. Muy pocas veces son, los mayores, quienes deciden su institucionalización para encontrar seguridad y continuar con su independencia y autonomía.

CALIDAD DE VIDA EN LA INSTITUCION

Capacidad funcional.

La capacidad funcional, refleja la habilidad de los individuos para desarrollar actividades y papeles que son parte de la vida independiente y productiva. Estas habilidades, influyen notablemente en la calidad de vida, tan importante para la salud y bienestar de las personas mayores. La capacidad funcional del anciano, incluye una compleja mezcla de factores psicopatológicos, de comportamiento, cognitivos y sociales.

El estado económico, el bienestar social y la salud mental y física están interconectados, y las relaciones entre ellas son cada vez más estrechas conforme aumenta la edad.

Hay acuerdo en que lo esencial para una valoración global incluye tres áreas: actividades de la vida diaria, salud mental y salud física. Además el soporte social y los recursos económicos, tienen su importancia como parte del ambiente en que la gente vive.

Uno de los principales objetivos es la atención del anciano, tiene que ver con la respuesta del anciano hacia el proceso de enfermedad o invalidez, y el papel de los técnicos está dirigido a la valoración del estado de salud – enfermedad, el diagnóstico y actividades que deben realizar.

COMPRENDIENDO EL ACCIONAR INSTITUCIONAL, PERSPECTIVA PSICOSOCIAL.

En un libro clásico sobre las organizaciones, Goffman caracterizó "a las instituciones totales", como aquellos ámbitos donde los aspectos cotidianos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad"²³.

Entre las características de estas instituciones encontramos:

- 1) la programación de las actividades se realiza de arriba hacia abajo;
- 2) entre personal y residentes la comunicación es pautada y restringida;
- 3) hay escaso intercambio entre el medio externo y la institución;
- 4) cada grupo tiende a representar al otro con rígidos estereotipos hostiles;

²³ GOFFMAN ERVING. – Internados – Ensayos sobre la situación social de los Enfermos Mentales. Editores Amorrortu. BUENOS AIRES. MADRID. Año 2004.

5) las instituciones totales manejan diferentes técnicas de anulación del yo. Se despoja a la persona de su imagen habitual, estilo de vida, identidad y mismidad.

Los hogares, al igual que otras instituciones, son un conjunto de normas, reglas, disposiciones explícitas e implícitas que regulan la vida de los residentes y que obligan, a éstos a adoptar las formas institucionales para ser bien tratados, o, muchas veces, a renuncias de convicciones y creencias, que redundan en una disminución de la autoestima, lo cual genera progresivos deterioros.²⁴

La sociedad en general, tiende a la marginación de los viejos y cuando la cultura de los hogares reproduce dicha situación, se puede considerar que los que allí residen, de alguna manera atraviesan el período que va de la muerte social a la muerte física.

Trabajar en estos lugares y con ancianos que sufren todo tipo de deterioros crea situaciones de tensión y ansiedad, no sólo al personal sino también a los residentes.

Cada sujeto crea o desarrolla sus mecanismos defensivos, para tolerar y superar situaciones de ansiedad y angustia. Así como el "yo" se defiende, cabría la posibilidad de pensar también, defensas sociales, que revelaran la influencia recíproca entre estructura y personal. La estructura de las organizaciones y de la sociedad podrían ser usadas como defensa contra la ansiedad y, a su vez, dichas estructuras formarse y modificarse a partir de los mecanismos de defensa individuales.

²⁴Strejilevich Leonardo. La Vejez. Aspectos Biopsicosociales y Técnico Políticos. Editorial. Víctor Hanne 1998. Op.cit.pp 31 -35

PERCEPCION DE LA INSTITUCIONALIZACION

La institucionalización es percibida como una medida deshumanizante, que conlleva pérdida de control y somete al anciano/a a la autoridad no deseada de algún extraño.

En la vida institucional, se limita la privacidad, la independencia y el contacto con el mundo exterior, provocando pérdida de orientación temporal o espacial.

La adaptación a la vida en una institución, depende de una conjunción de múltiples factores, entre los cuales se pueden mencionar:

- ✦ Actitud hacia la vida en una institución;
- ✦ Experiencias de vidas previa;
- ✦ Satisfacción con la vida;
- ✦ Personalidad;
- ✦ Relaciones familiares;
- ✦ Buen estado de salud.

Todo proceso de institucionalización genera, en quien lo vive, una serie de carencias y pautas de comportamiento, que dificultan su posterior desarrollo en la comunidad.

Es un hecho, que cualquier institución, regula su funcionamiento con un sistema de normas. El funcionamiento implica, no sólo lo relativo al objetivo de la Institución, sino también al sistema de relaciones que se establecen entre los miembros de la misma, la distribución de los tiempos, del espacio geográfico, y

en general, todo aquello que afecta a la vida de las personas, reduciendo así, cada vez más el espacio de autonomía que un individuo necesita para desarrollarse y crecer.

La institucionalización es un término muy usado por diferentes profesionales del área de la salud, muchas veces apuntando a aspectos instituyentes e instituidos, otras a aspectos edilicios, muchas más a "apropiaciones subjetivas" de códigos y reglas institucionales y, no en menor cantidad, se lo ha utilizado para describir la internación médica y/o psicológica.

En este marco, se hará referencia a la institucionalización en tercera edad como "el ingreso voluntario o no de un anciano en una institución de atención específico y permanente, suponiendo el alejamiento del entorno familiar y la permanencia en el nuevo hábitat institucional".²⁵

Mucho se ha discutido acerca de esta temática, centrándola en la dicotomía: permanecer en el hogar o permanecer en la institución; tal planteo obviamente, se polarizará según el grado de impregnación de juicio moral.

Centrar la discusión en la institucionalización, supone el dejar de lado la posible incidencia del contexto institucional sobre las manifestaciones físico-psíquicas y relacionales del individuo en términos de pérdidas de salud, como así, la repercusión psíquica e individual derivada de los mismos, muchas veces influenciado por el imaginario institucional.

²⁵ Sánchez Carmen Delia. Gerontología Social. Editorial Espacio. Año 2005

El sustento de tal imaginario, reside en las concepciones ligadas a las infecciones físico-psíquicas y/o relacionales, ya que muchas veces se da por supuesto que, por el solo hecho de permanecer en una institución, un individuo adquirirá (a modo de infección psíquica, física y/o relacional) algunas, sino todas, las características de la misma o de sus integrantes.

A esto se agrega "la imagen "asilar" de las instituciones para la tercera edad, concebida como cosificadora y depositaria de ancianos y su homologación con el concepto de "internación".²⁶

El perfil e ideal de una institución, se conformaría con ser centro múltiple de recursos con integración interdisciplinaria que valora y promueve la adaptación de la institución, teniendo como objetivo la integración de sus necesidades.²⁷

El perfil gerontológico de una institución, ha de rescatar la idea de persona, donde se generará una dinámica y una cultura propia, empeñada en honrar su propósito y objetivos. El modelo de atención, se sustentará en los preceptos gerontológico, en los que se considera a las personas mayores en todos sus aspectos: biológico – psicológico – social.

La actuación de los profesionales, ha de proveer sustento y atención al residente garantizando su libertad y procurando la independencia y autonomía personal. Las situaciones conflictivas no han de considerarse un problema

²⁶ Strejilevich Leonardo. La Vejez. Aspectos Biopsicosociales y Técnico Políticos. Editorial. Víctor Hanne 1998.

²⁷ Golpe Laura Irene, Arias Claudia Josefina (editoras). CULTURA Institucional y Estrategias Gerontológicas (Primer Anuario del Simposium Argentina. De Gerontología Institucional). Ediciones Suárez. Año 2005.

externo introducido en la institución sino, una problemática propia de ésta que se conviene abordar.

SINDROME DE INSTITUCIONALIZACIÓN

RELACIÓN CON LOS PROCESOS DE AUTONOMIA

El anciano crónicamente institucionalizado en un ambiente no adecuado, se encuentra impedido para programar sus acciones, pierde la posibilidad de autodeterminación; se siente sometido a una rutina de actividades en las que no ha participado, ni ha sido consultado. De este modo, siente que es despojado de sus roles personales deteriorando su auto imagen.

Cuando un individuo se ve sometido durante un espacio prolongado de tiempo a esta circunstancia, se produce en él lo que se ha denominado con el nombre de "Síndrome de institucionalización", que conlleva una serie de síntomas característicos como son: la baja capacidad para tomar decisiones, la falta de iniciativa, dificultades para planificar el tiempo, escasez de creatividad, incapacidad para enfrentarse a situaciones nuevas, dificultades de relación, etcétera.²⁸

Estas dificultades o carencias se agravan, a medida que aumenta el tiempo de institucionalización, y que la institución se hace más restrictiva; un claro ejemplo de esto, es la cárcel, se suele encontrar, en algunas ocasiones, que personas que han sufrido una prolongada estancia en prisión son incapaces de adaptarse a un medio no cerrado.

Esto, aunque en menor proporción ocurre, incluso, en estancias no tan prolongadas, ya que, la cárcel al ser uno de los medios más restrictivos que

²⁸ Sánchez Carmen Delia. Gerontología Social. Editorial Espacio. Año 2005. Op.cit.pp 157 - 160

existen, generan graves secuelas para la persona que la padece. Ha sido en la prisión donde se ha estudiado el "Síndrome de institucionalización".²⁹

El síndrome de institucionalización genera en los procesos de autonomía:

- ✚ Apatía, indiferencia y falta de interés en acontecimientos que no estén relacionados con el aquí y ahora.
- ✚ Debilitamiento de los procesos cognitivos.
- ✚ Pérdida progresiva de autonomía con el consiguiente aumento de dependencia, siendo cada vez más imposible abandonar el centro asistencial.
- ✚ Actitud de sumisión.
- ✚ Supresión del papel social por degradación.
- ✚ Dificultad para expresar sus sentimientos y de relación con sus pares.
- ✚ Baja capacidad para tomar decisiones.
- ✚ Falta de iniciativa, escasez de creatividad.

La larga permanencia de los adultos mayores dentro de la institución, produce, con el paso del tiempo, que el proceso de envejecimiento se acelere inexorablemente, lo que trae aparejado una cascada de polipatologías asociadas a un gran deterioro de su aparato cognitivo.³⁰

²⁹ Goffman Erving. – Internados – Ensayos sobre la situación social de los Enfermos Mentales. Editores Amorrortu. Buenos Aires. Madrid. Año 2004. Op.cit.pp 19 -36

³⁰ Strejilevich Leonardo. La Vejez. Aspectos Biopsicosociales y Técnico Políticos. Editorial. Víctor Hanne 1998.

Cuando el anciano tiene que enfrentarse a su salida, se encuentra en una situación de grave desventaja social con respecto a los demás.

Aquí comienza a hacer su trabajo lento, pero continuo, los cuatro gigantes de la gerontología:

- 🚧 Inmovilidad
- 🚧 Inestabilidad
- 🚧 Incontinencia
- 🚧 Demencia

Al ingresar el adulto mayor en una institución cerrada o abierta, el anciano tiene una concepción de si mismo, es decir, una autoimagen. Esta, constituye el modo como un individuo se percibe así mismo dentro de un sistema de referencias fijado socialmente, y lo construye a través de su interacción con los demás.³¹ Por este motivo, es que se ha de ayudar al adulto a potenciar esta interacción y comunicación con el otro.

³¹ Sánchez Carmen Delia. Gerontología Social. Editorial Espacio. Año 2005

CAPITULO III

EL SERVICIO SOCIAL Y EL ADULTO MAYOR

Desde la perspectiva del Área de Trabajo Social, el Principio que orienta la intervención profesional es "el Adulto Mayor como Sujeto Responsable de Derecho, promoviendo en todas las acciones el abordaje conjunto"³².

Los Ejes Transversales de nuestra práctica son: el Fortalecimiento de la Identidad, la Promoción de la Autonomía e Independencia, y la Reivindicación de los Derechos Sociales de las personas mayores y su responsabilidad en la efectivización de los mismos.

Desde estos principios, se instrumentan las distintas modalidades de intervención. A partir del el Abordaje Personalizado se considera fundamental destacar la importancia de los gestos, actitudes corporales, humor, miradas, etcétera., herramientas que sostienen al "otro". Entendemos éstas como necesarias para una intervención más profunda, orientada a la autonomía y a la posibilidad de conformación de un proyecto personal. Por eso, es de importancia buscar, dentro de las historias sociales de los residentes, los elementos que nos señalen cuáles son aquellas situaciones de sus vidas que han despertado en ellos pasión o adhesión, interés o amor; pues serán fundamentales esas cosas, que quizás las circunstancias negativas de sus vidas los ha privado, las que reflotarán sus anhelos de vivir y continuar en sus vidas con la pasión que quizás sintieron perdida para siempre.

³² Di Carlo, Enrique y Equipo. La Comprensión Como Fundamento de la Investigación Profesional. Año 2006

A veces, se esconden detrás de las actividades que ejercieron durante sus años jóvenes, algunas asignaturas que dejaron pendientes y que luego olvidaron que habían anidado en sus corazones.³³

Se hace referencia al "abordaje conjunto" en tanto, se incluyen, en las intervenciones, a todo el personal de la institución, sea profesional o de asistencia directa.

En este contexto de transición hacia el Paradigma basado en los Derechos de las Personas Mayores, la inserción del Trabajo Social en el funcionamiento institucional general es necesaria, para el logro de los objetivos que en la actualidad se plantean. En este sentido el Trabajo Social, como disciplina es imposible de ser pensada al margen de una relación de complementariedad y articulación permanente con los demás actores y protagonistas en pos de la construcción de líneas de acción alternativas.

Existe actualmente una transición desde el Paradigma Asilar hacia el Paradigma de los Derechos de las Personas Mayores. Esto implica, encontrarse en medio de un proceso de rupturas y afianzamientos, avances y retrocesos, convicciones y dudas que descentran, en ocasiones y, en otras fortalecen la identidad profesional y dan esperanzas. Son reconocidas ampliamente las consecuencias de la institucionalización prolongada: hospitalismo, dependencia institucional, despersonalización, etiquetamiento.

Cuando se habla de hogares de ancianos o residencias geriátricas se hace referencia a un modelo institucional que aparece en Europa en el Siglo XVI destinado a albergar locos, vagabundos, desviados de la ley y viejos.

³³ Chirre Adrián. Apunte de Curso de Responsables y Equipos Técnicos de Residencias y Centros de Día para Adultos Mayores. Año 2008. Institucionalización en la Tercera Edad, decisión, actitudes, significación y culpa.

A través del tiempo, ha sido un recurso que la sociedad instrumentó para dar respuesta a diversos problemas planteados por la población. Actualmente, si bien los hogares continúan formando parte del imaginario popular como uno de los destinos inexorables de los viejos, existen propuestas alternativas a la institucionalización que dan soluciones más adecuadas a las necesidades de éstos. Estas instituciones están teñidas de tradición y de historia, nacen y se desarrollan bajo concepciones asilares. Recién a mediados de este siglo, incorporan el concepto de rehabilitación y, a partir de la década del ochenta, se comienza a pensar en términos de promoción de la salud.

Como toda estructura organizacional, los hogares se sustentan en determinados paradigmas, y estos pueden configurar sistemas donde la pasividad, la despersonalización y el quietismo configuren los rasgos más destacados o sistemas donde la actividad, la participación, el respeto por el individuo se constituya en la base de una tarea de constante cambio y ajuste al medio.

Si proponemos la Externación como Modelo Alternativo a la Institucionalización, nos preguntamos cuáles serían los dispositivos y las acciones necesarias para el logro de este desafío. En este sentido, creemos necesario construir acciones que tiendan a que los adultos mayores puedan reconstruir su poder de decisión en las cuestiones elementales de la vida diaria, en perspectivas de alcanzar el objetivo mayor que es el de la externación. Esto último, sin desconocer los límites y alcances del contexto en el que se desarrolla.³⁴

³⁴ Sánchez Carmen Delia. Gerontología Social. Editorial Espacio. Año 2005

En la intervención del Trabajo Social, no se trata sólo de una aplicación de herramientas que brinden soluciones puntuales y recortadas a los problemas sociales; sino pensarla desde la comprensión de las consecuencias que el modelo ha ocasionado, buscando transformar el modo de relaciones sociales que de él se derivan; poniendo sus saberes instrumentales y su perspectiva teórica al servicio del fortalecimiento de las organizaciones y personas en la conquista de sus derechos sociales y políticos, en la ampliación de su ciudadanía, y de esta manera caminar hacia la democratización de las relaciones que actualmente rigen el escenario social.³⁵

El Servicio Social y la Gerontología

Los trabajadores sociales han de formarse en el área de la gerontología social, ya que la especificidad hace a la profesión.

Para la construcción de la definición del concepto de Gerontología, es conveniente tomar las concepciones de diferentes autores que no sólo estudien la temática sino que tengan en cuenta y sepan transmitir la experiencia que han obtenido a lo largo de su intervención profesional, con la tercera edad.

Por un lado, Ursula Lher destaca que el concepto de Gerontología, fue incorporado por N. A. Rybnkov, en 1929 que describió su objetivo y objeto afirmando:

"La investigación del comportamiento en la edad mayor ha de convertirse en una rama de especialización dentro de las ciencias del comportamiento. La finalidad de esta ciencia es la investigación de las causas y

³⁵ Aída Blanes Villalba, Pilar Fillat Moré, Montse Porta Llardén, María José Sánchez Pérez y Noemí Sotoca Carretero. Año 2008. Apunte de Curso de Responsables y Equipos Técnicos de Residencias y Centros de Día para Adultos Mayores. Institucionalización en la Tercera Edad,

condiciones del envejecimiento, así como el estudio y descripción cuidadosa de los cambios del comportamiento regularmente progresivos que se hayan relacionados con la edad”.

La autora mencionada, define el objeto de la gerontología como: “El objeto de la investigación gerontológica no puede ser tan sólo la edad avanzada, sino también el envejecimiento, el proceso entero de envejecer”, o sea que más allá de estudiar o intervenir en un grupo etéreo (adultos mayores) nos dedicamos a pensar este proceso como parte del desarrollo humano”.

Por otro lado, Carmen Delia Sánchez Salgado sostiene: “El biólogo, Metchnikoff acuñó a la palabra gerontología en 1903 de la palabra griega “geront” que significa viejo y “logos” que significa estudio”. Para la autora la gerontología es: “...la disciplina que estudia sistemáticamente a la vejez, el envejecimiento y las personas viejas desde dos puntos de vista. Primero, cómo la vejez afecta al individuo. Segundo, cómo la población anciana cambia a la sociedad.”

Se concibe a la Gerontología Social como una disciplina que estudia la vejez, desde un marco científico y de manera sistemática, teniendo en cuenta las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. Esta visión permite comprender el proceso de envejecimiento, en su complejidad, incluyendo desde los aspectos concretos como los que estudia la medicina hasta todos los diferentes elementos y maneras posibles que permitan mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

El trabajo social construye este significado porque permite comprender la intencionalidad de la Gerontología social, reconociendo el aporte de otras disciplinas independientes.

Para Carmen Delia Sánchez Salgado, la gerontología se inicia en 1940, pero no es sino hasta 1970 que se reconoce académicamente. En relación a esto, Moragas sostiene que la Asociación Internacional de Gerontología se fundó en 1950 con la intención de que la medicina, la biología y las ciencias sociales se inclinaran a la investigación gerontológica y cooperaran mutuamente.

En Argentina en 1950 se creó la Sociedad Argentina de Geriatria y Gerontología, con un grupo de profesionales que desde hace un tiempo venían observando el trato poco considerado hacia los adultos mayores, que se encontraban en las salas de los hospitales. En resumen, el interés básico que promovió el origen de esta disciplina fue el aislamiento social y la baja autoestima con que vivían muchos adultos mayores.

Según Jorge Paola, la sociedad Argentina de Geriatria y Gerontología reconoce tres grandes períodos en su historia:

I. De 1951 a 1973, crecimiento y desarrollo de la Geriatria y Gerontología.

II. De 1973 a 1980, expansión nacional e internacional.

III. De 1980 en adelante, etapa de consolidación, cuando se le otorga a los aspectos psicosociales la misma importancia que los aspectos biológicos, aunque en algunos espacios se observa que la hegemonía del tema está en manos de la medicina.

Es importante destacar que, algunos autores, opinan que el fundamento del surgimiento de la Geriatria y la Gerontología en nuestro país, está relacionado íntimamente con el aumento de la densidad poblacional de los

adultos mayores y la crisis previsional, que implica el cambio del modelo económico.

Por consiguiente, se piensa al sujeto adulto mayor en sociedad, relacionado con los demás, participando de una cultura y creando la misma, capaz de pensarse a sí mismo, de crear, de prever, planificar su acción, proyectarse a partir de su historia personal y social. Convincente es, que las personas mayores no tienen ningún impedimento para desempeñar todos los roles que definen al ser social. No se piensa al sujeto como a una persona que hay que cuidar y proteger, sino como persona sujeto de derecho, autónomo y útil socialmente.

INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN UNA INSTITUCION PARA ADULTOS MAYORES

"La intervención es la acción de interceder del profesional o practicante con la intención de inducir cambios en alguna parte del sistema humano o del proceso social."³⁶ La intervención profesional ha de estar guiada por una constelación de valores, propósitos y conocimientos basados en instancias legales e institucionales

La intervención del trabajador social es un desafío que compromete al profesional a tomar la realidad, reflexionar sobre ella y, fundamentalmente, transformarla. Comprender la problemática existente a partir de tres aspectos: la protección, la solidaridad social y la lucha por los derechos sociales.³⁷

El trabajador social ha de comenzar por conocer y entender al individuo, su problema, sus limitaciones individuales, las fortalezas que trae a la

³⁶ Sánchez Salgado, c. 2005. Gerontología Social. 1ra. reimpresión. Buenos Aires. Espacio, pp.190

³⁷ Rosas Pagaza. Libro una perspectiva teórica metodológica de la intervención en trabajo social. Editorial Espacio. Año 1998

situación y los recursos disponibles para una solución favorable. Sin embargo, no es su única función solucionar problemas, también se puede prevenir, promover la satisfacción y bienestar personal.

El valor óptimo es la creencia de que cada individuo ha de tener la oportunidad de ejecutar su potencial, de vivir una vida personalmente satisfactoria y socialmente deseable. Mejorar el funcionamiento objetivo y subjetivo entre el adulto mayor y la institucionalización. La parte objetiva se refiere al funcionamiento físico y social más visible, mientras que lo subjetivo corresponde a los sentimientos o estados afectivos, incluyendo la moral.

La estrategia de intervención será integral porque, su utilización aborda la realidad social de la persona mayor y en relación con otros (familia, amigos y vecinos).

El considerable aumento de la población añosa, ha provocado una intervención profesional en donde se aborda a la persona mayor en todos sus aspectos: bio-psico-sociales.

Resulta relevante trabajar con una guía metodológica dentro de los hogares para adultos mayores, a fin de optimizar la labor profesional.

- 1) Planificar y organizar el Trabajo Social mediante una programación de objetivos adecuada y una racionalización del trabajo.
- 2) Colaborar y realizar estudios de investigación de aspectos sociales relativos a los beneficiarios, a fin de efectuar la valoración personal, familiar y social que rodee al residente.
- 3) Realizar los Informes Sociales del residente y actualizarlos cada vez que sea necesario.

4) Controlar que todos los residentes cobren sus haberes previsionales correspondientes. Supervisar la administración de las pensiones de los residentes que así lo requieran, y/o no tengan soporte familiar que se haga cargo.

5) Acompañar, en aquellos casos que resulte necesario, en la gestión de, por ejemplo, renovaciones de DNI, empadronamientos del nuevo domicilio. Asesorar y orientar al residente y a sus familias en lo que soliciten.

6) Coordinación con otras entidades en todo aquello que represente los intereses de los residentes: Bienestar Social, Salud, Centros Socio sanitarios, hospitales, entidades privadas, etcétera.

7) Entrevistar al nuevo residente y a la familia con el fin de acompañar y contener en el ingreso a la residencia y realizar la valoración inicial.

8) Fomentar la integración y participación de los residentes en la vida del Hogar y, a la vez, evitar que se produzca un alejamiento con el entorno y la familia.

9) Incentivar a todos los residentes a que participen de los servicios que se ofrecen: podología, peluquería, y otros.

10) Realizar, conjuntamente con el resto del equipo, el Plan de Atención Personalizada interdisciplinario de los residentes. Hacer el seguimiento mensual del estado del residente, como también realizar el seguimiento anual del Plan.

11) Fomentar el mantenimiento de las funciones del residente. Establecer, conjuntamente con el equipo, el Plan de Actividades

Individuales y/o grupales para el mantenimiento y promoción de las capacidades funcionales.

12) Procurar que exista un nivel de higiene personal adecuado.

13) Realizar el acompañamiento en el proceso de la muerte de los residentes y familiares, dando el soporte adecuado en cada caso.

14) Realizar la acogida al ingreso del nuevo residente, siendo así la persona de referencia para el familiar y residente.

15) Coordinar las actividades de ocio. Realizar, coordinándose con la terapeuta ocupacional, la evaluación trimestral de las actividades y el Programa Anual de Actividades.

16) Promover las relaciones con la familia y con la comunidad. Planificar y organizar conjuntamente con la Dirección, una adecuada distribución de horarios de visitas a los residentes, favoreciendo la promoción de actividades conjuntas de los residentes con las familias tanto individual como colectivamente, y definir un Programa de Voluntariado como función de soporte a los residentes y acción complementaria a la acción familiar.

17) Hacer el seguimiento y, de ser necesario,, realizar las visitas a aquellos residentes ingresados en hospitales o centros de atención médica, dando soporte a la familia.

18) Formar parte del equipo interdisciplinario o multidisciplinar, representando la atención psico-social del residente y la familia en todos sus aspectos.

19) Mantener actualizada la información interdisciplinaria sobre cada uno de los residentes; en función, entre otras, de planificar las diversas actividades y evaluar la atención que se le proporciona.

20) Realización de los protocolos relacionados con sus funciones.

21) Definir, conjuntamente con la Dirección, un sistema de gestión de las sugerencias y de reclamos, y posteriormente realizar las actuaciones necesarias para mejorar la calidad de atención.

22) Para conocer el grado de satisfacción de los residentes y sus familias, realizar y posteriormente evaluar el protocolo de atención.

23) Facilitar la asistencia espiritual a los residentes que así lo requieran.

24) Fomentar la personalización e intimidad del residente.

25) Velar, conjuntamente con el resto del equipo multidisciplinario, por el cumplimiento de los derechos de los residentes.

26) Realizar la historia social y la ficha social del residente.

PARTE II

MARCO EMPIRICO

ASPECTOS METODOLÓGICOS

OBJETIVOS GENERALES

✚ Conocer y analizar el síndrome de institucionalización de los adultos mayores en el Hogar Municipal de Ancianos de la ciudad de Mar del Plata.

✚ Identificar la modalidad de intervención de los trabajadores sociales y los aportes específicos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

✚ Analizar las causas de institucionalización de los ancianos residentes en el Hogar Municipal de Ancianos.

✚ Definir síndrome de institucionalización.

✚ Conocer la percepción de los Adultos Mayores Institucionalizados, en torno al rol a desempeñar en las instituciones que los acogen.

✚ Analizar la modalidad de intervención del Trabajador Social en relación al síndrome de institucionalización.

✚ Elaborar propuestas de intervención profesional en el marco de la institucionalización de los Adultos Mayores.

ASPECTO LÓGICO

Teniendo en cuenta la problemática a investigar y los objetivos planteados, se llevó a cabo una investigación de tipo cualitativo, con un tipo de diseño exploratorio – descriptivo.

El diseño de este trabajo es exploratorio, ya que tiene por objetivo avanzar en el conocimiento de un tema EL SINDROME DE INSTITUCIONALIZACION EN LOS ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS, pero pretendiendo alcanzar nuevos aspectos hasta ahora no considerados en otras investigaciones, como es la intervención del TRABAJADOR SOCIAL específicamente en la institucionalización del adulto mayor.

Es descriptivo, porque sus objetivos tienden a fundamentar y describir el perfil de las unidades de análisis, sus limitaciones, capacidades, potenciales y necesidades, y los objetivos de la intervención.

El investigador observa y registra la ocurrencia del fenómeno, se dirige a indagar sus dimensiones, la manera en que se manifiesta y los factores con los que se relaciona.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Está compuesta por la totalidad de ancianos institucionalizados en el Hogar Municipal de Ancianos, constituyendo una población total de 124 gerontes.

MUESTRA

El criterio que se elige para garantizar la representatividad es el muestreo intencional, la muestra estará compuesta por los casos más significativos:

Se conforma de 65 ancianos lúcidos, 36 masculinos y 29 femeninos, que conservan su capacidad de analizar críticamente la realidad, cuyas edades cronológicas oscilan entre los 55 y 99 años, internados en el Hogar Municipal

de Ancianos de la localidad de Mar del Plata, Partido Gral. Pueyrredón, Provincia de Buenos Aires.

METODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Criterios de inclusión

Se incluyen todos los ancianos:

- ✚ Cuya edad cronológica está comprendida entre 55 y 99 años;
- ✚ Con diagnóstico médico , sin deterioro cognitivo, lúcido, ubicado en tiempo y espacio;
- ✚ Internados en el Hogar de Ancianos con una permanencia de un año y más;
- ✚ De sexo femenino y masculino.

Criterios de exclusión

Quedan excluidos los ancianos:

- ✚ Que presenten alteraciones como: sordera, hemiplejías, paraplejías;
- ✚ Internados con menos de un año en la institución;
- ✚ Con diagnóstico médico de deterioro cognitivo, demencias.

ASPECTOS TÉCNICOS

Se desarrolló la presente investigación durante diez meses, desde el 1º de marzo del 2008 al 1º de diciembre del 2008; contando con los avales directivos-administrativos correspondientes.

Es la única macroinstitución dependiente del municipio que atiende a personas de la tercera edad institucionalizadas en la ciudad de Mar del Plata. Existen, en la localidad, otras instituciones geriátricas privadas de atención de ancianos.

Así mismo, por ser el lugar de trabajo de la tesista, se facilitó la tarea en base a la relación ya establecida con los informantes y la posibilidad de acceder a los datos directamente relacionados con la investigación. Si bien se considera que esta situación podría influir en la objetividad necesaria, se hizo todo lo posible para mantener la perspectiva crítica necesaria para llevar adelante el estudio.

Las técnicas utilizadas: la observación, entrevistas semi estructuradas, análisis de los legajos de los ancianos en la institución.

Los distintos instrumentos de recolección de datos cumplieron la finalidad de permitir la selección de los entrevistados, delimitando el campo de acción, para conformar la muestra.

Durante los dos primeros meses, se realizó una observación limitada a los factores institucionales que se consideraban que formaban parte del síndrome de institucionalización. Se evaluó la dinámica institucional, causas de ingreso, motivaciones, expectativas, cumplimientos de horarios, de normas que rigen la atención a los ancianos (implícitas e explícitas), toma de decisiones en temas de interés, salidas de la institución, posibilidades de mantener las actividades de la vida diaria. etcétera.

Se relevó la infraestructura institucional, las barreras arquitectónicas y sus espacios amplios: éstos últimos carecen de posibilidad de intimidad

Acceso a la documentación (legajos de los ancianos), a los efectos de conocer antecedentes familiares, sociales y de salud. Evidenciándose, en esta instancia, las falencias en el área de servicio social, producidas por la ausencia de profesional en los últimos nueve años en la institución.

Se efectuaron entrevistas semi estructuradas a los 65 ancianos, durante cuatro meses, a fin de relevar los siguientes datos: estado civil, motivos de ingreso, grupo familiar, vínculos, salidas con terapia ocupacional, participación en los talleres de producción de terapia ocupacional, como así también salidas independientes.

Las entrevistas fueron evaluadas no sólo en su contenido sino en el contexto en el que se llevaron a cabo; observando los momentos del desayuno, almuerzo, meriendas y cenas.

Para finalizar la investigación se analizaron todos y cada uno de los datos recogidos para la sistematización y elaboración de la presente tesis. Lo que insumió un tiempo aproximado de cinco meses.

En la investigación cualitativa, la recolección y análisis de datos se hacen en forma paralela. De hecho, a medida que se realizan las observaciones, entrevistas, estudio de documentación, van desarrollándose conceptos que guían los pasos futuros y dan sentido a los datos obtenidos, permitiendo una mejor comprensión de los escenarios y las personas, mediante la descripción y el soporte teórico.

SISTEMATIZACION DEL TRABAJO DE CAMPO

ANÁLISIS MARCO REFENCIAL

HOGARES DE ANCIANOS

Cuando se hace referencia a los Hogares de ancianos o residencias geriátricas, se remite a un modelo institucional que aparece en Europa en el Siglo XVI destinado a albergar locos, vagabundos, desviados de la ley y viejos.

A través del tiempo, ha sido un recurso que la sociedad instrumentó para dar respuesta a diversos problemas planteados por la población. Actualmente, si bien los hogares continúan formando parte del imaginario popular como uno de los destinos inexorables de los viejos, existen propuestas alternativas a la institucionalización que dan soluciones más adecuadas a las necesidades de éstos. Estas instituciones están teñidas de tradición y de historia, nacen y se desarrollan bajo concepciones asilares. Recién a mediados de este siglo, incorporan el concepto de rehabilitación y a partir de la década del ochenta se comienza a pensar en términos de promoción de la salud.

Como toda estructura organizacional, los hogares se sustentan en determinados paradigmas, y éstos pueden configurar sistemas donde la pasividad, la despersonalización y el quietismo configuren los rasgos más destacados o sistemas donde la actividad, la participación, el respeto por el individuo se constituya en la base de una tarea de constante cambio y ajuste al medio.

BREVE RESEÑA HISTÓRICA DEL HOGAR MUNICIPAL DE ANCIANOS

En el puerto de la ciudad de Mar del Plata, sito en la calle 12 de octubre 4648, se halla emplazado el Hogar Municipal de Ancianos.

Las tierras que ocupa forman parte de una donación realizada por el Sr. Jacinto Peralta Ramos, conjuntamente con 50.000 ladrillos destinados a la creación de un "ASILO DE ANCIANOS DESAMPARADOS" y "con cargo", o sea con la condición expresa de no cambiar el destino, en cuyo caso podría ser reclamada por los herederos.

El ASILO es creado por Ordenanza el 21 de Enero de 1924, construido en 1927 y finalmente puesto en funcionamiento el 25 de mayo de 1935. Esto último, luego de transcurridos diez años de la sanción de la ordenanza para formar el fondo necesario para su creación.

En sus inicios, funcionó a puertas cerradas, con su organización en manos de una orden religiosa acompañando en un todo los paradigmas y principios de la época. Fue, a finales de la década del 60, cuando, siguiendo los grandes cambios sociales, el grupo religioso deja el lugar. Momento en el cual, la Municipalidad de General Pueyrredón toma la administración y reorganiza el funcionamiento institucional, transformando paulatinamente el "asilo de puertas cerradas" en un "HOGAR de puertas abiertas".

Ya no se trataba sólo de cubrir las necesidades básicas como techo y comida a los ancianos desamparados; se comienza a plantear una asistencia integral a personas mayores, conjugándose conceptos tales como:

✦ Bienestar psicofísico

- ✿ **Respeto a la dignidad**
- ✿ **Autodeterminación**
- ✿ **Calidad de vida.**

También en este cambio se observa una coincidencia y coherencia, un acompañamiento armónico de lineamientos que se fueron dando en otros lugares del mundo, en el abordaje y resolución de la problemática de la tercera edad institucionalizada.

La gestión municipal encara el proceso de reorganización haciéndose cargo de la Institución, en un primer momento, una enfermera y luego, en lo sucesivo, la responsabilidad recayó sobre distintos médicos que asumen funciones directivas, predominando ésta profesión en el staff de atención.

Esta situación se fue modificando a través del tiempo, ofreciendo variantes dinámicas, al irse incorporando profesionales de las ciencias sociales, que abrieron la posibilidad de ir conformado un equipo multidisciplinario y administrativo a cargo de la institución.

En principio, las características del ingresante privilegiaban a las personas mayores de 65 años, que no poseían familiares obligados legalmente, que no padezcan enfermedades infectocontagiosas o psiquiátricas y fueran autoválidos en el desempeño de las actividades de la vida diaria.

La realidad cotidiana, con los condicionantes de una situación crítica en cuanto a lo económico, social, familiar, laboral y el quiebre de la red sanitaria en la década de los ochenta y noventa, obligó a dar respuesta a diferentes tipos de situaciones individuales.

Características generales de la institución

Conviven en el Hogar de Ancianos, 124 adultos mayores de entre 56 y 99 años de edad.

Los requisitos actuales para el Ingreso: Ser mayor de 65 años de edad.

- Nominar, si es posible, a un familiar o persona responsable a quien se podrá comunicar cualquier situación de urgencia que requiera su intervención.
- No presentar patología psiquiátrica aguda o situación patológica particular que exceda la capacidad de contención institucional.

El personal, en la actualidad, está compuesto por:

-Director Discapacidad y adultos mayores

-Jefe de Departamento de adultos mayores

-Equipo Profesional: un psicólogo, tres médico clínicos, dos terapeutas ocupacionales, una nutricionista, cuatro enfermeros.

- Personal: tres administrativos, once mucamos, cuatro personas en el servicio de ropería, dos personal de servicio en lavandería, uno en mantenimiento, ocho en cocina y diez auxiliares de enfermería.

El objetivo de la institución es la atención integral a personas de edad avanzada, proporcionándole, vivienda cómoda e higiénica, adecuada alimentación, vestimenta y los cuidados necesarios para asegurar su bienestar psicológico en un ambiente de verdadero hogar, basado en el respeto a su dignidad y autodeterminación.

Se cuenta con apoyo constante de la comisión asesora y de la comunidad Marplatense, mediante donaciones varias (de pañales, ropa, elementos de higiene, etcétera).

Coincidiendo con lo expuesto, con el paso del tiempo el hogar ha ido evolucionando, transformándose en una institución de puertas abiertas en la que todos los servicios están destinados a la **valorización de la persona**, alentando la convivencia y la integración del anciano a la sociedad.

✚ En este hogar se ha dado la particularidad de permanecer viviendo en el mismo, adultos mayores, durante 35 años. La estadía mínima ha variado de 0 a 5 años y más.

Las funciones específicas que hoy se cumplen son:

- ✚ Proporcionar vivienda cómoda e higiénica;
- ✚ Procurar adecuada alimentación y vestimenta decorosa;
- ✚ Velar por su salud física y mental en un sano ambiente moral;
- ✚ Proporcionar tareas y ocupaciones de acuerdo a su estado psicosomático;
- ✚ Desarrollar y proteger las capacidades residuales físicas mentales y sociales;
- ✚ Proporcionar actividades recreativas, culturales y paseos ;
- ✚ Brindar el espacio y facilidades necesarias para ser asistidos por el servicio religioso que profesen;

En la observación institucional se comprobó, cómo el personal tiende a controlar y a sobreproteger a los ancianos, diciéndoles lo que tienen que hacer, reemplazarlos en el quehacer del cuidado cotidiano, por ejemplo bañarlos, afeitarlos, aunque puedan hacerlo solos; hablar por ellos al médico de la institución, en lugar de posibilitar la consulta personal, restándole autonomía.

Darles de comer a los dependientes y semi dependientes, es una práctica cotidiana, sin esperar los tiempos de cada uno.

Existe una rutina de afeitado y de baños, donde se resta autonomía. La documentación de los ancianos (DNI) se encuentra en una caja en el área de enfermería, a los fines de practicidad del personal, la ropa se encuentra en ropería, son escasos los ancianos con roperos en su sala, restando, nuevamente, autonomía y autodeterminación.

Estas observaciones de datos indirectos, fueron confirmadas con las entrevistas a los ancianos.

Análisis e interpretación de datos de las observaciones y las entrevistas aplicadas

La orientación cualitativa de la investigación, persigue entender los fragmentos de la realidad, tal y cómo la construye y da significación la propia persona, enmarcándolos en una manera global y contextualizada.³⁸

La fase de análisis en una investigación supone identificar los elementos que configuran la realidad estudiada, describir las relaciones entre ellos y sintetizar el conocimiento resultante, o, como dice Rodríguez Gómez (1996), "analizar es un conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones, comprobaciones que realizamos sobre los datos con el fin de extraer el significado relevante con relación a un problema de investigación".

Para poder conocer la realidad social es imprescindible que los trabajadores sociales tomen contacto con los problemas de los hombres que viven en esa sociedad, ya que no podrá adquirir una genuina experiencia social

³⁸ Taylor ,S y Otros, Introducción a los Métodos Cualitativos. Año 2006

sin tratar de resolver problemas sociales concretos, poniendo en obra los recursos que cada uno posee.³⁹

“Puede afirmarse que el Trabajador Social se involucra bastante en la orientación dialéctica que se basa en el mundo y en la vida como experiencias originarias, que se compenetra con la realidad social en movimiento.(Perlman) y cambio (Richmond, Hamilton, Specht)”.

En base a los aspectos socio – demográficos recabados, surge como relevante: la población se encuentra comprendida por una franja etárea, entre los 60 y 99 años, siendo, en su gran mayoría solteros, (51 %) y el resto viudos (32%).

Los hijos, son considerados como un soporte fundamental para el adulto mayor, tuvieron hijos un 49 %.

De acuerdo a lo investigado, fueron pocos los casos, en los que las personas significativas en la vida del adulto mantienen un vínculo, con una postura de contención, sólo el 31%. La mayoría lo conforman los que no poseen vínculo de contención 69%.

Entrevistado N° 15, masculino de 81 años. Tiempo de ingreso a la institución: 7 años y 4 meses. Refiere: - “mi hijo hace más de un año que no lo veo, creo que ni sabe que estoy acá internado”

Entrevistada N° 12, femenino de 83 años. Tiempo de ingreso a la institución: 4 años. Dice: -“a mis hijos hace más de cuatro años que no los veo, fue en un velorio de mi hermana creo, nunca tuvimos buena relación, no me perdonan que me los deje con el padre y me fui cuando eran chicos, no soportaba los golpes”.

³⁹ Di Carlo, necesidades básicas y cambio social

Entrevistada N° 14, femenino de 82 años. Tiempo de ingreso a la institución: 10 años y 3 meses. Contesta: -“mi hijo hace más de cuatro años que no los veo, está en España, ni me llama “.

Entrevistada N° 4, femenino de 81 años. Tiempo de ingreso a la institución: 6 años. Contesta: -“no tuve hijos soy soltera, tengo un amor imposible que siempre lo esperé y acá estoy, sola”

Entrevistado N° 2, masculino de 83 años. Tiempo de ingreso a la institución: 4 años y 7 meses. Responde: -“sí tengo 11 hijos, pero desde que estoy acá y en silla de ruedas no los tengo mas”

Entrevistada N° 8, femenino de 85 años. Tiempo de ingreso a la institución: 2 años. Contesta: -“desde que estoy acá no vinieron mas a verme, yo los llamo, dicen que me van a venir a visitar pero no vienen nunca. Seguro no tienen tiempo”.

Las causales de ingreso, responden a los siguientes porcentajes:

- falta de vivienda y económicos - 63%, los de sexo femenino y – 53 % sexo masculino,
- conflictos familiares - 11%, los de sexo femenino y – 9 % sexo masculino,
- problemas de salud - 26%, los de sexo femenino y – 38 % sexo masculino,

Entrevistada N° 9, femenino de 86 años. Tiempo de ingreso a la institución: 14 años y 5 meses. Responde: -“cuando me trajeron estaba en la calle, no tenia donde vivir y acá encontré un techo, me gusta salir, participar de los talleres. Estoy muy satisfecha en el hogar”.

Entrevistada N° 7, femenino de 65 años. Tiempo de ingreso a la institución: 2 años. Contesta. -“me gusta salir, los talleres me hace sentir útil y gano plata. Bastante pasé en la calle me moría de hambre, dormía en el baño de la Terminal y comía lo que magueaba, ahora estoy re bien acá”

Los años de ingreso y permanencia en la institución son muy significativos; a partir de la recolección de datos se afirma que, una franja importante, mantiene de 1 a 10 años de institucionalización: entre 1 y 5 años: - 23%, entre 5 y 10 años: - 46%, entre 10 y 15 años: - 22% y, entre 15 y 20 años el 9 %.

Entrevistado N° 53, masculino de 87 años. Tiempo de ingreso a la institución: 17 años y 10 meses. Refiere: - “estoy muy satisfecho con mi vida en el hogar, me gustaría estar menos, pero ya estoy un poco cansado y dolorido, pero igual salgo con Sil...” (El anciano se refiere a la terapeuta ocupacional, quien ocupa un rol significativo dentro de la institución).

Entrevistado N° 21, masculino de 82 años. Tiempo de ingreso a la institución: 13 años y 8 meses. Responde: - “no viviría en otro lugar, la vista no me lo permite, por eso no salgo a ningún lado, igual acá me tratan muy bien tengo todo “.

La participación en los talleres de terapia ocupacional, como así también las salidas a campamentos, ir al cine y teatro, se fomenta la integración e interacción con los otros y también se contrarresta el síndrome de institucionalización.

Aunque se visualiza que la mayor proporción de los casos no participa de las salidas, si lo hacen en los talleres (- 36%). También participan de los

talleres de producción, (- 14%), de salidas a teatros (- 25%) y de los campamentos (- 25%).

Con respecto a la representación que tienen los adultos mayores en la participación de espacios fuera de la institución, las respuestas son muy variadas, destacándose la percepción negativa ante las salidas, tal como -“me siento viejo para estar andando por ahí”.

Entrevistada N° 5, femenino de 80 años. Tiempo de ingreso a la institución: 2 años. Dice: “estoy satisfecha con mi vida en el hogar, tengo techo, comida, remedios y cama. Para que voy a salir”.

Entrevistada N° 18, femenino de 81 años. Tiempo de ingreso a la institución: 10 años. Refiere: -“no me gusta salir, los talleres me aburren, gusta escuchar radio y estar todo el día en la cama”

Entrevistada N° 16, femenino de 85 años. Tiempo de ingreso a la institución: 9 años y 4 meses. Responde: -“acá en el hogar nos hacen todos los trámites, para que voy a ir al PAMI, no me gusta estar en la calle”.

Entrevistada N° 3, femenino de 93 años. Tiempo de ingreso a la institución: 12 años. Afirma: -“sí participo de los talleres de terapia ocupacional, me siento útil, me encanta salir a pasear con los otros abuelos y cuando mi hijo me viene a buscar”.

La investigación realizada conduce a dar un mayor significado necesidad de contar con un Trabajador Social y sus respectivas intervenciones dentro de un hogar de ancianos, geriátrico, institución de larga estadía, etcétera. El síndrome de institucionalización en el anciano es un gran desafío para el profesional del área de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

CONCLUSIONES

Y

PROPUESTAS

CONCLUSIONES

Los adultos que culminan su etapa laboral, disponen de mayor tiempo, en tanto, algunos mantienen la misma energía con la que se desempeñaban cotidianamente pero otros no. Por otra parte, se encuentran aquellos adultos mayores que nunca tuvieron trabajo estable, sino un subempleo o, por períodos estuvieron sin realizar tarea laboral alguna, inclusive se encuentran los que han sido changarines toda su vida, sin proyectar en su futuro añoso, que implica, entre otras cuestiones, su jubilación; lo que resulta una pérdida de la actividad, y la consiguiente disminución del ingreso. Esto, no implica que los mismos, carecieron de proyectos en su vida, sino que muchos no tuvieron la oportunidad, de contar con un ingreso estable, dado que han trabajado en "negro", han sido marginados laboralmente e incluso excluidos. Lo anteriormente expuesto responde, claramente, a una de las más relevantes causas de institucionalización.

El adulto mayor llega a padecer ciertas limitaciones que, por supuesto, no lo inhabilita a realizar sus actividades de la vida diaria; continúa siendo portador de un hacer, con posibilidades y derechos que se han de respetar, mas allá de un desalentador diagnóstico médico.

A lo largo del proceso de investigación, se identificaron las causas de institucionalización, el síndrome de institucionalización y la percepción del adulto mayor institucionalizado, por lo cual se puede afirmar: que, en su mayoría son personas solteras, que no son visitados y mantienen escasos

vínculos con sus descendientes; las causales de ingreso, mayoritariamente, responden a problemas socio-económicos; a nivel de la participación social dentro y fuera de la Institución, la misma es escasa; la mayor parte de la población reside desde hace un año o más; y por último, se ha comprobado que la autonomía, autodeterminación e intimidad de los ancianos se da en pocos casos. La ausencia de vínculos familiares acrecienta el síndrome de institucionalización.

Quienes se encuentran institucionalizados necesitan ocupar su vida cotidiana en base a sus vivencias anteriores, sus habilidades, conocimientos, realizando actividades dentro y fuera de la institución, en una búsqueda de seguir sintiéndose activos, de lo contrario aparece la apatía, la angustia, la depresión, el aislamiento, la muerte... el síndrome de institucionalización.

Al ser una población heterogénea en cuanto a potencialidades y capacidades, se considera necesario revertir conductas rutinarias, encasillamientos e indiferencia, características que se observaron en el proceso de la investigación.

Los resultados de las entrevistas, evidenciaron una reflexión acerca de la posibilidad de ayudar al otro pero con el otro, a través de talleres de reflexión, por ejemplo, en un intento de modificar el pensamiento único que tienen los ancianos acerca de sus capacidades y posibilidades -"yo ya estoy viejo para estas cosas", -"me quiero quedar durmiendo todo el día en la cama, así espero que el de arriba me lleve mas rápido". ¡Cuántas frases con sentimientos contradictorios y dolorosos se escuchan en el hogar!

El marco referencial propuesto demostró ser útil para analizar empíricamente la percepción del rol social de los Adultos Mayores

Institucionalizados. Cuando se analiza la vejez desde una perspectiva histórica, se plantea que el envejecimiento es un proceso que está rodeado de prejuicios, concepciones falsas, de temores, creencias y mitos. A su vez, la vejez como etapa de vida es un concepto cargado de inquietud, de fragilidad y a veces de angustia. Persisten, aún en tiempos modernos, ideas que datan de épocas muy lejanas. La imagen que se desprende de las mitologías y leyendas, varía de cultura en cultura, de tiempo en tiempo y de lugar en lugar, no existiendo una concepción única o definitiva de la vejez.

Los Adultos Mayores señalan que es importante el apoyo afectivo que han de brindar sus familiares, vale decir, visitarlos permanentemente, escucharlos con atención, ser atentos, cordiales y demostrar preocupación por su estado actual. La familia, continúa siendo una fuente importante de gratificaciones, como lo ha sido durante todas las etapas de la vida, siendo fundamental que se generen instancias de encuentro entre los residentes y su grupo familiar. En caso de no tener familia, los apoderados o personas que asumen esta responsabilidad, deben ser motivados respecto a la importancia de apoyarlos afectivamente, ya que de esa manera están supliendo el soporte familiar del que carecen.

Resultado del presente estudio, refiere que los Adultos Mayores son bien atendidos al interior de la institución, ya que satisfacen sus necesidades fisiológicas y están contentos con los servicios otorgados. Sin embargo, manifiestan que los talleres, actividades o tareas no son planificadas acorde a sus intereses.

Con relación a las personas que brindan cuidado y apoyo a los Adultos Mayores, éstas se pueden dividir en funcionarios y empleados. Respecto a los

funcionarios, los definen como personas que tiene "buena voluntad", vale decir, que están dispuestos a apoyarlos y entregar los medios y recursos que les permitan satisfacer sus demandas, pero las respuestas nunca llegan. Con respecto a los empleados, señalan su atención de "sobrepotección", en algunos, aunque en otros se manifiesta en contrario, mucha indiferencia. En relación a los voluntarios, señalan que su apoyo es esporádico e inconstante, no existiendo un compromiso con los Adultos Mayores. En cuanto a los familiares, señalan que éstos no tienen un sentido de pertenencia con la institución.

Algunos Adultos Mayores se interesan por desarrollar algún tipo de tarea al interior de la institución. Sin embargo, en ocasiones, su estado de salud les impide llevarlas a cabo. Éstos han de integrarse a tareas y actividades acorde a sus posibilidades e intereses. Es oportuno descartar, que el ocio sólo pertenece a los cuerpos funcionalmente aptos; existen múltiples actividades reducidas que tienen resultados para personas limitadas.

Por otro lado, están quienes tienen un estado de salud, de autovalidez y autonomía, que les permite desarrollar actividades y tareas, siendo mencionadas las siguientes: hacer la cama, bañarse sola, sembrar plantas, cuidar el perro y al gato, lavar y en actividades de apoyo al quehacer institucional esporádicamente o cuando un personal lo permite.

Es necesario considerar los tipos de personalidades en la tercera edad al momento de analizar la situación individual de los Adultos Mayores, se pueden mencionar, entre otros: madurez, pasividad, actitud defensiva, actitud colérica y auto agresividad.

Se puede afirmar y concluir que no existe un apoyo permanente de los familiares, apoderados y voluntarios; que el Hogar de Ancianos no se relaciona con la comunidad territorial en la que se encuentran inserto, así como tampoco genera espacios de participación social para que los Adultos Mayores desarrollen tareas y actividades fuera del hogar. El residente es situado, como objeto de protección, cuidado, heteronimia y rentabilidad.

Pero, por otra parte a nivel discursivo, los residentes, plantean que no desean salir. El salir los enfrenta a ratificar el desplazamiento "social". Si van a su casa observan como su habitación fue desarmada, cómo sus muebles fueron desechados (vendidos, tirados, etc.). Si salen a cobrar son sometidos a los tiempos escasos del familiar por lo que los llevan corriendo, aprisa, sin respetar sus tiempos. El salir de la institución los expone a recrear el duelo, a re transitar el rito de pasaje.

El poder de aprendizaje del ser humano es ilimitado independientemente de su edad. A través del proceso educativo, las personas de la tercera edad pueden incorporar a su vida diaria, conductas para la salud física, social, mental y espiritual que favorecerán su calidad de vida, tendiendo a abandonar los estilos y conductas que le son perjudiciales. Algunos adultos mayores no sólo son capaces de realizar actividades para el autocuidado, sino que pueden también colaborar en el cuidado de otros ancianos. Este es uno de los objetivos principales de la residencia donde se observa en la vida diaria como se marcan en la hora de las comidas cuando un adulto tiene indicado que no utilice la sal y los otros observan y marcan la conducta negativa. Esto iría en conclusiones si es que no lo pusiste.

El trabajador social ha de lograr una visión distinta del adulto mayor, a la del imaginario socio-institucional actual, es decir,, “como un sujeto activo de su propio aprendizaje, participativo, prestando colaboración en las diferentes tareas, que potencia todas sus capacidades”. Otorgar un uso creativo de su tiempo libre.

Fomentar la participación de una actividad que le brinde el derecho a desarrollarse en forma integral y por ende, la capacidad para mantener constante desarrollo de sus aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales. El debilitamiento en la capacidad física experimentada al envejecer, la deficiente respuesta social frente a ello y la consiguiente aparición de limitaciones en la autonomía funcional, la desvalorización social y la ausencia de un rol social de viejo, muchas de las cuales podrían haberse prevenido, trabajando la red y sus vínculos, antes del ingreso a la institución.

Es función del Trabajador Social ser mediador entre la institución y el sector poblacional al cual está dirigida; allí se conjugan los intereses de ambas partes más el objetivo profesional, surgiendo así un punto en común, la importancia de trabajar en el fortalecimiento y sostenimiento de la red vincular de los sujetos.

La función del Trabajador Social dentro de la institución está definida dentro del proyecto de la jefatura de división del Hogar Municipal de Ancianos. Las actividades son, entre otras,: la integración de familiares, mantenimiento del núcleo familiar, contención y resolución de problemáticas, construcción de estrategias de contención y seguridad, promovería la red social.

Pero "este deber ser" está limitado por la falta de compromiso en el nombramiento de un profesional en Servicio Social para la institución.

Se considera imprescindible que la institución estudiada cuente con Trabajador Social, con claro objetivo de cumplimentar las tareas específicas profesionales, que la situación actual pone en evidencia en tanto genera múltiples problemáticas y evita intervenciones, de la especificidad profesional. Que mantengan el propósito de elevar la calidad de vida de los residentes, mejorar las relaciones interpersonales del grupo que trabaja y la inserción comunitaria en un feedback con la misma.

PROPUESTAS

A partir de la investigación realizada se considera relevante, concretar propuestas para evitar el síndrome de institucionalización y elevar la calidad de vida de los residentes, llevando a cabo un aporte concreto a la profesión:

El trabajo que se realice, con objetivo de elevar la calidad de vida de esta población, ha de tener una concreta planificación estratégica incorporando a los Adultos Mayores en la situación inicial, diseño de trayectoria, trayectoria y situación deseada. La satisfacción que conlleva el hecho de participar de actividades al interior de la institución, resulta considerada como un elemento primordial al momento de programar acciones en favor de las personas mayores.

- Generar las instancias para planificar un modelo de trabajo abierto a la comunidad, donde los ancianos se sientan integrados y útiles a la sociedad a cual pertenecen.

Para que el anciano viva en forma independiente en la sociedad, ha de tener la capacidad de poder realizar ciertas actividades. Cuando por algún motivo se ve imposibilitado de llevarlas a cabo, las personas y/o instituciones que lo rodean funcionarían de apoyo para que siga en la comunidad.

- Modificar la modalidad en que se implementan los hogares para adultos mayores autoválidos en la actualidad, pues éstos se materializan en la anacrónica forma de macro- instituciones, tendientes a la burocratización, altos grados de despersonalización y control de la vida cotidiana de los individuos.

- **Planificar grupos de reflexión con los adultos mayores, a fin de trabajar las relaciones al interior del hogar, generando ambientes familiares, normalizados, tales como: compartir comidas, espacios, programar salidas, preparar celebraciones, etcétera. Se estimularían rutinas, hábitos, comportamientos y actividades propias de la vida en la comunidad, tales como: compras en supermercado, salidas al cine, ir a la playa, cenar en un restaurant, ir al teatro, tareas del hogar etc.**

- **Trabajar de manera individual y grupal desde variables que incrementen la posibilidad de aprendizajes de las personas mayores:**

- **Motivación: Si el nuevo conocimiento es realmente aplicable e importante para el adulto mayor, más rápido será el aprendizaje. (Lavar sus propios platos, sus tazas, hacer su cama, bañarse periódicamente, lavar su ropa.).**

- **Tiempo de reacción - respuesta: Los mayores requieren más tiempo que los jóvenes para reaccionar ante una nueva información. Administrárselo con espacios amplios de tiempo y en pequeñas cantidades. (Charlas periódicas individuales y grupales. Reunión comunitaria cada 15 días con evaluaciones de avances y retrocesos, de normas de convivencias impuestas por ellos, críticas y autocríticas constructivas, entre otras)**

- **Capacidad de concentración: Cuando se los entrevista, se mantiene una charla o reunión, la atención comienza a agotarse a los 30 minutos. (Las reuniones son programadas)**

- **Considerar, además, que el aprendizaje se da cuando se brindan estas condiciones:**

- **Ambiente seguro y confortable.**

- Ausencia del “ridículo”.
- Respeto y afecto.
 - Se considera pertinente, que el equipo de trabajo del hogar, mantenga reuniones periódicas de auto evaluación a los fines de no transmitir, por ejemplo, “dobles mensajes” (muchas veces se estimula al anciano a que controle esfínteres para evitar la dependencia, sin embargo cuando el cuidador se siente sobrecargado de trabajo, le coloca pañales porque le resulta más cómodo en ese momento, enseñar a usar las instalaciones de la cocina y no calentarle el agua para el mate).
 - Fomentar cotidianamente, dentro del grupo de trabajo y en la población meta, sobre el concepto de autonomía, independencia y autovalidez.
 - Si el objetivo de todo hogar de ancianos es mejorar la calidad de vida de un grupo de Adultos mayores, con problemas sociales; respetando siempre su validez, voluntariedad e individualidad, apoyándolos con actividades e incorporándolos a una vida social más activa desde el punto de vista sociocultural y humano, se considera necesario la presencia de un *profesional de trabajo social*, que desempeñe sus tareas de tiempo completo, llevando a cabo el abordaje de los casos en forma interdisciplinaria.

No se debe olvidar que existe una capacidad instalada en los Adultos Mayores, que se traduce en su capital social, siendo éste fundamentalmente su experiencia y sabiduría.

*"PIENSA QUE CON EL PASO QUE ME ADELANTO
A DAR, ESTARE CONSTRUYENDO PARA TI, OTRA RUTA
DE AMOR, EN OTRO TIEMPO."*

MARIANO OSORIO

ANEXOS

Tabla y gráfico N° 1. Estado civil de los adultos mayores.

Estado Civil	N° de Población
SOLTERO	34
CASADO	6
VIUDO	21
DIVORCIADO	5
	66

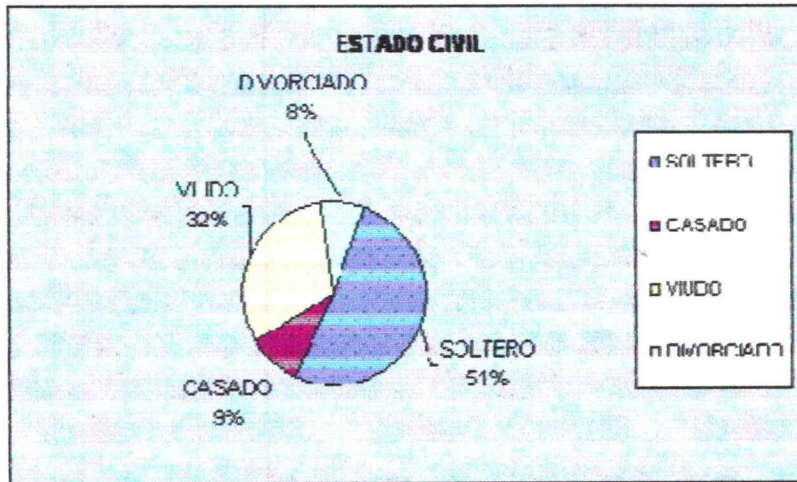


Tabla y gráfico N° 2. Estado Civil de la población según sexo.

Estado Civil	Mujeres	Hombres	Total
Soltero	14	20	34
Casado	2	5	7
Viudo	12	9	21
Divorciado	1	2	3
total	29	36	65

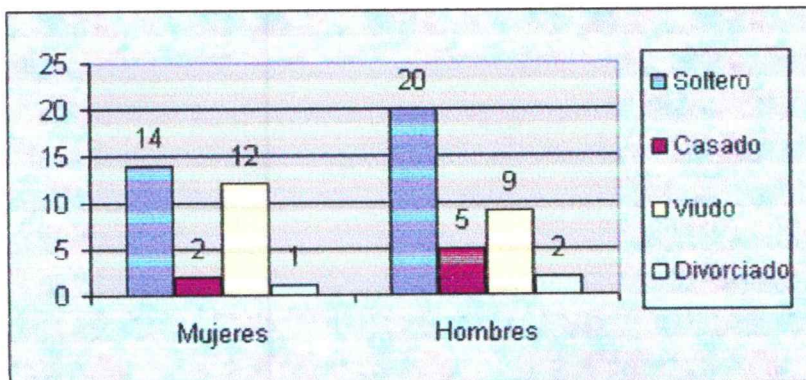


Tabla y gráfico N° 3. NIVEL DE HIJOS DE LA POBLACION SEGÚN SEXO

	MUJERES
SI	15
NO	12
Fallecidos	2
TOTAL	29

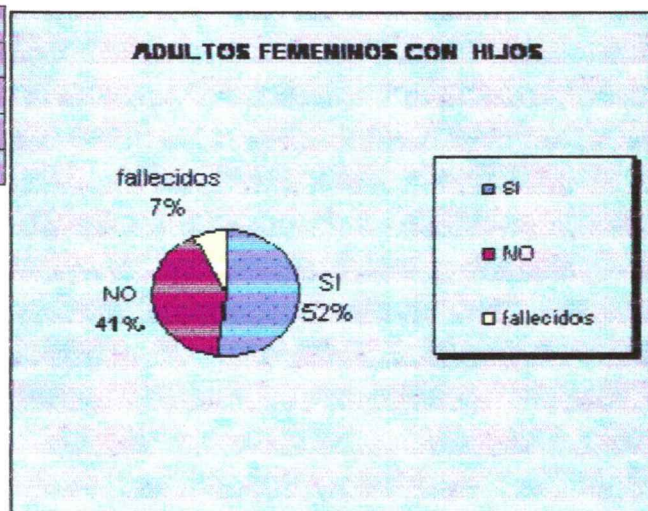


Tabla y gráfico N° 4. NIVEL DE HIJOS DE LA POBLACION SEGÚN SEXO

	HOMBRES
SI	19
NO	17
Fallecidos	0
TOTAL	36

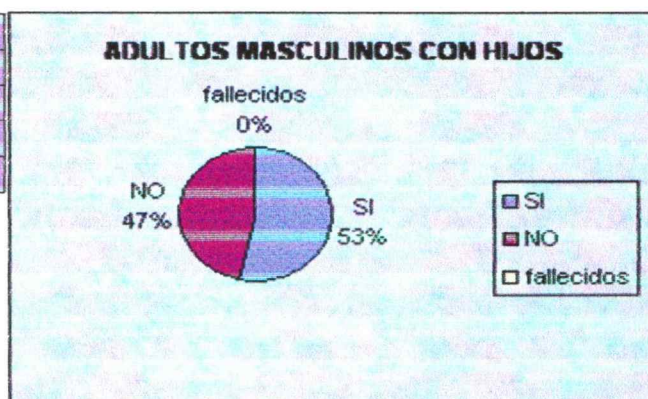


Tabla y gráfico N° 5. NIVEL DE VINCULO CON LOS HIJOS DE LA POBLACION SEGÚN SEXO

	MUJERES
SI	6
NO	9
TOTAL	15

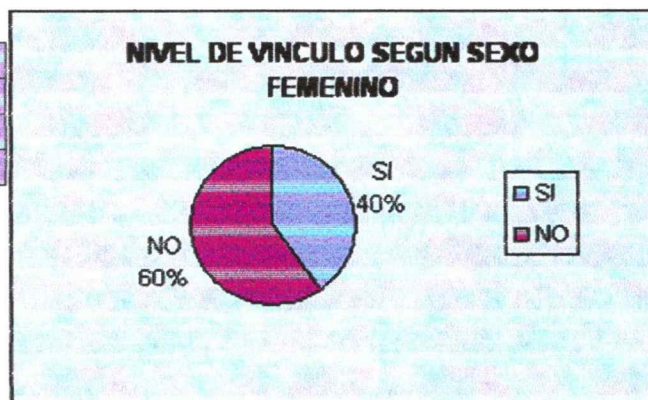


Tabla y gráfico N° 6. NIVEL DE SALIDAS CON LOS HIJOS DE LA POBLACION SEGÚN SEXO

	MUJERES
SI	7
NO	22
TOTAL	29



Tabla y gráfico N° 7. NIVEL DE SALIDAS CON LOS HIJOS DE LA POBLACION SEGÚN SEXO

	HOMBRES
SI	4
NO	32
TOTAL	36



Tabla y gráfico N° 8. NIVEL DE CAUSAS DE INGRESO INSTITUCIONAL SEGÚN SEXO

	MUJERES
Problemas de vivienda/económico	29
Conflictos familiares	5
Problemas de salud	12
TOTAL	46

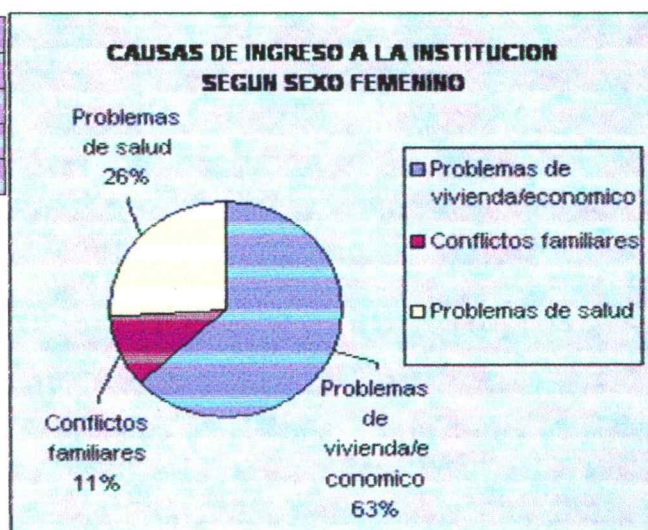


Tabla y gráfico N° 9. NIVEL DE CAUSAS DE INGRESO INSTITUCIONAL SEGÚN SEXO

	HOMBRES
Problemas de vivienda/economico	36
Conflictos familiares	6
Problemas de salud	26
TOTAL	68

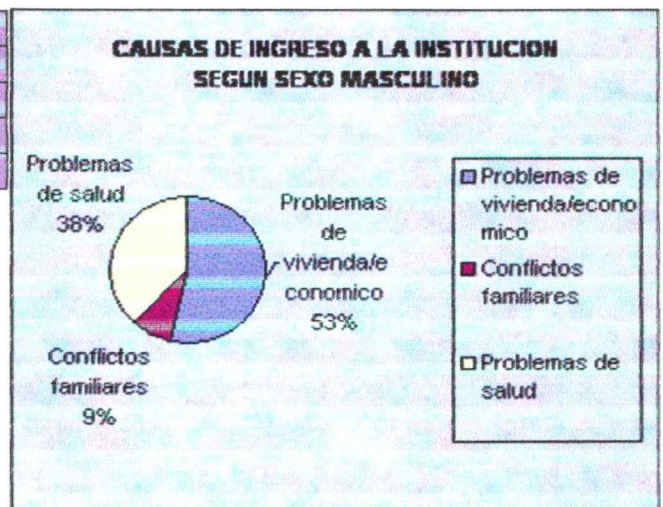


Tabla y gráfico N° 9. NIVEL DE PARTICIPACION EN LOS TALLERES DE TERAPIA OCUPACIONAL

PARTICIPACION	Mujeres	Hombres	Total
SI	6	9	15
NO	23	25	48
Total	29	36	65

Tabla y gráfico N° 10. NIVEL DE PARTICIPACION EN LOS TALLERES DE TERAPIA OCUPACIONAL

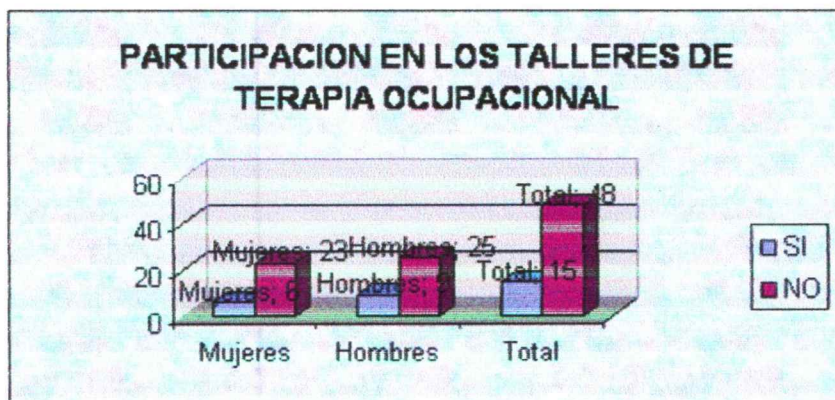


Tabla y gráfico N° 11. NIVEL DE SALIDAS INDIVIDUALES

SI	27
NO	38
TOTAL	65

Tabla y gráfico N° 12. NIVEL DE SALIDAS INDIVIDUALES

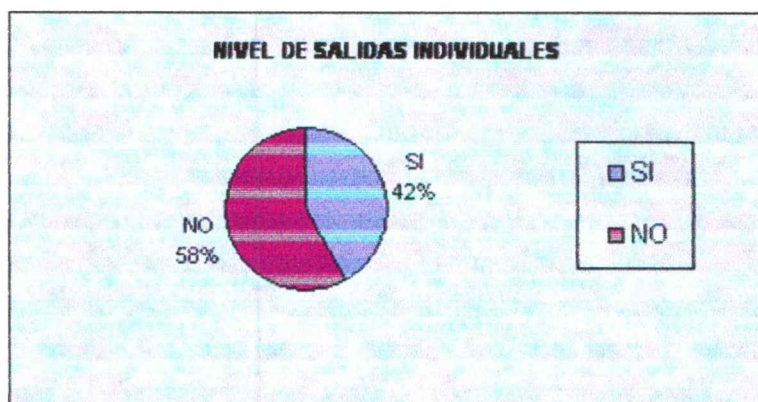


Tabla y gráfico N° 13. NIVEL DE ACTIVIDAD DE LA VIDA DIARIA

SE BAÑA SOLO	
SI	49
NO	16
	65

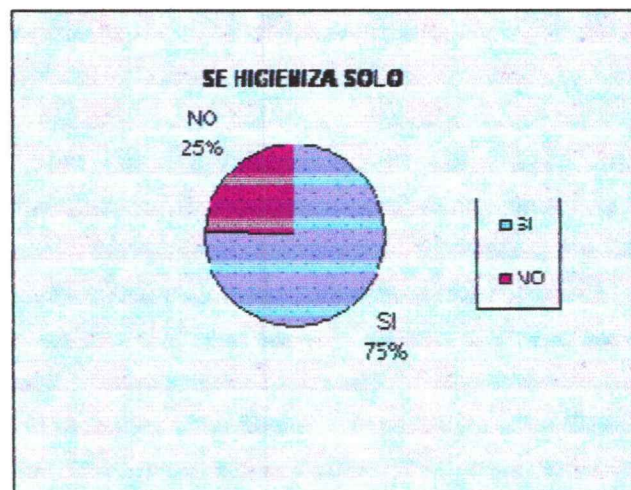


Tabla y gráfico N° 14. NIVEL DE EDAD DE LA POBLACION

EDADES	
DE 60 A 69 AÑOS	19
DE 70 A 79 AÑOS	26
DE 80 A 89 AÑOS	15
DE 90A 99 AÑOS	5
	65

Tabla y gráfico N° 15. NIVEL DE EDAD DE LA POBLACION

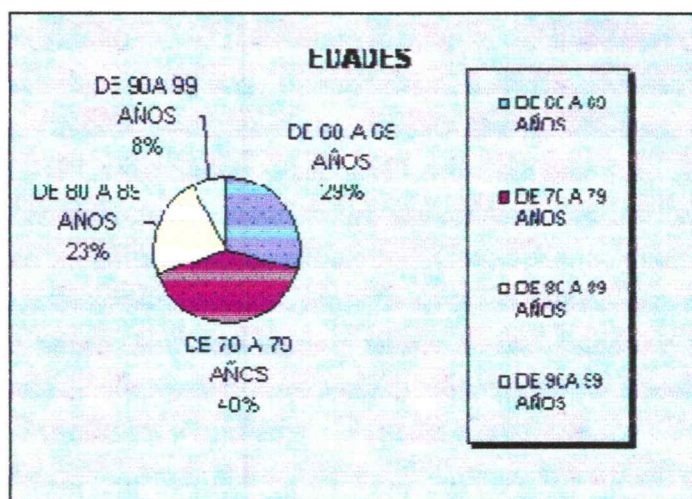
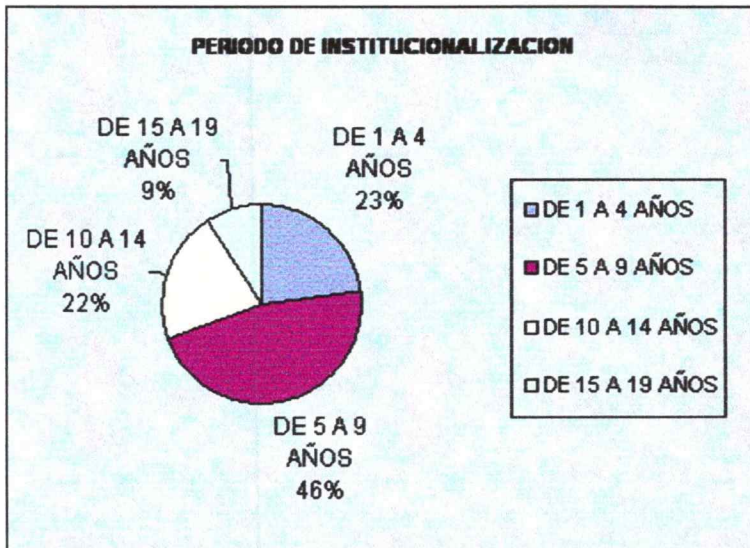


Tabla y gráfico N° 16. PERIODO DE INSTITUCIONALIZACION

TIEMPO DE INSTITUCIONALIZACION	
DE 1 A 4 AÑOS	15
DE 5 A 9 AÑOS	30
DE 10 A 14 AÑOS	14
DE 15 A 19 AÑOS	6
	65

Tabla y gráfico N° 17. PERIODO DE INSTITUCIONALIZACION



ENTREVISTA DIRIGIDA A LA INSTITUCIÓN

FECHA: .../.../08

DATOS DE BASE LA INSTITUCIÓN:

- 1) Año de fundación y antecedentes históricos
- 2) Nombre de la institución
- 3) Domicilio
- 4) Tipo de dependencia
- 5) Objetivos actuales de la institución
- 6) Recursos humanos
- 7) Cantidad de población asistida
- 8) ¿Qué programas y/o actividades se desarrollan en la institución?
- 9) ¿Realizan algún tipo de evaluación de las actividades de la institución?
- 10) ¿Participan los adultos mayores de la misma?
- 11) ¿Dentro del equipo de trabajo, existe un trabajador social ?
- 12) ¿Qué rol cumple?
- 13) Otras observaciones

Información brindada por:

ENTREVISTA DIRIGIDA A ADULTOS MAYORES

FECHA: .../.../08

DATOS DE BASE DEL RESIDENTE

FECHA DE INGRESO.... /.../.... TIEMPO DE INTERNACION:

1) SEXO: F M EDAD

2) ESTADO CIVIL: CASADO/A SOLTERO/A
VIUDO/A DIVORCIADO/A

3) ¿Ha formado una familia? ¿Tuvo hijos? SI NO

4) ¿Tiene relación con ellos? SI NO

5) ¿Con qué frecuencia se ven?

6) ¿Cuándo ha sido la última vez que les ha visto?

7) ¿Realiza salidas con ellos?

8) ¿Cuáles fueron las razones para su ingreso en esta residencia?

✚ Problemas económicos /falta de vivienda

✚ Conflictos familiares

✚ Problemas de salud

9) ¿Fue voluntario, pudo elegirla libremente?

10) ¿Cómo se encontraba personalmente en el momento del ingreso?

11) ¿Cómo se sintió en los primeros momentos? ¿Tuvo sensación de soledad?

12) ¿Cómo fue sintiéndose en los días sucesivos?

13) ¿Cuánto tiempo tardó en adaptarse a las normas y a las personas (si es que se siente adaptado)?

- 14) ¿Cómo consiguió adaptarse?
- 15) ¿Qué dificultades encontró?
- 16) ¿Siente que ha perdido intimidad?
- 17) ¿Cómo son las relaciones entre los residentes?
- 18) ¿Y con el personal? ¿existe una buena comunicación?
- 19) ¿A quien recurre ante las dificultades?

🚦 Profesionales: TO PSICÓLOGO MEDICO

🚦 DIRECTIVOS/ JEFE DE DIVISIÓN

🚦 MUCAMOS ENFERMEROS

- 20) ¿Piensa que sus quejas y sugerencias son escuchadas y tenidas en cuenta?
- 21) ¿Participa en los talleres de producción que programa el área de terapia

ocupacional en el hogar?

🚦 SI NO

- 22) ¿Participa de las salidas que planifica terapia ocupacional?

🚦 ALMUERZOS/CENAS FUERA DE LA INSTITUCIÓN.

🚦 VIAJES / CAMPAMENTOS/ TEATROS

- 23) ¿Realiza algún tipo de actividad fuera de la residencia? SI NO

- 24) ¿Le gusta estar al corriente de lo que pasa en el mundo? ¿Sigue las

noticias con frecuencia? ¿A través de qué medio?

🚦 TELEVISIÓN RADIO DIARIOS

- 25) ¿Concurre a otras instituciones para realizar trámites personales?

¿Cuáles?

- 26) ¿Cuál de estas actividades diarias realiza en el hogar?

🚦 Junta la vajilla del desayuno, almuerzo, merienda o cena. SI NO

🚦 Participa del lavado y secado de la vajilla. SI NO

✚ Realiza su cama. SI NO

✚ Lava su ropa. SI NO

✚ Se higieniza solo. SI NO

27) ¿Le permite su salud una vida independiente o necesita asistencia?

28) ¿A tenido ganas de tirarse a la cama y no hacer nada? SI NO

29) ¿Siente que en el hogar tiene autonomía? SI NO

30) ¿Cuán satisfecho esta ud. con su vida en el hogar?

✚ MUY INSATISFECHO INSATISFECHO

✚ MUY SATISFECHO SATISFECHO

GLOSARIO

Actividades de la vida diaria – Tareas propias del quehacer de cada día. Unas son de tipo instrumental (como el uso del teléfono, dinero, compra, electrodomésticos, conducción de automóviles, etcétera). Otras son básicas (como asearse, vestirse, alimentarse, etcétera) su valoración sirve para determinar el nivel de cuidados que un enfermo necesita.

Autonomía: Conservar la identidad siendo conscientes de que siempre está en constante cambio y construcción, y por lo tanto, siempre estamos conectados, deshaciendo vínculos, creando nuevos; nunca totalmente independientes, siempre sólo una parte de algo.

Enfermedad de Alzheimer – La enfermedad de Alzheimer (EA), o demencia senil de tipo Alzheimer (DSTA) o simplemente Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa, que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Se caracteriza en su forma típica por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas (neuronas) mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian. La enfermedad suele tener una duración media aproximada de 10-12 años.

Funciones cognitivas – (cognitive functions) – todos los aspectos del pensamiento consciente y de la actividad mental, incluyendo aprendizaje, percepción, toma de decisiones y memoria.

Geronte usado como un sinónimo de anciano o selecto.

Red social – la red es una metáfora que permite hablar de relaciones sociales aportando los atributos de contención, sostén, posibilidad de manipulación, tejido, estructura, ambición de conquista, fortaleza, etcétera. La

noción de red no es un objetivo en si mismo, sino que como metáfora, parte de una metodología para la acción que permite mantener, ampliar o crear alternativas deseables para los miembros de una organización social. Una red social no es solo un hecho social sino una oportunidad para la reflexión acerca de lo social tal como es factible de experimentar en las prácticas cotidianas.

Residente – que reside o vive en un lugar determinado.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

✚ CEPAL. Curso de Responsables y Equipos Técnicos de Residencias y Centros de Día para Adultos Mayores. Año 2008. Población, envejecimiento y desarrollo.

✚ Cordero Liliana, Cabanillas Silvia y Lerchun Gladys. Trabajo Social con Adultos Mayores. Intervención Profesional desde la Perspectiva Clínica. Editorial Espacio. Año 2003.

✚ Chirre Adrián. Apunte de Curso de Responsables y Equipos Técnicos de Residencias y Centros de Día para Adultos Mayores. Año 2008. Institucionalización en la Tercera Edad, Decisión, actitudes, significación y culpa.

✚ Di Carlo, E. El Humanismo Dialéctico. Apuntes de Cátedra: el Paradigma Humanista como sustancia del T.S. La comprensión como fundamento de la Investigación Profesional.

- Cáp.: “El Trabajo Social – Teoría - Metodología - Investigación. Pág. 12. Editorial Ecro. Buenos Aires, 1976.

✚ Di Carlo, Enrique. Necesidades Básicas y Cambio Social. Año 2004

- Cáp.: El Método Científico en las Ciencias Sociales y el Trabajo Social con Casos. Pág. 47. Editorial Humanistas. Bs. As.

✚ Di Carlo, Enrique y Equipo. La Comprensión Como Fundamento de la Investigación Profesional.

- Cáp.: MEAD o un Paradigma para el Siglo. Angeloni Maria.

- Cáp.: J. Dewey, La Comprensión y el Método Experimental en la Lógica sobre los Asuntos Humanos. Editorial Humanitas, Buenos Aires, Argentina ,1995. MENDEZ, Rubén.

✚ Fassio Adriana. Curso de Responsables y Equipos Técnicos de Residencias y Centros de Día para Adultos Mayores. Año 2008. Sociología de las Organizaciones que Trabajan con Adultos Mayores. (Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional).

✚ Fernández Rocío – Ballesteros. Curso de Responsables y Equipos Técnicos de Residencias y Centros de Día para Adultos Mayores. Año 2008. Vejez con Éxito o Vejez Competente: Un Reto para Todos. Universidad Autónoma de Madrid España. Ponencias de las IV Jornadas de la AMG: Envejecimiento y Prevención. AMG, BARCELONA. Año 1998

✚ Goffman Erving. – Internados – Ensayos sobre la situación social de los Enfermos Mentales. Editores Amorrortu. BUENOS AIRES. MADRID. Año 2004.

✚ Golpe Laura Irene, Arias Claudia Josefina (Editoras). Cultura Institucional y Estrategias Gerontológicas (Primer Anuario del Simposium Argentina. De Gerontología Institucional). Ediciones Suárez. Año 2005.

✚ Lucí Maria del Carmen. Envejecer en un contexto de (DES) PROTECCION SOCIAL. Claves Problemáticas para Pensar la Intervención Social. Editorial Espacio. Año 2005.

✚ Mendicoa Gloria. Sobre Tesis y Tesistas. Lecciones de Enseñanza – Aprendizaje. Editorial Espacio. Año 2003.

✚ Minor Leonardo, Apunte de Curso de Responsables y Equipos Técnicos de Residencias y Centros de Día para Adultos Mayores. Año 2008. Institucionalizado.

✚ Monchietti A, Sánchez M, Krzemien D, Lombardo e, grupo de investigación: temas de psicología del desarrollo UNMDP. avance en la investigaron sobre pensamiento crítico en la vejez. Año 2005.

✚ Paola Jorge, Penas Liliana, Fernández Maria del Pilar y Otros. Construyendo el trabajo social con adultos mayores. Editorial Espacio. Año 2003.

✚ Piña Moran Marcelo. Gerontología Social Aplicada. Visiones Estratégicas para el Trabajo Social. Editorial Espacio. Año 2004.

✚ Salvarezza, L., "Psicogeriatría", Ed. Paidós, Buenos aires, 2a. Ed., 1993. Curso de Responsables y Equipos Técnicos de Residencias y Centros de Día para Adultos Mayores. Año 2008.

✚ Sánchez Carmen Delia. Gerontología Social. Editorial Espacio. Año 2005

✚ Strejilevich Leonardo. La Vejez. Aspectos Biopsicosociales y Técnico Políticos. Editorial. Víctor Hanne. Año 1998.

✚ Taylor y Bogdan. Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. La Búsqueda de Significados. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. Año 2007

✚ Travi Bibiana. La Dimensión Técnico – Instrumental en Trabajo Social. Reflexiones y Propuestas acerca de la Entrevista, la Observación, el Registro y el Informe Social. Editorial Espacio. Año 2006.

✚ Vasilachis Irene, Métodos Cualitativos I, los problemas Teóricos – Epistemológicos. Centro Editor de América Latina. Apunte de cátedra de investigación. Año 1992.

✚ Walker Graciela Goris. Apunte de Curso de Responsables y Equipos Técnicos de Residencias y Centros de Día para Adultos Mayores. Capítulo VII. Criterios Gerontológicos Consensuados y Desvalimiento Institucional del Equipo Profesional de las Residencias de Personas Mayores Privadas. Año 2008.

✚ Watzlawich P, Beavinbavelas I y Jackson D. Teoría de la Comunicación Humana. Editorial Herder. Año 1995.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CUERPO DEL TRABAJO	
PARTE I: MARCO TEÓRICO	
CAPÍTULO 1: LA VEJEZ.....	9
Principales características de la vejez.....	13
Tipos de envejecimiento.....	14
Eventos que afectan la vida en la vejez	18
Problemas de comunicación y soledad.....	24
Ajuste psicosocial de la vejez.....	25
CAPITULO 2: LAS INSTITUCIONES.....	33
Nociones generales sobre las instituciones.....	33
La institucionalización.....	36
Causas de institucionalización	37
Calidad de vida en la institución.....	39
Comprendiendo el accionar institucional.....	40
Percepción de la institucionalización.....	42
Síndrome institucional.....	46
Relación con los procesos de autonomía.....	46
CAPITULO 3: EL SERVICIO SOCIAL Y EL ADULTO MAYOR.....	49
Servicio social y la Gerontóloga.....	52
Intervención del trabajador social en una institución.....	55

PARTE II : MARCO EMPIRICO	60
Aspectos metodológico.....	61
Sistematización del trabajo de campo	66
Análisis marco referencial.....	67
Análisis marco institucional.....	67
Análisis e interpretaciones de datos.....	71
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	76
CONCLUSIONES.....	77
PROPUESTAS	84
ANEXOS.....	88
Tablas y gráficos.....	89
Entrevistas	96
Glosario.....	100
Bibliografía.....	102
Índice.....	106