

2019

Sexualidad en personas mayores institucionalizadas : un abordaje etnográfico desde la terapia ocupacional

Hoffmann, Camila

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

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/255>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Facultad de Ciencias de la Salud y
Trabajo Social

**SEXUALIDAD EN PERSONAS MAYORES
INSTITUCIONALIZADAS: UN ABORDAJE
ETNOGRÁFICO DESDE LA TERAPIA
OCUPACIONAL**

Tesis para optar por el título de Lic. en
Terapia Ocupacional

Por:

Hoffmann, Camila
Roselli, Ma. Florencia

05 de Septiembre de 2019

.....

Lic. Incaugarat, Florencia
Directora de Tesis

.....

Dr.Gil, Gastón Julián
Codirector de Tesis

.....

Hoffmann, Camila
DNI: 38.129.940
Tesista

.....

Roselli, Ma. Florencia
DNI: 37.847.111
Tesista

Agradecimientos

Agradecemos a Florencia y a Gastón por ayudarnos a transitar la última etapa de la carrera. Por brindarnos su tiempo y dedicación indispensables para que esta investigación pueda ser llevada a cabo.

Al Hogar de la ciudad de Tandil en el que se realizó el trabajo de campo y a las personas mayores por hacer posible esta experiencia, por su continua predisposición y compromiso.

A nuestras familias por el apoyo incondicional durante todos estos años de carrera. Por comprendernos, por hacer que nunca bajemos los brazos, por respetar nuestros tiempos y creer profundamente en nosotras.

Agradecemos a nuestras amigas de toda la vida que a pesar de la distancia estuvieron siempre presentes.

A las amistades que fuimos encontrando durante este camino por su escucha constante, por estar en las buenas y en las no tan buenas, por cada momento y aprendizaje compartido y por hacer más fácil la estadía lejos de casa.

ÍNDICE

Portada	1
---------	---

Índice	4
--------	---

Fundamentación	7
----------------	---

Estado actual	14
---------------	----

Marco Teórico	24
---------------	----

Capítulo I: Vejez	25
-------------------	----

1. Un acercamiento a los conceptos de vejez y envejecimiento.....	26
2. Prejuicios sociales acerca de la vejez.....	33
3. Otredad y vejez.....	38
4. Cambios físicos, psicológicos, sociales y culturales.....	39
5. Teorías acerca del envejecimiento.....	43
5.1. Teoría de la desvinculación.....	43
5.2. Teoría del apego.....	45
5.3. Teoría de la continuidad.....	46
5.4. Teoría de los roles.....	47
5.5. Teoría del desarrollo psicosocial.....	48
5.6. Teoría del ciclo vital.....	51
6. Derechos Humanos.....	55
6.1. Historia de los Derechos Humanos de las/los Adultos Mayores.....	56
6.2. Los Derechos Humanos de las/los Adultos Mayores en la actualidad.....	61
Referencias Bibliográficas.....	64

Capítulo II: Sexualidad Humana --- **69**

1. Definición de concepto.....	70
1.1. Dimensiones de la Sexualidad Humana.....	73
1.2. Factores socio-culturales de la sexualidad.....	75
2. Sexualidad en Tercera Edad.....	78
2.1. Mitos y prejuicios.....	78
2.2. Cambios en la sexualidad de las/los Adultos Mayores.....	83
2.3. Factores que influyen en la conducta sexual de las personas mayores.....	85
3. Derechos sexuales.....	89
3.1. Declaración aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología.....	89
4. Conductas sexuales en personas con demencia que permanecen institucionalizadas en Residencias de Adultos Mayores.....	95
4.1. Conducta Sexual.....	100
Referencias Bibliográficas.....	103

Capítulo III: Institucionalización --- **107**

1. Residencias de Adultos Mayores (RAM): establecimientos de larga estadía.....	108
1.1. Instituciones totales.....	110
2. Motivo de institucionalización.....	125
3. Aspectos claves para el diseño de las instituciones.....	128
3.1. Descripción de la infraestructura del Hogar donde se llevará a cabo la investigación.....	133
4. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados.....	138
Referencias Bibliográficas.....	144

Capítulo IV: Terapia Ocupacional --- **148**

1. Paradigma transcultural en Terapia Ocupacional	149
2. Terapia Ocupacional y Antropología.....	165

3. Terapia Ocupacional en Geriatría.....	177
4. Terapia Ocupacional y actividad sexual.....	183
Referencias Bibliográficas.....	185

Aspectos Metodológicos	189
-------------------------------	------------

Tema, problema y objetivos de la investigación.....	190
Tipo y enfoque de estudio.....	191
Diseño de estudio y población.....	192
Muestra, método de selección de la muestra y técnicas de recolección de datos.....	193
Referencias Bibliográficas.....	198

Resultados	199
-------------------	------------

1. Actividad sexual en adultos mayores institucionalizados.....	202
1.1. Percepción de la sexualidad por parte de las/los adultos mayores institucionalizados.....	217
2. Influencia de la institucionalización en el desarrollo y la expresión de la actividad sexual de las/los adultos mayores.....	220
3. Influencia de la actividad sexual en la calidad de vida de las/los adultos mayores institucionalizados.....	230
4. Importancia de la intervención de el/ la terapeuta ocupacional en una Residencia Geriátrica.....	233
5. Relevancia de los métodos etnográficos para la Terapia Ocupacional y las disciplinas de salud en general.....	239

Consideraciones Finales	250
--------------------------------	------------

Anexos	258
---------------	------------

Fundamentación

La siguiente investigación consiste en un trabajo etnográfico sobre las representaciones y prácticas sexuales de un grupo de adultos mayores institucionalizado. El mismo, apunta a conocer las formas en las que éstos expresan su sexualidad en el marco del funcionamiento de una institución total¹ tal como lo es un Geriátrico. Se trata de una investigación orientada, además, a proporcionar un conocimiento básico indispensable sobre esta problemática que pretende enriquecer las herramientas de intervención del terapeuta ocupacional sobre dicha población.

Desde una mirada antropológica se brindará particular importancia a la Terapia Ocupacional. Esta disciplina, es una profesión socio-sanitaria que se encarga de promover la salud, el bienestar y el funcionamiento a través de la implicación activa de las personas en ocupaciones. La misma aúna arte y ciencia, defiende una visión holística del sujeto y se centra en todas aquellas actividades que ocupan el tiempo de las personas y dan significado a sus vidas (Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Galicia – COTOGA, 2016). Es considerada teóricamente una disciplina “holística” que abarca todas las dimensiones del ser humano y la salud pero en la formación académica y en la práctica profesional se arraiga a saberes médicos hegemónicos que operan de modo universal. Por lo tanto, se cree esencial el aporte de la disciplina antropológica ya que constituye un insumo fundamental para pensar una Terapia Ocupacional holística e inclusiva. De igual modo, se considera imprescindible la utilización del método etnográfico para romper con esta universalidad en la cultura profesional que tiende a estigmatizar y naturalizar

¹Esta clase de institución puede definirse como “un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 1961, p.13).

etnocentrismos por parte de los agentes de salud, y así poder singularizar las intervenciones profesionales. No se busca anular las implicancias médicas/rehabilitadoras sino dar a conocer que hay otras dimensiones necesarias para lograr una intervención terapéutica satisfactoria tal como lo son los contextos sociocultural y político en los que se desempeña una persona. Con respecto a esto, Gil e Incaugarat (2018) aseguran que la disciplina antropológica, y en particular la densidad del método etnográfico, constituyen herramientas conceptuales indispensables para la formación de estudiantes de diversas carreras humanísticas o de profesionales en áreas como la salud. Y en este último caso, no es usual que la mirada antropológica forme parte de los saberes valorados e implementados por esos mismos profesionales, más habituados a confiar, por ejemplo, en la “ciencia médica” (p.38).

Por lo dicho anteriormente, se abordará a la Terapia Ocupacional desde el paradigma transcultural (Iwama, 2008), el cual en vez de centrarse en la patología del ser humano, se preocupa por la influencia del medio (social, cultural, político) y sus consecuencias en la vida cotidiana de las personas. Con esto, se anhela obtener una Terapia Ocupacional pertinente para cada una de las realidades, es decir, para cada cultura. La influencia de esta última es esencial ya que la sexualidad en conjunto es ideada socialmente, las culturas dan forma y contenido a las conductas, experiencias y actos sexuales en sociedad.

En los últimos años se ha producido un incremento acelerado en el porcentaje de personas mayores respecto al resto de la población. Datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC) registran que entre el año 1970 y 2010, el porcentaje de sujetos mayores de 65 años pasó del 7 al

10,23%. Asimismo, proyecciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) indican que hacia 2050 el 25% de la población argentina tendrá 60 años o más². Esta revolución demográfica se debe a diversos factores como el aumento de la esperanza de vida, la disminución en las tasas de fecundidad y los comportamientos migratorios.

Junto con el crecimiento de este sector poblacional se produjo un aumento de la institucionalización de este grupo etario y en consecuencia, la demanda que el mismo ofrece hacia los profesionales de la salud. En la mayoría de las Residencias el equipo de profesionales está compuesto por las siguientes disciplinas: Enfermería, Educación Física, Terapia Ocupacional y Psicología.

Las Residencias de Adultos Mayores (RAM) se presentan como una alternativa para habitar la ancianidad, se manifiestan ante los sujetos como sus nuevos “hogares” y por ende se convierten en el espacio en el que las personas despliegan su cotidianidad. Por lo tanto, dicho espacio termina convirtiéndose en un mundo social y culturalmente distinto al de “afuera” ya que los adultos mayores permanecen las 24 horas allí dentro. Ahora bien, es un mundo como el de “afuera”, en el cual hay un orden social, liderazgos, problemáticas, relaciones de amor y amistad, pero con la característica que se desarrollan en ese “adentro” que se limita a la infraestructura de la institución.

Hablar de sexualidad implica ahondar en una ocupación significativa para el hombre ya que constituye una actividad de la vida diaria sumamente importante para la persona (en este caso, el adulto mayor) como así también

² 6 de abril de 2014. Los adultos mayores siguen creciendo en Argentina. *Diario Popular*. Recuperado de: <https://www.diariopopular.com.ar/general/los-adultos-mayores-siguen-creciendo-argentina-n188265>

para el profesional que va a intervenir. Por este motivo, se cree necesario ampliar el conocimiento acerca de esta temática y su relación con la Terapia Ocupacional. Desde la misma, se intentan incluir todos los intereses e inquietudes posibles para realizar intervenciones satisfactorias. Asimismo, en ellas los/las terapeutas ocupacionales suelen omitir (tal vez por diversos motivos como falta de información, tabúes, temor, pudor) un área relevante para el diario vivir tal como lo es la sexualidad. Esta última, definida por Alzate (1974) como “el conjunto de condiciones estructurales, fisiológicas, comportamentales y socioculturales que permiten el ejercicio de la función sexual humana” (p.88), es inherente a la vida misma y en el hombre adquiere dimensiones diferentes a las de otros seres vivos. Por lo tanto, la sexualidad humana está compuesta por fenómenos funcionales y del comportamiento que están condicionados culturalmente y son independientes de la función reproductora.

Como se ha mencionado, el foco central de esta investigación se encuentra en investigar acerca de la sexualidad de las/los adultos mayores institucionalizados ya que es una problemática sanitaria que si bien posee un respaldo teórico desde diversos marcos de referencia de la profesión, a la hora de realizar intervenciones en la práctica y asumir el rol de terapeuta ocupacional en el área de la sexualidad se sigue produciendo un vacío fundamental para accionar. Dicho vacío es el resultado no sólo de la falta de información circundante sino también de las insuficientes investigaciones realizadas en esta área y de la escasa formación hacia los estudiantes con respecto a esta temática. Ello resulta paradójal dado que el área geriátrica es una de las que presenta mayor espacio de inserción laboral para los/las

terapeutas ocupacionales (más aún para los recién graduados) y en paralelo a dicha accesibilidad laboral se encuentra el vacío descrito con anterioridad. Por eso, todos estos interrogantes deben ser, en lo posible, clarificados para que la intervención desde esta disciplina sea lo más completa y holística posible, y acorde a las necesidades reales de cada sujeto.

Referencias Bibliográficas:

- Alzate, Helí (marzo, 1974). La sexualidad humana y el médico. *Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia*, Vol. 15., Num. 2.
- Gil, Gastón Julián e Incaugarat, María Florencia (2018) La mirada antropológica como parte de la formación de profesionales de la salud. Experiencias y reflexiones. *Praxis educativa*, Vol. 22, 37 – 46.
- Goffman, Erving (2001) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Amorrortu.
- Los adultos mayores siguen creciendo en Argentina (2014). *Diario Popular*. Recuperado de: <https://www.diariopopular.com.ar/general/los-adultos-mayores-siguen-creciendo-argentina-n188265>

Estado Actual

Luego de realizar una recopilación de documentos pertinentes al tema de investigación, se han hallado antecedentes en relación a la sexualidad de adultos mayores institucionalizados. A continuación se desarrollan los principales hallazgos en torno a dicha temática:

Cedeño, Tagle, Cortes y Vergara (2006) realizaron una investigación descriptiva a cargo de académicos del departamento de psicología de Tarapacá. La misma, se basó en el estudio de los prejuicios de la sexualidad y afectividad de los/las adultos mayores. Para la muestra de la investigación se seleccionaron personas pertenecientes a diferentes estratos socioeconómicos de grupos de jubilados. Por último, los resultados plantean que la sexualidad en personas mayores es un tema tabú y en la conclusión los autores señalan que se debe reflexionar acerca de la educación sexual de este grupo poblacional.

Maccarone y Maldonado (2007) realizaron un trabajo de investigación con el objetivo de indagar las representaciones sociales que sujetos de entre 20 y 60 años tienen respecto a la sexualidad en la vejez. El diseño que se utilizó fue descriptivo y de corte transversal, analizado cualitativa y cuantitativamente. La muestra seleccionada (no probabilística) estaba conformada por 60 personas de ambos sexos de la ciudad de Mar del Plata, quedando excluidos de la misma aquellos profesionales relacionados con la temática de la investigación. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas personalizadas y a través de una encuesta autoadministrable. En los resultados las autoras señalan que las representaciones sociales de la vejez están fuertemente arraigadas a la idea de que el deseo sexual disminuye o se transforma con la

edad y que el mismo está vinculado exclusivamente a lo orgánico, sin tener en cuenta la dimensión psíquica.

Minchilli (2011) llevó adelante un estudio donde plantea que la percepción de la vejez por parte de la sociedad está marcada por un conjunto de mitos y prejuicios, aprendidos por los procesos de socialización, que conllevan a considerarla una etapa de decadencia. A raíz de ello, se investigó de qué manera se puede repensar a la vejez, cómo influyen los estereotipos de la sociedad en esa etapa de la vida y qué alternativa se puede plantear para el desarrollo de una vida sexual satisfactoria y placentera durante la vejez. Se realizó un estudio descriptivo y cuantitativo. La muestra fue conformada por 40 adultos mayores de 65 a 68 años, de ambos sexos que asisten a la Mesa Coordinadora de jubilados y pensionados de la Nación de la provincia de San Luis. La técnica de recolección de datos residió en una entrevista estructurada. Por último, en el apartado de los resultados se destaca que la mayoría de las/los adultos mayores no han recibido información sexual y que el 70% de los entrevistados manifestó que el sexo tiene mucha importancia y que aún mantiene una vida sexual activa.

Celdrán, Fabà, Triadó y Villar (2013) realizaron una investigación que se basó en conocer la influencia de las percepciones sobre la sexualidad en la vejez que tienen los adultos mayores que viven en las instituciones y los profesionales que trabajan allí. El estudio fue de tipo exploratorio con un enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo) y el instrumento que se utilizó para la recolección de datos constaba en una entrevista de tipo semiestructurado que se le realizó a 100 residentes. El 83% de esa muestra mencionó que los

intereses y necesidades sexuales se mantienen en la vejez. Dentro de los comportamientos sexuales más comunes, se nombraron a la masturbación y a las relaciones afectivas como los besos, caricias y gestos de complicidad. También, el estudio arrojó como resultado la existencia de barreras para la expresión sexual en las residencias geriátricas. Las mismas se dividieron en internas (tabús, miedos o reglas morales) y externas (entorno institucional, disponibilidad de espacios y momentos de intimidad).

Pedraza (2014) publicó un artículo en la Revista chilena de Terapia Ocupacional (TO) sobre vejez y sexualidad. La autora parte de la idea de que la sexualidad y el envejecimiento son construcciones sociales y que éstas pueden influir en la expresión sexual de los adultos mayores. A su vez, explora las actitudes y posibilidades de acción de TO en esta área. Se concluye que los factores socio-políticos podrían generar situaciones de privación ocupacional y que los profesionales requieren trabajar sobre sus propios prejuicios para avanzar en intervenciones que tengan como base el empoderamiento de las personas y el respeto por la autonomía.

Mullo Medina (2015) llevó adelante un estudio explicativo, con enfoque cualitativo y método descriptivo- interpretativo. En el mismo, se interpretó qué significado tiene la sexualidad para los residentes de un centro de atención del adulto mayor. Se seleccionaron como muestra a 5 de ellos y se utilizaron 3 tipos de instrumentos: la entrevista a profundidad, notas de campo y la observación. Entre los resultados obtenidos, se destaca que la sexualidad para las/los adultos mayores es significado de una gran cantidad de constructos en base a su cultura, religión, estereotipos y educación. También, la investigación

da cuenta de que la población en cuestión no diferencia claramente los conceptos de sexualidad, sexo, genitalidad y coito.

Pavón, Soliverz, Fuentes, Gialini y Arias (2016) realizaron una investigación en la cual exploraron los significados asociados a la sexualidad en la vejez en tres grupos de edad: de 18 a 23, de 60 a 74 y de 75 a 84 años. Las autoras utilizaron un método mixto combinando técnicas cualitativas y cuantitativas. Se emplearon para la recolección de datos un cuestionario sociodemográfico y un instrumento de fases incompletas que indagaba aspectos de la sexualidad. La muestra estuvo constituida por 194 personas que incluían los tres grupos etarios mencionados con anterioridad. Los resultados arrojaron que los significados otorgados a la sexualidad en la vejez poseen una connotación más negativa en los jóvenes que en las/los adultos mayores y que hay un mayor prejuicio hacia el ejercicio de la sexualidad que hacia el amor romántico en los tres grupos de edad.

Coppero, Morales y Quiroga Pita (2017) llevaron a cabo una investigación sobre las percepciones acerca de la sexualidad en la vejez y su relevancia en la vida cotidiana para las personas mayores. Se realizó un tipo de estudio exploratorio, con un diseño no experimental – transversal y con un enfoque cualitativo. La muestra estuvo conformada por 18 personas mayores de sexo femenino en un rango de edad entre 60 a 75 años, que participaban de actividades socio-preventivas en el Centro de Jubilados “Fe, esperanza y dignidad” y en el Centro de Jubilados del sindicato de empleados de comercio (OSECAC) en la ciudad de Mar del Plata. Los instrumentos de evaluación fueron un cuestionario sociodemográfico y una entrevista participativa. Los

resultados del cuestionario arrojaron que la mayoría de las personas mayores vive con una pareja o con sujetos con los que comparten algún lazo familiar, están jubiladas y realizan actividades de ocio y recreación. En cuanto al análisis de la entrevista participativa, se observa que la mayoría de los sujetos de la muestra asocia la sexualidad exclusivamente con la dimensión biológica. En contrapartida, también se obtuvieron respuestas que evidencian una mirada integral que incluye una variedad de dimensiones en el significado de sexualidad y no solo el acto sexual, también se mencionaron los besos, abrazos, caricias y miradas. Como conclusión y de acuerdo a las respuestas que fueron obtenidas en el transcurso de la investigación, las autoras plantean dos líneas de acción de la Terapia Ocupacional. En primer lugar, aquella directamente relacionada con la intervención en la población de personas mayores y su entorno, y en segundo lugar una propuesta vinculada a la formación de grado de futuros terapeutas ocupacionales.

Además de los hallazgos descritos con anterioridad, se cree fundamental hacer referencia a los antecedentes encontrados entre la investigación etnográfica y el campo de la salud. Los principales hallazgos obtenidos son los siguientes:

Lawlor (2003) en uno de sus trabajos señala la necesaria transformación que ocurre cuando los profesionales de la salud adoptan métodos de investigación cualitativos y se convierten en investigadores etnográficos. Señala que los mismos deben realizar un cambio de mirada que reside en pasar de un enfoque clínico a una lente etnográfica. Para fundamentar lo anterior, la autora propone la metáfora de la mirada que hace referencia a maneras de conocer y percibir una posición particular hacia el mundo.

Considera fundamental la interrelación entre la teoría y la práctica y señala que tanto en la etnografía como en la clínica, el ojo es guiado por una “agenda que incorpora sensibilidades teóricas dirigidas hacia donde se debe mirar” (p.5). A lo largo del texto se menciona que los/las terapeutas ocupacionales han sido descritos como etnógrafos de su propia práctica ya que la etnografía tiene que ver con la cotidianidad y está dirigida hacia la comprensión de cómo la gente vive sus vidas. Además, dicha profesión tiene cada vez más presente la influencia de los factores socio-culturales en el significado y la experiencia de vida particular de cada persona. De esa forma, las vidas de los sujetos de estudio serán apreciadas tal y como son vividas en ese contexto en particular.

Desde una perspectiva antropológica, Zango Martín y Moruno Millares (2013) cuestionan la base conceptual de la Terapia Ocupacional y plantean una reflexión sobre cómo es posible articular la construcción del conocimiento de esta profesión para que sus postulados se desarrollen acorde a una perspectiva intercultural. Se propone el desarrollo de una Terapia Ocupacional descolonizante -que no imponga sus criterios sometiendo a las cosmovisiones de diferentes contextos culturales- y descolonizada -que logre articular su discurso y praxis con una identidad propia-. Los autores plantean la importancia de valorar e integrar la cosmovisión de las personas de distintos contextos culturales, así como analizar críticamente los principios teóricos y prácticos de la disciplina.

Sepilli (2000) en un capítulo del libro “Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina” hace referencia a los factores culturales en salud. Considera necesario que se produzca un crecimiento de las investigaciones de la antropología médica. Frente a esta necesidad y al revisar el proceso de

institucionalización de la misma, el autor juzga su atraso en las estructuras universitarias y servicios sanitarios, los cuales se encuentran encasillados en modelos biomédicos. Sepilli aspira a que con el correr del tiempo las prácticas y la formación de los profesionales de esta área se ajusten a factores contextuales de cada vida en particular. Es decir, la estrategia subyacente en el uso de la investigación antropológica está destinada a sustentar científicamente la programación de las intervenciones sobre los problemas de la salud, a apoyar una conciencia científica de masa y a lograr una utilización lo más racional posible de los servicios y los recursos sanitarios.

Referencias Bibliográficas:

- Cedeño C., T, Cortes C., P. & Vergara C., A. (2006). *“Sexualidad y afectividad en el adulto mayor”*. Universidad Austral de Chile.
- Coppero, A., Morales, A. & Quiroga Pita, N. (2017). *Percepciones acerca de la sexualidad en la vejez y su relevancia en la vida cotidiana de las personas mayores*(Tesis de pre grado). Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social.
- Lawlor, Mary C. (2003) “Gazing Anew: The Shift From a Clinical Gaze to an Ethnographic Lens”. En *The American Journal of Occupational Therapy*, 57 (1), pp. 29 – 39.
- Maccarone, S. V. & Maldonado, C. L. (2007). *Representación social de la sexualidad en la vejez*. Tesis de grado para acceder a la Lic. en Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de psicología.
- Minchilli, M. C. (2011). *Mitos y/o prejuicios sobre la sexualidad de los Adultos Mayores*. Trabajo final de investigación de la Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología.
- Mullo Medina, Mónica. *Significado de la Sexualidad en los Adultos Mayores de un Centro de Atención del Adulto Mayor*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, E.A.P. de Enfermería. Lima, Perú 2015.
- Pavon, M., Soliveréz, C., Fuentes, M. L., Gualini, F., & Arias, C. (2016). *Significados asociados a la sexualidad en la vejez en tres grupos de edad*. Mar del Plata.

- Pedraza R., Tamara. (2014). Vejez y sexualidad: reflexiones para la práctica de Terapia Ocupacional. *Revista Chilena de TO*. Vol14, n°2.
- Sepelli, Tulio (2000). De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación. En Enrique Perdigueró & Josep Comells (eds) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona: Bellaterra.
- Villar,F., Triadó, C., Celdrán, M. & Fabà, J. Sexualidad y personas mayores institucionalizadas: la perspectiva del residente y la perspectiva del profesional. Universidad de Barcelona.
- Zango Martín, Inmaculada & Moruno, Pedro (Enero – abril, 2013) “Aportaciones a la etnografía doblemente reflexiva en la construcción de la terapia ocupacional desde una perspectiva intercultural”. *Revista de Antropología Iberoamericana*. Vol. 8, N° 1, pp. 9 – 48.

Marco Teórico

Capítulo I: Vejez

“Nadie es viejo porque nació hace mucho tiempo o joven porque nació hace poco. Somos viejos o jóvenes en función de cómo entendemos el mundo, de la disponibilidad con la que nos dedicamos curiosos al saber, cuya conquista jamás cansa y cuyo descubrimiento jamás nos deja pasivos e insatisfechos.”

Freire, Paulo.

1. Un acercamiento a los conceptos de vejez y envejecimiento.

Cada vez es más creciente la proporción de adultos mayores en nuestro país. Según el Censo del año 2010, Argentina se encuentra entre los países más envejecidos (10,2% de población adulta mayor) de América Latina. En cuanto a la provincia de Buenos Aires, los datos obtenidos por el INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censo) reflejan el incremento de la población envejecida. Tomando como referencia dos ciudades de la provincia se contempla dicho crecimiento. Por un lado, en el partido de Tandil los datos arrojados en el año 2010 indicaron que la ciudad está conformada por 123.871 habitantes y el 13% de ese total corresponde a personas de 65 años o más (16.075 habitantes)³. Por otro lado, en la ciudad de Mar del Plata, se obtuvieron resultados que indican que es la ciudad más envejecida del país y se la considera un “polo gerontológico” por tener el 19,4% de su población conformada por personas mayores⁴. Para establecer un límite estadístico a nivel poblacional es preciso mencionar que se considera como ancianos a las personas mayores de 60 o 65 años.⁵

Según Mishara y Riedel (1999), la vejez es una etapa de la vida en la que sobrevienen una serie de cambios que se organizan en torno a ciertas características de orden físico, biológico, psicológico, social y económico; estos aspectos parecieran influir sobre los pensamientos, sentimientos, creencias, valores, actitudes, conductas y en la personalidad de la persona adulta mayor.

³ 30 de enero de 2015. La población de Tandil creció el 14,6% entre los censos de 2001 y 2010. *El Eco de Tandil*. Recuperado de: <https://www.eleco.com.ar/interes-general/la-poblacion-de-tandil-crecio-el-14-6-por-ciento-entre-los-censos-de-2001-y-2010/>

⁴ 26 de diciembre de 2017. Mar del Plata envejece: el 25,8% de los habitantes tiene más de 60 años. *La Capital*. Recuperado de: <http://www.lacapitalmdp.com/mar-del-plata-envejece-el-258-de-los-habitantes-tiene-mas-de-60-anos/>

⁵ Aguirre, C., Martínez, H. y Mitchell, M. *Manual de medicina preventiva y social I. Salud del adulto mayor: geriatría y gerontología*. Unidad n°5 (4-6).

Otros autores, en este caso Dulcey y Valdivieso (2002), exponen que la vejez es un estado de la vida que hace referencia a la última etapa del ser humano, al estado de una persona que por razones de aumento en su edad sufre una decadencia biológica en su organismo.

Diversos criterios son tenidos en cuenta a la hora de definir este concepto. Algunos de ellos son:

- Cronológico: definición en función de la edad del sujeto.
- Biológico: asociado al desgaste de órganos y tejidos. Marcaría el comienzo de la vejez cuando este deterioro se hace perceptible.
- Funcional: relacionado con la pérdida de funciones, tanto físicas como psíquicas e intelectuales, es decir, equipararía a la vejez con la enfermedad.
- Socio – Laboral: la vejez empieza cuando el sujeto se jubila. Se considera la jubilación como la transición a la última etapa de la vida.
- Etapa vital: reconocimiento de que el paso del tiempo produce efectos en la persona. La vejez, según este criterio, constituye un período que posee una realidad propia y diferenciada de las anteriores, limitada únicamente por las condiciones objetivas externas y por las subjetivas del propio individuo.

En cuanto al envejecimiento, es considerado un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) este último es “el proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida. En los últimos años, éstos producen una limitación de la adaptabilidad del organismo

en relación a su medio. Los ritmos a los que esos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en los distintos individuos no son iguales”⁶. Por lo tanto, el envejecimiento es un proceso dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores.

Zetina, M. (1999) habla de la necesidad de ver a este proceso desde diversas perspectivas y por ello plantea seis enfoques diferentes para poder describirlo:

- Enfoque biológico: lo define como un “proceso asociado a la disminución de la eficiencia del funcionamiento orgánico que lleva a la muerte” (p.28). Dentro del mismo, plantea dos tipos de envejecimientos que están atravesados por diferentes variables. El primario, que está atravesado por la herencia, por cambios inevitables. Y el secundario, por las enfermedades, traumas y caídas.
- Enfoque demográfico: expone que el envejecimiento está determinado por las edades y a su vez presenta diferencias en cuanto al género.
- Enfoque socioeconómico: asociado con el fin de la etapa productiva, con la jubilación. Esta última va a ser quien determine el acceso a la salud, la posición social y la calidad de vida de las personas mayores.
- Enfoque sociocultural: la forma en que es visto el envejecimiento depende de cada cultura, del tipo de sociedad y de los estereotipos que se hayan ido formando.

⁶ Organización Mundial de la Salud. Organismos internacionales y envejecimiento (2009).

- Enfoque familiar: describe cómo las personas mayores se separan de su núcleo familiar (sus hijos ya forman su propia familia y deciden vivir en otro hogar), comienzan a sentirse discriminados y esta situación se agrava por la viudez. Por esto, Zetina propone formar núcleos familiares y sociales en donde se generen vínculos que permitan disminuir el aislamiento y la soledad.
- Enfoque psicológico: tiene en cuenta que si bien la persona mayor se encuentra atravesada por la pérdida de función o de un rol social, también es de suma importancia considerar la experiencia adquirida y los logros obtenidos a lo largo de la vida, para que esta pueda encontrar la satisfacción en su propio envejecer.

Resulta complejo esbozar una única definición de estos conceptos ya que son explicados por diversos autores y vividos por las/los adultos mayores de múltiples maneras. Desde el enfoque antropológico que se pretende brindar en esta investigación es necesario aclarar varias cuestiones. En primer lugar, sería un error considerar únicamente como factor determinante para saber si una persona es adulta mayor o no a los años. En la actualidad, los avances en la biomedicina han permitido que la longevidad sea una de las características más importantes de los tiempos modernos. Así, son cuestionadas que tan allegadas a la realidad son las definiciones que afirman que a partir de los 60/65 años un sujeto se considera viejo. Cuando la longevidad empezó a ser cada vez más frecuente en diversas sociedades, la vejez comenzó a adquirir otra significación socio – temporal. Por lo tanto, la distancia entre la adultez y la muerte es cada vez más amplia y la frontera entre ellas ya no resulta biocronológicamente muy clara. Neugarten (1999) afirma que la edad se

tornará cada vez menos importante como factor a la hora de distinguir entre personas adultas y adultas mayores.

Como se menciona luego en el apartado metodológico, el método utilizado en esta investigación es el trabajo de campo. Por lo tanto, es necesario brindar una idea general del mismo aunque más adelante será explicado con mayor detalle. El campo es considerado como la conjunción entre un ámbito físico, actores y actividades, compuesto no sólo de fenómenos observables, sino también de los significados que los actores le asignan a su entorno y a las acciones que los involucran (Guber, 2001). Cabe aclarar que ya se ha efectuado una aproximación al mismo. El acceso preliminar al campo es de suma importancia para articular la teoría expuesta en este capítulo y en los siguientes con determinadas situaciones, actitudes, relaciones y conductas observadas en lo empírico.

Un dato importante que se vincula con lo que plantea Neugarten sobre el factor edad cronológica como único determinante para considerar a un sujeto viejo, se observó en la Residencia donde se lleva a cabo esta investigación al revisar las historias clínicas⁷ de las/los adultos mayores. Al contemplar la primera página de cada una de ellas pudo leerse la edad de las/los residentes de la institución. La gran mayoría tiene 75 años o más. Varios días después de la lectura de esa documentación, surgió una charla durante la merienda donde algunos sujetos contaban hechos a partir de los cuales comenzaron a sentirse viejos. Una mujer de 87 años contó que cuando hace varios años la artrosis avanzó en ella comenzó a “conocer la vejez” y sentirse “dependiente” por no

⁷La historia clínica es un documento obligatorio y necesario en el desarrollo de las prácticas de atención sanitarias de personas humanas y tiene diversas funciones que la constituyen en una herramienta fundamental de un buen desarrollo de la práctica médica (Carmelo,2016).

poder caminar. A partir de ese relato, varios adultos mayores también contaron sus experiencias respecto a la aparición de una enfermedad como detonante de la vejez. Casi finalizando la charla, otra residente comentó que ella no se sentía vieja por tener 85 años y que lo único viejo era su cuerpo. A raíz de estos relatos se pretenden analizar dos cuestiones. Por un lado, la idea de que la vejez definida a partir de los 60/65 años en la actualidad es irrelevante para la mayoría de las personas y la misma deja a un lado la dimensión subjetiva de cada adulto mayor. En la actualidad es evidente que la longevidad ha aumentado en gran medida y según los testimonios brindados por los residentes, puede contemplarse que los mismos comenzaron a sentirse viejos luego de esa edad "límite" establecida en la definición. Por otro lado, el hecho de que gran parte de los sujetos de la institución atribuían el comienzo de su vejez a la aparición de una enfermedad y no exclusivamente a un factor numérico tal como lo es la edad.

En segundo lugar, el envejecimiento es considerado un proceso dinámico y heterogéneo, pero no solo a nivel individual; como proceso histórico- social también lo es. Cada cultura manifiesta sus propios patrones, cada época y momento histórico configura modelos de envejecimiento y vejez. Dentro de ello, se cree que es en la sociedad post- industrial o moderna donde el envejecimiento de la población adquiere su mayor complejidad ya que se encuentra atravesando numerosos cambios sociales del siglo pasado. De esta manera, la población envejece y la sociedad también dentro de un contexto caracterizado por diversos cambios a nivel familiar, económico (trabajo- jubilación), político, ambiental que inciden en las condiciones- económicas y de salud- en que una persona llega a la vejez: cómo vive, el grado de participación

social y comunitaria de las/los mayores y de las instituciones vinculadas a este grupo.

Al abordar la conceptualización de vejez, en los profesionales de la salud prevalece una mirada reduccionista anclada en la biomedicina la cual realiza, en la mayoría de los casos, intervenciones rehabilitadoras centradas y fraccionadas en el deterioro físico del sujeto. Se cree entonces, que la vejez entendida como un período de la vida y como parte del proceso mismo de envejecimiento, ocurre en un sujeto particular y único, por lo cual es imposible generalizar a partir de los cambios que suceden sólo a nivel corporal de una persona. Hay otras tantas dimensiones en las cuales influye dicho proceso tales como los esquemas mentales, creencias, valores, personalidad, roles, entre otros. Es decir, cada uno construye su propio proceso de envejecimiento de acuerdo a la manera subjetiva en que ha vivido (autobiografía) y con la imprescindible influencia de los contextos sociales, históricos y económicos en los que se ha desarrollado.

Por último, se cree necesario reflexionar con respecto a las estáticas categorizaciones y rangos de edad en que se suele segmentar el curso vital de un sujeto y sobre las consecuencias que tiene el aumento de la longevidad en la población. Se debe aspirar a elaborar un nuevo cuadro teórico que potencie el envejecimiento y con ello lograr una reconceptualización de los conceptos anteriormente descritos.

2. Prejuicios sociales acerca de la vejez.

Cuando se habla de vejez inmediatamente se hacen evidentes los prejuicios y estereotipos que tiene la sociedad acerca de la misma. Éstos, se adquieren tempranamente en la niñez y se van “enriqueciendo” con el correr de los años.

Los prejuicios se definen como actitudes negativas hacia un grupo social o hacia una persona percibida como miembro de ese grupo. El prejuicio está formado por tres componentes: cognitivo (creencias), afectivo (emociones) y comportamental (conducta). Aunque exista cierta correlación entre ellos, estos tres componentes son relativamente independientes y por lo tanto, implican medidas diferentes (Brigham, 1971).

Los estereotipos han sido a menudo conceptualizados como representantes del componente cognitivo del prejuicio (Dovidio, Evans & Tyler, 1986). Un estereotipo es una característica asociada a una categoría cognitiva que es utilizada por los perceptores para procesar información sobre el grupo o miembros del mismo. Gaertner (1973) lo definió como un conjunto comprimido de creencias consensuadas sobre las características de una colectividad en particular. Por otro lado, Brigham considera que los estereotipos son “generalizaciones hechas sobre un grupo étnico, concernientes a la atribución de rasgos, que es considerada como injustificada por un observador” (1971, p.15).

Las representaciones sociales con respecto a esta temática fueron cambiando con el paso del tiempo. Siguiendo a Moscovici (1986), éstas son supuestos, teorías y conceptos que el colectivo social utiliza para interpretar la

realidad. Las personas que forman parte del mismo, modifican y reelaboran dichos conceptos instrumentándolos en su vida cotidiana. Por lo tanto, a lo largo de la historia de la cultura y las civilizaciones han surgido duraderas opiniones, evaluaciones y juicios sobre la vejez. Estas evaluaciones han traído consigo tradicionales estereotipos positivos o negativos sobre diversos ámbitos de la realidad y circunstancias de la vida de las personas mayores (personales, sociales, físicos, conductuales, afectivos, mentales).

A lo largo de la historia las representaciones sociales sobre la vejez han fluctuado entre dos extremos polares, uno de ellos positivo y el otro negativo. El primero, hace referencia al viejo como sabio cargado de experiencias, de alto estatus social, merecedor de un gran respeto y con una clara posición de influencia sobre los demás. Por ejemplo, como afirma Barash (1994) en las culturas orientales y en las comunidades indígenas, ésta se vuelve una parte muy importante de la sociedad porque las personas mayores son quienes poseen la sabiduría, el conocimiento y se les atribuyen diferentes habilidades como el curar o predecir. El segundo, destaca la vejez como un estado deficitario donde se producen pérdidas significativas y cambios irreversibles. Matras (1990) resume dicha valoración negativa con los siguientes rasgos: físicamente disminuido, mentalmente deficitario, económicamente dependiente, socialmente aislado y disminución de su estatus social.

La mayoría de las personas jóvenes proyectan en los adultos mayores su propio envejecer, ven todos los cambios biológicos, psíquicos y sociales como algo totalmente negativo y por eso toman una actitud de rechazo frente a los mismos. Fernández Ballesteros (1992) realizó un estudio en el que utilizó como método de evaluación un cuestionario con estereotipos negativos sobre

la vejez, y a partir de éste llegó a la conclusión de que existe una percepción desfavorable sobre la misma en todos los grupos de edad. La mirada y las actitudes negativas de la sociedad hacia las/los adultos mayores forman parte de lo que Salvarezza (2002) denomina “viejismo”. Este último es una conducta compleja, determinada por la población para devaluar consciente o inconscientemente el estatus social de la ancianidad. Significa rechazo, tendencia a la marginación, temor, desagrado y demás actitudes de gran parte de los sujetos que conforman la sociedad que actúan en conjunto y operan discriminando a la persona que envejece.

Actualmente, en el imaginario social⁸ argentino se encuentra un cúmulo de ideas negativas con respecto a la vejez y el envejecimiento que perjudican la inserción del adulto mayor en la sociedad. Éstas, no surgen azarosamente sino que son la clara consecuencia de la sociedad a la que pertenece este grupo etario: una comunidad basada en la productividad y el consumo, con enormes avances tecnológicos. Tal es así, que la jubilación actúa como límite central, dejando afuera de este círculo productivo a todas aquellas personas que entre los 60 y 65 años acceden a jubilarse y que pasan a formar parte del grupo denominado “pasivo”.

Una de las ideas más frecuentes es asociar la vejez con la enfermedad. Es cierto que muchas personas mayores desarrollan enfermedades crónicas como la diabetes, artrosis, artritis, enfermedades cardíacas, entre otras; y que éstas en la mayoría de los casos se desencadenan con los años y producen la

⁸Es definido como “las representaciones (mitos, memorias, arquetipos) que una determinada sociedad o comunidad tiene de sí misma y de otras. A través del imaginario social una comunidad designa su identidad; elabora una representación de sí misma, marca la distribución de los papeles y los roles sociales, expresa e impone ciertas creencias, etc.” (Salvarezza, 1998).

disminución de la capacidad funcional, de la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria (AVD)⁹. También es necesario afirmar que la enfermedad puede aparecer en cualquier etapa de la vida, no hay una edad fija para la aparición de la misma. Mientras personas jóvenes y aún niños padecen diversas enfermedades, muchos adultos mayores son saludables. Es decir, se puede llegar a la ancianidad sin problemas físicos, intelectuales, mentales y todo ello depende del estado previo que mantenga un sujeto y la calidad de vida del mismo. Esta última, es entendida por la Organización Mundial de la Salud (2005) como la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales. Se pretende dejar claro que la enfermedad no es exclusiva del grupo en cuestión como tampoco lo es la salud de la juventud. Por lo tanto, la calidad de vida de un sujeto no depende de un factor numérico que recaer en la edad sino de la forma en que la persona ha vivido y vive en la actualidad, atravesado por cambios inevitables que ocurren en el proceso de envejecimiento.

Otro concepto negativo en relación a la tercera edad a desarrollar es el de sexualidad. Hay un sector muy amplio de la sociedad que cree que los viejos carecen de ella porque la asocian exclusivamente con la genitalidad y la

⁹ Las AVD son aquellas actividades orientadas a hacerse cargo del propio cuerpo (AOTA, 2002), que incluyen 11 categorías de actividades: 1)baño/ducha; 2)control de esfínteres intestinal y 3)vesical; 4)vestido; 5)alimentación; 6)movilidad funcional; 7)cuidado de los dispositivos personales; 8)higiene y aseo personal; 9)actividad sexual; 10)sueño/descanso; 11)higiene en el baño. Son universales, están ligadas a la supervivencia y condición humana, a las necesidades básicas, están dirigidas a uno mismo y se automatizan tempranamente con el fin de lograr independencia personal (Willard&Spackman, 2005).

procreación cuando ello es sólo una dimensión de la misma. La sexualidad atraviesa a todas las personas: niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores. Lo que varía según las diversas etapas de la vida son los objetivos y la forma de desarrollarla y disfrutarla. Cuando se decidió que el tema de investigación era la sexualidad de las/los adultos mayores institucionalizados se cristalizó esta concepción negativa detallada anteriormente. Al contarles la temática a familiares, amigos, compañeras de facultad e incluso a los dueños del hogar donde se iba a realizar el trabajo de campo surgieron preguntas como: ¿Las/los adultos mayores tienen sexualidad? ¿Siguen teniendo relaciones sexuales? ¿Cómo van a hacer para investigar sobre el sexo en la vejez? ¿Cómo van a abordar esa temática si es tabú para la mayoría? Estos interrogantes demuestran el concepto erróneo de sexualidad que tienen la mayoría de las personas.

Por último, la vejez suele ser sinónimo de aislamiento. Las/los adultos mayores tienen relaciones sociales y diversos lazos como cualquier persona, están rodeados de familiares, amigos, pareja. Es cierto que en esta etapa predominan varios cambios propios del proceso de envejecimiento (duelos por el fallecimiento de personas queridas, institucionalizaciones en residencias, transformaciones en el cuerpo) y que no todos los sujetos tienen la contención y el apoyo necesario para poder superarlos. A raíz de ello, las/los adultos mayores se encuentran vulnerados y esto puede conducir al aislamiento y luego culminar en depresión. Cabe aclarar que si bien hay personas que se encuentran aisladas, no se debe universalizar y encasillar a todos los sujetos viejos como seres aislados y solitarios.

3. Otredad y vejez.

La relación nosotros- otros se ha constituido como pilar de la teoría y la práctica antropológica, siendo una de sus categorías centrales la noción de otredad. Esta última, implica un reconocimiento y formas de lectura de la diferencia, de aquello que aparece como “extraño”, que se juega tanto en procesos de adscripción identitaria a un colectivo “nosotros” como en dinámicas de distinción de “otros” grupos humanos¹⁰. En tal sentido, y en relación a la construcción social de la vejez, la diferencia aquí es categorizada a raíz de todos los estereotipos y prejuicios detallados anteriormente. Por lo tanto, la diferencia reside entre un “nosotros” joven, con vitalidad, activo, con buena salud física, psicológica e intelectual y un “otro” viejo, enfermo, pasivo y con deficiencia que no entra en los cánones del grupo anterior. Skliar (2002) dice al respecto:

“La presunción de que la deficiencia es, simplemente un hecho biológico y con características universales, debería ser, una vez más, problematizada epistemológicamente: comprender el discurso de la deficiencia, para luego revelar que el objeto de ese discurso, no es la persona que está en silla de ruedas o el sujeto que usa una prótesis auditiva, o aquella que no aprende según el ritmo y la forma como la norma espera, sino los procesos históricos, culturales, sociales y económicos que regulan y controlan el modo a través del cual son pensados e inventados los cuerpos, las mentes, el lenguaje, la sexualidad de

¹⁰Tello, C.B. (2017). *Antropología e intervención social desde la formación en trabajo social*. La Plata, Buenos Aires. Editorial de la Universidad de la Plata.

los otros. Para expresarlo más contundentemente, la deficiencia no es una cuestión biológica, sino una retórica cultural. La deficiencia está relacionada con la idea misma de la normalidad y su historicidad". (p.118)

De esta manera, se aspira a diluir dichas generalizaciones en cuanto a la vida de este sector poblacional ya que la característica principal del mismo es la heterogeneidad ("vejeces"¹¹) con la que viven cada uno de las/los adultos mayores que lo conforman. Es imprescindible dejar a un lado todas estas ideas negativas que constituyen el imaginario colectivo ya que el lugar que la sociedad le otorga al proceso de envejecimiento influye desfavorablemente en la manera particular de vivir de cada sujeto.

4. Cambios físicos, psicológicos, sociales y culturales.

El envejecimiento es entendido como un proceso hacia la vejez y muchos autores estudiaron esta cuestión utilizando el término mediana edad. Salvarezza (1992) explica que ésta comprende desde los 45 hasta los 65 años y de ella dependerá en gran parte, el tipo de envejecimiento que se obtenga.

Los cambios que se atraviesan para llegar a la vejez según este autor tienen que ver con el aumento de la interioridad, donde se comienza a perder el interés, las emociones y los afectos para con los objetos y personas del mundo exterior y se dirige la atención hacia el mundo interno. Según él hay dos caminos que pueden tomarse. El primero es la nostalgia, donde la persona

¹¹Salvarezza (1998) utiliza el término "vejeces" para referirse a las diversas formas de envejecer que se producen en los miembros de una misma sociedad.

queda anclada a su pasado y hay una imposibilidad de integrar sus experiencias y de elaborar satisfactoriamente los duelos. Por lo tanto, no puede investir nuevos objetos de amor, lo que hace que llegue a la desesperación. El segundo camino es la reminiscencia, en donde se elaboran satisfactoriamente los duelos y la persona puede investir nuevos objetos de amor, consigue enlazar el pasado con el presente y proyectar hacia un futuro, en este caso logrando una integridad. Entonces, la interioridad sucede cuando el sujeto se confronta con las distintas transformaciones, pérdidas y duelos que implica la vejez, replegándose a sí mismo para ver qué le está ocurriendo ya que tiene una mirada de sí que no coincide con la imagen negativa que le devuelve el otro. Por otro lado, tenemos el cambio en la percepción del tiempo, ya no se piensa en todo lo que se ha vivido sino en lo que falta vivir y, es aquí, donde comienzan las dificultades para situarse en su propia edad (Neugarten, 1970). El último que menciona Salvarezza es el que está relacionado con la personificación de la muerte, donde el óbito de personas cercanas se vuelve una posibilidad real para ellos mismos. Se comienza a percibir la muerte mucho más cerca a comparación de cómo se la percibía en edades más tempranas. Este autor se refiere a los cambios mencionados anteriormente como rasgos intrapsíquicos, y resalta que los dos últimos pierden relevancia o más bien desaparecen cuando la persona llega a la vejez, al contrario del primero que se incrementa cada vez más.

El atravesar esta última etapa supone una serie de cambios a nivel físico, psicológico y social que son propios e inevitables. En primer lugar, los más evidentes tienen que ver con el aspecto físico, con los cambios en las estructuras y funciones del organismo. La piel comienza a perder hidratación y

elasticidad por lo que aparecen las arrugas, el pelo se vuelve blanco. Por lo general, hay una disminución de las habilidades motrices, auditivas y oculares además de un enlentecimiento en las respuestas adaptativas frente a distintos estímulos. Más específicamente en lo que respecta a la sexualidad, también se producen una serie de cambios tanto en las mujeres como en los varones. En las primeras, se genera la pérdida de secreción vaginal y una disminución de tamaño de todos los órganos que conforman el aparato genital femenino; y en los hombres, también existe pérdida del tamaño de todas las estructuras que constituyen su aparato genital y una disminución de la secreción. La búsqueda de placer suele encontrarse en cosas más simples como las caricias, los besos y las miradas.

En la actualidad, pareciera que envejecer es un proceso que depende exclusivamente de los cambios fisiológicos y biológicos que atraviesa el organismo. Por más que no se adhiera a esta idea, es inevitable reconocer que hay un conjunto de significaciones que se le atribuyen al cuerpo. En la sociedad post- industrial existe un verdadero culto con respecto a este tema. Aquellos cuerpos que no se ajustan a los atributos considerados deseables o positivos son estigmatizados socialmente. Estos atributos, tienen que ver con un valor social del cuerpo como productivo, fértil y joven; valioso socialmente por poseer o generar bienes, riqueza o vida. Todas estas ideas sobre la vejez generan la marginación de las/los adultos mayores. Ésta, se produce no sólo por la mirada de los demás sino porque ellos/as interiorizan dicho discurso social y se convencen de que, al no ser igualmente productivos que antes (en el mercado laboral y en la reproducción biológica), al presentar arrugas y canas

o tener una disminución en las habilidades motoras, se han convertido en seres menos valiosos de forma que terminan por autosegregarse.

Otro cambio se produce a nivel psicológico. Éste, se manifiesta en las funciones cognitivas y afectivas. La persona mayor sufre un enlentecimiento de los procesos mentales y modificaciones en la memoria, al igual que en la forma de aprendizaje. Se ve afectada la capacidad visoespacial, las funciones ejecutivas y el pensamiento abstracto. En lo que respecta a las funciones afectivas, suelen aparecer en la persona percepciones negativas acerca de sus posibilidades. Esto hace que surjan trastornos en el ánimo implicando una mayor demanda de motivación o estimulación para el realizar tareas que eran familiares y placenteras, y que se las han dejado de practicar por creer que no son capaces.

Por último, en el aspecto social la persona mayor sufre cambios importantes en sus roles y a esto se le suma la mirada de la sociedad para con ellos. Aparece la jubilación y con ella un sentimiento de tristeza, dejan de ser productivos para la sociedad, dejan de ser activos. Comienzan a perder los contactos sociales, se aíslan, aunque si mantienen una red de contacto (por más mínima que sea) va a ser muy importante para su bienestar. Entonces hay cambios en el rol individual, en el laboral y a su vez en el rol que cumple dentro de la sociedad en la que se desenvuelve. El objetivo será buscar nuevos roles que los oriente hacia un envejecimiento saludable, hacia un estilo de vida que permita la participación social.

El envejecimiento entonces, es el resultado de modificaciones biológicas, psicológicas y sociales que se estructuran en el tiempo. Cabe

aclarar que estos cambios van a depender de cómo cada persona haya atravesado su propio proceso. Es decir, de las influencias del entorno; de la interacción social, activa y multidireccional con el mismo; de su biografía y del posicionamiento personal que adopte para enfrentar ese momento, como así también de la influencia de las representaciones negativas que se le atribuyen a la vejez (enfermedad, incapacidad, improductividad).

5. Teorías acerca del envejecimiento.

Desde tiempos tempranos se han ido realizando investigaciones sobre el envejecimiento a partir de diversos campos, comenzando desde teorías que sólo tenían en cuenta el declive que generaba llegar a la última etapa hasta aquellas más actuales donde se puede valorar de manera positiva a la vejez. En este apartado se hace mención solo a una minoría de las mismas. Estas teorías son las más representativas, difundidas y utilizadas en torno a la temática del envejecimiento.

5.1. Teoría de la desvinculación:

Desarrollada por Cumming y Henry (1961) luego de llevar a cabo un estudio en el medio ambiente natural donde viven las personas mayores (en la comunidad donde se desenvuelven día a día) y reflexionar acerca de cómo influye en los patrones de interacción, creencias y en la vida en general, el avance de la edad.

La misma, explica que en la medida que se avanza en edad, debido al declive inevitable de las capacidades sensoriomotrices y al desarrollo normal de la persona, ésta se va apartando de la vida social, de cualquier interacción

con el resto de la sociedad, de las actividades y objetos que en cierto momento le habían resultado placenteras. Ya no se implica en los problemas o acontecimientos ajenos, sino que se desliga totalmente y dirige toda la atención a los suyos; y cuando éstos plantean una difícil solución, empieza a aparecer la angustia.

La desconexión comienza alrededor de los 60 años cuando la persona se centra en sí misma, cuando inicia una autopercepción de la disminución de la cantidad y variedad de las relaciones sociales; y a su vez, se genera una reducción de sus roles. Esto se produce de forma bidireccional, porque según estos autores, la desvinculación no sólo se da desde el sujeto envejecido hacia la sociedad sino que también, la sociedad desvincula a ese sujeto que envejece.

Este comportamiento que se produce de forma gradual y que marca el paso de la adultez a la vejez, según Salvarezza (1998) forma parte del desarrollo normal del sujeto y es buscado por el mismo, como una preparación para culminar esta última etapa con la muerte. Este autor la denomina teoría del desapego y propone tres puntos muy importantes dentro de la misma:

1. Es universal: ocurre en todas las culturas y en todos los momentos históricos.
2. Es inevitable: se apoya en diferentes procesos psicobiológicos.
3. Es intrínseco: porque no depende ni está condicionado por alguna variable social.

La publicación de dicha teoría hizo que se generen múltiples críticas. Este último autor hizo referencia a que la vejez es un tema conflictivo no sólo

para quien la atraviesa en primer lugar, sino también para quienes están en contacto con la misma a través de algún rol (hijo, nieto, profesional de la salud). Advierte que hay dos teorías en las que se enfoca la problemática de la vejez y que ambas se confrontan, la desarrollada anteriormente y la teoría del apego.

5.2. Teoría del apego:

En cuanto al apego, Bianchi (1992) expone que por apego sólo entiende la idea de un vínculo afectivo muy fuerte con situaciones, estados, signos, y finalmente objetos (entendidos como personas, entidad o un ideal que proveen satisfacción). Y a su vez, explica que el apego es propio de todo psiquismo suficientemente desarrollado, es decir, no solamente del hombre sino de las especies animales.

Según este autor, una persona pasa por tres momentos de apego en su historia de vida: el primario, que se da en la niñez cuando se está construyendo la vida psíquica y afectiva del sujeto, tomando el mismo como un impulso para dicha construcción. Luego, el sustituible en la edad adulta donde se entiende que las distintas relaciones presentes pueden transformarse y los objetos son reemplazables, por lo que el apego en este caso sería relativo. Por último, el retorno del apego en la vejez que sigue cumpliendo con su función pero donde se hace más difícil sustituir objetos o personas. Aquí, el sujeto comienza a ser consciente de esto y adquiere la noción de que el fin de la vida es cercano.

Siguiendo a Salvarezza, esta teoría expresa que todos los seres humanos tienen posibilidad de ser en relación a otros y que todas las satisfacciones de las necesidades van a estar dadas por las relaciones objetales que puedan ir construyendo y sosteniendo a lo largo de la vida.

Desde este punto, lo que hay que lograr, es que la persona mayor encuentre un sentido a su vida, que realice actividades la mayor parte del tiempo y que cuando aquellas se vuelvan imposibles de realizar, encuentre otras que puedan sustituirlas y le den el mismo placer. Un buen envejecer entonces, conlleva el aceptar y acompañar los declives propios de la edad, intentando obtener la mayor satisfacción posible.

La segregación o el aislamiento del que se hablaba anteriormente, en este contexto van a considerarse como patológicos o como producto de la mirada que tiene la sociedad sobre la vejez.

La vejez entonces, será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital, cuando la persona logre reconocimiento a partir de las relaciones sociales significativas; y de lo contrario, la vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social.

5.3. Teoría de la continuidad:

Esta teoría explica, tomando como referente al gerontólogo Atchley, que no hay un cambio brusco en el paso de la edad adulta a la vejez, sino que lo que se producen son cambios a partir de las dificultades que se atraviesan en esta última etapa. No se habla de rupturas, se habla de continuidad de patrones establecidos durante toda la historia de vida del sujeto, donde todo lo aprendido (hábitos, actitudes, valores, comportamientos, habilidades) se atenúe o se acentúe, se moldee de acuerdo a las necesidades de adaptación a ese momento en particular. Una de las críticas sobresalientes a esta teoría gira en torno a considerar la continuidad como sinónimo de estabilidad, lo cual si fuera así, el individuo no podría adaptarse a los nuevos cambios que se

presenten en su proceso de envejecimiento. El individuo se encuentra en constante evolución y adaptación.

Según este autor, en la persona mayor se dan dos tipos de continuidad, la interna y la externa. La primera depende de la estructura psicológica que presente cada uno, que se construye en el pasado y que son las ideas, experiencias, preferencias, temperamento, creencias, valores, actividades, que quedan guardadas en la memoria y van a caracterizar a la persona. Mientras que la continuidad externa, se refiere en cambio a los recuerdos de la vida en relación con las demás personas, de la interacción con otros seres y de nuestra participación en sociedad, lo que acentúa las pautas de conducta social.

Se considera entonces una teoría evolucionista (las personas aprenden a utilizar sus ideas y habilidades para ir adaptándose durante todo el ciclo vital, y continúan en la misma dirección durante la vejez a pesar de los cambios), construccionista (la personalidad está influenciada por las construcciones sociales de las realidades vividas en un contexto e interiorizadas por cada persona) y relacionada con la adaptación (las personas mayores se adaptan a los cambios siguiendo modelos establecidos previamente).

5.4. Teoría de los roles:

Pichón Riviere entiende al rol como “un modelo organizado de conducta relativo a una cierta posición del individuo en una red de interacción ligado a expectativas propias y de los otros”¹².

¹²Del Cueto, A. M. y Fernández, A. M. “El dispositivo grupal”, Punto II: El interjuego de roles (p. 24-30) en Lo Grupal 2. Ed. Búsqueda, 1985.

Esta teoría formulada por Rosow en 1967, se refiere a que la sociedad va asignando roles durante toda la vida (de hijo, estudiante, padre, abuelo, etc.) que se deben asumir en el proceso de socialización. El rol es tomado como la función que cumple la persona dentro de la sociedad, en su vida; y la interiorización de las normas y los valores que permiten la conformación de la personalidad del individuo, como parte del proceso de socialización.

Los roles que adquieren las personas van cambiando de acuerdo a la edad cronológica, así como también por hechos puntuales que suceden a lo largo de la vida. En las personas mayores se pueden detectar una serie de elementos que conllevan a la pérdida de roles, como los cambios tecnológicos, en la productividad, en el control de la propiedad y en las relaciones de parentesco, que hacen que pierdan protagonismo dentro de la sociedad. La jubilación es el hecho más característico en donde se visualiza el cambio de rol, de uno sumamente productivo a uno más pasivo e inactivo, que hace que se los vaya excluyendo de la sociedad (lo que va a depender del tipo de cultura en el que se desenvuelvan).

Entonces lo que plantea esta teoría, es que cuanto más se adapte el individuo a ese cambio de roles que atraviesa al llegar a la vejez, mayor va a ser la satisfacción obtenida.

5.5. Teoría del desarrollo psicosocial

Erikson define al hombre como un ser biológico y psicológico constituido en interacción con un medio que lo hace social. Continúa con los estudios de Freud, y en su teoría del desarrollo psicosocial incluye todo el ciclo de vida del ser humano dividido en ocho estadios dinámicos, que están enlazados, que se

articulan entre sí y se van a ir completando unos con otros, atribuyendo a cada uno una crisis (las cuales surgen de acuerdo con el nivel de maduración de una persona en un momento dado) que indica el paso al siguiente estadio. Éstas últimas implican fuerzas sintónicas (virtudes o potencialidades) o distónicas (defectos o vulnerabilidad), cuya resolución positiva genera virtudes y la no resolución un defecto o patología para ese estadio en particular. Postula que cada estadio tiene un tiempo óptimo que se encuentra determinado por la naturaleza humana, por la genética, y que a su vez va a depender de los fracasos o de los éxitos que se obtengan en el anterior.

El superar cada etapa genera gran satisfacción y aporta virtudes que van a influir en las actitudes del individuo en los períodos posteriores y en su desarrollo general; y a su vez, implica la resolución de tareas evolutivas, permitiendo no solo el desarrollo de la personalidad sino también que cada persona vaya construyendo su identidad personal.

Los ocho estadios de los que habla son: Confianza/ desconfianza; Autonomía/ vergüenza; Iniciativa/ culpa; Laboriosidad/ inferioridad; Identidad/ disgregación; Intimidad/ aislamiento; Generatividad/ estancamiento; Integridad del yo/ desesperación. Los cuatro primeros hacen referencia a la niñez, el quinto a la adolescencia, el sexto y séptimo a la edad adulta y el octavo a la vejez, por lo que resulta pertinente explicar para este estudio los últimos dos.

El séptimo estadio (generatividad vs. estancamiento) se extiende desde la superación de la juventud y atraviesa toda la edad adulta (desde los 25 años hasta los 60 aproximadamente). Se considera la etapa en donde mayor productividad se alcanza, porque la mayoría de las personas culminan sus

estudios, trabajan, forman una familia y tienen su propia casa. Este autor atribuye dos virtudes a las personas que llegan a la generatividad: la producción (realizar un trabajo de forma creativa) y el afecto (trabajar a beneficio de otros). Por esta razón, los adultos maduros demuestran preocupación por las generaciones futuras, pueden transmitir los conocimientos, habilidades y experiencias que fueron adquiriendo a lo largo de la vida y ya no se centran en su propio interés. Por lo contrario, cuando no se alcanza esa etapa de generatividad, se dice que hay un estancamiento, un empobrecimiento personal. Además se produce una vuelta hacia sí mismo, un aislamiento, ya no se funciona como miembro productivo de la sociedad, pierden el interés por los jóvenes y las generaciones futuras y se sienten vacíos por no cumplir sus expectativas. Por esto último, al no haber alcanzado las metas que se habían propuesto en la juventud, tratan de recapturar la misma.

La última etapa que menciona Erikson comprende la antítesis integridad vs. desesperanza y se extiende desde los 60 años aproximadamente hasta la muerte. El inicio de ésta, por lo general se desencadena por diferentes acontecimientos de la vida como la jubilación, la pérdida de un cónyuge, amigos y conocidos, una enfermedad terminal y/o diferentes cambios en los roles de la vida. Es un momento en el que las personas comienzan a analizar todas las cosas que han ido atravesando durante todo el ciclo vital y realizan un balance, que se considera positivo cuando los resultados son satisfactorios o desesperanzador cuando son negativos. La integridad del yo se produce cuando:

- se logran adaptar a los éxitos y a los fracasos vividos;

- aceptan todo el proceso vital y a sí mismos, a su historia personal;
- contemplan la vida y el mundo desde la plenitud y el bienestar;
- han crecido en ambientes sociales, familiares y culturales adecuados;
- pueden enfrentar conflictos utilizando de forma plástica diferentes mecanismos de defensa;
- tienen en cuenta el pasado, el presente y se proyectan al futuro;
- pueden relatar su vida siguiendo un hilo conductor.

Erikson habla de la sabiduría como esta forma de ver y procesar lo vivido en esta última etapa, y la considera como la virtud sobresaliente de la misma. Por lo contrario, expresa que muchas veces el llegar a la vejez genera angustia, miedo a la muerte y la no aceptación de este período como el último. La mayoría de las personas mayores demuestran gran preocupación por los dolores o malestares físicos que se van presentando, aparece la apatía, el aislamiento y la pérdida de interés por las cosas que antes les agradaban. Esto es lo que dicho autor denomina desesperación, cuando la persona no alcanza la integridad porque ve que en su vida no ha alcanzado las metas que se había propuesto y siente que ya no hay tiempo para buscar caminos alternativos hacia el logro de la misma.

5.6. Teoría del ciclo vital:

Los principales teóricos e investigadores representativos del ciclo vital fueron: Riegel (1973), Lehr (1993, 1994), Neugarten (1968, 1996), Thomae (1974, 1993, 2001), Birren (2000), Lavouvie-Vief (1990), Dulcey-Ruiz (2002), otros.

Se trata de un marco referencial (contextual y dialéctico) más que de una teoría propiamente dicha, que ha sido influido por múltiples disciplinas y corrientes teóricas. Considera a la vida como una continuidad con cambios y destaca diferentes parámetros (históricos, socioculturales, contextuales y del acontecer individual y social) por sobre el criterio de edad, de los que se vale el sujeto para construir su curso de vida. Aborda al desarrollo a lo largo del curso de la vida desde la concepción hasta la muerte.

Para describirlo se tienen en cuenta algunos ejes o postulados:

1. Envejecimiento como proceso de diferenciación progresiva:

El envejecimiento no es el mismo para todos, no hay dos formas de envejecer idénticas, porque ese proceso va estar influenciado por las condiciones genéticas y los aportes del ambiente en el que se desarrollan. Por lo tanto, a medida que aumenta la edad, aumenta la variabilidad entre las personas.

2. Reconceptualización del desarrollo y el envejecimiento:

Estos conceptos deben ser considerados simultáneos y permanentes a lo largo de toda la vida del individuo, donde va a percibir ganancias y pérdidas, así como múltiples influencias y orientaciones (Dulcey Ruiz y Uribe Valdivieso, 2002). Al principio del ciclo serán mayores las ganancias, mientras que en la vejez se presentarán mayores pérdidas, lo que no implica que no se sigan generando ganancias.

3. Irrelevancia de la edad cronológica:

Debido a que la edad no es un factor que explique o describa por sí solo, la edad cronológica pierde importancia. Lo que se considera verdaderamente primordial, es lo que ocurre durante el tiempo y no el tiempo en sí mismo. El desarrollo y el envejecimiento constituyen un mismo proceso a lo largo de la vida y ninguna etapa puede entenderse si está aislada de las demás. Desde esta teoría lo que se pretende explicar es que los diferentes procesos, cambios y comportamientos dentro de un contexto histórico cultural, se suman a la edad para describir el desarrollo y que esta última no es el único criterio organizador. Se tiene en cuenta entonces la influencia del contexto, del género y el correr de la vida.

4. Multidimensionalidad, multidireccionalidad, plasticidad y discontinuidad:

Con estos criterios, se hace referencia a que la vida de cada persona se construye a partir de factores y sistemas que se combinan e interactúan entre sí, haciendo que cada uno al mismo tiempo atraviese rupturas o discontinuidades y/o continuidades. Debido a la reciprocidad de las relaciones entre el individuo y el medio, este último, es sumamente necesario para el desarrollo (para inhibirlo o estimularlo).

La multidimensionalidad hace referencia a la complejidad de los factores (biológicos, ambientales, sociales y contextuales) y a su interacción que varía a lo largo del ciclo vital, sobre todo, con el avance de la edad que se generan cambios en múltiples áreas.

La multidireccionalidad refiere que los cambios que atraviesa una persona se dan en diversas direcciones y que no siempre abarcan la totalidad del ciclo vital, ni se producen con el mismo ritmo.

Con el término plasticidad se hace referencia a la adaptabilidad, a cómo las experiencias, el aprendizaje y las influencias del contexto social pueden ejercer una modificación en la estructura del cerebro, generando nuevas conexiones y circuitos neurales que permitan a las personas mayores adaptarse a los nuevos cambios que atraviesan.

5. Importancia del contexto y la historia:

El envejecimiento, al igual que todas las etapas del ciclo vital, no sólo tiene una connotación biológica, sino que también se debe a la propia historia del sujeto y a su interacción con el contexto socio, histórico y cultura. El énfasis sobre éste, es sumamente relevante para entender que el envejecimiento no solo depende de los cambios físicos y biológicos que suceden en el cuerpo, sino que también, depende de la construcción de un cuerpo social conformado a partir de la mirada de un “otro”, que como ya se mencionó anteriormente margina a las personas mayores y crea una imagen negativa que ellos mismos interiorizan.

Además de las teorías detalladas anteriormente, se pueden encontrar más enfoques actuales que permiten abordar la problemática del envejecer de una forma más abarcativa, teniendo en cuenta múltiples factores, como son la gerontología crítica, la gerontología positiva y el modelo S.O.C (optimización selectiva con compensación). Se considera imposible atribuir a una sola teoría las causas y factores que rodean el proceso de envejecimiento. Tampoco es

válido descartar alguna de ellas. Para lograr un marco conceptual lo más global posible es necesario tener conocimiento de todas las teorías detalladas anteriormente y reconocer que no hay un patrón común de envejecimiento sino que cada sujeto lo hace de forma particular y única.

6. Derechos humanos.

Los derechos humanos de la sociedad actual son el resultado de un proceso histórico de expansión multicultural de las diversas civilizaciones. Se puede afirmar que éstos no son creación de una única cultura o civilización. Por el contrario, todas las manifestaciones religiosas y filosóficas registradas desde el comienzo de la humanidad muestran la predisposición del hombre para el respeto del prójimo y el reconocimiento de que los individuos son poseedores de ciertos derechos inalienables. Si se retrocede brevemente en el tiempo, se observa que los conceptos de justicia y dignidad vienen siendo proclamados por la humanidad desde el Código de Hammurabi, hace más de 1.500 años a. C. Otros ejemplos históricos de suma relevancia son la Revolución Norteamericana, que combatió a la desigualdad de tratamiento impuesta por el Imperio Británico; la Revolución Francesa, que marcó el fin de la era absolutista y las desigualdades y violaciones perpetradas por ese sistema; y las Revoluciones Socialistas del siglo XIX, que se insurreccionaron contra la explotación inhumana realizada por los burgueses a los trabajadores. Con esto, se pretende mostrar que la noción de igualdad tiene una larga trayectoria y se encuentra en prácticamente todas las culturas y religiones. Tal es así, que cuando este rasgo de igualdad (esencial entre los seres humanos) no es

respetado, el hombre es capaz de producir revoluciones y guerras como las mencionadas.

6.1. Historia de los Derechos Humanos de las/los Adultos Mayores:

Argentina en el año 1948 fue el primer país en el mundo en declarar los “Derechos y el Decálogo de la Ancianidad”. La señora Eva Duarte de Perón, viajó a la reunión de la Asamblea General de Naciones Unidas celebrada en París, y allí propuso a los países miembros adoptar el Decálogo de los Derechos de la Ancianidad, incorporados en la Constitución de 1949. Éstos son:

- Derecho a la asistencia: todo anciano tiene derecho a su protección integral por cuenta de su familia. En caso de desamparo, corresponde al Estado proveer dicha protección ya sea en forma directa o por intermedio de los institutos o fundaciones creados, o que se crearán con ese fin, sin perjuicio de subrogación del Estado o de dichos institutos para demandar a los familiares remisos y solventes los aportes correspondientes.
- Derecho a la vivienda: un albergue higiénico con un mínimo de comodidades hogareñas es inherente a la condición humana.
- Derecho a la alimentación: la alimentación sana y adecuada a la edad y estado físico de cada uno debe ser contemplada en forma particular.
- Derecho al vestido: el vestido decoroso y apropiado al clima completa el derecho anterior.

- Derecho al cuidado de la salud física: el cuidado de la salud física de los ancianos ha de ser preocupación especialista y permanente.
- Derecho al cuidado de la salud moral: debe asegurarse el libre ejercicio de las expansiones espirituales, concordes con la moral y el culto.
- Derecho al esparcimiento: ha de reconocerse a la ancianidad el derecho de gozar mesuradamente de un mínimo de entretenimientos para que pueda sobrellevar con satisfacción sus horas de espera.
- Derecho al trabajo: cuando su estado y condiciones lo permitan, la ocupación por medio de laborterapia productiva ha de ser facilitada.
- Derecho a la tranquilidad: gozar de tranquilidad, libre de angustias y preocupaciones en los últimos años de existencia.
- Derecho al respeto: la ancianidad tiene derecho al respeto y consideración de sus semejantes.

En el año 1991 el sistema de Naciones Unidas proclamó los “Principios a favor de las personas de edad” (Resolución 46 de 1991). Ellos son: independencia, participación, dignidad, cuidados y autorrealización.

Independencia

Los principios referentes a la independencia, expresan que estas personas tienen derecho a los servicios y cuidados básicos, a la oportunidad de trabajar o de generar ingresos, la capacidad de influir en el ritmo de su participación en la fuerza laboral, acceso a los programas de formación y

educación, un entorno seguro, y el apoyo necesario para poder residir en su propio hogar por todo el tiempo que le sea posible.

Las personas de edad deberían:

- Ø Tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de la salud mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad, y su propia autosuficiencia.
- Ø Tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras posibilidades de obtener ingresos.
- Ø Poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.
- Ø Tener acceso a programas educativos y de formación.
- Ø Tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio.
- Ø Poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

Participación

Los principios de participación se refieren a la toma de decisiones, la difusión de información y conocimientos, los servicios a la comunidad, y la formación de movimientos y asociaciones.

- Ø Permanecer integradas en la sociedad.
- Ø Participar activamente en la formulación y en la aplicación de las políticas que afectan directamente a su bienestar.

- Ø Poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.
- Ø Poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicios a la comunidad y trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.
- Ø Poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

Cuidados

Los principios de los cuidados se relacionan con cuestiones de la familia y de la comunidad; el acceso a los servicios de atención de la salud, servicios sociales y jurídicos, y cuestiones relacionadas con la atención en instituciones dedicadas a su cuidado o tratamiento.

- Ø Tener acceso a servicios de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad.
- Ø Tener acceso a cada servicio social y jurídico que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidados.
- Ø Tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.
- Ø Poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares e instituciones donde se les brinden

cuidados o tratamientos con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de vida.

Autorrealización

En los principios de autorrealización se recomienda que las personas puedan aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial y para tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

- Ø Deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.
- Ø Tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

Dignidad

Los principios de dignidad consisten en verse libre de explotación y de malos tratos físicos o mentales, de recibir un trato digno y de ser valorados independientemente de su condición económica.

- Ø Deberán poder vivir con dignidad y seguridad, y verse libre de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales. Deberán recibir un trato digno, independiente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.

6.2. Los Derechos Humanos de las/los Adultos Mayores en la actualidad:

Los derechos humanos son universales, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Éstos pertenecen a todos los sujetos, incluyendo a las personas mayores. Están establecidos en la declaración Universal de los Derechos Humanos, los Pactos Internacionales, y otros tratados y declaraciones.

En el año 2015, la Organización de Estados Americanos (OEA) aprobó la Convención Interamericana sobre los Derechos de las personas mayores, y en el 2017 el Gobierno Nacional oficializó su adhesión a través del Decreto 375/2017. El tratado, adoptado por la OEA, fue firmado por Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay.

El primer artículo de la convención prescribe su objeto: “Promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad”.

Los principios generales que propone el acuerdo son los siguientes:

- La promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor.
- La valorización de la persona mayor, su papel en la sociedad y contribución al desarrollo.

- La dignidad, independencia, protagonismo y autonomía de la persona mayor.
- La igualdad y no discriminación.
- La participación, integración e inclusión plena y efectiva en la sociedad.
- El bienestar y el cuidado.
- La seguridad física, económica y social.
- La autorrealización.
- La equidad e igualdad de género y enfoque de curso de vida.
- La solidaridad y fortalecimiento de la protección familiar y comunitaria.
- El buen trato y la atención preferencial.
- El enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de la persona mayor.
- El respeto y valorización de la diversidad cultural.
- La protección judicial efectiva.
- La responsabilidad del Estado y participación de familia y de la comunidad en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, así como en su cuidado y atención, de acuerdo con su legislación interna.

A nivel provincial, el 26 de noviembre de 2015 se aprobó la ley 5420 de prevención y protección integral contra el abuso y maltrato de las/los adultos

mayores, la cual entiende por abuso y/o maltrato a la acción u omisión que dañe al sujeto de manera intencional o consecuencia de un obrar negligente. Puede ser de tipo físico, psicológico, sexual, económico/patrimonial, abandono, simbólico/discriminación, institucional/estructural, hostigamiento, ambiental.

La ley tiene como objetivos:

- a) Prevenir las conductas de abuso o maltrato mediante la concientización de la comunidad, el fortalecimiento de las redes existentes y la generación de nuevos lazos sociales.
- b) Remover prejuicios y estereotipos negativos respecto a las/los adultos mayores.
- c) Promover actividades intergeneracionales.
- d) Evitar el aislamiento.
- e) Brindar protección integral, desde una perspectiva interdisciplinaria, a las/los adultos mayores que hayan sido víctima de cualquier tipo de abuso o maltrato o se encuentren en extrema vulnerabilidad, de modo de garantizar su asistencia física, psicológica, económica y social.
- f) Evitar la revictimización de las/los adultos mayores, eliminar la superposición de intervenciones y agilizar los trámites necesarios para garantizar el acceso a la justicia.

Referencias Bibliográficas:

- Aguirre, C., Martínez, H. y Mitchell, M. *Manual de medicina preventiva y social I. Salud del adulto mayor: geriatría y gerontología*. Unidad n°5 (4-6).
- Anónimo (31 de mayo de 2017). La Argentina oficializó su adhesión a la convención Interamericana sobre los derechos de las personas mayores. *Infobae*. Recuperado de: <https://www.infobae.com/politica/2017/05/31/la-argentina-oficializo-su-adhesion-a-la-convencion-interamericana-sobre-los-derechos-de-los-mayores/>
- Báez, N.L.X. (Julio- diciembre 2015). El desarrollo antropológico de los derechos humanos fundamentales. *Diálogos de saberes*, 173-217.
- Blanco Tobar, E. (2015). *Cuidados de enfermería en el adulto mayor institucionalizado con trastorno depresivo*. Facultad de Enfermería, Soria.
- Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Erik Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2 (2), 50- 63.
- Bravo Almonacid, F. (2014). Aproximaciones teóricas al estudio de la vejez y el envejecimiento. VIII Jornadas de Sociología de la UNLP, 3 al 5 de diciembre de 2014, Ensenada, Argentina. *Memoria Académica*. Recuperado de: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4547/ev.4547.pdf

- Cabrero, A., Di Russo, L., Videla, L. (2011). *Promoción de la salud con adultos mayores institucionalizados: Experiencias Lúdicas Re- Creativas*. Universidad Nacional de Mar del Plata. Buenos Aires, Argentina.
- Carabajo Vélez, M.C. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, N° 24, 87- 96.
- Crepeau, Cohn, Schell, Willard & Spackman (2005) *Terapia Ocupacional. 10° Edición*. Madrid, España: Médica Panamericana.
- Dabove, M.I., Budassi, R. y Marcatelli, A. “Especialización en Gerontología comunitaria e institucional”. *Aspectos jurídicos y éticos del envejecimiento: derecho de la ancianidad*. Módulo 10. Pág.31-32. 1a ed. Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, 2009.
- Del Olmo, M. (2005). Prejuicios y estereotipos: un replanteamiento de su uso y utilidad como mecanismos sociales. *Revista de educación*, 7, 13-23.
- Dulcey Ruiz, E. & Uribe Valdivieso, C. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34 (1-2), 17-27.
- García, A.M & Maya, A.M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>

- Iacub, R. & Sabatini, B. (2012). Capítulo 3. Teorías y perspectivas sobre la identidad en la vejez. *Módulo 3: Psicología de la Mediana Edad y Vejez, (67-80)*. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.
- Krzemien, D. (2013). *El campo multidisciplinario de la Gerontología: debate actual sobre demografía, desarrollo social e investigación del envejecimiento*. Editorial Académica Española.
- Mannoni, M. (1991). La vejez en la actualidad. En M. Mannoni, *Lo nombrado y lo innombrable, la última palabra de la vida*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Millán Calenti, J. (2011). Envejecimiento y Calidad de Vida. *Revista Galega de Economía, 20, 1-13*.
- Moreno Toledo, A. (Junio 2010). Viejismo. Percepciones de la población acerca de la tercera edad: estereotipos, actitudes e implicaciones sociales. *Revista electrónica de Psicología Social <Poiésis>, N°19, 1-10*.
- Murgieri, M. (13 de agosto 2016). Siete mitos sobre la vejez. *La Nación*. Recuperado de: <https://www.lanacion.com.ar/1927851-siete-mitos-sobre-la-vejez>
- Osorio, P. (2006). Abordaje antropológico del envejecimiento y el alargamiento de la vida. *Papeles del CEIC (Centro de estudios sobre la identidad colectiva), n°22*, Universidad del país Vasco. Recuperado de: <http://www.ehu.es/CEIC/pdf/22.pdf>

- Penny Montenegro, E. & Melgar Cuellar, F. (Ed). (2012). *Geriatría y Gerontología para el médico internista*. Bolivia: La hoguera investigación.
- Pérez Duporte, J. & García Megret, E. (2003). Influencia de algunos factores sociales en la tercera edad en la comunidad Pastorita. *Revista Cubana de Enfermería*, 19(1). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192003000100004
- Salvarezza, L. (1998). *La vejez. Una mirada Gerontológica actual*. Buenos Aires, Argentina. PAIDÓS.
- Sánchez Palacios, C. Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y demográficas. Universidad de Málaga. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Málaga, 2004.
- Soria, F.N. (2012). *La significación que le otorgan a la institucionalización de Adultos Mayores las familias y cuidadores formales del Hogar Santa Marta*. Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Mendoza.
- Tello, C.B. (2017). *Antropología e intervención social desde la formación en trabajo social*. La Plata, Buenos Aires. Editorial de la Universidad de la Plata.
- Triadó, C. & Villar, F. (1997). Modelos de envejecimiento y percepción de cambios en una muestra de personas mayores. *Anuario de psicología*, 73, 43-55.

- Vera Cortés, J.L (enero- marzo, 2011). Antropología dela vejez: el cuerpo negado. *Revista Ciencia*, 20- 25.
- Zarebski, G. (2002). *El curso de la vida: diseño para armar. Trabajo psíquico anticipado acerca de la propia vejez: mecanismos y efectos en el modo de envejecer*. Tesis de Doctorado. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires.
- Zetina Lozano, M.G. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de población*, Vol 5, núm. 19, pp. 23- 41.

Capítulo II: Sexualidad Humana

“Las sexualidades están presentes en nosotros aún antes de nacer, desde la concepción, desde el momento en que una pareja decide o no tener un hijo. Estamos todos en el mundo por un hecho sexual. Somos seres sexuales desde el momento del nacimiento hasta el momento de nuestra muerte, la sexualidad nos atraviesa”.

Peirano, Silvina.

1. Definición del concepto

La Organización Mundial de la Salud define a la sexualidad como un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. Está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.¹³

La Asociación Mundial de Sexología en la declaración de los derechos sexuales, define a la sexualidad como una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor. La misma se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

Para Alzate (1974), la sexualidad tiene dos orígenes: la herencia biológica (que determina las funciones psico y somatofisiológicas básicas) y la influencia sociocultural del medio; esta última es preponderante y singulariza al ser humano.

¹³ Organización Mundial de la Salud, 2011.

El hombre, por el contrario de los animales, está capacitado para trascender el mero aspecto procreativo de la sexualidad. En los seres humanos, ésta adquiere matices más complejos ya que la capacidad de reflexión, de previsión y análisis de la propia conducta sumada a la fuerza emocional produce el deseo y la fantasía. La persona al ejercer su sexualidad obedece a su naturaleza biológica, a sus deseos y a condiciones del medio en el cual interactúa.

Por lo dicho anteriormente, se puede realizar un acercamiento a la definición de sexualidad conceptualizándola como el conjunto de fenómenos funcionales y del comportamiento, condicionados culturalmente e independientes de la función reproductora, que se manifiestan en los seres humanos como respuesta a estímulos sexuales (psíquicos o somáticos) de cualquier tipo y que tienden a poner al individuo en unión placentera (física y afectiva) consigo mismo, con un objeto externo o en la mayoría de los casos con otro par.

La sexualidad humana es dinámica y ha ido evolucionando de la mano de la historia del ser humano. Foucault (1998) antes de dar una definición de la misma realiza un recorrido histórico y expone que, al comienzo de siglo XVII, estaban presentes los discursos transgresores, sinceros y sin vergüenza en torno a la sexualidad y las anatomías exhibidas y entremezcladas; y que con el correr del tiempo (a mediados y fines de este mismo siglo) y las sociedades burguesas, surge una etapa de represión en la que los discursos eran enmascarados. Las prácticas de la sexualidad se transformaban en secretas y el hablar de sexo se tornaba difícil. Se produjo entonces una depuración del vocabulario autorizado y se determinó cuándo y dónde no era posible hablar de

sexo, en qué situaciones, entre quiénes y en el interior de cuáles relaciones. Por ejemplo, hubo más tacto y discreción respecto al tema entre padres e hijos, educadores y alumnos y/o también, entre patronos y sirvientes. A su vez, desde la pastoral cristiana, se obligaba a confesar todo lo que tenía que ver con el sexo, no sólo lo que se ha hecho, sino también, las miradas incestuosas, actitudes, gestos, caricias y el momento en el que se sintió placer. Es decir, que la Iglesia exigía un recorrido minucioso sobre el acto sexual en sí y además, era quién establecía con quién se podía tener relaciones legítimas, cuándo, con qué fines e incluso en qué formas. Ya en el siglo XVIII, nace una incitación política, económica y técnica al hablar de sexo, quien se vuelve asunto de policía. Con esto último, a lo que hace referencia no es a la prohibición, sino más bien a la necesidad de reglamentarlo mediante discursos que sean útiles y públicos. En esta época pareciera que casi no se hablaba de sexo en los colegios o en determinados lugares, pero sin embargo dice el autor, que prestando atención a los dispositivos arquitectónicos, a los reglamentos de disciplina y a la organización en sí, el sexo siempre está presente. Todos aquellos que tengan cierta autoridad dentro de la institución, están en continua alerta, tomando precauciones, considerando los castigos y responsabilidades. Sólo bajo necesidades específicas (económicas, políticas) se podía abrir discurso sobre el sexo y romper con la prohibición. En este sentido, comenzaron a aparecer condenas judiciales por pequeñas perversiones. Toda irregularidad sexual iba aparejada a una enfermedad mental (por ejemplo la homosexualidad), se definieron normas en cuanto al desarrollo de la sexualidad (desde la niñez a la vejez), y se hicieron presentes los controles pedagógicos y las curas médicas. Entonces, hasta finales de este

siglo regían las prácticas sexuales tres importante códigos: derecho canónico, pastoral cristiana y ley civil, todos centrados en las relaciones matrimoniales. Toda ruptura que se produjera en las leyes de estas últimas o la búsqueda de placeres extraños merecía condena. Algunos ejemplos de pecados serían: relaciones extramatrimoniales, adulterio, el incesto espiritual o carnal, sodomía, homosexualidad y matrimonios sin consentimiento de los padres. Y por último, partir del siglo XIX hasta la actualidad, comenzó a producirse una multiplicación, una dispersión de las sexualidades, un incremento de sus formas y una implantación múltiple de las perversiones; se dio comienzo a una época iniciadora de heterogeneidades sexuales.

A partir de todo este proceso histórico es que Foucault (1998) define a la sexualidad por naturaleza como: “un dominio penetrable por procesos patológicos, y que por lo tanto exigía intervenciones terapéuticas o de normalización; un campo de significaciones que descifrar; un lugar de procesos ocultos por mecanismos específicos; un foco de relaciones causales indefinidas, una palabra oscura que hay que desemboscar y, a la vez, escuchar” (p. 42).

1.1. Dimensiones de la sexualidad humana:

Biológica: esta dimensión en el ser humano, provee del sustrato anatómico fisiológico sobre el que se desarrollarán los distintos matices de la sexualidad de una persona. La misma incluye los siguientes factores:

- Sistema genético: la carga cromosómica del genoma humano “XX” “XY” que se define en la fecundación.
- Sistema hormonal: el sistema endocrino a través de las glándulas endocrinas es el encargado de mantener los niveles de hormonas necesarios para el correcto funcionamiento del organismo. Las hormonas con mayor influencia en la sexualidad humana son: testosterona, estrógenos y progesterona. Las mismas, están presentes en ambos sexos, aunque en diferentes cantidades y proporciones. De este modo, los hombres poseen principalmente testosterona y una pequeña cantidad de las otras dos hormonas. Por el contrario, las mujeres segregan en su mayoría estrógenos y progesterona y sólo un bajo porcentaje de testosterona.
- Estructura anatómico- fisiológica: la anatomía física del hombre y la mujer determinan aspectos de la relación sexual, respuesta sexual, excitación sexual, procreación, etc.

Psicológica: la psique (mente) humana juega un papel fundamental en el modo de sentir y vivir la sexualidad. Las formas de percibir belleza, las ideas de lo que está bien o mal en cuanto al sexo, la personalidad, los valores, el temperamento de cada persona, son factores decisivos en las relaciones sexuales. Esta dimensión puede dividirse en dos: la intelectual (desarrollo cerebral que posibilita en el ser humano capacidades y potencialidades a nivel de pensamiento y conocimiento, que convierten lo sexual de un instinto en un impulso sobre el cual puede ejercer control) y la afectiva (capacidad humana de establecer vínculos de distintos grados de intensidad e intimidad con otros

seres de su misma especie, con los cuales se relaciona de una manera que involucre sentimientos y sensaciones).

Social: abarca el papel fundamental que ejerce la familia, los amigos, la educación recibida en el colegio y la religión sobre la sexualidad. La misma, es entendida y vivida de diversas formas según las distintas sociedades. Cada sociedad y cada cultura establece una normativa cuya finalidad es regular y controlar el comportamiento sexual de sus miembros y determina roles sexuales los cuales implican, y a la vez, definen una imagen determinada Hombre – Mujer y Relación. La norma, inicialmente externa al ser humano, termina siendo interiorizada por el mismo a través del proceso de socialización, llegando a construir parte de su propia personalidad.

Ética: conjunto de valores que cada uno construye individualmente a largo de la vida, con los cuales se compromete, definiendo éstos el ser y el quehacer sexual específico de cada persona. La ética se convierte así en el contexto valorativo que orienta el ser y el actuar de la persona. En el plano de la sexualidad es justamente la dimensión ética la que en última instancia define cómo va a ser esta vivencia en el individuo. Esto quiere decir que los valores asumidos por la persona se ven reflejados en sus actitudes, sentimientos y comportamientos respecto de lo sexual.

1.2. Factores socio-culturales de la sexualidad:

Al definir el concepto de sexualidad en la actualidad todavía predomina una visión biologicista de la misma, dejando en segundo plano factores de suma importancia como son los culturales y sociales. De acuerdo con Lagarde

(2005), “la sexualidad¹⁴ es el conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo y definidas por éste, constituye a los particulares, y obliga su adscripción a grupos socioculturales genéricos y a condiciones de vida predeterminadas. La sexualidad es un complejo cultural históricamente determinado consistente en relaciones sociales, instituciones sociales y políticas, así como en concepciones del mundo, que define la identidad básica de los sujetos” (p.184). La misma, está presente en todas las esferas de la vida y es uno de los ejes de configuración de la cultura. Como describe Nieto (2003): “Las culturas dan forma y contenido a las conductas, a las experiencias y a los actos sexuales en sociedad. Éstas articulan, vertebran, codifican y perfilan las prácticas sociales de sus ciudadanos” (p.34).

Históricamente ha predominado una concepción culpabilizadora del placer sexual, en la que la sexualidad era vista como algo prohibido y peligroso debido a fuertes tradiciones moralistas y religiosas. Si bien en la actualidad determinados grupos sociales (los menos) muestran interés por generar un cambio en esta mirada, la mayoría de los miembros de la sociedad se encuentran encasillados en dichas creencias pasadas. Otra característica latente en la sociedad actual es la concepción de la sexualidad como sinónimo de genitalidad. En oposición a ésta, García (2005) la define como “una extraordinaria posibilidad de comunicación que tienen a su disposición las personas para expresar y compartir muchos y variados deseos, sensaciones, sentimientos, emociones, fantasías, afectos, caricias o ternura. Las relaciones sexuales son, ante todo, una manera íntima y privada de comunicación” (p.10).

¹⁴Michel Foucault (2002) desarrolló la idea de que la sexualidad es una creación de la historia, un concepto acuñado durante los siglos XVIII Y XIX, con el afán de reunir un conjunto de sensaciones, prácticas, deseos e identidades que, de otra manera eran simplemente eso: deseos y prácticas.

Ahora bien, lo que plantea este autor es que el placer del contacto corporal, de las expresiones afectivas, de la ternura, y de la satisfacción sexual, no tiene que estar necesariamente relacionado con el coito o la masturbación, sino fundamentalmente con el tipo y la calidad de las relaciones que se establecen. Por lo tanto, se adhiere a la definición de García y se cree que las/los adultos mayores pueden construir y acercarse a un disfrute de su sexualidad de diversas formas que trascienden lo puramente genital, fisiológico y mecánico de una relación coital.

A lo largo de la historia se han desarrollado diversas consideraciones parciales y míticas en torno a la sexualidad que en el punto siguiente se describirán más detalladamente. Lo que se desea dejar claro aquí es que estas perspectivas entrelazadas con concepciones adversas del envejecimiento forman una díada negativa. La misma, influye no sólo en la mirada que tienen los diversos grupos de la sociedad hacia las personas mayores sino en la mirada subjetiva de ellos mismos. Cada sujeto construye su sexualidad desde las fases iniciales del desarrollo y en medio de la diversidad de factores filogenéticos, ontogenéticos, sociales y culturales, que se entrecruzan y se cristalizan progresivamente en lo particular de cada vida y de cada envejecimiento. Actualmente, desde diversos ámbitos se tiende a rechazar, temer, negar y hacer desaparecer a la sexualidad en el proceso de envejecer. Tal es así, que quienes se hallan en la vejez o cerca de ella, no encuentran otro camino que plegarse consciente o inconscientemente a lo proyectado sobre ellos desde la dinámica sociocultural.

2. Sexualidad en la tercera edad.

Como se mencionó en el capítulo anterior, atravesar el proceso de envejecimiento trae aparejado múltiples cambios (a nivel físico, psicológico y social), que se hacen totalmente visibles en la vejez, como así también, se genera un imaginario social sobre las personas mayores que lejos está muchas veces de la realidad. En este apartado se va a hacer hincapié exclusivamente en lo que respecta a la sexualidad.

2.1. Mitos y prejuicios:

Cuando hablamos de mitos, nos referimos según la Real Academia de la Lengua Española a: la persona o cosa a las que se les atribuye cualidades o excelencias que no tienen, o bien de una realidad de la que carecen. Desde una mirada antropológica el mito es, tomando como referencia a Malinowski (1985), una "realidad que se vive, una realidad viva que se cree aconteció una vez en los tiempos más remotos y que desde entonces ha venido influyendo en el mundo y los destinos humanos" (p.44). Lévi-Strauss (1976), considera al mito como un modo de la comunicación humana, como un sistema lógico– simbólico estructurado que se reproduce con las mismas características y los mismos detalles alrededor del mundo.

Entonces, los mitos son creados por cada pueblo, como una manera de identificarse con lo que los rodea y de esta manera tratar de dar explicaciones de todo lo que sucede a sus alrededores. Éstos van a transmitir valores y

creencias a cada sociedad, que pasan de generación a generación y cimentan su cultura.

Esto permite hablar de la sexualidad en la vejez dentro de un contexto determinado. Por ejemplo, cuando surge el cristianismo, la actividad sexual comenzó a ser vinculada pura y exclusivamente con fines reproductivos y cuando no era así, pasaba a formar parte del pecado original (Pedraza, 2014). En la sociedad judía, a las personas mayores se los consideraba portadores del saber, tenían la misión de guiar al pueblo y por este motivo sus prácticas sexuales eran respetadas y más allá de no tener un fin reproductivo se pensaban como bendiciones. En la sociedad grecolatina, los jóvenes eran quienes disfrutaban del goce, el placer y el amor (por su belleza natural), mientras que a las personas mayores se los asociaba solamente al dolor y a la enfermedad, y si bien la actividad sexual no estaba prohibida, si se concretaba en cierto momento se la consideraba antiestética (Iacub, 2007).

Son demasiados los mitos que se encuentran en el imaginario social y que figuran en la mayoría de los estudios sobre el tema. Betancurt (2013) expone alguno de ellos, y dice que las personas mayores:

- Carecen de sexualidad: al no poder reproducirse, el uso de la sexualidad sería técnicamente imposible. Como se mencionó en el primer capítulo, cuando se decidió llevar adelante esta investigación fueron frecuentes comentarios que hacían referencia a la sexualidad de los adultos mayores como algo inexistente e imposible de abordar e investigar.

- No se reproducen: La reproducción no tiene relación con la sensación del placer, debido a que ésta puede sentirse en cualquier edad. En la vejez esa sensación por ejemplo aparece con otras prácticas, como es la caricia de su pareja y no exclusivamente por una relación coital.
- Cese de actividad sexual: no necesariamente es exclusivo de la vejez. Va a depender de diversos factores, de su estado de salud y su capacidad psicológica, pero mientras la persona se encuentre sana puede ejercer libremente la actividad sexual.
- El deseo sexual disminuye con la edad: esto es el impulso que nos lleva a tener un encuentro íntimo con otro, a compartir intimidad, a mantener relaciones afectivas y sexuales, a sentir placer. Depende de la producción de ciertas hormonas, que permiten mantener el interés y el deseo sexual. Como no todos los organismos son iguales, no se debe generalizar este mito. Un ejemplo extraído del acceso preliminar al campo que se realizó y que tiene íntima relación con este mito, es el que se describe a continuación. Una tarde, llegó la hija de una de las residentes a la institución y entre los temas de conversación que se establecieron surgió uno particularmente importante, la asexualidad de sus compañeros de trabajo. Los mismos, comentaban que hace tiempo no mantenían relaciones sexuales ya que no sentían la necesidad o nadie los atraía. La hija de la residente, narraba que a raíz de estos comentarios se burlaban entre ellos denominándose “asexuados”. Una vez finalizado el relato, la madre (adulto mayor) respondió: “al final tenemos más deseos todos nosotros que tus compañeros de trabajo”. Este suceso causó muchas risas entre las/los residentes y familiares

presentes, pero la respuesta dada por la mujer permite generar interrogantes sobre qué tan allegada a la realidad es la idea de que los jóvenes son los que tienen mayores deseos y fantasías sexuales y por el contrario, los viejos carecen de ellos.

- Frecuencia de la actividad sexual: depende de la historia previa de cada persona, aquellos que llevaron una vida sexual activa, tienen mayores probabilidades de mantener esta actividad cuando envejecen.

Por otro lado, a los prejuicios la Real Academia de la lengua Española los define como: acción y efecto de prejuzgar, y a este último como juzgar una cosa o a una persona antes de tiempo oportuno, o sin tener de ella cabal conocimiento. Es decir, es una opinión previa acerca de algo que se conoce poco o mal. Como se mencionó en el primer capítulo, los mismos se definen como actitudes negativas hacia un grupo social o hacia una persona percibida como miembro de ese grupo. El prejuicio está formado por tres componentes: cognitivo (creencias), afectivo (emociones) y comportamental (conducta). Aunque exista cierta correlación entre ellos, estos tres componentes son relativamente independientes y por lo tanto, implican medidas diferentes (Brigham, 1971).

Por último, Bastide (1970) refiere a los prejuicios como sentimientos o juicios que provocan en cierta forma discriminación. Los considera actitudes, sentimientos y juicios que justifican o provocan fenómenos de segregación, separación y explotación de un grupo sobre el otro. Éstos, pueden ser negativos o positivos, pero aquellos relacionados a la vejez y más

específicamente a vejez y sexualidad son negativos, debido a que van ligados al declive de las condiciones físicas y las habilidades sociales de las personas.

Una de las mayores representaciones negativas sobre la sexualidad de las personas mayores, es verlas como seres asexuados, debido a todos los cambios que sufre el cuerpo a medida que envejece, lo cual es visto como un impedimento para el desarrollo de una sexualidad plena.

Colombino (1997), plantea una serie de prejuicios instalados en las sociedades (relacionados con los cambios físicos):

- Los excesos sexuales de la juventud llevan al agotamiento en la vejez.
- El anciano es un discapacitado sexual.
- Los ancianos ya no tienen deseos sexuales y presentan menos actividad.
- Los ancianos sólo necesitan contacto.
- Son todos perversos.
- Todos los ancianos son impotentes.
- El esquema corporal alterado afecta por igual a hombres y mujeres.
- El desuso de los genitales lleva a la atrofia.

En esta etapa de la vida hay que poder pensar en la sexualidad no enfocada en el coito y la pasión, sino más bien en sus múltiples manifestaciones, como el compañerismo, los abrazos, el afecto y la intimidad (Herrera, 2003)

Para poder cambiar esta mirada negativa que tiene la sociedad hacia las personas mayores y que estos últimos internalizan, se necesitan más estudios

que hablen sobre el tema y a su vez una mayor educación y comprensión de la población en general sobre los cambios fisiológicos que se atraviesan en esta etapa. De esta manera se puede lograr una disminución de los prejuicios y actitudes injustas, y a su vez generar apoyo, solidaridad y aceptación de la persona mayor dentro de la sociedad, lo que conlleva a dejar de lado la discriminación y mejorar su calidad de vida (Mullo Medina, 2015).

2.2. Cambios en la sexualidad de las/los adultos mayores:

En la sociedad actual el ideal de belleza está muy internalizado y la figura corporal joven aparece como atractivo sexual: una figura alta, delgada y una piel suave y lisa. De esta forma, se deja de ver a las personas mayores como atractivos y hace que éstos a su vez, se valoren a sí mismos negativamente con respecto al cuerpo, condicionando su conducta sexual (Cayo Ríos, Flores, Perea, Pizarro y Aracena, 2003).

La representación que se tiene del cuerpo y la sexualidad se encuentra atravesada por la variable tiempo, ya que los cambios se ven reflejados con el correr de los años: aparecen arrugas, canas, caída del cabello, reducción de la contextura física y cambios en la sexualidad (como la turgencia de las mamas y el vigor de la erección) tanto en hombres como en mujeres (González, 2012).

En lo que respecta a los cambios fisiológicos y anatómicos en las mujeres se hacen muy evidentes, sobre todo porque se afecta el ciclo menstrual (se hace presente la menopausia) y se pierde la capacidad reproductora. Tras esto, se produce una disminución en la producción de hormonas femeninas (estrógenos y andrógenos), que deriva en múltiples cambios (Martínez, Díaz, Calvo y Alonso, 2004):

- Disminución progresiva del tamaño de los ovarios.
- Trompas de Falopio filiformes¹⁵.
- El útero vuelve al tamaño que presentaba en la pre pubertad.
- El endometrio y la mucosa del cuello uterino se atrofian.
- La vagina se hace más corta y menos elástica, con menos capacidad de lubricación rápida.

En lo que respecta a los cambios en la respuesta sexual, ésta se produce de manera más lenta y a su vez, presentan menor frecuencia e intensidad de las contracciones orgásmicas (López, 2014).

Se pueden encontrar dos grandes diferencias entre los cambios de las mujeres con los hombres. En ellos, no se produce ni la pérdida de capacidad reproductora ni tampoco algún cambio semejante a la menopausia. Los cambios más significativos tienen que ver con un aumento en la lentitud de la respuesta sexual, las erecciones ya no se producen con tanto vigor, los coitos con eyaculación disminuyen y el periodo refractario (desde el coito hasta la nueva erección) es aún mayor. Además se presenta una menor producción de testosterona, menos necesidad de eyacular y menor volumen y retraso de la eyaculación (López, 2014).

A su vez, en lo que respecta a los cambios anatómicos, hay una pérdida de vello púbico, una distensión de la bolsa escrotal con su superficie lisa, disminución del tamaño y consistencia de los testículos; y un aumento del tamaño de la próstata pero con menor secreción (García y Encinas, 2007).

¹⁵ Según la Real Academia de la Lengua española, el término filiforme proviene del lat. Filum, "hilo" y -forme. Y significa que tiene forma o apariencia a hilo.

Todos estos cambios son inevitables desde el punto de vista biológico pero también, van a depender de la influencia de actitudes y expectativas impuestas por la sociedad, como de diferentes factores propios de las personas mayores relacionados a la salud, estilos de vida, los valores, ideas, creencias, sentimientos y formas de actuar.

Se puede concluir entonces que en cierto punto la sexualidad de las personas mayores muchas veces se ve ampliamente afectada por la inseguridad e insatisfacción que presentan sobre ellos mismos, expresado como rechazo a su propia imagen, que por los cambios corporales en sí. El pensar en la vejez no implica olvidarse del cuerpo ni especular con que éste deja de funcionar, sino que va a comenzar a funcionar de una manera distinta, pudiendo ser considerado como fuente de goce al igual que en las etapas más tempranas (González, 2012).

2.3. Factores que influyen en la conducta sexual de las personas mayores:

- Acceso a una pareja:

Por lo general la formación de nuevas parejas en la vejez suele ser mal recibida por la sociedad y la familia. Hoy en día, se sigue pensando paralelamente en la actividad sexual y el matrimonio, por lo que la viudez es un factor determinante en el cese de la actividad sexual. (Herrera, 2003).

- Dificultades específicas en la sexualidad:

Tiene que ver con los cambios mencionados en el apartado 2.b y sobre todo con la actitud de las personas mayores frente a los mismos, con el no pedir ayuda y renunciar a la práctica de la actividad sexual (López, 2014).

- La propia historia de sexualidad:

Aquellas personas que mantuvieron una vida sexual activa y regular durante la juventud, es muy probable que al llegar a la vejez la continúen manteniendo (aunque con menos frecuencia). Mientras que aquellas que experimentaron una vida sexual pasiva e insatisfactoria, pueden llegar a presentar una disminución de las capacidades fisiológicas, el deseo y el interés sexual (López y Olazábal, 1998).

- Estado de salud y medicamentos:

Los problemas de salud pueden tener grandes implicancias sobre la actividad sexual, como por ejemplo: el cansancio, el estrés, la mala alimentación, la falta de higiene y de la actividad física. También hay enfermedades específicas y los medicamentos utilizados para las mismas que influyen, como es el caso de la diabetes, hipertensión, infartos, problemas reumatológicos, patologías neurológicas, depresiones y/o problemas oncológicos (López y Olazábal, 1998).

- Autopercepción del atractivo sexual:

En esta sociedad en donde se privilegia la belleza de una forma hegemónica (cuerpo joven y productividad), es común el miedo a llegar a ser viejos. Aquellos quienes puedan romper con los prejuicios

negativos, que obtengan una imagen positiva de su propio cuerpo y el de su pareja y se adapten a los cambios de esa etapa, podrán disfrutar de la sexualidad de forma satisfactoria (Herrera, 2003).

- Factores psicosociales:

En el libro psicología de la vejez de Triadó, C. & Villar, F. (2014), se exponen una serie de factores psicosociales que influyen en la conducta sexual, como:

- La estigmatización de la vejez como periodo de involución, donde no se prioriza la belleza y a las personas mayores no se las considera atractivas ni con derechos sexuales.
- La jubilación como un hecho que los lleva a desmotivarse en todo sentido.
- La resistencia de los hijos a permitir nuevas parejas o a aceptar la libre expresión de la sexualidad de sus padres.
- Barreras impuestas por la sociedad, por las residencias y familias, que impiden brindar un espacio privado para poder ser utilizado con total libertad. Este punto puede ser ejemplificado a partir de una práctica clínica realizada en una Residencia de Adultos Mayores (RAM) en la ciudad de Mar del Plata, donde se pudo observar que se higienizaba con las puertas abiertas a aquellas personas que no podían hacerlo por sus propios medios, sin importar su privacidad ni la mirada del otro sobre ellos.

- Actitudes erotofóbicas (miedo a todo lo relacionado con sexo y sexualidad) y conservadoras que hace pensar en la sexualidad de la persona mayor como algo peligroso, provocando un cierre a nuevas posibilidades amorosas.

- Dificultad para acceder a la intimidad:

Muchas son las personas que al llegar a la vejez sufren un cambio de vivienda (por alguna pérdida de capacidad específica o problemas médicos), que hace que deban vivir con sus hijos o algún familiar directo, o bien, que ingresen a una institución o residencia. Cuando esto sucede, el ambiente ya no es el adecuado para mantener relaciones sexuales (Vidal, 2006). Se pierde la intimidad y la privacidad tanto a nivel pareja como a nivel individual, lo que genera conflictos con los familiares y posturas que inhiben o restringen la actividad sexual. Por ejemplo, en la RAM mencionada anteriormente, las habitaciones eran compartidas por hasta tres personas (mujeres en un sector y varones en otro). En la misma, también hubo un caso en el que ingresó una pareja y se los ubicó en una habitación para ellos solos, como no socializaban con el resto de los residentes en los espacios comunes y se encontraban mucho tiempo juntos, se tomó la decisión de separarlos, de que estén en habitaciones diferentes, lo que desemboca en la pérdida de privacidad como pareja. Lo que se debe mantener en estas situaciones es un equilibrio entre la intimidad, la dignidad y los derechos de las personas mayores (Herrera, 2003).

3- Derechos sexuales.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad inherente, dignidad e igualdad para todos los seres humanos. Si bien existen organismos internacionales que los crean (Organización de las Naciones Unidas -ONU- y la Asociación Mundial para Salud Sexual –WAS-) muchas personas no tienen un pleno acceso o cumplimiento de los mismos, encontrándose vulneradas.

Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Por lo tanto, para que los seres humanos de las sociedades desarrollen una sexualidad saludable, los derechos sexuales que se detallarán a continuación deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos.

3.1. Declaración aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología:

La Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) es una organización internacional multidisciplinaria que incluye a sociedades científicas, organizaciones no gubernamentales y profesionales en el campo de la sexualidad humana, que promueve la salud sexual a lo largo de toda la vida. La Declaración de los Derechos Sexuales de la Asociación Mundial para la Salud Sexual fue originalmente proclamada en el 13er congreso Mundial de Sexología en Valencia, España 1997, posteriormente, en 1999, una revisión fue aprobada en Hong Kong por la Asamblea General de WAS y luego reafirmada en la Declaración de WAS: "Salud Sexual para el Milenio" (2008). La presente

revisión de la declaración fue aprobada por el Consejo Consultivo de WAS en marzo de 2014.

1. El derecho a la igualdad y a la no-discriminación

Toda persona tiene derecho a disfrutar de los derechos sexuales de esta declaración sin distinción alguna de raza, etnicidad, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, lugar de residencia, posición económica, nacimiento, discapacidad, edad, nacionalidad, estado civil y familiar, orientación sexual, identidad y expresión de género, estado de salud, situación social y económica o cualquier otra condición.

2. El derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona

Toda persona tiene derecho a la vida, la libertad y la seguridad, estos derechos no pueden ser amenazados, limitados o retirados de forma arbitraria por razones relacionadas con la sexualidad. Estas razones incluyen: orientación sexual, comportamientos y prácticas sexuales consensuales, identidad y expresión de género, o por acceder o proveer servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva.

3. El derecho a la autonomía e integridad del cuerpo

Toda persona tiene el derecho de controlar y decidir libremente sobre asuntos relacionados con su cuerpo y sexualidad. Esto incluye la elección de comportamientos, prácticas, parejas y relaciones interpersonales con el debido respeto a los derechos de los demás. La toma de decisiones libres e informadas requiere de consentimiento libre e informado previo a cualquier

prueba, intervención, terapia, cirugía o investigación relacionada con la sexualidad.

4. El derecho a una vida libre de tortura, trato o pena crueles, inhumanos o degradantes

Nadie será sometido a torturas, tratos o penas degradantes, crueles e inhumanos relacionados con la sexualidad, incluyendo: prácticas tradicionales dañinas; la esterilización forzada, la anticoncepción o aborto forzados; y otras formas de tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes cometidos por motivos relacionados con el sexo, género, orientación sexual, identidad y expresión de género y la diversidad corporal de la persona.

5. El derecho a una vida libre de todas las formas de violencia y de coerción

Toda persona tiene derecho a una vida libre de violencia y coerción relacionada con la sexualidad, esto incluye: la violación, el abuso sexual, el acoso sexual, el bullying, la explotación sexual y la esclavitud, la trata con fines de explotación sexual, las pruebas de virginidad, y la violencia cometida por razón de prácticas sexuales, de orientación sexual, de identidad, de expresión de género y de diversidad corporal reales o percibidas.

6. El derecho a la privacidad

Toda persona tiene derecho a la privacidad, relacionada con la sexualidad, la vida sexual, y las elecciones con respecto a su propio cuerpo, las relaciones sexuales consensuales y prácticas sin interferencia ni intrusión arbitraria. Esto

incluye el derecho a controlar la divulgación a otras personas de la información personal relacionada con la sexualidad.

7. El derecho al grado máximo alcanzable de salud, incluyendo la salud sexual que comprende experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras

Toda persona tiene el derecho de obtener el grado máximo alcanzable de salud y bienestar en relación con su sexualidad, que incluye experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras. Esto requiere de servicios de atención a la salud sexual de calidad, disponibles, accesibles y aceptables, así como el acceso a los condicionantes que influyen y determinan la salud, incluyendo la salud sexual.

8. El derecho a gozar de los adelantos científicos y de los beneficios que de ellos resulten

Toda persona tiene el derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones en relación con la sexualidad y la salud sexual.

9. El derecho a la información

Toda persona debe tener acceso a información precisa y comprensible relacionada con la sexualidad, la salud sexual y los derechos sexuales a través de diferentes recursos o fuentes. Tal información no debe ser censurada o retenida arbitrariamente ni manipulada intencionalmente.

10. El derecho a la educación y el derecho a la educación integral de la sexualidad

Toda persona tiene derecho a la educación y a una educación integral de la sexualidad. La educación integral de la sexualidad debe ser apropiada a la edad, científicamente correcta, culturalmente competente y basada en los derechos humanos, la igualdad de género y con un enfoque positivo de la sexualidad y el placer.

11. El derecho a contraer, formar o disolver el matrimonio y otras formas similares de relaciones basadas en la equidad y el pleno y libre consentimiento

Toda persona tiene el derecho a elegir casarse o no casarse y a, con libre y pleno consentimiento, contraer matrimonio, mantener una relación de pareja o tener relaciones similares. Todas las personas tienen los mismos derechos en cuanto a contraer matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución de las relaciones, sin discriminación ni exclusión de cualquier tipo. Este derecho incluye la igualdad de acceso a la asistencia social y otros beneficios, independientemente de la forma de dicha relación.

12. El derecho a decidir tener hijos, el número y espaciamiento de los mismos, y a tener acceso a la información y los medios para lograrlo

Toda persona tiene el derecho de decidir tener o no hijos y el número y espaciamiento de los mismos. Para ejercer este derecho se requiere acceder a las condiciones que influyen y determinan la salud y el bienestar, incluyendo los

servicios de salud sexual y reproductiva relacionados con el embarazo, la anticoncepción, la fecundidad, la interrupción del embarazo y la adopción.

13. El derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión

Toda persona tiene el derecho a libertad de pensamiento, opinión y expresión sobre la sexualidad y tiene el derecho a expresar su propia sexualidad a través de, por ejemplo, su apariencia, comunicación y comportamiento con el debido respeto al derecho de los demás.

14. El derecho a la libre asociación y reunión pacíficas

Toda persona tiene el derecho a organizarse pacíficamente, a asociarse, reunirse, protestar y a defender sus ideas con respecto a la sexualidad, salud sexual y derechos sexuales.

15. El derecho a participar en la vida pública y política

Toda persona tiene el derecho a un ambiente que permita la participación activa, libre y significativa y que contribuya a aspectos civiles, económicos, sociales, culturales, políticos y otros de la vida humana, a niveles locales, nacionales, regionales e internacionales. Especialmente, todas las personas tienen el derecho a participar en el desarrollo y la implementación de políticas que determinen su bienestar, incluyendo su sexualidad y salud sexual.

16. El derecho al acceso a la justicia y a la retribución y la indemnización

Toda persona tiene el derecho de acceso a la justicia, a la retribución y a la indemnización por violaciones a sus derechos sexuales. Esto requiere medidas efectivas, adecuadas, accesibles y apropiadas de tipo educativo, legislativo y

judicial entre otras. La indemnización incluye el resarcimiento a través de la restitución, compensación, rehabilitación, satisfacción y la garantía de que no se repetirá el acto agravante.

4- Conductas sexuales en personas con demencia que permanecen institucionalizadas en Residencias de Adultos Mayores (RAM).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la demencia como un síndrome –generalmente de naturaleza crónica o progresiva- caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia¹⁶ no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.¹⁷

Los síndromes demenciales pueden clasificarse en seis categorías diferentes dependiendo de su etiología: la enfermedad de Alzheimer, las demencias asociadas a un infarto cerebral o demencias vasculares (DV), la demencia con cuerpos de Lewy, las demencias asociadas con parkinsonismo (PDD), las frontotemporales (DLFT) y las demencias rápidamente progresivas (secundarias a trastornos metabólicos o tóxicos, tumores, traumatismos,

¹⁶ La conciencia es el estado en el cual uno se da cuenta de sí mismo y del ambiente. La misma, tiene 2 componentes: el primero es el contenido, es decir la suma de funciones mentales cognitivas y afectivas que conforman las funciones superiores (lenguaje, habilidades visoespaciales, afectividad o personalidad, cognición y memoria). El segundo, es la reactividad que hace referencia a la capacidad de despertar (Myers, 2005).

¹⁷ Organización Mundial de la Salud, 2017. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/dementia/es/>

cuadros depresivos o enfermedad de Creutzfeldt-Jakob). Entre estos, la enfermedad de Alzheimer es la más frecuente. El jefe de la Unidad de Neurociencias Cognitivas del INEBA (Instituto de Neurociencias de Buenos Aires), Demey, explicó lo siguiente “si bien no se cuenta con números exactos, se estima que la enfermedad de Alzheimer afecta entre 300.000 y 400.000 personas en Argentina, siendo su prevalencia mayor en individuos de más de 65 años de edad”. El especialista puntualizó además que “la prevalencia media de Alzheimer en mayores de 65 años en Sudamérica es del 5,3% -de los cuales el 60% presenta Alzheimer y el 30% demencia vascular-, mientras que la incidencia anual en Latinoamérica es de 9,2 casos cada mil habitantes”.¹⁸

La enfermedad de Alzheimer se inicia de manera insidiosa y evoluciona de forma lenta y progresiva, aunque no todas las personas que la sufren evolucionan de la misma manera ni todas llegan hasta la última fase del mismo modo. La evolución típica se divide en sucesivas fases en función de los síntomas habituales (cognitivos y funcionales) que se manifiestan. Por lo general, se utilizan dos sistemas para graduar la evolución de la enfermedad. El primero contempla tres grandes fases:

Leve: la persona puede desenvolverse de forma independiente y autónoma. En esta etapa, se observa un paulatino deterioro especialmente en la memoria episódica. La persona olvida eventos recientes. Puede no recordar la conversación que tuvo con su hijo antes, o ir al supermercado y no recordar qué iba a comprar. Asimismo, la percepción de su medio ambiente se ve disminuida. En el sujeto empieza a surgir una típica desorientación de lo que lo

¹⁸18 de septiembre del 2013. En la Argentina 400.000 personas padecen Alzheimer. *Télam*. Recuperado de: <https://www.telam.com.ar/notas/201309/33151-en-la-argentina-400000-personas-padecen-el-mal-de-alzheimer.html>

rodea, no reconociendo bien el lugar donde está y olvidando la ubicación de objetos y lugares que son cotidianos. Así, es común que no recuerde cómo llegar a sitios a los que siempre ha ido (almacén, banco, casa de familiares). También, suelen desorientarse en cuanto a la fecha del año en la que están, confundirse la hora y creer que aunque es de mañana, para ellos ya es de noche.

De igual modo, se produce una disminución en la concentración, cambios de humor y síntomas de depresión con apatía, pérdida de iniciativa y falta de interés. Por otra parte, las habilidades motoras y la percepción son conservadas. El sujeto es capaz de mantener una conversación y el único problema que presenta en cuanto al lenguaje reside en la utilización de frases más cortas y en la dificultad de encontrar las palabras precisas (mezcla de ideas).

Moderada: en el transcurso de esta etapa se producen importantes alteraciones de la función cerebral con aparición de síntomas más preocupantes. La memoria se va afectando progresivamente, la persona presenta dificultad para asimilar hechos nuevos como un cambio de domicilio o por ejemplo, no se acuerda de haber comido aunque recién termine de hacerlo. También, comienzan a surgir problemas de lenguaje (afasia), funciones aprendidas (apraxia) y reconocimiento (agnosia).

Por afasia se entiende la dificultad del lenguaje. A la persona le cuesta hablar, expresarse y darse a entender. Cuando responde a las preguntas lo hace lentamente y por buscar las palabras correctas no culmina la frase (empobrecimiento del vocabulario). Por otro lado, la apraxia se refiere a la dificultad que tiene el sujeto para llevar a cabo funciones aprendidas. Éste, no

puede ni sabe cómo vestirse, no sabe utilizar los cubiertos, etc. En cuanto a la agnosia, consiste en una pérdida de la capacidad para poder reconocer a las personas con las que convive. Esta pérdida no es total porque reconoce determinados ambientes familiares y conserva la orientación personal (nombre, edad, lugar de nacimiento).

Las AVD (actividades de la vida diaria) son cada vez más difíciles de realizar. La/el adulto mayor se torna descuidado con su higiene personal, no sabe elegir su ropa adecuándola a la época del año y se vuelve dependiente en los traslados al baño. El sujeto progresivamente va perdiendo su independencia (se vuelve dependiente¹⁹) y su autonomía²⁰. A esta altura de la evolución de la enfermedad, la mayoría de los familiares no quieren dejar solo al sujeto y comienzan a contemplar la posibilidad de que viva en una Residencia Geriátrica. Tomando como referencia los ingresos realizados en el Hogar donde se realizará esta investigación se contempla que uno de los motivos más frecuentes de institucionalización es que la/el adulto mayor presente una demencia. En las admisiones llevadas a cabo hasta el momento, la familia manifiesta que el sujeto ya no es independiente en cuanto al vestido, higiene, alimentación, manejo de dinero, traslados, entre otros. A raíz de estos eventos que revelan la dependencia de la persona, los familiares comentan que ya no pueden solos o que los cuidadores domiciliarios generan un gasto

¹⁹ La dependencia es “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria” (Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia).

²⁰ La autonomía personal es “la capacidad de controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria” (Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia).

económico imposible de solventar y por eso deciden la institucionalización del adulto mayor.

Por último, en esta fase pueden aparecer rasgos de tipo psicótico. El adulto mayor imagina que ve gente que no existe, ruidos que nadie oye, comienza a preguntar por personas que ya murieron. Asimismo, la persona sufre cambios de humor bruscos, realiza pocas cosas por iniciativa propia y presenta cambios de comportamiento inapropiados socialmente, como desinhibición o agresividad. Las aficiones que tenía, las actividades sociales, de ocio y de recreación pierden totalmente su valor, mostrándose aburrido, apático o somnoliento.

Grave: la persona se vuelve totalmente dependiente y pierde su autonomía. En esta etapa se presenta una marcada afectación de las facultades intelectuales. Los síntomas cerebrales se agravan, acentuándose la rigidez muscular así como la resistencia al cambio postural. El sujeto olvida hechos pasados (memoria retrógrada) y presentes (anterógrada), no reconoce a familiares o amigos cercanos. La personalidad cambia por completo, se muestran apáticos, perdiendo las capacidades automáticas adquiridas para satisfacer necesidades básicas tales como lavarse, comer, caminar, vestirse. También, en el último tiempo de esta etapa presentan incontinencia urinaria y fecal. Es común, que por lo detallado con anterioridad el individuo termine acostado en una cama las 24 horas del día y requiera asistencia para realizar todas las AVD.

Se estima que la duración de las fases es de aproximadamente 3 años cada una, pero es un número estimativo ya que la evolución de la enfermedad es heterogénea y varía de un sujeto a otro.

El otro sistema de graduación de la evolución de la enfermedad de Alzheimer es la escala GDS²¹ (Escala de Deterioro Global, del inglés Global Deterioration Scale). La misma contempla en 7 etapas la evolución de la cognición y la función cotidiana desde la normalidad de cualquier adulto hasta las últimas consecuencias de la demencia. No se describirán los detalles de cada una de las etapas dado a que este sistema es utilizado en el entorno profesional especializado. Es necesario aclarar que este sistema de medición de la progresión de la enfermedad se fundamenta en la teoría de la retrogénesis, según la cual, una persona con Alzheimer va perdiendo las capacidades cognitivas y funcionales en orden inverso a como se adquieren. Así, una de las capacidades afectadas en la fase leve es la de gestionar el dinero, mientras que el control de esfínteres se pierde más tardíamente en la evolución de la enfermedad, al revés de como sucede en el desarrollo de un niño.

4.1. Conducta sexual:

Los estudios dedicados a la vejez son escasos y más aún aquellos que se interesan por la sexualidad en la demencia. Esta última, se ve acompañada por diversas alteraciones tales como la disfunción eréctil; la confusión o el malestar que le genera al sujeto saber su diagnóstico cuando todavía es consciente de su déficit; el deterioro funcional y cognitivo, entre otros, que influyen en el desempeño de la sexualidad del adulto mayor.

²¹Escala Global Deterioration Scale (GDS) disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/alzheimer/completa/documentos/anexos/anexo1_14.pdf

Más allá de esas alteraciones, la demencia implica otras de tipo comportamental que, por su naturaleza, pueden acabar resultando incluso más disfuncionales que las anteriores: éstas son las conductas sexuales inapropiadas (CSI). Según Johnson (2006) las CSI son actos verbales o físicos de naturaleza sexual explícita o percibida que resultan inaceptables en el contexto social en el que se dan. Teniendo en cuenta esta definición, De Medeiros, Rosenberg, Baker y Onyike (2008) proponen una clasificación de CSI en la que distinguen entre búsqueda de intimidad sexual y conductas sexualmente desinhibidas. Las primeras harían referencia a conductas de cortejo o afectivas dirigidas hacia personas equivocadas. En cambio, las segundas conductas serían comportamientos impulsivos, indiscriminados e invasivos, marcados por la aparente pérdida de control y posiblemente provocados por estímulos ambientales, como la proximidad de un compañero sexual.

En cuanto a la prevalencia de estas conductas, es difícil establecer un porcentaje de aparición de las mismas como consecuencia del diagnóstico de demencia. Según Zeiss (1996) y Tsai, Hwang, Yang, Liu y Lirng (1999), las CSI serían relativamente frecuentes entre personas que padecen una demencia, afirman que la prevalencia es entre un 15% y 18%.

Los motivos por los que una persona pasa de desplegar una conducta sexualmente apropiada a una CSI no están del todo claros. Asimismo, los factores neurobiológicos son los más estudiados. Los lóbulos temporales y frontales son los principales responsables de la regulación de la libido, y las personas que padecen perturbaciones en estas regiones suelen mostrar alteraciones conductuales y de la personalidad. Más específicamente el déficit

en el lóbulo frontal suele ocasionar trastornos en los mecanismos inhibitorios de la conducta sexual, mientras que la disfunción de sistema temporo-límbico puede generar problemas a la hora de interpretar emocionalmente e intelectualmente los niveles de activación sexual. También, la aparición de estas conductas en personas con demencia se asocia con el consumo de diversos fármacos y al padecimiento de alteraciones psiquiátricas como alucinaciones, trastorno bipolar, delirio, esquizofrenia.

Además de los aspectos descritos, se vincula la aparición de las conductas en cuestión como consecuencia de factores psicosociales. Los sujetos con demencia pueden experimentar sentimientos de soledad, miedo y ansiedad, lo que puede llevarlos a implicarse en actitudes de aproximación a otros sujetos (Robinson, 2003). Por otro lado, los problemas mnésicos, y especialmente el olvido del pasado reciente, pueden hacer que la persona quiera iniciar una relación sexual de forma repetida. La participación en tareas de cuidado como el aseo, por ejemplo, podría ser malinterpretada ya que algunos sujetos podrían activarse sexualmente ante el contacto con el cuidador.

Por último, padecer una demencia conlleva cambios en la esfera social del individuo que pueden desencadenar CSI. Algunos de éstos son: falta de un compañero sexual habitual; falta de privacidad entre personas institucionalizadas; el abandono de un entorno familiar para pasar a vivir en otro totalmente diferente (institucionalización); o el visionado público de material de contenido erótico o sexual a través de la televisión en espacios compartidos (Hashmi, 2000).

Referencias Bibliográficas:

- Alzate, H. (marzo, 1974). La sexualidad humana y el médico. *Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia*, Vol. 15, Núm. 2.
- Betancocourt, C.L. (2013). La sexualidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Enfermería*, Vol. 29, pp. 223- 232.
- Brescané, R. (3 de octubre de 2018). ¿Cuántas etapas o fases tiene el Alzheimer y qué características tiene cada una? [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <https://knowalzheimer.com/cuantas-etapas-tiene-el-alzheimer-y-que-caracteristicas-tiene-cada-una/>
- Borgeaud - Garciandía, N. (2016). Intimidad, sexualidad. demencias. Estrategias afectivas y apropiación del trabajo de cuidado en contextos desestabilizantes. *Papeles del C.E.I.C.*, núm 1, pp. 1-27., doi: <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.15229>
- Cayo Ríos, G.L., Flores, E.J., Perea, X., Pizarro, M. & Aracena, A. (Julio, 2003). La Sexualidad en la Tercera Edad y su Relación con el Bienestar Subjetivo. *Viejos y Viejas Participación, Ciudadanía e Inclusión*. Simposio llevado a cabo en el 51 Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile.
- Cortés, E., Honrubia, M., Sanchez, E., Reoyo, F. *Código de buenas prácticas profesionales en sexualidad y diversidad funcional* (discapacidad). Asociación Nacional de Salud Sexual y Discapacidad, 2015.

- Echenique Vidal, L. N. (2006). *Estudio de sexualidad en la tercera edad*. Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Obstetricia y Puericultura, Valdivia-Chile.
- Fabá, J. y Villar, F. (Diciembre, 2011). Demencia y comportamientos sexuales inapropiados (CSI): ¿qué sabemos y qué necesitamos saber? *Revista Temática Kairós Gerontología*, 14 (5), pp. 25-47.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la sexualidad I: La Voluntad de Saber*. España. Siglo XXI Editores.
- Gigena, M. C.yOrortegui, P. (2012). *Sexualidad en la tercera edad: un espacio para reflexionar sobre los placeres de la cama en cabezas llenas de canas* (tesis de pregrado). Universidad empresarial siglo 21. Córdoba, Argentina.
- González, S. (2012). *Sexualidad en la tercera edad: un espacio para reflexionar sobre los placeres de la cama en cabezas llenas de canas*. Universidad Empresarial Siglo XXI, Córdoba.
- Herrera, P. A. (2003). Sexualidad en la vejez: ¿mito o realidad? *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68 (2), 150 - 162. doi: 10.4067/S0717-75262003000200011.
- Hervás, A.G. (1996). Los mitos. Sobre la falsedad de los mitos. *Revista murciana murciana de antropología*. N°3, 43-56.
- Iacub, R. (2007). *Erótica y vejez*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Iacub, R. & Sabatini, B. (2012). Capítulo 3. Teorías y perspectivas sobre la identidad en la vejez. *Módulo 3: Psicología de la Mediana Edad y Vejez, (67-80)*. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.
- Kirk, G.S. (2007). *El mito: Su significado y funciones en la Antigüedad y otras culturas*. España: Paidós.
- Lévi-Strauss, C. (1976). *Antropología Estructural*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Malinowski, Bronislaw. (1985). *Magia, ciencia y religión*. México: Editorial Planeta.
- Martínez, B., Díaz, M. D., Calvo, F. & Alonso, J. M. (2004). Factores biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad en los ancianos. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 14 (3), 150-157. Recuperado de:
<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/sexualidadalonsoycols.pdf>
- Mullo Medina, M. (2015). *Significado de la sexualidad en los adultos mayores de un centro de atención del adulto mayor*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Lima-Perú.
- Palacios, Agustina (2008). *El Modelo Social de la Discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid, España. Editorial CERMI.

- Ringuet, R. (2013). Temas y problemas en antropología social. La Plata: Edulp. Recuperado de:http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/32182/Documento_completo.pdf?sequence=3
- Triadó, C. & Villar, F. (2014). *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza Editorial.
- Velázquez Cortés, S. Sexualidad Responsable. *Programa Institucional: Actividades de Educación para una vida saludable. Unidad 2. Sexualidad responsable*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Recuperado de:
https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES44.pdf
- Zegarra Rodríguez, L. M. (2011). *Racismo y Prejuicios*. Universidad Alas Peruanas. Perú.
- Zeiss, A.M.; Davies, H.D.; Wood, M. y Tinklenberg, J.R. (1990). The incidence and correlates of erectile problems in patients with Alzheimer's disease. *Archives of sexual behavior*, 19(4): 325-1.

Capítulo III: Institucionalización

“Creía entonces, y sigo creyendo, que cualquier grupo de personas –sean presos, integrantes de un núcleo primitivo, miembros de una tripulación o enfermos hospitalizados- forma una vida propia que, mirada de cerca, se hace razonable y normal; y que un buen modo de aprender algo sobre cualquiera de esos mundos consiste en someterse personalmente, en compañía de sus miembros, a la rutina diaria de las menudas contingencias a la que ellos mismos están sujetos”.

Goffman, Erving.

1. Residencias de Adultos Mayores (RAM): establecimientos de larga estadía.

Para sumergirse en el ámbito de las RAM es preciso acercarse a una definición del término “establecimientos de larga estadía”. Éstos, son lugares físicos debidamente acreditados por los distintos servicios sociales del país (de acuerdo a la jurisdicción en la cual vayan a funcionar), donde se le proporciona a las/los adultos mayores alojamiento, alimentación y cuidados especiales en un medio ambiente protegido para mantener su salud y funcionalidad (Minsal, 1940).

Los objetivos de un centro residencial “deben ser responder a las necesidades de las/los residentes desde una perspectiva biopsicosocial, planteando fundamentalmente la consecución de la autonomía del individuo, retrasando la dependencia y deterioro. La meta es propiciar la calidad de vida y el desarrollo integral del residente, fomentando su autoestima y participación en la vida del centro” (Gómez Morales, 2014, p.14).

En cuanto a la prestación de servicios varía de una residencia a la otra. Todas ofrecen alojamiento y manutención a través de sus instalaciones. Por lo general, suelen brindar atención asistencial en las actividades de la vida diaria mediante un plan de cuidados personalizado. En cuanto a los servicios especializados, los más habituales son la atención médica y de enfermería. Algunas instituciones también incluyen: Psicología, Terapia Ocupacional, Psiquiatría, Kinesiología, Nutrición y Fisioterapia.

Estas instalaciones deben contar con ciertas condiciones, tanto sanitarias como estructurales para una buena atención de las/los residentes.

En lo que refiere a las disposiciones legales de los establecimientos de larga estadía, a nivel provincial deben estar autorizados por el Ministerio de Salud. El mismo, a través de la Resolución N° 3904 aprueba las normas complementarias del régimen de establecimientos geriátricos de gestión pública y privada previsto en la ley N° 14.263 y su Decreto Reglamentario N° 1.190/12. Además de esta autorización de Salud, es necesaria la habilitación municipal. Por ejemplo, en la ciudad de Tandil la ordenanza está registrada bajo el N° 5729²² y a través de 22 artículos describe el régimen regulatorio de la actividad desarrollada por los Hogares Geriátricos, Albergues o Pensiones de la Tercera Edad y Hogares de día. En la actualidad, es frecuente el funcionamiento de este tipo de instituciones sin las habilitaciones correspondientes. La carencia de autorización implica que no ha habido un organismo responsable que asegure que las residencias están en condiciones de brindarle al adulto mayor integridad física y psicológica.

Los establecimientos de larga estadía pueden dividirse en dos grupos. En primer lugar, aquellos particulares o con fines de lucro. En éstos, se paga un arancel mensual que variará en costo según los servicios prestados y el lugar donde esté ubicado. Por ejemplo, la RAM donde se llevará a cabo el trabajo de campo de esta investigación. En segundo lugar, se encuentran las instituciones de beneficencia o sin fines de lucro. Las mismas, si bien tienen una cuota al mes que debe ser cancelada por la/el adulto mayor o la familia, es un monto pequeño y accesible al que incluso pueden ser subvencionados con las pensiones de vejez que reciben algunas personas.

²² Ordenanza N° 5729 (Asunto N°6429) detallada en <http://www.hcdtandil.gob.ar/legislacion/Ordenanza-5729.html>

1.1. Instituciones totales:

Las residencias de mayores se pueden plantear como un movimiento social y cultural en la medida en que entrañan representaciones colectivas, valores culturales y opciones éticas que marcan puntos de inflexión en la historia de las mentalidades. La concepción y la función de las mismas fueron variando a lo largo de los años. Aquellas residencias que en la actualidad se denominan RAM constituyen una fase específica de la evolución de las instituciones cuya finalidad era “dar cobijo”, “custodiar”, “recluir” a individuos con fines dispares (socorro, prevención, cura, castigo). Ellas (antiguamente denominadas asilos) han creado esos “enclaves”, para personas que por diversas razones no pueden proveer su subsistencia y/o carecen de asistencia y techo familiares. Toda institución de esta índole, tanto en la antigüedad como en la actualidad, comporta dos dimensiones inseparables: nace para remediar ciertas situaciones individuales y, al mismo tiempo, resuelve problemas globales de la sociedad.

Hay diversas perspectivas que pueden plantearse a la hora de valorar una residencia y el fin de las mismas consiste en obtener un acercamiento a las distintas visiones asociadas a la realidad de la institución.

Barenys (1990) se acerca a la idea de institucionalización como una forma de reclusión de un determinado colectivo, señala las residencias como un punto intermedio entre los tenebrosos asilos y el hogar familiar, ya que se quiere reflejar la institución como un hogar, sin comprender que la diferencia radica no en el término material del concepto sino en la esencia misma del calor familiar y los recuerdos de una vida. Este autor basa su planteamiento en

la idea de instituciones totales dada por Goffman en su obra "Internados" (1961). Esta última, reúne algunos ensayos sobre la situación social de pacientes con padecimientos mentales. La misma, es el resultado de un largo trabajo de campo realizado por el autor quien cuenta su visión social dentro de un internado. A lo largo del texto se enfoca en el mundo interno de la institución y realiza un profundo análisis de los comportamientos y la interacción institucional, tanto de los agentes como del personal de los servicios. Hoy en día, estas descripciones siguen vigentes y son centrales para ahondar en la temática de la institucionalización. Es por ello, que en los siguientes párrafos se describirán brevemente los aspectos centrales de la obra de Goffman para luego analizar las Residencias de Adultos Mayores desde esta perspectiva.

Las instituciones totales son "un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente" (Goffman, 1970, p.13). El autor señala lo siguiente: "ninguno de los rasgos que voy a describir se aplica exclusivamente a las instituciones totales y tampoco se dan con la misma intensidad en todas ellas" (Ibidem, p.9). Por lo tanto, la óptica sobre la institucionalización que propone es de suma importancia para analizar críticamente a las RAM teniendo en cuenta que si bien su análisis apunta a las prisiones de forma totalitarista y excesivamente represora, pueden encontrarse semejanzas entre la teoría expuesta por el autor y las instituciones para personas mayores.

Una de las características principales de los establecimientos en cuestión hace referencia a las tendencias absorbentes y totalizadoras. Toda institución absorbe parte del tiempo e interés de sus miembros y les

proporciona un mundo propio. Dicha característica está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de los miembros, y suele adquirir forma material (por ejemplo, puertas y ventanas cerradas). Además, cuanto más dependiente sea el estado del residente, más pertenecerá al establecimiento. De hecho muchas instituciones privadas, aumentan las tarifas según la progresiva dependencia de los sujetos que allí residen. En la mayoría de los casos, la carrera de la persona en la institución suele culminar con la muerte. Muy rara vez acostumbran salir de la residencia a causa de la expulsión por mala conducta o por decisión propia o de los familiares. Es el establecimiento, a través de los cuidadores, quien decide sobre la gravedad de la situación del sujeto y si hay que trasladarlo al Hospital o recibir el óbito y notificarlo a los parientes. Es decir que los últimos momentos de la vida del adulto mayor institucionalizado los va a controlar la institución, le pertenecen a ella. Esta última particularidad es una de las manifestaciones más claras que demuestra la totalización que produce el proceso de institucionalización. La totalidad cierra la vida del adulto mayor, siendo más total que cualquier otro establecimiento de los que la persona sale para seguir construyendo su vida.

Otro aporte importante de la obra de Goffman es que en la sociedad moderna el sujeto tiende a trabajar, jugar y dormir en distintos lugares, con diferentes coparticipantes, bajo autoridades diversas, y sin un plan racional amplio. En las instituciones totales se produce una ruptura de las barreras que separan estos tres ámbitos. Primero, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. Segundo, cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en compañía de un

gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Tercero, todas las actividades están estrictamente programadas y se imponen desde arriba, mediante un sistema de normas formales explícitas, y un cuerpo de funcionarios. Por último, las diversas tareas obligatorias se integran en un solo plan racional, deliberadamente concebido para el logro de los objetivos propios de la institución.

En tales establecimientos, hay una escisión básica entre un gran grupo manejado: los internos, y otro pequeño representado por el personal supervisor. Los primeros, viven dentro de la institución y tienen limitados contactos con el mundo, más allá de sus cuatro paredes. El personal, en cambio, cumple generalmente una jornada de ocho horas y está socialmente integrado con el mundo exterior. Cada grupo tiende a representarse al otro con rígidos estereotipos hostiles. El grupo supervisor es propenso a sentirse superior y justo, y los supervisados débiles, inferiores y censurables.

La movilidad social entre ambos estratos es sumamente restringida: la distancia social, grande casi siempre, está a menudo formalmente prescripta. La conversación misma de un grupo a otro puede llevarse a un tono especial de voz y mediante restricciones. También, se restringe el paso de información, especialmente en lo relativo a los planes del personal con respecto a los internos. Así, se mantiene a estos últimos en la ignorancia de las decisiones que se toman sobre su propio destino. Todas estas limitaciones de contacto ayudan presumiblemente a mantener los estereotipos antagónicos. Poco a poco se van formando dos mundos social y culturalmente distintos, que tienen ciertos puntos formales de tangencia pero muy escasa penetración mutua.

En cuanto a los sujetos que ingresan a una institución total, Goffman señala que llegan con una “cultura de presentación” derivada de un “mundo habitual”, un estilo de vida y una rutina de actividades que se dan por supuestas hasta el momento de ingreso. Ésta, no reemplaza la peculiar cultura propia del ingresante por algo ya formado. Si algún cambio cultural ocurre, derivará tal vez de la eliminación de ciertas oportunidades de comportamiento y la impotencia de mantenerse al día con los cambios recientes del exterior. Por lo tanto, si la estadía del interno es prolongada, puede ocurrir una “desculturación”. Es decir, un “desentrenamiento” que lo incapacita temporariamente para encarar ciertos aspectos de la vida diaria en el exterior. Por ejemplo, en el caso de una RAM, una vida bajo constante supervisión junto con la disminución de diversas facultades que suelen acompañar el proceso de envejecimiento, disminuye la capacidad de captar/asimilar las transformaciones culturales (nuevas normas, valores, significaciones) que suceden en el mundo extraresidencial. Como señala el autor, “cuando ingresa un interno viene con una cultura de presentación, o sea con sus hábitos que tenía afuera. Enfrenta otra cultura, la de la institución total, produciéndose una aculturación que, en casos extremos, puede convertirse en desculturación, o sea no puede volver al mundo exterior y sus hábitos anteriores” (Goffman, 2004, p.26)

El proceso de admisión que se realiza en las instituciones produce el desposeimiento de toda propiedad del interno, importante porque las personas extienden su sentimiento del yo a las cosas que les pertenecen. El ingreso del sujeto al establecimiento es originado por diversas causas y está seguido de un proceso de adaptación a la voluntad del centro (expresada en el régimen interno, la autoridad de la dirección, las directrices del personal y la presión de

los demás internos, la medioambiental y la de los familiares). El mismo, lleva consigo diversas mortificaciones del yo. El sujeto ha perdido su lugar, su habitación propia, objetos de valor y tiene que adaptarse a otra casa y personas desconocidas para él hasta el momento y “moldearse” a nuevos hábitos, horarios y costumbres. Todos los aspectos de su vida se desarrollan ahora en el mismo lugar y bajo una misma autoridad. Por lo tanto, se da en los internos una pérdida progresiva del control sobre la cotidianidad.

Una vez que se despoja a la persona de sus posesiones deben hacerse reemplazos, pero estos son entregas comunes, impersonales, distribuidas uniformemente. El “ajuar” de las instituciones consiste en prendas viejas, usadas, que en general no corresponden a su medida y muchas veces no son más que despojos.

Durante el proceso de admisión también se viola la intimidad que el sujeto guarda sobre sí mismo. Los datos concernientes a su status social, su conducta en el pasado y su historia en general se recogen y registran en un legajo, que queda a disposición del personal.

Con respecto a los procesos de mortificación del yo del sujeto ingresante a la institución, el autor señala tres grandes líneas. En primer lugar, las instituciones totales desbaratan o violan precisamente aquellos actos que en la sociedad civil cumplen la función de demostrar al actor que tiene cierto dominio sobre su mundo, es decir, la autodeterminación o la autonomía para hacer determinadas cosas según su propio criterio. En segundo lugar, están los procesos que intentan una fundamentación lógica de justificación de las agresiones del yo. Por último, el autor analiza la relación entre este marco de referencia, de interacción simbólica construido para estudiar el destino del yo, y

el modo de referencia psicofisiobiológico convencional centrado en el concepto de “tensión”: hay procesos cognitivos involucrados invariablemente, ya que el individuo y los otros deben interpretar los ordenamientos sociales, para encontrar la imagen del propio yo que ellos implican. La mortificación del yo arrastra una aguda tensión psíquica en el sujeto. Pero a veces, la misma puede igualmente producirse por otras causas que no tienen relación aparente con los ámbitos del yo, como falta de sueño, mala alimentación o malas condiciones de vida.

Al mismo tiempo que se desarrolla el proceso de mortificación, el interno comienza a recibir instrucción formal e informal sobre lo que Goffman denomina “sistema de privilegios”. Éste, le proporciona al sujeto un marco de referencia para la reorganización personal y está compuesto por tres elementos: las normas de la casa (conjunto explícito y formal de prescripciones y proscipciones a las que el interno debe ajustar su conducta); las recompensas y privilegios (a cambio de la obediencia al personal); y los castigos (consecuencia del quebramiento de reglas que consisten en la supresión temporaria o permanente de privilegios o privación del derecho a su conquista). Dicho sistema es un modo de organización inherente a las instituciones totales. En ellas, los privilegios no equivalen a prerrogativas, franquicias o valores, sino simplemente a la ausencia de privaciones. Así, se elabora una “jerga institucional” que sirve a los reclusos de vehículo para describir los acontecimientos cruciales en su mundo particular. El personal conoce este lenguaje y lo usa para dirigirse a ellos.

Otra particularidad que expone el autor es que en tales establecimientos se realizan “ajustes secundarios” de ciertas prácticas que, sin desafiar

directamente al personal, permiten a los internos obtener satisfacciones prohibidas, o bien alcanzar satisfacciones lícitas con medios prohibidos.

El sujeto utiliza diversos factores que pueden apuntar a la reconstrucción del yo que se encuentra mortificado. Lo hace, por ejemplo, a través del alivio de las responsabilidades económicas y sociales. Otros factores muy importantes en dicha reconstrucción, son los procesos de confraternidad que llevan a personas socialmente distantes a prestarse ayuda y cultivar hábitos comunes de resistencia contra el sistema que los obliga a una intimidad forzosa, y les impone una sola e igualitaria comunidad de destino. El “nuevo” puede descubrir así, que sus compañeros son seres humanos comunes. Además, la tendencia a compartir el sentimiento común de ser víctima de la injusticia y el rencor consiguiente, marcan una importante evolución en la carrera moral de la persona dentro de la institución.

El interno usará diferentes modos personales de adaptación y alternará entre distintos planos de acción al mismo tiempo. Las tácticas representan conductas coherentes a seguir, cada una simboliza una forma de controlar la tensión existente entre el mundo habitual y el institucional. En primer lugar, se encuentra la regresión situacional mediante la cual el interno se abstiene de toda participación activa en la vida de relación. Otra táctica frecuente es la denominada línea intransigente y hace referencia al enfrentamiento del sujeto con la institución y la negación del mismo a cooperar con el personal. Luego, se encuentra la *colonización*; la persona se construye una vida relativamente placentera y estable, con el máximo de satisfacciones que pueda conseguirse. Por último, se halla la *conversión* a través de la cual el interno parece asumir la visión que el personal tiene de él y se empeña en desarrollar el rol de perfecto

pupilo. También, hay otra táctica que resulta de la fusión de algunas de las mencionadas que se denomina *juego astuto* y supone una combinación oportunista entre ajustes secundarios, conversión, colonización y lealtad al grupo, y tiende a dar al interno el máximo de posibilidades para salir airoso. El residente apoya la resistencia de sus compañeros y es dócil frente al personal.

El control social es una de las características principales de este tipo de residencias. El sujeto ya no maneja las razones o los motivos por los que ingresó, pronto surgirán versiones o rumores de por qué él está ahí y muchas veces, éstos lejos están de la realidad. Con respecto a su imagen, también va a ser controlada. Los días de peluquería o manicura están estipulados. Si el sujeto no va a salir, no se percibirá el cambio de vestuario durante todo el día. Si sale, tendrá que adaptar los horarios de la vida externa a los de la institución. Al igual que si alguien quiere visitarlo, deberá hacerlo en las horas de visita establecidas por la RAM. Todos los que formen parte del establecimiento sabrán quién pasa a ver a la persona y quién no. Toda planificación autónoma de las acciones que quiere realizar el individuo queda en segundo plano. Por ejemplo: un sujeto con sed, en su vivienda personal toma un vaso de la alacena y le pone agua sin consultarle a nadie. En cambio, en una institución, éste, debe pedirle permiso al personal para poder realizar la acción mencionada. Con todo lo anteriormente detallado se observa como la intimidad del residente queda en total exposición.

En cuanto al personal de las instituciones, Goffman señala que su trabajo se desarrolla en un contexto de contradicción establecido entre lo que hacen y lo que deben decir que hacen. Su labor se refiere única y exclusivamente a seres humanos. El autor señala que las personas son fines en sí mismas y que

tienen las mismas características que los objetos. De esto se infiere que, en el manejo del material humano, hay que atenerse casi siempre a ciertas normas, técnicamente innecesarias. Las “normas de humanidad” son una parte intrínseca de la responsabilidad que incumbe a la institución y una de las garantías que ésta ofrece implícitamente a los internos. El trabajo con seres humanos difiere de todos los otros, en su posibilidad de llegar a constituirse objetos de la simpatía y hasta del cariño del personal, por más que éste haya intentado mantenerlos a distancia.

La segunda característica típica del mundo laboral institucional se origina en los status y relaciones de los internos en el mundo exterior, y en la necesidad de tenerlos en cuenta. En cuestión de normas y derechos, el personal tiene obligaciones precisas cuyo cumplimiento se encargan de recordarle sus superiores, los familiares y los diversos organismos de control de la sociedad general. Suelen generarse conflictos entre el enfrentamiento permanente entre las normas humanitarias, por un lado, y la eficiencia institucional, por el otro.

Goffman afirma que el grupo de trabajadores debe desempeñarse en un clima moral especial. El mismo, tiene que enfrentar la hostilidad y las protestas de los internos, a quienes generalmente no puede oponer otro argumento que las perspectivas racionales de la institución.

Por último, el personal tiende a desarrollar una especie de teoría de la naturaleza humana que es parte implícita de la perspectiva institucional. Esta teoría, racionaliza la actividad, proporciona un medio sutil para el mantenimiento de la distancia social con los internos, y una imagen estereotipada de ellos, y justifica el trato que se les da. Abarca las formas

buenas y malas de comportamiento del internado, las diversas manifestaciones de la indisciplina, el valor instructivo de los privilegios y castigos, y la diferencia esencial entre personal e internos. Si se logra que el residente demuestre una defensa extrema al otro grupo resultará manejable en lo sucesivo, porque al someterse a esas exigencias, su resistencia queda de algún modo quebrantada.

Para finalizar lo expuesto por Goffman es preciso mencionar las ceremonias institucionales que se dan en este tipo de establecimientos. Además de las vinculaciones “personales” ilícitas o equívocas que atraviesan la línea divisoria personal- internos, se presenta un segundo tipo de contacto irregular entre ambos grupos. Las/los residentes pueden estar obligados a prestar beneficios personales al grupo de trabajadores (lavarles la ropa, pintar objetos de ellos, etc.). En tales circunstancias cuesta mantener la separación de roles, ya que esto no está previsto por el establecimiento. Asimismo, toda institución total parece desarrollar una serie de prácticas institucionales a través de las cuales los dos grupos se acercan lo suficiente para que cada uno obtenga algo favorable del otro. Éstas, se caracterizan por una atenuación de las formalidades y por un ablandamiento en la cadena habitual de mando.

Una de las formas más comunes de ceremonia institucional es la redacción e impresión de boletines semanales o de una revista mensual. Éstos detallan noticias locales y del mundo exterior, expresan un interés de la institución por la vida de sus miembros y ofrecen una visión idealizada de las relaciones. En tales casos el personal se presta a que adquieran un ligero control sobre él y a las críticas que puedan pasar la censura.

Otro tipo de ceremonia es la de la fiesta anual, en ella personal e internos se mezclan participando en formas de sociabilidad convencionales como comidas y bailes. Suelen invitarse a parientes y al público en general a participar y recorrer las instalaciones. En esta oportunidad la relación entre los dos grupos tiende a ser visiblemente cordial, dejando a un lado los rigores ordinarios de la cotidianidad. Generalmente esta exhibición institucional parece estar destinada a las visitas. Tal es así, que la sala de invitados de la mayoría de las instituciones totales (tanto por la decoración como por el comportamiento) es el ambiente que más cerca se encuentra de las pautas que rigen el mundo exterior, que de las condiciones reales que prevalecen en el alojamiento de los internos.

Otras ceremonias muy comunes en estos establecimientos son: la exposición de objetos realizados por los pacientes o muros pintados por ellos, obras de teatros y fiestas de cumpleaños. Las mismas, tienden a realizarse con una periodicidad bastante espaciada y suscitar cierto revuelo social. Todos los grupos del establecimiento se asocian a ella, cualquiera sea su rango y su posición, pero se les da el lugar que les corresponde.

Finalizada la perspectiva de Goffman sobre las instituciones totales se procederá a analizarlas desde la óptica de Zelizer. En “La negociación de la intimidad”, la misma corrobora que las prácticas económicas constituyen una constante en las relaciones sociales íntimas caracterizadas por el afecto y la confianza. Aunque las personas intenten mantener el dinero apartado de lo privado, ambos mundos se conectan. La autora pretende analizar el entrelazamiento de las relaciones de cuidados y las transferencias de bienes. Señala que las primeras implican una atención personal sostenida y/o intensiva

que se prodiga para el bienestar de quien recibe esa atención (por ejemplo, las relaciones de cuidados brindadas por el personal de una RAM a las/los residentes).

Los miembros de una familia que viven en un hogar se ven implicados constantemente en la producción, el consumo, la distribución y las transferencias financieras. Alimentar a una familia representa una obvia y sin embargo olvidada intersección de cuidados y actividad económica. A veces, los cuidados relacionados con la salud resultan ser más importantes en los hogares que el suministro de comida y de ropa. Cuando un médico proporciona instrucciones y remedios, los miembros de la familia brindan parte de los cuidados. Aseguran la higiene, compran los medicamentos y otros artículos de farmacia, aprenden algunas técnicas como dar inyecciones o controlar los signos vitales. Por ejemplo, son muchas las cuidadoras de diversas residencias (sin ser enfermeras matriculadas) las encargadas de controlarle la presión arterial a las/los adultos mayores o las que suministran medicación a raíz de las instrucciones dadas por el médico de cabecera. Zelizer detalla las relaciones de cuidados en el hogar, definiendo a este último como un núcleo de dos o más personas que comparten una vivienda y la subsistencia cotidiana durante un período considerable de tiempo; pero también describe las relaciones de cuidados brindadas por diversas instituciones o agentes sanitarios. Todas éstas (sin importar el tipo) están atravesadas por la constante económica que influye considerablemente en la dinámica institucional. Así, los dos mundos planteados al comienzo (económico y social) tienen lugar en un contexto de permanentes negociaciones, a veces en un clima de cooperación y otras tantas en medio de conflictos.

Algunos ejemplos de prácticas económicas que están presentes en una RAM privada son los siguientes: las/los adultos mayores deben pagar un arancel mensual para residir allí; los dueños a raíz de ese ingreso organizan el dinero para poder realizar las compras necesarias (supermercado y mantenimiento de la casa), para pagarle a sus empleados y con el objetivo de que les quede un monto propio de ganancia a raíz de su labor. Un último ejemplo es el de las trabajadoras de la institución que brindan cuidados a las/los adultos mayores y por eso reciben un sueldo determinado.

Otro de los temas que la autora analiza es que a menudo el suministro de cuidados (o su fracaso) es objeto de controversias legales. Si la salud personal es el eje de la relación en disputa, los conflictos legales pueden volverse complicados y agresivos. Incluyen cuestiones tan esotéricas como el mal uso de información confidencial por parte de asistentes, malversaciones o chantajes por parte de secretarios privados o mala praxis médica. Sin embargo, también surgen litigios vinculados a la misma clase de relaciones cotidianas analizadas anteriormente: por remuneraciones para el personal asalariado o no asalariado o por cuidados médicos.

Según Zelizer los litigios de los cuidados se producen generalmente en cuatro tipos de situaciones:

- a) *Cuidados mal brindados*: al menos una de las partes reclama que el cuidado brindado por la otra no era el adecuado para la relación. Algunos ejemplos: 1) las autoridades enjuician a una herborista que vende hierbas con fines medicinales sin la correspondiente habilitación; 2) un geriátrico clandestino que funciona sin estar habilitado.

- b) *Manipulación en los cuidados*: alguien reclama que otro sacó ventajas económicas injustas de su suministro de cuidados. Un ejemplo extraído del campo es el siguiente: la cuidadora del hogar se queda con el dinero que le correspondía a la podóloga por los servicios brindados a las/los adultos mayores.
- c) *Falta de cuidados*: alguien no le brinda a quien lo necesita el cuidado que le corresponde. Una situación observada en el Hogar que representa este punto reside en un accidente en el cual un adulto mayor se cae de la silla de ruedas y la cuidadora presenta problemas para levantarlo. A raíz de esto, el residente le grita a la trabajadora que no está cumpliendo con su rol y con lo que demanda ese trabajo.
- d) *Cuidados no retribuidos*: una de las partes brinda cuidados y luego recibe poca o ninguna remuneración económica a pesar de promesas previas en sentido contrario. Por ejemplo, cuando una empleada doméstica recibe casa y comida a cambio de su labor.

Otra distinción señalada por la autora es la que realiza entre relaciones confidenciales y no confidenciales, y entre profesionales y no profesionales. Las confidenciales son relaciones en las cuales una persona está obligada a actuar en beneficio de otra en asuntos dentro del alcance de la relación (por ejemplo: tutor- pupilo, abogado- cliente, jefe- empleado). Las relaciones no confidenciales, por lo tanto, incluyen a todas las demás. Otra distinción importante es la que se realiza entre las obligaciones y los derechos de los

profesionales con un título universitario, como los médicos, abogados y psicoterapeutas, y los de los no profesionales que a veces brindan servicios similares pero sin tener un título que los habilite para ello. En cada caso, ubicar las relaciones de cuidados del lado de las confidenciales o profesionales coloca a las partes en el lugar de los derechos, los privilegios y las obligaciones especialmente vinculantes.

Para finalizar, la autora señala que las relaciones de cuidados implican una atención personal intensa y/o sostenida en el tiempo para el bienestar de su destinatario. Los cuidados se convierten en íntimos cuando al menos una de las partes adquiere una información que no es abiertamente accesible a terceras partes y cuya divulgación podría perjudicar de alguna manera al informante. Los cuidados íntimos implican un trabajo relacional extenuante: establecer, combinar, reconstruir y a veces acabar con límites, medios, transacciones y relaciones interpersonales íntimas. Además, tienden a ser vistos de un modo sentimental, ya que evocan toda una serie de imágenes familiares de altruismo y humanitarismo. De ahí hay sólo un paso a la idea de las esferas separadas de los sentimientos y de la racionalidad, y a la suposición basada en la teoría de los mundos hostiles de que el contacto entre las esferas, la personal y la económica, corrompe a ambas.

2. Motivo de institucionalización.

En la actualidad, las residencias para personas mayores se convirtieron en centros de atención multidimensional, ofrecen servicios tanto sanitarios como sociales. Las mismas, son un recurso social en las que se presta

atención integrada y continuada para el desarrollo de la autonomía personal de las personas en situaciones de dependencia. Si bien antes el ingreso era reducido a un grupo de personas con características específicas, hoy en día, se da acceso a un grupo más amplio. Las principales causas serían, el deterioro físico o mental, los problemas de viviendas con poca o nula posibilidad de solución, la falta de apoyo social y las dificultades para llevar a cabo actividades de la vida diaria (Fernández, 2009). A su vez, también podría darse por la vida familiar y la situación económica que poseen, la sobrecarga de los cuidadores familiares (sobre todo cuando hay un deterioro cognitivo) y sentimientos de incompetencia de los mismos (De los Reyes, 2007).

El proceso de institucionalización puede llevarse a cabo de tres formas (Choque, Magne La Fuente, Villca, Abastoflor y Velasco, 2016):

Por decisión propia de las personas mayores: las mismas suelen estar satisfechas con aquellos hogares que habitaron durante toda la vida (donde guardan sus recuerdos más preciados, las anécdotas, las experiencias) y a su vez, es el espacio que les provee significado e identidad personal, su manera de ser y pertenecer (Lázaro y Gil, 2010) por lo que no quieren abandonarlos. Asimismo, deciden entrar en una residencia en búsqueda de una mayor protección y cuidado, por el declive propio que se presenta en la vejez como etapa de desarrollo, por la percepción que tienen sobre sí mismos, el quiebre en las relaciones interfamiliares, la viudez y las dificultades para realizar diferentes tareas (Choque, et al., 2016). Según Ferrero (1998), las personas mayores muchas veces deciden ingresar a una residencia por temor a la soledad y por causas variadas, las cuales pueden agruparse en tres grupos: físicas (ACV, trastornos cognitivos y sensoriales, diabetes, artritis y artrosis,

entre otras enfermedades), psicológicas (temor a morir abandonados, trastornos de personalidad, neurosis y psicosis) y sociales (falta de cobertura médica domiciliaria, abandono familiar, pérdida de relaciones sociales y falta de seguridad social).

Otra forma, es la que se da por decisión de la familia (que tradicionalmente se la consideraba el sostén principal en el cuidado y atención de las personas mayores) o personas allegadas, ya sea por no tener posibilidad de cuidar y de tratar a las personas mayores con amabilidad y respeto, por falta de recursos económicos para compartir el mismo hogar, por presentar trabajo con amplia carga horaria, por problemas de convivencia, porque se asocia el cuidado a cuestiones de género (por lo general se cree que son las hijas quienes deben cuidar a los padres) o bien, por el agobio (físico y/o emocional) del cuidado en sí, causado por la presencia de una enfermedad degenerativa (Choque, et al., 2016). Esta decisión genera como consecuencia tres tipos de sentimientos en los familiares (Soria, 2012):

- Sentimiento de alivio: debido a que pueden retomar su vida habitual. Normalizan la actividad laboral, mejoran el sueño y la salud en general, disminuye el agotamiento físico y aparece la tranquilidad frente a los riesgos que podría sufrir la persona mayor.
- Sentimiento de dolor: debido a que se sienten responsables del ingreso a la residencia, por la separación con el ser querido y por las connotaciones negativas que se crean sobre las instituciones geriátricas.

- Sentimiento de culpa: por no cumplir con el mandato social en el que tradicionalmente la familia se veía obligada a cuidar a la persona mayor hasta la muerte (sin importar la economía, la salud del cuidador ni determinadas situaciones que pueden generarse en la convivencia) y por la imagen cultural que se ha ido creando de las Residencias de Adultos Mayores como lugares de abandono o depósitos de personas.

En tercer lugar, la decisión de institucionalización puede llevarse a cabo por situación de abandono. Esto ocurre cuando la persona mayor no tiene familiares o alguna persona allegada que lo cuide. En este caso, son los profesionales que pueden o pudieron llegar a atenderlos en determinada situación (dentro del hospital o sala sanitaria), o alguien que conozca esa situación de abandono (ya sea que viva solo en una casa o bien que esté en situación de calle) quienes lleven a la persona mayor a una institución, la cual deberá brindar protección, atención, recreación, descanso y ocupación de acuerdo a sus capacidades y posibilidades.

3. Aspectos claves para el diseño de las instituciones.

Al momento de diseñar una RAM o de buscar un lugar para poder abrirla, es sumamente importante tener en cuenta qué tipo de personas van a habitarlas, sus capacidades y dificultades, y de esta manera poder brindar un servicio óptimo que pueda responder a las necesidades básicas de los residentes (alimentación, sueño, higiene, ocio). Resulta primordial que no sólo

apunte a la máxima independencia de las personas mayores, sino también al máximo confort y seguridad de las mismas, favoreciendo de esta manera a las relaciones humanas, la intimidad y los tiempos de ocio. Dado que la residencia se transforma en el hogar de múltiples personas, es necesario también lograr el placer estético (el cual se va a transferir inconscientemente), que tiene que ver con la apropiación del espacio, con el sentido de pertenencia, por lo que debería estar en concordancia con los gustos propios, con la edad y con la comodidad de las personas institucionalizadas (Pino, Crespo y Portela, 2010).

Algunas consideraciones que deberían tenerse en cuenta según Millán (2006):

- Para garantizar la seguridad de las/los residentes en caso que sean numerosos y se cuente con personal reducido, debería pensarse en colocar sistemas de cámaras, con monitoreo las 24 horas del día, para poder brindar asistencia inmediata de ser necesario (además del equipo multidisciplinario).

- En cuanto a la privacidad, es importante (aunque resulte difícil), que se logre un equilibrio entre ésta y la socialización. Lo ideal serían habitaciones individuales para que cada persona pueda mantener todas sus cosas bajo control y se sienta como en su casa, pero por lo general, las habitaciones son compartidas, lo que conlleva a generar nuevos códigos de convivencia. Son las/los residentes quienes deberían tener la posibilidad de elección.

- Como resulta importante mantener o potenciar las habilidades funcionales y la participación en las actividades de la vida diaria dentro de la

institución, para que éstas persistan por un tiempo más prolongado y le permitan un mayor grado de independencia, será necesario por ejemplo, que las personas mayores realicen tareas comunes como la preparación de la mesa para las comidas, cocinar platos simples, preparar el mate, dar un paseo, entre otras. El ambiente cumple un rol fundamental en este punto para cubrir las necesidades de movilidad segura, por lo que debería presentar buena iluminación, suelos seguros (con bandas antideslizantes) y barandas de soporte en las paredes.

- Se deberá promover orientación temporal y espacial, dado que un residente nuevo se enfrenta a un ambiente que no es habitual, sobre todo si hablamos de una persona que padece demencia, la cual va a presentar trastornos en la conducta y mayor desorganización temporo-espacial. Para esto será necesaria la colocación de carteles indicadores de todos los espacios (comedor, cocina, habitaciones, patio, baño, entre otros) con dibujos y textos. A su vez, la presencia de ventanas jugará un papel fundamental para orientarlos respecto al tiempo y la estación del año.

- En lo que respecta a las relaciones sociales, será necesario desarrollar espacios que apunten a la integración social. La disposición de los ambientes en común va a ser muchas veces quien permita el inicio de una conversación y las distintas actividades que se realicen en ellos como el baile o la música. Si el ambiente es amplio y confortable, permitirá el intercambio entre las/los residentes y además, se podrán llevar a cabo las visitas de los familiares de forma regular.

- Las residencias deberán contar con ambientes estéticos pero sobre todo prácticos y seguros. Para eso deberán considerarse distintos aspectos y a su vez, eliminar las barreras arquitectónicas que se presenten.
- El color de los ambientes será importante porque influye en el bienestar y en el estado de ánimo de todas las personas, es por eso, que antes de pintar los distintos espacios de la institución, se tendrían que considerar la orientación y el uso que se le va a dar a cada uno. Los colores constituyen un medio para transmitir emociones (que resultan inconscientes) en algunos casos universales, mientras que en otros se deben a la cultura (la cual les confiere significado).
- En las entradas y salidas, resultará importante que los pisos sean planos pero antideslizantes (o contar con bandas antideslizantes) y a los escalones siempre reemplazarlos por rampas que contengan barras laterales a ambos lados; y si sólo se trata de rebordes, marcarlos con colores que resalten. Si posee escaleras, asegurarse de que tengan barandas y destacarle los escalones con otro color y con material antideslizante.
- En la cocina, los estantes deben ser amplios y encontrarse abiertos para su fácil acceso. Es importante que el ambiente sea extenso y que todo esté ubicado en forma de “U” o “L” para permitir desplazamientos cómodos y sencillos.

- El comedor, también tendrá que ser amplio para permitir grupos de socialización durante las comidas y a su vez, el recibimiento de las familias.
- Los baños, resultarían más seguros con asientos abatibles en las bañeras o duchas, con tiras antideslizantes y agarraderas para poder incorporarse, al igual que en los inodoros, que también deberán estar más altos que lo habitual (5cm).
- Los dormitorios, para aquellas personas que no poseen alguna patología que los haga permanecer mucho tiempo en reposo, deberán estar pensados exclusivamente para el descanso, dado a que el resto de las actividades pueden realizarse en otros espacios. Alrededor de la cama siempre tendrá que haber espacio necesario para maniobrar con sillas de ruedas y para una circulación libre de riesgos (para las/los residentes y el personal). Es importante prever la instalación de repisas, en donde puedan colocar sus objetos personales (adornos, fotografías, libros, entre otros, que permitan mantener un lazo con el pasado, con su historia de vida), de luces nocturnas y timbres en la cabecera de la cama.

Las personas mayores se aferran de tal forma a lo que conocen, que rara vez se sientan a gusto en una residencia. Es por eso, que a la hora de crearlas, se deberían tener en cuenta múltiples factores, como los componentes físicos del espacio, lo estético, las barreras arquitectónicas y el factor socio-afectivo desarrollados anteriormente. De esta forma, se convertirá en una prolongación lo más cercana posible a sus hogares y permitirá la fácil

adaptación a las nuevas instalaciones como también, a la satisfacción de sus necesidades básicas y esenciales (Pino, et al., 2010).

3.1. Descripción de la infraestructura del Hogar donde se llevará a cabo la investigación:

El Hogar se encuentra localizado en una Avenida muy conocida de la ciudad. La misma, es muy transitada y está repleta de negocios (almacén, concesionaria de autos, quiosco de revistas, comercios de ropa, etc.). En la vereda que está frente a la residencia se ubica una escuela y a pocos metros una plaza muy conocida de la ciudad. Es decir, la institución se halla ubicada en una zona céntrica de la ciudad en la que continuamente hay movimiento.

La casa en la cual reside el geriátrico es de color amarillo, con ventanas grises, tiene dos plantas y funciona con diversos objetivos. Una de ellas está destinada al alojamiento de las/los adultos mayores (planta baja) y la otra al funcionamiento de un estudio contable (1° piso). Por último, en el garaje se encuentra una imprenta gráfica.

Para ingresar a la residencia, hay que transitar por una galería de pocos metros (cubierta por piso de goma antideslizante) que conduce a una puerta de ingreso. Una vez atravesada la misma, y realizando algunos pasos hacia adelante puede observarse un largo pasillo (el suelo del mismo está constituido por cerámicos de terraza color marrón combinado con blanco). Ahora bien, a la derecha de la puerta de acceso se contempla el living – comedor de la institución que tiene otras dos puertas enfrentadas, una de ellas destinada a un baño y la otra a un depósito minúsculo para almacenar mercadería. A lo largo

del corredor mencionado con anterioridad, se localizan diversas habitaciones. Del lado izquierdo, tres puertas de las cuales dos corresponden a dormitorios (uno para un solo residente con patio interno y otro compartido por dos personas) y la otra a un pequeño ambiente destinado a la cocina. A mitad de camino continuando por el mismo pasillo, se encuentra una abertura que desemboca en tres ambientes: uno de ellos pertenece a un baño y los otros a dormitorios compartidos por dos adultos mayores. Cabe aclarar que la habitación que está destinada a un solo adulto mayor antes era la oficina de los dueños del Hogar pero para aumentar la cantidad de residentes la transformaron en un dormitorio.

Al finalizar el extenso pasillo que en una de sus paredes tiene ancladas barras para facilitar la deambulación, se encuentra una puerta que conduce a un patio muy pequeño con piso de cemento. Una vez allí afuera y al dirigirse a la izquierda se halla un departamento que tiene una habitación con dos camas y un baño; y frente a éste se ubica el lavadero del Hogar.

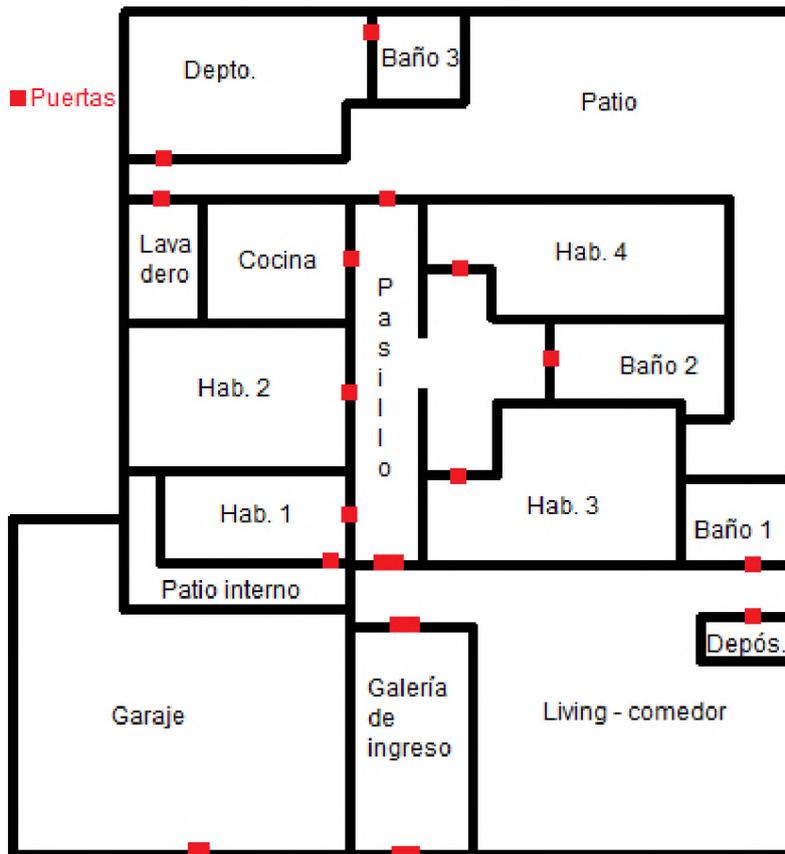


Figura 1: Plano de la casa en la cual reside el Hogar.

Con respecto a la iluminación, se apela con mayor frecuencia a la luz artificial durante el día pese a que la mayoría de los ambientes tienen ventanas. Estas últimas, están orientadas al exterior y son fundamentales ya que al abrirlas permiten la circulación y renovación del aire.

En cuanto a la temperatura, la residencia cuenta con calefacción para combatir las bajas temperaturas del invierno y ventiladores para los días de calor.

En un principio la institución no contaba con cámaras de seguridad pero por problemas con el personal y los internos debieron colocar una en el

comedor, ya que según los dueños es donde se producen los mayores conflictos entre ambos grupos.

El living- comedor es uno de los ambientes más propicios para la socialización. Es un lugar de encuentro, donde se comparte con los otros. En él, se llevan adelante actividades rutinarias y necesarias como desayunar, almorzar, merendar y cenar en grupo, pero también es el sitio de elección (al igual que el patio si la temperatura es óptima) para compartir un mate, una novela o un juego con los demás. En la mayoría de los casos, todas estas actividades, sean impuestas o elegidas, dan lugar al surgimiento de conversaciones, historias de las/los residentes y charlas sobre la vida. Además, el living- comedor es el sitio de aproximación al exterior ya que en él se reciben visitas. Es el ambiente más amplio del hogar, tiene las paredes de color blanco y el piso es de cerámica marrón. Una abertura ubicada en el medio del lugar, divide el ambiente en un living y un comedor. En el primero, hay un juego de sillones (dos individuales y uno doble) rodeando a una mesa ratona. En él, también se halla una biblioteca que contiene gran cantidad de libros y revistas, y en uno de los estantes están ubicados los pastilleros de las/los residentes. En el segundo, hay una gran mesa rectangular con diez sillas que está ubicada cerca de la ventana a través de la cual se observa la avenida Marconi. Colgado al lado de esta última se encuentra un televisor que permanece todo el día encendido. Por lo general, el living- comedor suele decorarse de acuerdo a fechas importantes para el país y para las/los adultos mayores. Algunos ejemplos son los siguientes: para el día de la mujer se colocó una canasta con diversas rosas destinadas a las residentes de la institución, en la época del

mundial se colgaron banderas de la selección argentina y en los cumpleaños se decora con globos y guirnaldas de diferentes colores.

En los dormitorios el piso es de madera, las paredes son blancas y la disposición de los muebles dificulta la movilidad de las sillas de ruedas. Por eso, aquellos que son para dos personas suelen ocuparse por un adulto mayor que depende de la silla de ruedas para movilizarse y otro que camina por sus propios medios. Esto se dispone así porque sería imposible maniobrar dos sillas en el pequeño lugar libre entre ambas camas. Los roperos son compartidos aunque suelen dividirse los estantes para que cada adulto mayor pueda guardar sus prendas y pertenencias. Algunas habitaciones cuentan con un televisor pero no los brinda la residencia sino que son parte de los objetos personales de las/los adultos mayores.

La cocina del establecimiento es pequeña. Las alacenas se encuentran ubicadas a gran altura por encima de una mesada horizontal de mármol. La misma se halla sobre la pared que está enfrentada a la puerta y contiene un área libre para apoyar objetos y utensilios de cocina, y otra zona en la que se sitúa la pileta para lavar. En uno de los extremos de la mesada está ubicado el horno. Por último, frente a ésta se encuentran (apoyados sobre la otra pared) la heladera y un mueble amplio en el cual se guarda la vajilla.

Los baños de la institución tienen las paredes cubiertas por azulejos celestes y los pisos son de cerámica color blanco. Uno de ellos, está ubicado en el living comedor. El mismo (al igual que el que se encuentra en el departamento de atrás del hogar), es pequeño y cuenta con un inodoro, un bidet, un pequeño lavamanos y una ducha. El otro, es más amplio y los

sanitarios están ubicados con más espacio entre sí. Éste se encuentra más cerca de las habitaciones y cuenta (a diferencia del otro) con una bañera y una silla de baño en la cual se facilita la higienización de los residentes. En él, también hay un mueble en el que se guardan toallas limpias. Si bien cuando los residentes ingresan traen toallas personales, luego se lavan y se guardan allí todas juntas. Cabe aclarar que ambos inodoros están ubicados a una altura promedio y no se hallan elevados o con barras paralelas.

4. Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados.

Calidad de vida es un término cada vez más utilizado tanto en la literatura científica como en el lenguaje común. La misma es el producto de los procesos sociales que dirigen la transición de una sociedad industrial a una postindustrial. Su estudio supone un terreno donde los diversos profesionales aportan diferentes enfoques y visiones de calidad de vida: en la medicina se ha visualizado desde la clínica y el tratamiento hacia el concepto de bienestar, en la psicología se apunta a la salud mental y la satisfacción personal; en la economía es vista como el cumplimiento de necesidades básicas, y a partir de una perspectiva de rehabilitación se ha tomado desde la funcionalidad.

El concepto de calidad de vida, es ante todo, un constructo social. El término calidad tuvo su origen en la década de los 50, vinculado al mundo de la industria y asociado a la necesidad de control de los productos elaborados. A partir del establecimiento de patrones óptimos, se medía la misma en términos de distancia a estos estándares y se establecían los límites que permitían discriminar la calidad aceptable en un producto. Esos patrones trascendieron de la industria a otros ámbitos. En el año 1978, con la publicación de una

revisión denominada “30 años de investigación sobre el bienestar subjetivo de los ancianos americanos” (Larson, 1978), que aglutinaba la información que al respecto se disponía desde la década de los 50, se produjo la importante expansión del término en cuestión. La evolución del mismo (situada en la década de los 80) determinó un giro significativo en la forma de abordar la calidad de vida y de valorarla. Aunque el concepto se ha generalizado en las ciencias sociales, su origen se vincula principalmente a la medicina. “Quality of life” es, desde 1977, una categoría de búsqueda en las bases de datos informatizadas más utilizadas por todos los investigadores y estudiosos de las ciencias de la salud.

En la actualidad, la calidad de vida se ha transformado en un auténtico marco de referencia para la vida cotidiana, rico y complejo al mismo tiempo, y cuya claridad puede ser de gran utilidad para la comprensión sociológica del mundo actual (De Pablos, Gómez y Pascual, 1999). Dicho marco está formado por una gran diversidad de circunstancias que incluyen tanto la satisfacción de necesidades básicas (a menudo relacionadas con la sensación de salud física y psíquica), como también de otras vinculadas al ámbito de las relaciones sociales, al acceso a los bienes culturales o al entorno ecológico y ambiental. Es decir, el término calidad de vida incluye el nivel de satisfacción sumado a las condiciones en que se van desarrollando las diversas actividades del individuo, todas ellas sujetas a condiciones objetivas, percepciones personales subjetivas y valores culturales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la calidad de vida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los que vive y en relación con

sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno (2005). Por su parte, para la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) la misma se corresponde con diversas áreas de preocupación social que se reúnen en 8 grandes grupos y que representan la estructura del estado de bienestar en sus aspectos esenciales: salud; educación; empleo y calidad de vida en el trabajo; tiempo y ocio; capacidad adquisitiva de bienes y servicios; medio físico; medio social y; seguridad personal (1982).

Puede inducirse que la calidad de vida es un concepto evaluador o valorativo y sumamente complejo, capaz de abarcar muchos más fenómenos de los que caben en cualquier especialidad o rama de las ciencias. Desde aquella publicación de Larson hasta la actualidad, todavía no se ha establecido un consenso general sobre su definición y forma de evaluación, aunque hay ideas representativas del concepto que deben tenerse en cuenta a la hora de esbozar su marco conceptual:

- Es un concepto multidimensional que incluye componentes tanto objetivos como subjetivos.
- Comprende un número diversos de ámbitos de la vida.
- Debe reflejar las normas culturales de bienestar objetivo.
- Dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida.

- Cualquier definición de calidad de vida debe ser aplicable por igual a todas las personas.

Toda forma de concepción y medida de calidad de vida dependerá de los siguientes puntos: 1) sobre quién recaiga la responsabilidad de emitir la valoración; 2) los criterios y variables que se sigan a la hora de medirla; y 3) el enfoque que se pretenda dar a esa medición, tanto desde el punto de vista del diseño de los aspectos a valorar, como de los intereses y finalidades con que se haga esa valoración. Los diferentes aspectos en los cuales los investigadores ponen el acento a la hora de conceptualizar y evaluar la calidad de vida permiten analizar unos u otros parámetros de entre los diferentes determinantes que influyen en la misma.

En el ámbito de las ciencias de la salud, la valoración de este concepto surge directamente relacionada a la necesidad de establecer los beneficios y las limitaciones de determinados tratamientos utilizados para el mantenimiento de la vida. Desde hace varios años la atención y la investigación sanitaria se han distinguido por los grandes avances en el tratamiento de las enfermedades y por la búsqueda de la disminución del impacto de las mismas sobre las actividades de la vida diaria de los sujetos. Aunque se visualiza un avance en el interés de los profesionales de la salud por realizar investigaciones de este tipo, por lo general, se llevan a cabo desde el modelo de la biomedicina. Tal es así, que se dejan a un lado factores sumamente importantes (ideología, economía, valores, relaciones sociales y cultura) que inciden en el impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida de igual modo que los que tiene en cuenta la biomedicina en la mayoría de los casos (deterioro físico, cognitivo, psicológico y sensorial

causado por la patología). Curcio (1998) considera que se ha gestado un proceso de reconceptualización y crítica sobre el proceso salud-enfermedad, en lo que respecta a la búsqueda de reconocimiento de la especificidad de lo social (comportamientos, estilos de vida, cultura e historia cultural y colectiva) frente a lo biológico (genético, hereditario) y su interrelación e influencia directa sobre las condiciones de vida de la persona.

Como ya se mencionó en el primer capítulo, el proceso de envejecimiento está sujeto a una gran cantidad de cambios que inciden en la calidad de vida de la persona. Sumado a ello, se encuentra la institucionalización del individuo y lo que ésta conlleva. A través del trabajo de campo se pretende captar la visión subjetiva de los residentes con respecto a este tema como así también la mirada del personal y la influencia de la dinámica institucional en la calidad de vida de los adultos mayores que viven en establecimientos de larga estadía.

Bowling y Clarck (1998) sugieren que las características a ser evaluadas sobre la calidad de vida del adulto mayor que vive institucionalizado incluyen: salud general, habilidad funcional, salud mental, comodidad, bienestar emocional, privacidad, oportunidad y control sobre la vida (grado de autonomía). Como se señaló anteriormente todavía no hay un consenso en la definición ni en las dimensiones que conforman el concepto. Por lo general, suelen utilizarse enfoques cuantitativos que tienen como propósito operacionalizar el término, para lo que se suelen estudiar indicadores biológicos, sociales, psicológicos y ecológicos, entre otros. Por el contrario, los enfoques cualitativos pretenden captar la misma información pero a

través de la observación de conductas y la escucha de los diversos relatos de los sujetos de estudio. Se cree que hay un relativismo cultural a la hora de medir o evaluar la calidad de vida que debe ser tenido en cuenta. La particularidad y los aspectos locales y globales de la misma en relación a las diferencias transculturales imposibilitan llegar a un sistema único de medición ya que, en realidad, las personas valoran ciertas cosas en función de cómo los ha inducido su cultura y su biología (Lolas, 1991). En el caso de esta investigación, se compartirá gran parte del tiempo con las/los adultos mayores y se accederá a la vida cotidiana de los sujetos institucionalizados. Sin perder el eje central del trabajo que recae en la sexualidad de los mismos, se aspira a esbozar de forma general (a partir de los datos extraídos del campo) un análisis sobre la calidad de vida de las/los residentes de un geriátrico. Se pretende lograr una aproximación al concepto desde una mirada etnográfica, no se desea dar una única definición porque sería imposible englobar todas las dimensiones que incluye.

Referencias Bibliográficas:

- Alba, O., Beltran, N.E., Deluque, C.G. y Rivas, D.S. (2017). *Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Bogotá D.C. y Municipios de Cajicá y Tenjo segundo periodo 2017* (tesis de grado). Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. Facultad de Ciencias de la Salud, Colombia.
- Barenys, M.P. (1990). Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos. *Revista Reis*. 64/93, pp. 155- 172.
- Barenys, M.P. (Diciembre, 2012). Los geriátricos, de la institucionalización al extrañamiento. *Revista Kairós Gerontología*. 15(8), pp. 07- 24.
- Bazo, M.T. (Marzo, 1991). Institucionalización de personas ancianas: un reto sociológico. *Revista Reis*. 53/91, pp. 149- 164.
- Cabarcas Otero, E., Díaz Vega, M., López, F., Prado, S.S. y Quintero Barahona, E. (2011). Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en el Hogar Madre Marcelina de Barranquilla. *Revista salud movimiento*; 3(1), pp. 15- 27.
- Cátedra de Psicología II, Facultad de Trabajo Social UNLP (2016). *Algunas puntuaciones sobre la obra de Erving Goffman*. Recuperado de: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/internados_algunas_puntuaciones_sobre_la_obra_de_erving_goffman.pdf

- Castellanos Ruiz, J. (2002). *Concepto de calidad de vida para el adulto mayor institucionalizado en el Hospital Geriátrico San Isidro de Manizales* (tesis de maestría). Centro Internacional de educación y desarrollo humano (CINDE). Universidad de Manizales, Colombia.
- Cifuentes Reyes, P. (2005). *Adulto mayor institucionalizado* (tesis de pregrado). Universidad Académica de Humanismo Cristiano. Escuela de Trabajo Social. Chile.
- Choque, I., Magne La Fuente, M.M, Villca, G.A., Abastoflor, S.F. & Velasco, I. *Luces y sombras: realidad sociofamiliar de adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Sucre*, 2016. Recuperado de: <https://humanidades.usfx.bo/wp-content/uploads/2017/08/ART%C3%8DCULO-adultos-mayores-ok.pdf>
- De los Reyes, M. C. "Familia y Geriátricos. La Relatividad del abandono". Espacio Editorial, Buenos Aires, 2007.
- Erving Goffman (2001) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Amorrortu.
- Fernández, J. J. (2009). *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba*. Tesis Doctoral, Departamento de Antropología, Universidad de Valencia. Recuperado de <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/15670/fgarrido.pdf?sequence=1>
- Ferrero, G. (1998). *Envejecimiento y vejez*. Buenos Aires: Atuel.

- Gómez Morales, M. (2014). *El proceso de institucionalización en la tercera edad* (tesis de pregrado). Faculta de Empresa y Comunicación, Universidad Internacional de la Rioja.
- Lázaro, V. y Gil, A. (2010). Cómo perciben los ancianos que viven en ambientes residenciales sus relaciones sociales con el mundo exterior. *Revista de Humanidades: Cuadernos del Marqués de San Adrián*, 7, 29-40. Recuperado de: http://www.guned.es/mvg/archivos_publicos/qweb_paginas/2276/revista7articulo2.pdf
- Millán, J.C (2006). Arquitectura y diseño de centros gerontológicos. *Principios de geriatría y gerontología* (pp. 205-248). España: Mc Graw Hill.
- Ordenanza N° 5729, Asunto N° 6429. Sancionada por el Consejo Deliberante de Tandil. Recuperada de [:http://www.hcdtandil.gob.ar/legislacion/Ordenanza-5729.html](http://www.hcdtandil.gob.ar/legislacion/Ordenanza-5729.html)
- Pino, M. R., Crespo, J. M. &Portela, J. (2010). Descripción de los elementos espaciales en residencias de ancianos. Estudio en el noroeste de España. *Revista de Investigación en Educación*. (7) pp. 61-71.
- Resolución N° 3904. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires. Recuperada de: <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/r-ms-13-3904.html>

- Soria, F.N. (2012). *La significación que le otorgan a la institucionalización de Adultos Mayores las familias y cuidadores formales del Hogar Santa Marta*. Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Mendoza.

Capítulo IV: Terapia Ocupacional

*“Seremos compatriotas de todos lo que tengan voluntad
de justicia y voluntad de belleza, hayan nacido donde
hayan nacido, sin que importen ni un momento las
fronteras del mapa”*

Galeano, Eduardo.

En este capítulo, se hará referencia al paradigma transcultural y a los aportes de la antropología a la profesión. A su vez, se desarrollarán los conceptos centrales de la TO en geriatría y su intervención en la actividad sexual. Se cree fundamental detallar lo mencionado anteriormente dado a que la combinación de estas disciplinas (antropología y TO) permite realizar intervenciones inclusivas y holísticas ajustadas a las necesidades reales de cada persona. Además, el abordaje transcultural en TO posibilita tener mayor flexibilidad, tolerancia y permeabilidad frente a las diferentes realidades en las que se desempeñan los sujetos.

1. Paradigma transcultural en Terapia Ocupacional.

A la hora de buscar una respuesta a la pregunta, ¿qué es la Terapia Ocupacional (TO)? se presentan múltiples y variadas definiciones. Si bien las mismas se enmarcan y fundamentan desde diversos marcos de referencia de la profesión (lo cual implica diferencias entre ellas), todas tienen un eje en común centrado en la potencialidad terapéutica de la ocupación. La TO es una profesión que se ocupa de promover la salud y el bienestar a través de la ocupación. Su principal objetivo es permitir que las personas participen en las actividades de la vida diaria (AVD). Este resultado puede alcanzarse cuando se trabaja con personas y comunidades para mejorar su capacidad de participación en las ocupaciones que desean y/o necesitan, o bien, modificando la ocupación o el entorno para apoyar mejor esa participación (WFOT, 2012).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta profesión es percibida como un conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades (con fines terapéuticos), previene y mantiene la salud, favorece

la restauración de la función, suple los déficits invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social (Monroy Pérez, 2012).

Moruno Miralles (2010) entiende a la ocupación como la faceta del empeño humano que da respuesta a las necesidades vitales de un individuo, que le permiten cumplir con las demandas sociales de su comunidad de pertenencia, así como al quehacer a través del cual el ser humano se distingue, expresa y se constituye en una forma de dar sentido a la existencia, construyendo y creando su identidad personal, cultural y social. Es decir, la ocupación hace referencia a las actividades con sentido en las que una persona participa cotidianamente. La misma es un concepto que evoluciona desde los distintos marcos referenciales de la disciplina, pero la búsqueda de propósito y significado de la ocupación sigue siendo, como se mencionó con anterioridad, una premisa central.

El comportamiento ocupacional siempre es medioambiental, ya que la ocupación es el diálogo del ser humano con su medio ambiente. Es por ello, que el significado del hacer en la vida de las personas varía según las experiencias y los contextos compartidos únicos que lo conforman. La cultura es la dimensión caudal del medio ambiente y es fundamental que el/la terapeuta la tenga en cuenta en sus intervenciones.

Uno de los principales retos de la disciplina se encuentra asociado a la cultura o los factores culturales. Siguiendo a Iwama (2008), el abordaje de la cultura en TO es uno de los principales desafíos del mundo global. Si la disciplina quiere cumplir con la promesa de permitir a todas las personas de los

diferentes lugares del mundo tomar parte en sus actividades y procesos que tienen un valor, es fundamental que se realice un cuestionamiento crítico de la teoría y la praxis de la profesión. Además, es importante tener en cuenta que en los encuentros del TO en contextos de intervención se ponen de manifiesto: la cultura de cada persona, la cultura profesional y la institucional. La dinámica de las interacciones socioculturales (a nivel individual y colectivo) produce la ruptura, enriquecimiento y/o transformación de los esquemas mentales, valores y contextos tradicionales de significación (Vázquez, 1995). Por lo tanto, en ese encuentro van a coexistir cosmovisiones del mundo diferentes.

La globalización ha favorecido el surgimiento de nuevos contextos en los que la incursión de la TO (en realidades diversas, con modelos explicativos de los procesos de salud, enfermedad y atención diferentes) ha provocado el uso de lo “cultural” en el discurso biomédico y en el de esta disciplina. Sin embargo, la incorporación de la cultura en este ámbito no clarifica la significación de los conceptos centrales utilizados en los modelos más conocidos de la TO.

En primer lugar, es preciso definir a la cultura y para ello se hará referencia a aquellas definiciones que se consideran más influyentes en la disciplina. Iwama la define como “las esferas de la experiencia compartida, y la imputación de significado a los objetos y los fenómenos del mundo” (2008, p.16). Por otro lado, Dyck (1998) explica a la misma como un sistema compartido de significaciones que abarca ideas, conceptos y conocimientos, e incluye creencias, valores y normas que forman los estándares y las reglas de comportamiento emprendidas por las personas en su vida cotidiana. Si un grupo de personas (por ejemplo, adultos mayores institucionalizados en una Residencia Geriátrica) pasan mucho tiempo juntos y comparten una serie de

experiencias comunes, con el tiempo crean, potencialmente, una entidad o grupo cultural. Cuando ellos comparten las experiencias, adquieren un acuerdo colectivo sobre el significado de ciertos fenómenos y objetos con los que se encuentran. Obtienen, por ejemplo unas pautas de lenguaje común y comportamiento, como una cierta comprensión de la “ocupación” que puede significar algo diferente de cómo las personas entienden el significado del mismo concepto en otro contexto. Por último, de acuerdo con Geertz (2000), la cultura es un sistema ordenado de significados y símbolos en cuyos términos los individuos definen el mundo, expresan sus sentimientos y emiten sus juicios. Esta forma de conceptualizar la cultura ofrece un patrón de significados transmitidos históricamente y materializados en formas simbólicas mediante los cuales los hombres se comunican, perpetúan y desarrollan su conocimiento sobre la vida y sus actitudes hacia ella. Este planteamiento de cultura y su conjugación con la definición señalada por Iwama, ha influenciado el desarrollo del modelo Kawa propuesto por este último autor. Este modelo, que considera los aspectos culturales y que invita a nuevos modos de construir el conocimiento en TO, ha propiciado un interés creciente sobre la influencia de los factores culturales en la intervención de la disciplina.

Iwama en una entrevista publicada por la Revista de Terapia Ocupacional de Galicia (2008), señala que la TO es una entidad cultural y que él como profesional prefiere tomar una postura crítica ante la misma. Éste cuestiona constantemente las suposiciones culturales de la profesión con la esperanza de expandirla y con el objetivo de que la misma sea pertinente para una comunidad más grande de personas. Para lograr una disciplina transcultural y centrada en la persona, el autor creó el Modelo Kawa

mencionado anteriormente. Este último trata de privilegiar al sujeto, permitiéndole que denomine y explique sus propios conceptos, en sus propias palabras y a su manera. Es decir, busca diluir la utilización de modelos y teorías universales que son acríticamente aplicados.

Continuando con las definiciones de cultura, según Zango Martín y Miracle (2011), ésta puede definirse según un abordaje descriptivo -que plantea el análisis de grupos particulares, de forma similar a la tarea realizada por la etnografía- y un abordaje centrado en las reglas -cuyo interés radica en analizar las normas, las creencias, los valores y los comportamientos para establecer categorías-. De este modo, coinciden con Dyck en que “la cultura se aprende, está localizada en un grupo particular de personas, estructura y determina los comportamientos, le otorga un determinado valor a las ocupaciones y situaciones de las personas y está en constante cambio y evolución” (p. 128).

La TO, entendida como cultura profesional, comparte un conocimiento específico (conceptos, significaciones y presupuestos) así como creencias, normas, perspectivas y valores sobre la utilización de la ocupación en la terapia. Zango Martín y Moruno Millares señalan que la proliferación y la confusión de la terminología en el seno de la disciplina, ha influenciado el desarrollo de la identidad y competencia de los profesionales, por tanto, en su cultura profesional (2013).

Puede observarse que la multiculturalidad, presente actualmente en los contextos en que se desarrolla la TO, es determinante en el despliegue de la competencia cultural. Según Muñoz (2007), esta última es un constructo

multidimensional y complejo que integra componentes cognitivos, afectivos y comportamentales. Implica ser consciente como profesional de los aspectos culturales en los procesos de salud/enfermedad, tener sensibilidad para identificar aspectos culturales en el proceso de intervención así como conocer el significado que tiene la salud y la enfermedad en un determinado lugar. Las experiencias en diferentes contextos culturales favorecen integrar múltiples visiones en relación a la intervención de TO facilitando así el desarrollo de la competencia cultural.

La cultura de TO se transmite mediante el proceso de enculturación perpetuado a través del tiempo de formación en el ámbito educativo, en el que los postulados de esta disciplina adquieren el rango del sentido común y se integran (en la mayoría de los casos) sin un cuestionamiento previo. Siguiendo a Hammell (2009), los postulados más influyentes de la disciplina se han desarrollado en las áreas urbanas de los países anglófonos del mundo occidental reflejando un punto de vista específico. Este autor sostiene que la mayor parte de las teorías de TO pertenecen a Occidente (17% de la población mundial) y no pueden ser consideradas universalmente válidas. Por lo tanto, la cultura profesional que se comparte entre la mayoría de los profesionales es específica de una minoría. Esto deja en evidencia la falta de cuestionamientos de los postulados y por ende, las escasas investigaciones realizadas en esta área disciplinar. Así, predomina un posicionamiento etnocéntrico y un marcado imperialismo teórico. Siguiendo lo planteado por Hammell, se analizarán a continuación algunos postulados de la disciplina.

El primero, refiere a que la ocupación influye en el estado de salud. El vínculo entre ambos conceptos ha sido extensamente desarrollado en la teoría

de la TO, pero responde a una visión particular y no puede considerarse universal. Sólo una minoría poblacional puede realizar ocupaciones significativas y elegidas, que favorezcan su estado de salud. La mayor parte de la población no tiene la oportunidad de participar e involucrarse en ocupaciones significativas y, por consiguiente, no pueden ejercer un control sobre sus vidas y su estado de salud. Un término que merece ser comentado en este apartado es el de justicia ocupacional. Fue definido en el año 2000 por Wilcock y Townsend, y se refiere a la restricción en la oportunidad para participar en ocupaciones significativas como consecuencia de factores políticos y socioeconómicos desfavorables, así como por la falta de oportunidades o recursos.

Otro aspecto que se asume en el ámbito profesional, sin ser cuestionado en la mayoría de los casos, es el que se refiere a que la ocupación contribuye a dar sentido a la vida, especialmente aludiendo a ocupaciones como el trabajo. Sin embargo, éste no siempre cumple con determinadas condiciones que contribuirían a dar sentido a la vida (seguridad, buen sueldo y valoración social). Por lo tanto, muy pocos tienen el privilegio de estar en situaciones laborales donde esas condiciones se cumplan. Si se considera como verdad absoluta que el trabajo contribuye a dar sentido a la vida, ¿qué pasa con aquellos sujetos que están atravesando situaciones laborales humillantes y poco satisfactorias? ¿Y con aquellos que se encuentran desempleados? Por lo general, en las propuestas teóricas de la TO se ha considerado que el sentido otorgado a la ocupación es positivo, obviando que el significado dado y derivado puede ser el aburrimiento, humillación o frustración. Es importante focalizar la intervención en las diferentes dimensiones del sentido de las

ocupaciones de la vida diaria y no priorizar exclusivamente la intervención terapéutica en actividades con propósito.

El siguiente postulado a analizar es el que señala que la ocupación se desarrolla de forma autónoma. Es decir, lo que se denomina causalidad personal en el Modelo de Ocupación Humana (Kielhofner, 1987). Éste considera que las personas tienen una capacidad universal para dominar, controlar y ser autoeficaces a través de las ocupaciones que realizan. Sin embargo, tal planteamiento ignora aquellas situaciones ocupacionales restringidas o determinadas por el género, clase social, religión, nivel educativo, edad, contexto cultural o la localización geográfica entre otros determinantes estructurales.

Según afirma Hammell, el próximo postulado se refiere a que en el seno de las teorías de la disciplina aparece que la persona tiene una necesidad, considerada como un impulso innato y universal, para controlar y manipular el entorno en el que se desarrolla. Esta convicción derivada de la filosofía judío-cristiana no es compartida con aquellas cosmovisiones culturales centradas en el valor de vivir en equilibrio y armonía con el entorno.

En cuanto a la clasificación de la ocupación en diferentes áreas ocupacionales existen divergencias al respecto. Por un lado, Hammell (2009) y Turner, Foster y Johnson (2003) señalan que la ocupación se divide tradicionalmente en las áreas ocupacionales de autocuidado, productividad y ocio. Por otro lado, desde el Marco de Trabajo para la Práctica de TO, se reconoce que las ocupaciones (compuestas por diferentes áreas) son actividades de la vida diaria, en las que las personas, poblaciones o las

organizaciones participan. Se incluyen las actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), educación, trabajo, descanso y sueño, juego, ocio y por último, participación social (AOTA, 2014).

A continuación se definirán cada una de las áreas que conforman la ocupación:

- AVD: “actividades que están orientadas al cuidado del propio cuerpo. Son fundamentales para vivir en un mundo social, permiten la supervivencia y el bienestar” (AOTA, 2014, p. 30). Con el término AVD también se refiere a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y a las actividades personales de la vida diaria (APVD). Se incluyen dentro de las mismas nueve (9) categorías: bañarse/ ducharse, ir al baño e higiene en el inodoro, vestirse, deglutir/comer, alimentación, movilidad funcional, cuidado de dispositivos de atención personal, higiene y arreglo personal y actividad sexual. Éstas son indispensables para todas las personas y forman parte de las necesidades básicas.
- AIVD: “actividades de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad, que a menudo requieren interacciones más complejas de las empleadas en las actividades de auto-cuidado utilizadas en las AVD” (AOTA, 2014, p. 31). Éstas incluyen: el cuidado de los otros (incluyendo seleccionar y supervisar a los cuidadores), cuidado de mascotas, facilitar la crianza de los niños, gestión de la comunicación, conducir y movilidad en la comunidad, uso de la gestión financiera, gestión y mantenimiento de la salud, establecimiento y gestión del hogar, preparación de la comida y limpieza, actividades y expresión religiosa y espiritual,

mantenimiento de la seguridad/ responder a la emergencia y compras. Si bien requieren mayores habilidades que las AVD para su ejecución, pueden o no ser realizadas por las personas, dependiendo del deseo y las posibilidades que presenten las mismas.

- Descanso y sueño: “actividades relacionadas con obtener el sueño y un descanso restaurador que apoye la participación activa en otras áreas de ocupación” (AOTA, 2014, p.32). Las mismas se refieren a descansar, preparación para el sueño y participación en él.
- Educación: “actividades necesarias para el aprendizaje y la participación en el ambiente” (AOTA, 2014, p. 33). Por ejemplo, la participación en la educación formal (académica, no académica, extracurricular y/o vocacional) e informal (relacionada a los intereses personales de cada uno, como diferentes charlas o programas que ofrecen instrucción) y la exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales.
- Trabajo: “actividades necesarias para participar en un empleo remunerado o en actividades de voluntariado” (AOTA, 2010, p. 12). “Trabajo o esfuerzo; hacer, construir, fabricar, formar, diseñar o confeccionar objetos; para organizar, planificar, evaluar, servicios o procesos de la vida o de gobierno; ocupaciones comprometidas que se realizan con o sin recompensa económica” (AOTA, 2014, p. 33). Se incluyen en esta área: intereses y actividades relacionadas a la

búsqueda y adquisición de empleo, rendimiento en el mismo, preparación y ajuste para la jubilación y exploración y participación en el voluntariado.

- Juego: “cualquier actividad organizada o espontánea que proporcione disfrute, entretenimiento y/o diversión”. Incluye: la exploración y la participación en el juego (AOTA, 2014, p. 34)
- Ocio o tiempo libre: “actividad no obligatoria que está intrínsecamente motivada y en la cual se participa durante un tiempo discrecional o libre, es decir, un tiempo no comprometido con ocupaciones obligatorias tales como trabajo, auto cuidado o dormir” (AOTA, 2010, p. 34). Incluye la exploración y participación en el ocio.
- Participación social: “patrones de comportamiento organizados que son característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social” (AOTA, 2010, p. 12). “Entrelazamiento de ocupaciones para apoyar la participación deseada en las actividades de la comunidad y la familia, como también en aquellas que involucran a compañeros y amigos o la participación en un subconjunto de actividades que implican situaciones sociales con otros y que apoyan la interdependencia social. La participación social puede ocurrir en una persona o a través de la tecnología tal como en llamados telefónicos, interacción a través del computador, y video conferencias”

(AOTA, 2014, p. 34). Esto tiene que ver con participar dentro de la comunidad, con la familia, amigos y compañeros.

En relación a las clasificaciones mencionadas surge el concepto de equilibrio ocupacional. Por lo general, el término se ha referido a la proporción óptima en el desempeño en actividades de las áreas ocupacionales. Asimismo, Hagedorn (2004) propuso una definición del equilibrio ocupacional no vinculado con el desempeño de las áreas de productividad, ocio y autocuidado sino con la armonía entre la utilidad y significado de las ocupaciones en la vida de las personas. Esto permite explorar sobre la elección, la finalidad, el significado y la autoestima que se experimenta y expresa a través de las ocupaciones cotidianas, siendo el equilibrio ocupacional un requisito imprescindible para mantener la salud y el bienestar.

En estas taxonomías no podrían clasificarse determinadas ocupaciones significativas (por ejemplo: actividades que se realizan para cuidar de los demás). De igual modo, esta clasificación ocupacional no es relevante en contextos en los que la ocupación no puede dividirse en áreas diferenciales. Por lo tanto, se observa un postulado culturalmente específico.

No cuestionar la taxonomía de las ocupaciones puede hacer que la intervención propuesta pueda caer en el absurdo de evaluar e incorporar a la práctica esferas ocupacionales que no existen en el imaginario de la comunidad en un contexto específico. Por ejemplo, plantear como prioritario actividades de ocio en lugares que las necesidades básicas de alimentación, higiene y vivienda no están cubiertas. Esto no quiere decir que se renuncie a

favorecer la participación en actividades de ocio u otras, sino que éstas se lleven a cabo con un cuestionamiento crítico de la óptica occidental de la TO.

Es fundamental ahondar en la comprensión de la ocupación y su taxonomía y para ello se propone considerar las dimensiones del significado que la ocupación tiene en la vida de las personas. Para Hammell (2009), se debe profundizar el conocimiento y la comprensión de: las ocupaciones restaurativas, aquellas que faciliten la pertenencia, la conexión y la contribución a los demás, la implicación en ocupaciones y el significado derivado de ésta así como, las ocupaciones relacionadas con la continuidad y la esperanza en el futuro.

Por otro lado, el postulado que se analiza es el de independencia e individualismo. La primera, se considera la finalidad última de la intervención de TO. Esta última se caracteriza por centrarse en el individuo y, por consiguiente, promueve una ideología basada en el individualismo que otorga valor al individuo, concibiéndolo como sujeto moral, independiente y autónomo e ignora o subordina la totalidad social. Sin embargo, Hammell señala que existen estudios que evidencian que las ocupaciones que favorecen la interdependencia contribuyen positivamente al sentimiento de bienestar. A raíz de ello, el autor se plantea la siguiente pregunta “¿no estaremos favoreciendo con nuestras intervenciones centradas en el individualismo y la independencia la problemática de las personas a las que servimos?” (2009, p.142).

Según Watson y Swartz, la ocupación y la independencia no se conciben del mismo modo que como está latente en las teorías de TO (2004). Argumentan que el término humanidad está asociado a la idea de que una

persona depende de la otra para el ejercicio y el desarrollo de su capacidad así como para su propia realización personal enfatizando en la interrelación de la existencia humana.

Para finalizar con el análisis de los postulados, es importante mencionar lo que plantean Chapparo y Ranka (2005) sobre la salud. Afirman que la misma “se ha conceptualizado desde tres perspectivas teóricas: como ausencia de patología, enfermedad y discapacidad, como capacidad y adaptación personal y como resultado de la equidad y la oportunidad social” (p.18).

Considerar la salud como ausencia de patología, enfermedad y discapacidad implica concebirla como un estado ideal a alcanzar, necesario para la vida cotidiana. Éste es un postulado exclusivo del modelo biomédico donde el objetivo se centra en lograr la curación, el “estado ideal” otorgándoles a los profesionales de la salud un rol determinante en el proceso terapéutico. Desde este modelo, toda disfunción o alteración de la capacidad para realizar una ocupación es consecuencia del trastorno, daño o desarrollo anormal de los mecanismos implicados para su realización (sistema nervioso, musculo esquelético, psíquico, etc.). Así, los problemas en el desempeño ocupacional se expresan de forma similar a los diagnósticos médicos ignorando las necesidades ocupacionales de la persona. Si bien se está produciendo un cambio gradual, como se mencionó anteriormente y se detallará en el punto siguiente, en la actualidad este modelo es el de mayor prevalencia.

Las teorías humanistas (de autores como Rogers, Maslow y Pearl, entre otros) dan lugar a la conceptualización de salud como capacidad y adaptación personal. Desde las mismas, el ser humano es visto como una unidad

biológica, psicológica, social, cultural y espiritual en continua relación con su entorno. La salud se concibe como una meta personal que puede coexistir con la patología, la enfermedad y la discapacidad. Según este enfoque, los modelos de atención en salud se centran en las necesidades de las personas y la TO recupera la ocupación como concepto central de la disciplina. La misma, intenta explicar los problemas en el desempeño ocupacional basándose en la relación dinámica entre la persona, el entorno y la ocupación.

El último planteamiento, incluye las reflexiones de las personas con discapacidad en relación a las causas sociales y estructurales de la discapacidad y la enfermedad, planteando la salud y la capacidad como resultado de la equidad y la oportunidad social. El modelo social de la discapacidad señala que las personas con discapacidad son “discapacitadas” como consecuencia de las desventajas estructurales que se mantienen en una sociedad hecha por y para personas “sanas” y “capaces” (Oliver, 1998). El concepto de salud es incorporado desde una perspectiva de los Derechos Humanos. Desde este enfoque, el bienestar se refiere a una valoración subjetiva de la salud. Estos modelos han sido determinante en nuevos desarrollos teóricos que orientan cambios sustanciales en la praxis de la TO, articulados en torno al concepto de justicia ocupacional (Wilcock & Townsend, 2000).

En la actualidad coexisten estos tres planteamientos sobre la salud y la discapacidad, en mayor o menor medida, en las múltiples actuaciones profesionales de las/los TO, determinando el enfoque de la intervención así como los resultados a alcanzar con la misma. Asimismo, la cultura profesional de la TO está arraigada a modelos hegemónicos de atención en salud y las

teorizaciones que contemplan otras dimensiones (política, social y cultural) son una minoría. Por esto, se da con frecuencia el uso privilegiado de algunos marcos referenciales sobre otros. Para romper con este colonialismo teórico, es fundamental que se desarrolle una hermenéutica diatópica (Simó Algado, 2016), produciendo así un re- descubrimiento para reconocer y poner en valor otras “terapias ocupacionales”. Lo que plantea la misma es que todas las culturas son incompletas y que las creencias fuertes de argumentación de cada una de ellas también están incompletas. Por eso, busca crear conciencia sobre la incompletud recíproca de todas las culturas a través del diálogo intercultural. La hermenéutica diatópica debe ir más allá de la profesión. Es importante conocer y aprender de disciplinas fuera del ámbito de la Terapia Ocupacional. Más allá de las ciencias de la salud se debe interactuar con otros profesionales incorporando conocimientos de la antropología, la filosofía, la economía, etc.

En conclusión, es necesaria una mayor inclusión de diferentes esferas de experiencia y significado en el desarrollo teórico de la TO. Es importante que cada profesional se posicione y revierta aquellos factores estructurales determinantes en la inclusión, posibilitando una mayor equidad en la utilización de los recursos. La disciplina tiene un reto frente a las intervenciones en sociedades multiculturales. Como todo reto (con sus obstáculos y oportunidades) el abordaje de TO desde una perspectiva transcultural debe ser consciente de que en el debate en torno a la cultura subyace otro debate mayor relacionado con la existencia o no de una verdad absoluta, aplicable a cualquier esfera de la experiencia humana. Si los profesionales no son capaces de trascender y cuestionar los postulados de la disciplina, se obtendrán siempre las mismas respuestas cómodas, ajustadas a los límites del análisis

universal, pero de escasa utilidad para personas que entienden sus realidades desde otros esquemas conceptuales, de valores y creencias. Se cree indispensable favorecer el desarrollo de una TO más flexible, tolerante y permeable con las diferentes realidades con las que coexiste así como incorporar otras formas culturalmente significativas de teorizarla, ejercerla, participarla y/o beneficiarse de sus aportaciones.

2- Terapia Ocupacional y Antropología.

El estudio del proceso salud/enfermedad/atención, abordado desde el punto de vista médico y social, es desarrollado de forma especializada por la Antropología Médica o Antropología de la Salud. Menéndez (1994) propone utilizar la categoría de proceso salud-enfermedad-atención que alude a un universal que opera estructuralmente en toda sociedad y en todos los conjuntos sociales estratificados que lo integran. El autor incluye a la atención, al considerar que los procesos de salud-enfermedad suponen respuestas sociales, y por tanto estas respuestas instituyen una estructura necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad. Para Menéndez (1994), tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen hechos sociales, y por tanto, generan un conjunto de representaciones y prácticas para entender, enfrentar y de ser posible solucionar la incidencia y las consecuencias generadas por los daños a la salud.

El despliegue de investigaciones sistemáticas realizadas por la Antropología de la Salud ha estado vinculado (en Europa desde fines del siglo XIX) a un contexto histórico en el que, pese a los grandes avances

cognoscitivos y operativos de la biomedicina, a su control legal progresivo de toda actividad preventiva y terapéutica y a la fuerte tendencia de la expansión de la sanidad pública para una cobertura total de la población, persiste en amplios estratos sociales una evidente distancia cultural y actitudinal respecto a los modelos que, paso a paso, va proponiendo la biomedicina.

Las investigaciones en Antropología de la Medicina tienen como finalidad verificar e interpretar los procedimientos controlados de la intervención. La estrategia subyacente en el uso de la misma está destinada a sustentar científicamente la programación de las intervenciones sobre los problemas de la salud, a apoyar una conciencia científica de masa y una utilización lo más racional posible de los servicios y los recursos que la biomedicina puede ofrecer a los usuarios (Seppilli, 2000). Este último autor afirma que “la mirada antropológica sobre salud permite dar cuenta del carácter no arbitrario de las representaciones y prácticas relativas a la salud y la enfermedad. Se le brinda importancia a los vínculos significativos, la coherencia y la compatibilidad de las mismas con las concepciones generales del mundo y de la vida que constituyen. A partir de esas cosmovisiones una población simboliza e interpreta la realidad, le da sentido y valor, y se coloca operativamente frente a ella, arraigándose a su vez profundamente en la institución y en las dinámicas del sistema social y, por lo tanto, en las condiciones objetivas de existencia de los hombres que la componen” (p.36,37).

La Antropología de la Medicina se ha ido transformando y afianzando al ampliar su densidad crítica y al modificar su relación con otros ámbitos de investigación, es decir, al ampliar su campo de investigación. Ésta ha ido más

allá del estudio de la alteridad (medicina folklórica europea) y ha iniciado el abordaje de la biomedicina misma, estudiada como uno más de los sistemas médicos que se ha constituido en el mundo. Sistema diferente a los demás por basarse en el método científico, pero al mismo tiempo, al igual que los otros sistemas, institución social, estructura de poder y aparato ideológico- cultural y organizativo históricamente determinado. Con respecto a la historia, antes el antropólogo afrontaba solamente la diversidad y su distancia de la biomedicina. Hoy, se la considera como cualquier otro sistema médico. Se sitúa, en tanto producto histórico, como objeto posible de investigación antropológica. Así, la antropología de la medicina deja de ser una recopilación de datos sobre prejuicios “curiosos” obtenidos en poblaciones ajenas a la sociedad civil y se convierte en un instrumento necesario para obtener datos con los cuales proponer respuestas eficaces a los problemas cotidianos, al servicio de su mismo contexto sociocultural. Además, supone extender la perspectiva, poniendo a la medicina occidental y su lógica institucional ante la mirada científica y crítica del observador externo.

Dentro del área de salud, específicamente en lo que respecta a la TO suelen realizarse intervenciones ancladas exclusivamente en la rehabilitación de diversas patologías dejando en segundo plano otros aspectos que afectan de igual forma la vida cotidiana del sujeto. Por eso, resulta importante hacer hincapié en el Paradigma Transcultural, el cual expande la teoría y la praxis de la disciplina. Es fundamental darle relevancia a esta nueva corriente que al vincularse con la antropología contempla en mayor medida las dimensiones socio- culturales de la población y permite desnaturalizar los etnocentrismos propios de la disciplina.

Es frecuente que durante la intervención los profesionales de la salud realicen juicios etnocéntricos al encontrarse con situaciones que le son ajenas o extrañas respecto a su forma habitual de considerar el mundo. Desde la antropología el etnocentrismo consiste en repudiar las formas culturales que son diferentes y alejadas de otras más cercanas y con las cuales nos identificamos (Clifford, 1973). Es decir, es la tendencia que lleva a una persona o grupo social a interpretar la realidad a partir de sus propios parámetros culturales. La antropología contempla el contexto particular en el que está inmerso cada sujeto, permite obtener una mirada holística fundamental para el accionar profesional, ocupándose de la variedad de formas de vida de los humanos, captando la particularidad, la idiosincrasia, la inconmensurabilidad de cada cultura (Aguilera Portales, 2002).

En un artículo de la Revista de Antropología Iberoamericana, Zango Martín y Moruno Millares (2013), señalan que analizar las cosas desde afuera, lo que Lévi- Strauss denominó el privilegio del “despaisamiento”, invita a realizar un abordaje global (Stolcke, 2001) en el que el análisis comparativo, con una realidad socio- ideológica distante y compleja, es determinante para conocer en profundidad los conocimientos de la TO. Este planteamiento surge como consecuencia de los diferentes encuentros y desencuentros en los diversos trabajos de campo en los que han participado como terapeutas ocupacionales e investigadores guiados por una perspectiva antropológica.

El modo en que se construye el conocimiento tiene implicaciones sobre cómo las personas perciben un fenómeno, cómo actúan e interactúan y de qué modo se distribuye el poder en las relaciones. De igual manera, la construcción de conocimientos sobre la ocupación influye en los servicios de TO

(Rudman&Dennhardt, 2008). Según Menéndez, en la formación de los profesionales apenas se hace referencia a los factores culturales presentes en las representaciones y prácticas de los colectivos sociales respecto del proceso salud/enfermedad/atención. El autor afirma que predominan planteamientos del aparato médico sanitario que tienen una visión reduccionista de la salud focalizada en la disfunción.

Para realizar un análisis crítico, los autores del artículo optaron por la doble reflexividad etnográfica como el mejor instrumento. Sus planteamientos parten de un reconocimiento explícito de las relaciones asimétricas y dialécticas existentes entre los sujetos-objetos implicados en la etnografía, abogando por un análisis crítico y autocrítico que trascienda la dualidad entre el sujeto investigador y el actor- sujeto investigado. El uso de esta metodología demanda el análisis de tres dimensiones: semántica, pragmática y sintáctica.

La dimensión semántica se encuentra centrada en el actor, estudia el discurso de identidad recopilado a través de entrevistas etnográficas desde una perspectiva emic²³. Para explicar esta dimensión se utilizó una experiencia vivida por uno de los autores en diferentes hospitales de Honduras. En ellos, el investigador realizó talleres para el personal de enfermería sobre formación básica de TO. En el desarrollo de los mismos, mientras se intentaba explicar la relevancia de la profesión se encontraron dificultades para explicar y comprender, sin confusión, la naturaleza de la ocupación. Por lo tanto, se consideró fundamental, previo al desarrollo de la capacitación, realizar una entrevista semiestructurada para aprehender el significado que los

²³Emic es el punto de vista de los actores nativos. Una descripción emic está basada en cómo explican los miembros de esa sociedad el significado y los motivos por ejemplo de una costumbre en particular.

profesionales hondureños de enfermería le otorgaban a los conceptos centrales de la TO. En la totalidad de las entrevistas realizadas se consideró que la ocupación, tal como indicaba la definición de la misma, no podía ser utilizada como terapéutica para la mayoría de la población hondureña, ya que son una minoría los sujetos que pueden realizar ocupaciones que respondan a sus necesidades y deseos, sean elegidas libremente, estén vinculadas al individuo de acuerdo a sus roles y habilidades y ejerzan un control sobre el entorno de la persona. La mayoría de las personas entrevistadas argumentaron que la posibilidad de desarrollar ocupaciones significativas se contempla únicamente si previamente se tenían cubiertas las necesidades básicas.

La experiencia relatada anteriormente permitió comenzar a pensar la TO desde una perspectiva intercultural. Así, los principios teóricos sobre la naturaleza de la ocupación son cuestionables si se tienen en cuenta aspectos culturales esenciales como los mencionados.

La dimensión pragmática está centrada en los modos de interacción y estudia la praxis a través de la observación participante desde una perspectiva etic²⁴. En este caso, al centrarse en la relación terapéutica se cuestionan los principios teóricos que respaldan la praxis de la TO, referidos a focalizar la intervención en el individuo, así como aquellos que consideran que la ocupación debe ser significativa y tener finalidad para la persona. Un ejemplo que demuestra el desencuentro entre los fundamentos teóricos, que determinan la praxis en la profesión, aconteció en la Unidad de Salud Mental del Distrito Sanitario de Houndé. Allí se solicitó un encuentro con las personas

²⁴Etic es el punto de vista del investigador. Una descripción etic es una descripción de hechos observables por parte de cualquier observador a partir de la utilización de diversas herramientas metodológicas.

diagnosticadas de enfermedad mental con el objetivo de identificar sus necesidades ocupacionales. Cada sujeto convocado acudió acompañado por una media de dos a tres familiares o miembros relevantes de su comunidad de origen. Una vez que todas las personas se hicieron presentes, se comenzó a preguntar qué aspectos de la vida cotidiana consideraban que estaban más afectados por la enfermedad mental y cuáles eran sus necesidades en este sentido. Ante las preguntas, las respuestas que se obtuvieron fueron dominadas por el silencio. Como las personas diagnosticadas con enfermedad mental no respondieron se interrogó a los acompañantes y se obtuvieron respuestas. Por lo tanto, el encuentro se basó en identificar las necesidades ocupacionales considerando la opinión de los acompañantes. A raíz de este ejemplo se observa que la cultura profesional de TO que le otorga un valor central al individuo y por tanto a la ocupación significativa para la persona no es pertinente en Houndé. En este contexto, el sujeto no decide sobre cuándo, dónde, cómo y con quién desarrolla sus ocupaciones. De este modo, la intervención de TO en este contexto no debería focalizarse en lograr la independencia o la autonomía de la persona en relación al desempeño en las áreas ocupacionales. El desarrollo de determinadas actividades implica tareas, que según las normas culturales de ese contexto, las realizan personas de la comunidad en función de su edad, género etnia y situación económica y social.

Para ilustrar lo anterior se puede tomar como ejemplo la actividad de bañarse o ducharse (clasificada dentro de las AVDB). Según lo que comentó el acompañante de uno de los pacientes presentes en el encuentro, esta actividad no se denomina igual en Burkina Faso (Houndé) ya que el nombre que se utiliza allí se corresponde con el dispositivo en el que se realiza la actividad,

bañera o plato de ducha, y del que no disponen la mayor parte de la población en ese contexto. El concepto utilizado por la mayoría es lavarse ya que el dispositivo donde se lleva a cabo la actividad se encuentra fuera de la casa. El mismo es un habitáculo reducido para ocultar la desnudez mientras se lava con el agua situada en un cubo. Incluso esta actividad implica la realización de tareas por diferentes actores. Lavarse involucra ir por agua al pozo y trasladarla hasta la casa (realizada por los niños/as del núcleo familiar), calentar el agua en la hoguera de leña (realizada por las mujeres más jóvenes) y situar el cubo con los utensilios detrás del muro de adobe en el que se realiza la actividad de lavarse (realizada por la persona que va a lavarse o por los niños/as o algún cónyuge).

Se podrían mencionar más ejemplos pero lo que se quiere dejar en claro es que importar la taxonomía y las evaluaciones propias de la TO sin un cuestionamiento previo, puede hacer que se evalúen o se incorporen a la práctica áreas ocupacionales que no existen como tal, ni en el contexto ni en el imaginario de la comunidad en la que se lleva a cabo la intervención terapéutica. Es importante analizar cada situación terapéutica de forma específica, considerando sus aspectos interculturales e intraculturales. Por lo tanto, “la ocupación como método terapéutico debería ser conceptualizada en función de la calidad de la experiencia que las personas le otorgan y no en función de las categorías en las que se clasifica” (Hammell, 2009, p.109).

La última dimensión es la sintáctica. La misma está centrada en las instituciones, estudia la estructura social a través de los talleres/foros interculturales desde una perspectiva de la ventana epistemológica (considerando la visión emic/ etic) analizada en función de la entidad

organizativa/institucional. En el seno de las instituciones se articulan los discursos de identidad y las prácticas de intervención, así como las contradicciones surgidas al contrastar la información etnográfica de tipo emic versus etic (Dietz, 2011, p. 17).

Un ejemplo que describe esta dimensión es la experiencia de un TO en los centros infantiles del Instituto de la Niñez y la Familia de Ecuador en la región de Bolívar (INFA- Bolívar). Con el objetivo de potenciar el uso del juego en los centros infantiles, se evidenciaron diferentes incongruencias entre las necesidades identificadas por el personal técnico de esta institución, la realidad de los centros infantiles y las directrices del INFA a nivel nacional.

Los técnicos demandaban mejorar la capacitación de las educadoras en relación con el uso del juego y los beneficios de éste en el desarrollo infantil. Sin embargo, estos mismos técnicos, que realizaban la supervisión de los centros infantiles, no le otorgaban relevancia al juego focalizando su intervención en aspectos marcados por las directrices a nivel nacional (asistencia de niños/as, control del material, seguridad). Durante la estadía del TO allí, se llevaron a cabo talleres tanto con el personal técnico del INFA-Bolívar como con las educadoras de centros infantiles en diferentes cantones de la provincia que pusieron en evidencia las contradicciones entre el discurso y la praxis en las entidades organizativas de dicha entidad. En este sentido, parte de los talleres realizados sobre el juego y el desarrollo infantil no contemplaron aspectos propios de las diferencias entre los cantones de la provincia de Bolívar abordando la relevancia del juego del mismo modo, a pesar de la diferente idiosincrasia entre los siete cantones de la región. Por ejemplo, en uno de ellos el significado del juego no era relevante ya que de

acuerdo con la cosmovisión indígena de la zona los niños tenían como principal labor cuidar de sus hermanas/os menores, así como de los animales de la familia y por tanto, no es una prioridad el desarrollo del juego.

La falta de consideración de las diferencias entre las áreas de la región de Bolívar perpetuaba la violencia estructural manifiesta a través de la incoherencia entre el discurso y la práctica. Ésta es considerada como la violencia indirecta construida siguiendo unas órdenes sociales y creando diferencias entre la autorrealización humana real y potencial restringiendo las ocupaciones (Galtung, 1975). La violencia estructural está presente en las instituciones en las que se desarrolla la TO generando controversia entre los objetivos últimos de la intervención (prevenir, promover y recuperar la salud ocupacional de las personas) y el modo en que la institución coacciona e impone el logro de estos objetivos.

El abordaje intercultural propone el desarrollo de una TO descolonizante- que no imponga sus criterios sometiendo las cosmovisiones de diferentes contextos culturales- y descolonizada- que logre articular su discurso y su praxis con una identidad propia y no subyugada al desarrollo en el ámbito médico-, e implica valorar e integrar la cosmovisión de las personas de distintos contextos culturales, así como analizar críticamente los principios teóricos y la praxis (Dietz, 2011). Se propone el análisis crítico de la cultura profesional de la TO mediante el abordaje tridimensional propuesto por la etnografía doblemente reflexiva. A través de éste se favorece y amplía el horizonte analítico resaltando aspectos presentes en los discursos, las prácticas y las instituciones en donde se desarrolla la TO.

Zango Martín y Moruno Millares, proponen el concepto “etnocupación” como alternativo al concepto etnocéntrico de ocupación. La utilización de este nuevo término se vincula con la responsabilidad y el compromiso ético- político, que invita constantemente a su cuestionamiento teniendo en cuenta la experiencia empírica. En esta visión, la ocupación plantea que la experiencia ocupacional de cada persona es diferente de un contexto a otro e incluso se contemplan las diferencias que pueden existir en un determinado contexto debido a factores culturales, económicos, sociales y políticos.

Para culminar lo expuesto en este punto, es preciso destacar los aportes de la Antropología a la Terapia Ocupacional, dado que es una disciplina poseedora de un bagaje teórico-metodológico que resulta importante para que los profesionales de la salud puedan desarrollar una visión crítica de sus propios roles y de la realidad institucional que enmarca sus prácticas. La Antropología no solamente provee elementos de análisis para considerar los valores y representaciones de los diversos grupos poblacionales, sino que contribuye a comprender las diferentes lógicas que subyacen en las prácticas y relaciones sociales de los distintos actores que están involucrados en los procesos de intervención terapéutica.

Como se mencionó en párrafos anteriores de forma implícita, la Antropología permite que, al encontrarnos con culturas diferentes, no se hagan juzgamientos de valor con base al propio sistema cultural y se pase a percibir a las otras culturas según sus propios valores y conocimientos (a través de los cuales expresan una visión del mundo propia que orienta sus prácticas, conocimientos y actitudes). A este procedimiento se lo denomina relativismo cultural, y es el que permite comprender el porqué de las actividades y los

sentidos atribuidos a ellas de forma lógica, sin jerarquizarlos o juzgarlos, pero solamente y, sobre todo, reconociéndolos como diferentes.

Se puede afirmar que somos todos sujetos culturales, y que la cultura se experimenta de varias formas, inclusive cuando aparece la enfermedad y con ella la búsqueda de tratamiento. Sin embargo, el accionar de los profesionales e investigadores del área de la salud, se encuentra con sistemas culturales diversos al propio (o en el cual fueron formados), sin relativizar el conocimiento de la disciplina. Eso sucede, especialmente en la terapia ocupacional, ya que en el Occidente, se naturaliza el campo médico, cubriéndolo de verdad universal y absoluta, alejándolo de las formas de conocimiento culturalizado, esto es, cuya verdad es particular, relativa y condicional (Langdon y Wiik, 2010).

Los aportes de la mirada antropológica (Teves, 2017) pueden ser reconocidos a nivel:

- Teórico-empírico, en relación con el valor del conocimiento aportado por los estudios etnográficos e interdisciplinarios en el campo de la salud, enriqueciendo la práctica y teoría de la TO.
- Metodológico: ya que las metodologías cualitativas y en particular la etnografía, posibilitan la obtención y manejo de información en situaciones donde los actores sociales interaccionan en diversos contextos.
- Pragmático: dado por el aporte de los resultados de las investigaciones antropológicas a la identificación y resolución de situaciones conflictivas

que surgen en la práctica profesional, en el marco de las instituciones de salud.

3. Terapia Ocupacional en Geriatría.

Las intervenciones que se realizan desde esta disciplina en el campo mencionado, se encuentran dirigidas a promover la salud e incrementar la calidad de vida de las personas mayores, alcanzar y/o mantener la mayor autonomía posible para la ejecución de actividades de la vida diaria y el desempeño de sus roles y lograr la máxima satisfacción y motivación personal, a través del análisis y la selección correcta de abordajes, métodos, técnicas y actividades, que permitan desarrollar o mantener las habilidades adaptativas requeridas para lograr dichos objetivos. (Polonio López, 2002).

Como ya se ha mencionado en el capítulo de vejez, son múltiples los cambios clínicos que puede presentar una persona mayor en el ámbito clínico, aunque no sólo en esta esfera, sino más bien, pueden afectar otras, generando problemas físicos (funcionales), psíquicos y/o sociales. Es por eso que el abordaje tendrá que ser siempre integral/ holístico e interdisciplinario, intentando mantener un equilibrio entre las diferentes áreas de ocupación, donde no sólo intervenga la terapia ocupacional, sino que las diferentes disciplinas aporten sus conocimientos para mejorar la condición global de la persona.

La/el TO va a evaluar con precisión el grado de autonomía de la persona mayor en cada actividad, así como las habilidades motoras, de procesamiento, de comunicación e interacción que posee. De igual forma,

considera cómo estas actividades se han ido organizando en hábitos y rutina conformando los distintos roles que desarrolla la persona y cómo se han ido modificando o no en la medida que se adentran en la vejez. A su vez, evaluarán el contexto en el que se desenvuelve la persona (en su propia casa, en algún centro o en una residencia), teniendo en cuenta los factores físicos, de orientación y accesibilidad, los factores socioculturales y familiares, ya que en conjunto pueden influir en el tratamiento y la elección de las diferentes actividades.

Resulta relevante en este punto, mencionar el proceso de Terapia Ocupacional, dado que la clave para que una intervención resulte satisfactoria, consiste en aplicar las distintas fases y procedimientos de este proceso. Si bien suele utilizarse en varias disciplinas, la TO se destaca por ser la única que facilitando la interacción entre la persona mayor, el entorno o contexto y las actividades u ocupaciones, se centra en este proceso hasta lograr el objetivo final: apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación. Se utiliza esta última como medio y como fin (AOTA, 2010).

Los profesionales de TO, van a valerse del razonamiento clínico durante todo el proceso, ya que les va a permitir identificar demandas, habilidades y significado potencial de la actividad y a su vez, quien va a guiar las acciones de recogida, clasificación e interpretación de datos acerca de una persona mayor en particular, en un momento determinado y en una circunstancia específica. Como cada persona es única, la intervención deberá ser además individualizada y constar de juicio, creatividad e improvisación (AOTA, 2010). Entonces el razonamiento clínico se podría definir como “un proceso multidimensional que tiene como resultado un plan de intervención para

conocer e intentar satisfacer las necesidades únicas de la persona mayor, no sólo para remediar la disfunción y promover el desempeño de tareas, sino también para recuperar un sentido valorado del yo y una vida plenamente significativa” (Polonio López, 2002, p.59).

Se define al proceso de intervención Terapia Ocupacional como “un proceso de selección y análisis crítico de la información recogida, identificando los déficit funcionales o de desempeño ocupacional de la persona, con objeto de establecer objetivos terapéuticos y estrategias orientadas a la mejora de los problemas y a la satisfacción de las necesidades ocupacionales del paciente” (Polonio López, 2003, p.40).

Begoña Polonio López en colaboración con Molina y Tarrés (2002), mencionan diferentes etapas dentro del proceso, que serán mencionadas y explicadas a continuación:

- Remisión de la persona mayor y valoración rápida:

El inicio del proceso se lleva a cabo con la remisión de la persona mayor a los servicios de TO. Esto puede darse por la propia persona, por el geriatra o por algún otro profesional del equipo interdisciplinario. En este punto también se realiza una valoración rápida de la persona, que tiene que ver con recoger información preliminar de la misma, para determinar si es posible o no que pueda beneficiarse de los servicios de TO, es decir, se decide si es adecuado o no intervenir. Lo que se realiza es una revisión rápida de la historia clínica, un screening, una entrevista con la persona mayor y/o cuidador y también una observación del desempeño ocupacional de la misma.

- Valoración: recogida, análisis e interpretación de la información:

Se recogen datos, se identifican problemas, se formulan hipótesis y se toman decisiones en cuanto a la intervención. Se necesita en este segundo paso, lograr una imagen de la persona mayor lo más cercana a la realidad como sea posible, por lo que resultará importante detectar y describir sus necesidades, problemas, capacidades (físicas, psíquicas y sociales), sus deseos, intereses y prioridades. Luego, se analizarán e interpretarán todos los datos significativos recabados, permitiendo de esta manera, generar objetivos y prioridades en conjunto con la persona mayor para formular un plan de tratamiento con técnicas y métodos terapéuticos en concordancia con el caso. Para poder obtener esta información más exhaustiva, se utilizan diferentes métodos, por ejemplo, revisión de historia clínica, entrevista, observación e instrumentos o test estandarizados. En lo que respecta a la entrevista, en este tipo de población, podrá dar mucho trabajo en los casos en que la persona presente trastornos en sus habilidades perceptivas, de cognición o comunicación. Es por esto que él/ la TO deberá utilizar un lenguaje preciso y claro, fácil de entender; un tono de voz adecuado (alto generalmente); un ambiente distendido que no tenga interrupciones y que favorezca la atención y la concentración del entrevistado; y sobre todo, deberá prestar demasiada atención a la comunicación no verbal (gestos, posturas, apariencia, conducta, reacciones).

- Establecimiento de objetivos y prioridades. Selección de los abordajes adecuados.

Se plantearán objetivos a corto, mediano y largo plazo. Para poder alcanzar éste último al final del tratamiento, será necesario que los dos primeros sigan una secuencia progresiva y jerárquica para ir acercando a la persona mayor a los resultados esperados, tanto por él como por el/la terapeuta. Una vez planteados los anteriores, conociendo las potencialidades y las limitaciones, se pasa a seleccionar los abordajes, métodos y técnicas más apropiados para esa persona en particular. Para poder seleccionar éstas, se tendrán en cuenta algunos puntos claves como: la naturaleza del problema, tiempo transcurrido desde que se diagnosticó, número de problemas existentes y la importancia de cada uno, deseos y prioridades, tiempo en que quiere lograrse los resultados, entre otros; y a su vez, podrán ser orientadas a la recuperación o bien a la compensación de habilidades perdidas.

- Formulación e implementación del tratamiento.

En esta fase se van a especificar los pasos a seguir para lograr el objetivo final. Para esto es necesario contar con objetivos claros y con evaluaciones intermedias para ver si se está en camino correcto en base a las prioridades de la persona mayor en cuestión. Una vez diseñado el plan de acción (el cual tendrá que ser flexible para poder adecuarse a las necesidades cambiantes de la persona en el correr del tiempo), se va a implementar a partir de las herramientas (métodos, técnicas) que el profesional considere adecuadas

- Reevaluación y revisión de resultados.

Al ser la intervención de TO un proceso dinámico, se requiere realizar a lo largo del proceso evaluaciones periódicas para determinar si los objetivos

planificados van siendo alcanzados o no, para ver qué respuesta tiene la persona mayor frente a la misma y si resulta necesario propiciar un cambio en las estrategias u objetivos; y llevar un registro de esto. La reevaluación entonces es importante para establecer la efectividad del tratamiento y para conocer el grado de satisfacción por parte de la persona frente al tratamiento.

- Preparación para el alta.

Esta última fase será una tarea en conjunto, ya que se debe incluir a la persona mayor, a su familia y a todo el equipo tratante. La preparación para el alta que se va desarrollando a lo largo de todo el proceso, en la que se va preparando a la persona para regresar a su hogar o alojamiento actual. Será tarea del profesional de TO brindar preparación psicológica, información, asesoramiento, apoyo emocional y entrenamiento para los cambios que tendrá que afrontar la persona una vez culminado el tratamiento. Se realizará entonces una valoración final, indicando si se han cumplido o no los objetivos planteados (total o parcialmente) y un informe de alta correspondiente, con datos y recomendaciones para el futuro.

En diferentes bibliografías además se incluye una fase más que trata del seguimiento antes de obtener el alta definitiva, en casos en que la persona necesite y que el servicio de TO cuente con esa posibilidad, para comprobar la adaptación de esta a la nueva situación y analizar el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas.

4. Terapia Ocupacional y actividad sexual.

La actividad sexual es considerada una actividad más dentro de las AVD. Según el Marco de Trabajo para la Práctica de TO (AOTA, 2014, p. 31), la actividad sexual es “participar en actividades que busquen la satisfacción sexual y/o encuentro relacional o necesidad reproductiva”. Aún no se conoce mucha información acerca de la intervención de los profesionales de la TO en este tema, pero fue cobrando relevancia en la investigación durante los últimos años más allá de que las intervenciones sean escasas, incompletas o nulas; dado esto por falta de formación académica o bien por el tabú que se genera sobre este aspecto (Alonso, N. 2018).

Se podría considerar a la sexualidad no como actividad, sino más bien como una ocupación, dotada de sentido y significación, en las que los sujetos participan cotidianamente por el simple hecho de ser seres sexuales. La misma tiene múltiples formas de expresión como ya se mencionó en el capítulo de sexualidad: coqueteo, relaciones sexuales coitales, caricias, expresión de afectos, entre otras (Pedraza, T. 2014).

Siguiendo la concepción holística del ser humano que plantea la disciplina, será necesario contemplar a la sexualidad desde el inicio del proceso de intervención. Por lo general, las intervenciones se llevan a cabo en aquellas áreas que resultan socialmente valoradas y que terminan acaparando la atención de los profesionales en su práctica, quedando entonces la sexualidad olvidada, como un aspecto poco relevante, sin posibilidad de atención. En las personas mayores, se produce una separación de la sexualidad, ya sea por temor, por protegerlos, porque nos parece inquietante o porque se asocia a lo prohibido.

Desde la profesión, se actúa como agentes de cambio frente a la concepción negativa que tiene la sociedad sobre las personas mayores y sobre la mirada negativa que tienen estas últimas sobre ellos mismos y la sexualidad; transformando los discursos para plantear una vida afectiva y sexual como fuente de satisfacción y bienestar, dejando de lado el modelo de sexualidad que está insaturado en la sociedad (centrado en la genitalidad, juventud, belleza) para que ninguna persona se sienta frustrada o insatisfecha.

Referencias Bibliográficas:

- Aguilera Portales, R. (2002, Mayo). El problema del etnocentrismo en el debate antropológico entre Clifford Geertz, Richard Rorty y Lévi-Strauss. *Gazeta de Antropología*. Recuperado de: https://www.ugr.es/~pwlac/G18_11Rafael_Aguilera_Portales.pdf
- Asociación Americana de Terapia Ocupacional [AOTA] (2010). *Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional: dominio y proceso*. 2ª ed.
- Asociación Americana de Terapia Ocupacional [AOTA] (2014). *Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional: dominio y proceso*. 3ª ed.
- Gil, Gastón Julián e Incauragarat, María Florencia (2018) La mirada antropológica como parte de la formación de profesionales de la salud. Experiencias y reflexiones. *Praxis educativa*, Vol. 22, 37 – 46.
- Iwama, M., Kapanadze, M. y Simó Algado, M. (2008). Michael Iwama: en busca de una Terapia Ocupacional culturalmente relevante. *TOG*. 5 (2), 1-29. Recuperado de: <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/maestros.pdf>
- Iwama, M. (2010). Introducción al suplemento actas del IX Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional. *TOG*. 7 (6), 15- 19. Recuperado de <http://www.revistatog.com/suple/num6/iwama.pdf>

- Iwama, M. y Simólgado, S. (2008). Aspecto de significados, cultura e inclusión en Terapia Ocupacional. *TOG*. 5(8), 1- 23. Recuperado de: <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/modelo1.pdf>
- Jean Langdon, E. y BrauneWiik, F. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latinoamericana Enfermagem* 18(3), 177-185.
- Menéndez, E.L. (1983) Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Morrison Jara, R. y Vidal Madrid, D. (2009). *Análisis Ontológico de la Ocupación Humana* (tesis de pre grado). Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina. Valdivia, Chile.
- Monroy Pérez, M.L. (7 septiembre de 2012). Definiciones de terapia ocupacional. [Entrada de blog]. Recuperado de: <http://www.terapeutas-ocupacionales.com/2012/09/definiciones-de-terapia-ocupacional.html>
- Pedraza, T. (2014). Vejez y sexualidad: reflexiones para la práctica de terapia ocupacional. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 14(2), Pág. 245-255. Consultado de <https://revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/35726/37514>
- Polonio López, B. (2002). *Terapia Ocupacional en Geriatría: 15 casos prácticos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana

- Polonio López, B. (2003). *Terapia Ocupacional en Discapacitados Físicos: Teoría y Práctica*. Recuperado de: https://books.google.com.ar/books?id=W8CN0MZGK0sC&pg=PT78&dq=definicion+del+proceso+de+terapia+ocupacional+trombly&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwimzNyDw4_hAhWcILkGHWIiC_0Q6AEIKTAA#v=onepage&q=definicion%20del%20proceso%20de%20terapia%20ocupacional%20trombly&f=false
- Rico Alonso, N. (2018). *Abordaje de la sexualidad desde Terapia Ocupacional en personas con daño cerebral adquirido en etapa sub-aguda*. Facultad de Ciencias da Saúde. España.
- Sepilli, T. (2000). "De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación". En Enrique Perdiguero & Josep Comelles (eds). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Bellaterra.
- SimóAlgado, S. (2016). *Terapia Ocupacional, cultura y diversidad*. *Cad. Terap. Ocup. UFSCar*. 24(1), 163- 171.
- Teves, L. (2017). Material de cátedra. Asignatura: Antropología de la Salud. Universidad Nacional Arturo Jauretche.
- Trujillo R., A., Sanabria C., L., Carrizosa F., L. & Parra E., E. (2011). *Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

- Zango Martín, I., Emeric Méaulle y Cantero Garlito, P. A. (2012). La cultura en la intervención de TO: escuchando otras voces. *TOG*. Recuperada de: https://www.researchgate.net/publication/305501393_La_cultura_en_la_intervencion_de_terapia_ocupacional_escuchando_otras_voces?fbclid=IwAR0iOTWD4mRVJ-6yhA8eMv5LMszJ_yME0afQRqMjxm2s3V53cQPbgEJvH9Q
- Zango Martín, Inmaculada & Moruno, Pedro (2013) "Aportaciones a la etnografía doblemente reflexiva en la construcción de la terapia ocupacional desde una perspectiva intercultural". *En: Revista de Antropología Iberoamericana. Vol. 8, N° 1. Enero – abril 2013. Pp. 9 – 48.*

Aspectos Metodológicos

I. Tema de investigación

Sexualidad en adultos mayores que viven institucionalizados en una Residencia Geriátrica.

II. Problema de investigación

¿Cuáles son las representaciones y prácticas de la sexualidad de las/los adultos mayores que viven institucionalizados en una Residencia Geriátrica de la ciudad de Tandil y por qué es importante que la Terapia Ocupacional las conozca?

III. Objetivos de investigación

Objetivo General:

- Contribuir al conocimiento sobre las representaciones y prácticas de la sexualidad de las/los adultos mayores institucionalizados con el fin de aportar herramientas de intervención para la Terapia Ocupacional.

Objetivos específicos:

- Describir y comprender cuáles son las formas en las que las/los adultos mayores expresan su sexualidad.
- Determinar la influencia de la institucionalización en el desarrollo y la expresión de la sexualidad en adultos mayores que permanecen en Residencias Geriátricas.
- Conocer el grado de influencia de la sexualidad en la calidad de vida de las/los adultos mayores institucionalizados.

- Argumentar la importancia de la intervención del terapeuta ocupacional en una Residencia Geriátrica.
- Fundamentar la relevancia de los métodos etnográficos para la Terapia Ocupacional y las disciplinas de salud en general.

IV. Tipo de estudio

Para cumplir con los objetivos planteados se utilizará un tipo de estudio exploratorio y descriptivo. Exploratorio porque examina una temática de investigación poco estudiada y explorada por la Terapia Ocupacional. Este tipo de estudios sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto particular de la vida real e investigar problemas del comportamiento humano que consideren cruciales los profesionales de determinada área (Dankhe, 1986). Por otra parte, la investigación sigue una lógica descriptiva ya que se reseñan las características o rasgos de la situación o fenómeno objeto de estudio.

V. Enfoque de estudio

El enfoque seleccionado en esta investigación es cualitativo. Se eligió el mismo ya que permite comprender al objeto de estudio en su ambiente natural, poniendo énfasis en las personas, estilos de vida y comportamientos. También, posibilita explorar y describir para luego generar perspectivas teóricas (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2003).

VI. Diseño de estudio

El diseño de este estudio es etnográfico. El término etnografía significa descripción de la vida cotidiana de un grupo de personas habituadas a vivir juntas. De acuerdo con Denis y Gutiérrez (2002), “la investigación etnográfica se utiliza para presentar una imagen de la vida, del quehacer, de las acciones, de la cultura de grupos en escenarios específicos y contextualizados” (p.1). En ellas, el proceso de investigación es flexible y no existe un esquema rígido. En términos generales, el investigador planea su trabajo sobre el objeto de estudio, con la certeza de que se tendrán sucesivas oportunidades de precisar, redefinir y hasta reorientar la investigación. En ese sentido, el rigor de las etnografías está dado por las reconstrucciones teóricas, y por la búsqueda de coherencia entre las interpretaciones y la realidad estudiada.

En este tipo de estudios, el investigador se sumerge o convive gran parte del tiempo en el sitio de investigación, allí comparte con las personas objeto de estudio viviendo de igual modo que ellos. El mismo, tiene una doble responsabilidad: por un lado, participar espontáneamente sin distorsionar el ambiente y la forma natural de actuar del grupo, y, por otro, mantener su papel de investigador para descubrir e interpretar lo más neutralmente posible los rasgos característicos y la dinámica del grupo en su contexto específico. De esta manera, interactúa, observa y participa con la población en un contexto determinado, se va sumergiendo en el mundo que estudia y poco a poco comienza a formar parte de él.

VII. Población

Personas mayores que viven en Residencias para Adultos Mayores (RAM).

VIII. Muestra

Personas adultas mayores que residen en una Residencia Geriátrica de la ciudad de Tandil. Se encuentra una dificultad a la hora de definir el tamaño de la muestra ya que la cantidad de personas mayores que viven en la institución va variando en concordancia con los ingresos y egresos que se realizan. Se debe tener en cuenta que la capacidad máxima del establecimiento es de 11 personas.

IX. Método de selección de la muestra

Muestreo no probabilístico por conveniencia, consiste en la elección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características sean similares a las de la población objetivo. Como su nombre lo indica, el muestreo por conveniencia se selecciona en base a la conveniencia del investigador y debido a su fácil disponibilidad (Kinnear y Taylor, 1998).

X. Técnicas de recolección de datos

En primer lugar, es preciso hacer referencia al trabajo de campo ya que las diversas técnicas de recolección de datos que se utilizarán en esta investigación se encuentran encuadradas en éste. El mismo, se fue definiendo como la presencia directa, generalmente individual y prolongada, del investigador en el lugar donde se encuentran los actores/miembros de la unidad sociocultural que se desea estudiar. Es en el contexto de situaciones sociales diversas que el investigador extrae la información que analiza durante y después de su estadía. Ahora bien, el campo de una investigación es el referente empírico, la porción de lo real que se desea conocer, el mundo

natural y social en el cual se desenvuelven los grupos humanos que lo construyen. Guber (2011) lo define como la conjunción entre un ámbito físico, actores y actividades, compuesto no sólo de fenómenos observables, sino también de los significados que los actores le asignan a su entorno y a las acciones que los involucran. En este caso, el ámbito físico en el cual se desarrolla la investigación es una Residencia de Adultos Mayores (RAM) de la ciudad de Tandil (Buenos Aires, Argentina). Si bien el nombre específico de la misma se mantendrá en el anonimato, de modo general es denominada "Hogar de Abuelos".

Lo real se compone de fenómenos observables y de la significación que los actores le asignan a su entorno y a la trama de acciones que los involucra; en él se integran prácticas y nociones, conductas y representaciones. El investigador accede así, a dos dominios diferentes pero completamente indisolubles: uno es el de las acciones y las prácticas; otro, el de las nociones y representaciones. Distintos medios técnicos permiten su conocimiento, pero ambos componen por igual el mundo singular sobre el cual trabaja el etnógrafo.

Es de suma importancia aclarar que el campo no provee datos sino información que suele llamarse, equívocamente, "datos". Cuando se dice que se recolectan los mismos, se está diciendo que se releva información sobre hechos que recién en el proceso de recolección se transforman en datos. Esto quiere decir que éstos son ya una elaboración del investigador sobre lo real, son la transformación de esa información en material significativo para la investigación.

Por lo dicho anteriormente, los datos no provienen exclusivamente de los hechos ni los replican, porque después de la intervención del investigador pasan a integrar sus intereses y a encuadrarse en su problema de investigación. Además, el trabajo de campo es una etapa que no se caracteriza sólo por las actividades que en él se llevan a cabo (obtener información de primera mano, administrar encuestas y conversar con la gente), sino fundamentalmente por el modo como abarca los distintos canales y formas de elaboración intelectual del conocimiento social. Un término que lo define es el de reflexividad. Guber (2004), alude a la misma en dos sentidos paralelos y relacionados. En primer lugar, como la capacidad de los individuos de llevar a cabo su comportamiento según expectativas, motivos y propósitos, es decir, como agentes o sujetos de acción. En su cotidianidad, la reflexividad indica que los individuos pertenecen a una cultura y a un sistema social (respetan determinadas normas y trasgreden otras, se desempeñan en ciertas áreas de actividad). En conjunto, esto es el material que recogerá el investigador para construir la perspectiva del actor y vale para todos los que tomen parte en el trabajo de campo, sea como investigador o informantes. En un segundo sentido, más específico, la reflexividad tiene un enfoque relacional, no ya como lo que el investigador o el informante realizan en sus respectivos mundos sociales, sino como las decisiones que toman en el encuentro, en la situación de trabajo de campo. Por una parte, el investigador adopta ciertas actitudes, selecciona determinados individuos que se transforman en informantes, etc. y utiliza otros tantos canales para acceder al mundo social de los sujetos. Por la otra, los informantes se conducen reflexivamente ante el investigador.

El trabajo de campo implica un pasaje de reflexividad general, válida para todos los sujetos en tanto seres sociales, hacia la de aquellos que toman parte en esa situación, desde sus roles de investigador o informantes. El conocimiento de lo real está mediatizado por la reflexividad del sujeto cognoscente y de los sujetos a conocer en la situación de encuentro dada en la investigación. El mismo, no es solo un medio de obtención de información sino el momento mismo de producción de datos y elaboración de conocimientos. Encuadradas en él, las técnicas de recolección de información son las herramientas del investigador para acceder a los sujetos de estudio y su mundo social. Dentro de una reflexividad en sentido específico, las mismas son una serie de procedimientos que permiten obtener información en una situación de encuentro, en el marco de una relación social.

Las técnicas antropológicas de campo no son recetas, aunque pueden ser formalizadas, y tampoco son la aplicación mecánica de un corpus teórico. Realizada esta salvedad, a continuación se mencionarán las técnicas utilizadas en esta investigación:

- Observación no participante: registro de lo que se observa tal y como se ve.
- Observación participante: el investigador entra en contacto con el fenómeno observado para obtener informaciones sobre la realidad de los actores sociales en sus propios contextos. Guber (2001) señala que la observación participante consiste en dos actividades principales: observar sistemática y controladamente todo lo que acontece en torno del investigador, y participar en una o varias actividades de la población.

- Diario de campo: cuaderno o libreta de notas que escribe el etnógrafo durante sus estadias en terreno. Sin él, los “datos” se pasean frente a las narices del investigador sin que éste tenga cómo atraparlos, organizarlos y otorgarles sentido para su investigación.
- Entrevistas etnográficas: es un diálogo formal orientado por el problema de investigación. Se le atribuye la característica de formal porque debe diferenciarse de las charlas espontáneas de carácter informal. La entrevista como técnica no puede confundirse con las conversaciones que espontáneamente se adelantan con las personas en el trabajo de campo porque en la misma han sido diseñados de antemano los términos, contenidos y formas de registro del diálogo.
- Historias de vida.
- Relatos y charlas informales.
- Análisis de documentos. Principalmente las carpetas de los residentes de la institución que contienen diversa documentación correspondiente a cada adulto mayor.
- Grabaciones en audio y video: fotos y videos del Facebook de la RAM. También, se utilizará esta técnica en el caso que se grabe alguna de las entrevistas etnográficas.

Cabe aclarar que las primeras seis técnicas de recolección de datos mencionadas hacen referencia a fuentes de información primaria ya que se obtiene la misma de forma directa. En cambio, las últimas permiten la obtención de datos por medio de fuentes secundarias ya que ofrecen información sobre el tema de investigación pero no son la fuente original de los hechos o las situaciones (sólo los referencian).

Referencias Bibliográficas:

- Baptista Lucio, P., Fernández Collado, C. y Hernandez Sampieri, R. (1997). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Bernal Torres, C.A. (2010). *Metodología de la investigación. Administración económica, humanidades y ciencias sociales*. Buenos Aires, Colombia: Pearson.
- Denis Santana, L. y Gutiérrez Borobia, L. *La investigación etnográfica: experiencias de su aplicación al ámbito educativo*. Recuperado de: [http://cidimar.fundacite.arg.gov.ve/doc/paradigma 96/doc2.htm](http://cidimar.fundacite.arg.gov.ve/doc/paradigma%2096/doc2.htm)
- Guber, Rosana (2001) *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Norma.
- Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires, Argentina: PAIDÓS.

Resultados

En este capítulo, con el fin de contribuir al conocimiento sobre las representaciones y prácticas de la sexualidad de adultos mayores (AM) institucionalizados, serán presentados y organizados los resultados de acuerdo a ejes que se desprenden de los objetivos específicos planteados en el apartado metodológico.

Una vez finalizado el trabajo de campo de un año de duración, las tesis se dedicaron a relevar la información. Con la finalidad de recabar los datos pertinentes para la investigación, se utilizaron diversas técnicas que fueron mencionadas y explicadas con anterioridad en otro apartado, y que propiciaron un importante cúmulo de información. Como se debe seleccionar el material que se cree significativo para la investigación, se realizó entonces, una transcripción del diario etnográfico y de las entrevistas etnográficas en conjunto, para que de esta manera se logre efectuar un análisis de los datos seleccionados con el objetivo de interpretarlos y de aclarar el problema de investigación.

En este estudio resulta difícil delimitar la muestra dado a que la misma fue variando a lo largo del trabajo de campo. Si se tiene en cuenta la cantidad de personas que pasaron por la institución, la muestra estaría conformada por 20 AM que residieron en el Hogar. Es necesario aclarar que nunca estuvieron todos juntos sino que la cantidad de residentes fue cambiando de acuerdo a los egresos e ingresos en la institución a lo largo del tiempo. La cantidad de plazas habilitadas en el Hogar al igual que los ingresos al mismo, se encontraba condicionado en un principio por la presencia de los dueños, un matrimonio que vivía dentro de la institución con sus dos hijas y que compartían cuartos y espacios comunes con los/las residentes del establecimiento. Por ejemplo, al

comenzar el trabajo de campo en febrero y siendo que el hogar se había inaugurado hacía tres meses (noviembre de 2017), se encontraban residiendo allí los dueños con sus hijas y sólo dos AM. Cabe aclarar, que a medida que ingresaban más personas a la institución, mayor era la demanda en cuanto a la atención de las diferentes necesidades de las/los residentes, por lo que en vez de contar con una sola cuidadora como sucedía al momento de la inauguración, debieron contratar a más empleadas para poder cubrir todos los turnos (mañana, tarde y noche).

Dentro de la muestra mencionada anteriormente (20 AM) se encontraron 14 mujeres y 6 varones. Un dato importante es que todos/as eran mayores de 65 años a excepción de un residente que tenía 54 años. A todas estas personas a medida que iban pasando por el Hogar se les iba explicando sobre el porqué de la presencia de las tesis, sobre el tema investigado y a su vez, se les entregó un consentimiento informado a cada uno para que autoricen la utilización de toda la información brindada y recabada para la investigación en cuestión, garantizando el anonimato y la confidencialidad de estos datos.

1. Actividad sexual en adultos mayores institucionalizados.

A lo largo del trabajo de campo se observaron diversas formas en las que las/los adultos mayores se involucraron en actividades sexuales. El Marco de Trabajo para la práctica de TO define a la actividad sexual de la siguiente forma: “participar en actividades que busquen la satisfacción sexual y/o encuentro relacional o necesidad reproductiva” (AOTA, 2014, p. 31). A raíz de este concepto se decidió establecer el primer eje de análisis que recae en describir las diferentes conductas y expresiones que se contemplaron en los/las residentes de la institución con respecto a su actividad sexual. Para lograr una mayor organización, la descripción se realizará de la siguiente manera: en primer lugar se detallarán las conductas y expresiones observadas en residentes que padecen demencia y luego, se describirán aquellas que se contemplaron en AM que no poseen dicha enfermedad.

Una vez finalizado el trabajo de campo, se comenzó a analizar y seleccionar la información relevante para esta investigación. Específicamente en esta primera parte se contabilizaron la cantidad de personas que pasaron por la institución y que padecían demencia. La muestra de sujetos con esta enfermedad estuvo conformada por seis personas, todas mujeres. Luego de establecer la conformación de la misma se comenzó a relevar la información obtenida gracias a las diversas técnicas de recolección utilizadas que se mencionaron en el apartado metodológico. Del cúmulo de información se buscaron conductas y expresiones relacionadas a la satisfacción sexual, el encuentro relacional o la necesidad reproductiva. Es por esto que en primer lugar se hará referencia a las conductas sexualmente inapropiadas de las personas mayores del Hogar con demencia, y que ya sean comportamientos

físicos o verbales, terminan siendo inaceptables socialmente dentro del contexto estudiado.

Dentro de las conductas sexualmente inapropiadas, Medeiros, Rosenberg, Baker y Onyike (2008) incluyen a las conductas sexualmente desinhibidas. Se trata de comportamientos que son impulsivos, invasivos e indiscriminados, marcados por la patología que presentan esas personas en particular y por la aparente pérdida de control, sumada a diferentes estímulos como la soledad o la proximidad con otro compañero, enmarcados los mismos dentro de un ámbito de institucionalización.

Una de las conductas sexualmente desinhibidas que se relaciona con la satisfacción sexual de los/ las AM observada con frecuencia es la masturbación. Particularmente se contemplaron conductas de este tipo en tres de las mujeres. Una de ellas tenía 81 años de edad y estaba atravesando la fase II de la demencia tipo Alzheimer. La situación que refiere a esta conducta fue la siguiente: la residente se dirigió al baño; luego de unos minutos una de las empleadas notó que la adulta mayor tardaba y no regresaba por lo que decidió ir a ver si estaba bien. Cuando llegó al baño observó que la mujer había envuelto un desodorante en una toalla y se lo estaba colocando en la vagina. Otra de las situaciones que se cree relevante mencionar en este apartado es una que se conoció a raíz del relato de la dueña del Hogar. La misma comentó que en el geriátrico de su mamá (abierto hace 20 años) una de las residentes se descompensó. Frente a esta situación, las empleadas llamaron a la ambulancia de urgencia y el médico les afirmó que la persona presentaba fiebre uterina y que ésta se había desarrollado como consecuencia de la introducción del control remoto en la vagina de la mujer de 85 años y que

padecía demencia senil. Por último, uno de los hijos de otra residente del Hogar le pidió a los dueños si se podría realizar una consulta con un médico ya que su madre se masturbaba con frecuencia y se lastimaba. Cabe aclarar que la mujer tenía 80 años, padecía Alzheimer y estaba atravesando la II fase de dicha enfermedad.

Otra de las conductas sexualmente desinhibidas que se manifestó a lo largo del trabajo de campo hace referencia al exhibicionismo de diversas residentes con demencia. Estos comportamientos fueron realizados por tres personas adultas mayores de la institución y dos de ellas coinciden con las residentes que desempeñaron conductas de masturbación. Estas últimas se desvestían en público. En diversas situaciones donde se estaba compartiendo con las/los AM el desayuno, almuerzo, merienda o simplemente mates y charlas, las mujeres comenzaban a sacarse la ropa. Por otra parte, una residente de 71 años con demencia leve sin progresión hace 7 años se paseaba en corpiño por la casa del Hogar. A esta última conducta se la considera de tipo desinhibida ya que la persona mayor manifestaba esos comportamientos en contextos donde las normas de la institución no lo permiten. Por ejemplo, la mujer ingresaba sin la remera al comedor durante el almuerzo. La última situación relevante para mencionar se manifestó en otra de las residentes que rutinariamente antes de bañarse se desvestía de forma independiente en la habitación para luego ir al baño desnuda. Cabe aclarar que desde su dormitorio al baño hay un pasillo el cual es transitado por residentes, empleadas, dueños y visitas.

Para culminar, las últimas conductas sexualmente inapropiadas que se analizarán en este apartado corresponden a lo que Medeiros, Rosenberg,

Baker y Onyike (2008) denominan “búsqueda de intimidad sexual”. Con esto se refieren a comportamientos de cortejo o afectivos dirigidos hacia personas equivocadas. La mayoría de estas conductas se relacionan con las características propias de las diversas fases de la demencia. En el marco teórico se mencionó que en la segunda fase de la misma pueden aparecer rasgos de tipo psicótico en el/ la AM. Ésta imagina que ve gente que no existe, ruidos que nadie oye, comienza a preguntar por personas que ya murieron. Esto sucedió con una residente en particular que creía que uno de sus compañeros era su novio. La mujer de 90 años a raíz de esa creencia comenzó a tener verbalizaciones agresivas con sus compañeras. Les decía “putas” no sólo a las residentes de la institución sino a las empleadas y a cualquier mujer que ingrese al establecimiento. En una ocasión, la persona mayor en cuestión comentaba que una de sus compañeras estaba embarazada de su novio y por eso le decía malas palabras. Con respecto a la relación entre la residente y su compañero, ella le daba besos en la boca, le realizaba caricias y lo abrazaba cuando lo encontraba “distráido” ya que él tenía en claro que no poseían una relación de pareja. La última conducta realizada por esta residente que se puede mencionar es la siguiente: cuando su hijo la iba a visitar, la mujer señalaba a su compañero y le decía al familiar que salude a su padre (haciendo referencia al residente que ella creía que era su novio).

Otra situación frecuente que se dio con dos de las personas que padecían demencia se desarrolló durante la higienización. Cuando las cuidadoras las bañaban, las residentes se les insinuaban con caricias en la cara o en el brazo y les decían a las trabajadoras que eran sus novias.

Por otro lado, casi finalizando el trabajo de campo, ingresó al Hogar una mujer con demencia avanzada. La edad de la misma no se conoció pero sí se observaron conductas como las que se vienen describiendo. Por ejemplo, dormía abrazada a un oso de peluche porque decía que le faltaba amor y que por ese motivo también tenía muchos novios dentro de la institución.

Una vez culminada la descripción anterior se procederá a detallar este eje de análisis pero a raíz de la muestra compuesta por personas sin demencia. La misma estuvo conformada por 14 personas adultas mayores (6 varones y 8 mujeres). Del mismo modo que se describieron las conductas y expresiones de la actividad sexual de los sujetos con demencia que asistieron al Hogar se detallarán las que se encontraron en los/las residentes que no padecían dicha enfermedad.

El encuentro relacional y la interacción entre los sujetos desde la esfera afectiva fue una de las situaciones más frecuentes que se cree relevante mencionar. Es decir, la vinculación a partir del coqueteo, la seducción y el cariño entre las/los AM. En términos de García (2005), estos encuentros abordan a la sexualidad como una extraordinaria posibilidad de comunicación que tienen a su disposición las personas para expresar y compartir muchos y variados deseos, sensaciones, sentimientos, emociones, fantasías, afectos, caricias o ternura. Es decir, el placer del contacto corporal, de las expresiones afectivas, de la ternura, y de la satisfacción sexual, no tiene que estar necesariamente relacionado con el coito o la masturbación, sino fundamentalmente con el tipo y la calidad de las relaciones que se establecen.

Pasados algunos meses del inicio del trabajo de campo ingresó un residente de 79 años al Hogar. El motivo de institucionalización del adulto mayor fue que recientemente había fallecido su mujer, su único hijo vive en Buenos Aires y no tiene ningún familiar en la ciudad. A raíz de la muerte de su madre, el hijo del residente decidió en conjunto con su papá que este comience a vivir en un geriátrico. Luego de tomar esa decisión, el establecimiento elegido por ambas personas fue el Hogar donde se desarrolló esta investigación. A los días que el sujeto ingresó, sus compañeras comentaban entre ellas que el “nuevo” era “guapo” pero que estaba mal por la muerte de su mujer. El residente en un primer momento no establecía ningún tipo de relación con sus compañeras (todas mujeres para ese entonces) y pasaba mucho tiempo en soledad en su habitación individual. Gradualmente el sujeto comenzó a compartir diversos momentos con las residentes y particularmente estableció mayor afinidad con una de ellas. Esta última, mostraba actitudes para con él (miradas, caricias, palabras) que no las tenía con el resto de las personas de la institución. De hecho todas las mañanas ella le decía “que guapo que estás hoy” y él le respondía “usted también, se ve muy pintona”. Durante una charla que se estableció entre varias de las residentes, la mujer comentó que es de Córdoba y que se vino a Tandil por el abandono de su esposo y en busca de una nueva vida. Argumentó que cuando lo escucha hablar al residente “nuevo” de su ex mujer siente admiración porque le hubiese encantado tener un hombre así a su lado. Continúa... “me siento muy bien con él, siento algo especial cuando lo veo y no me pasa con todos acá. No le llamaría atracción porque ya estamos grandes para eso pero algo es”.

Luego de narrar la historia anterior se pretenden analizar varias cuestiones. Primero, señalar que la relación que se estableció entre estas dos personas forma parte de una interacción entre residentes que involucra aspectos sexuales dado a que el coqueteo y la seducción son las principales características de este vínculo como se mencionó en párrafos anteriores. Segundo, la residente a través de su relato deja explícito uno de los mayores prejuicios que se relaciona con la vejez: la ausencia de sexualidad por la edad. Hay un sector muy amplio de la sociedad que cree que los “viejos” carecen de ella porque la asocian exclusivamente con la genitalidad y la procreación cuando ello es sólo una dimensión de la misma. La sexualidad atraviesa a todas las personas: niños/as, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores. Por último, es importante señalar que ante la admisión de una persona mayor es frecuente que se generan comentarios y especulaciones entre los sujetos que ya residen en el Hogar. Por lo general, las mujeres son las que realizan comentarios ante el ingreso de un varón dado a que el número de residentes mujeres es mayor que el de hombres. De hecho hubo otro caso donde una de las adultas mayores ante el ingreso de otro residente manifestó lo siguiente: “Por fin otro hombre, ya lo estábamos volviendo loco al dueño de la institución y al único residente que hay”. Continúa y le pregunta al ingresante “¿a usted le gusta charlar? Buscamos hombres charlatanes porque acá falta eso... alguien con quien hablar”. Este último relato es un claro ejemplo de la necesidad que tienen los sujetos de la institución de entablar vínculos y relaciones con las demás personas con las que conviven. Por lo tanto, cuando un sujeto nuevo ingresa suceden dos cosas. En primer lugar, casi la totalidad de los compañeros/as le preguntan acerca del exterior (al igual que si alguien

de la institución sale de manera independiente). Son frecuentes preguntas como las siguientes: ¿cómo está el clima afuera? ¿Anda mucha gente? ¿Viste a algún conocido? A medida que pasa el tiempo, el sujeto ingresante se va mimetizando con la institución y va perdiendo el vínculo con el exterior. Son pocos los casos en los que el/ la residente mantiene un estrecho contacto e información acerca del “afuera”. En términos de Goffman (2004) “cuando ingresa un interno viene con una cultura de presentación, o sea con sus hábitos que tenía afuera. Enfrenta otra cultura, la de la institución total, produciéndose una aculturación que, en casos extremos, puede convertirse en desculturación, o sea no puede volver al mundo exterior y sus hábitos anteriores” (p.26). En segundo lugar, la persona que ingresa al establecimiento lo hace por un motivo particular. A lo largo del trabajo de campo se observó que uno de los más frecuentes es la soledad. Es decir, las personas mayores se separan de su núcleo familiar (sus hijos ya forman su propia familia y deciden vivir en otro hogar), a raíz de ello comienzan a sentirse solos y esta situación se agrava por la viudez. Al ingresar a la institución, ésta pasa a ser su nueva casa y por lo tanto el establecimiento de vínculos con las demás personas es indispensable para disminuir el aislamiento y la soledad.

Lo señalado en el párrafo anterior tiene que ver con el enfoque familiar del proceso de envejecimiento que plantea Zetina (1999). El mismo propone formar núcleos familiares y sociales en donde se generen vínculos que permitan disminuir el aislamiento y la soledad. Esto se relaciona con una situación observada en la institución. Los/ las AM se saludan todo el tiempo. Más allá de los buenos días o buenas noches, se saludan continuamente. Una vez se planteó este tema en la mesa y entre los cuatro residentes que

debatieron llegaron a la conclusión que es para estar presentes, para que se sientan queridos y en un clima familiar (pertenencia).

Continuando la descripción de las interacciones entre residentes, hubo otra que también se considera importante para este apartado. Anteriormente se mencionó que una de las personas mayores con demencia creía que uno de sus compañeros era su novio. Y a su vez, este adulto mayor es el protagonista de la historia de seducción y coqueteo que se narró en líneas anteriores. Estas dos historias sucedieron a la par. Es decir, una de las personas mayores creía que su compañero era su novio y paralelamente otra de las residentes coqueteaba con el sujeto y sentía admiración por él. Esta situación ocasionó celos entre los sujetos. La residente con demencia los manifestó a través de las alucinaciones y las verbalizaciones que se mencionaron. Ahora bien, la otra adulta mayor (sin demencia) realizaba comentarios que demostraban sus celos. Por ejemplo, “está loca, dice que estoy embarazada”, “si inventa cosas él jamás la va a mirar”, etc. Además, un día fue un cantante conocido de la ciudad a compartir una tarde con los residentes. Tocaba la guitarra y cantaba temas que elegían las/los AM. El residente de la historia mencionada bailaba muy entusiasmado y en un momento sacó a bailar a la compañera que decía ser su novia. En ese momento, la otra residente del relato cambió rotundamente su expresión. Estaba cantando y aplaudiendo con una sonrisa en su rostro pero cuando ellos comenzaron a bailar dejó de hacerlo y su expresión se modificó por completo.

Siguiendo con la descripción de las conductas y expresiones de la actividad sexual se cree necesario mencionar los diversos comportamientos observados en los dos matrimonios que transitaron por el establecimiento

durante el trabajo de campo. El primero de ellos ingresó a la institución por decisión de sus hijas ya que el matrimonio vivía solo en la ciudad y no contaba con ningún otro familiar en la localidad. Además, estaban en una casa muy grande y a raíz de las diversas enfermedades que desarrollaron ya no podían manejarse de forma independiente. Él (85 años) tenía un trastorno cognitivo leve, hipoacusia y artrosis lo que le produjo una total dependencia en las AVD. Ella (74 años) padecía un tumor en el cerebro que le generaba apraxia, afasia y agnosia por lo que también era dependiente. Las hijas comentaron que sus padres siempre fueron compañeros y que sería imposible separarlos. Lo que expresaron se manifestó claramente en los comportamientos de los sujetos. Él estaba más lúcido que ella y siempre (con ayuda de la cuidadora) la levantaba por las mañanas, le daba de comer y en ocasiones la bañaba. Cabe aclarar que el matrimonio dormía en la misma habitación pero en camas individuales. Pasadas algunas semanas de su ingreso a la institución la mujer falleció. Él comenzó a retraerse, no iba a desayunar al comedor con sus compañeros, pasaba horas en su habitación y empezó a tener conductas extrañas que antes no tenía. Por ejemplo, durante la noche gritaba y se tiraba al piso. A partir de ahí el sujeto comenzó a empeorar en cuanto a su salud y al mes del fallecimiento de su mujer, él falleció. Unos días después de dicho suceso los AM del establecimiento empezaron a realizar comentarios y llegaron a la conclusión (en conjunto con los dueños del hogar y las empleadas) que el residente murió de amor.

Por otro lado, casi finalizando el trabajo de campo ingresó otro matrimonio. El motivo de institucionalización fue que el geriátrico en el que vivían previamente fue denunciado por hacinamiento: siete personas mayores

residían en un lugar con sólo dos habitaciones y la institución no estaba declarada como Residencia de Adultos Mayores (RAM) sino como casa tutora. Al momento del ingreso él tenía cáncer de próstata, una hemiplejía y mucha dificultad en el habla como consecuencia de un ACV y Parkinson diagnosticado hace 5 años. Ella tenía la visión muy disminuida en un ojo pero después no presentaba ningún problema de salud. Al igual que el matrimonio anterior, dormían en la misma habitación pero en camas individuales. A través de las conductas diarias entre ellos se observó el cariño que se tenían y cómo se cuidaban uno al otro. Por ejemplo, ella lo ayudaba a comer, le ponía el babero y cuando no se entendía lo que él estaba diciendo la mujer hacía de “traductora”. Ella era como su “asistente personal”. En una charla durante el almuerzo la mujer comentó que jamás le soltaría la mano a su marido, que es consciente que podría estar en su casa porque no tiene otra dificultad más que la pérdida de visión en uno de sus ojos pero prefiere estar con él.

Otra conducta que merece ser mencionada aquí es una que involucra al hombre del matrimonio anterior. La empleada en una ocasión comentó que este sujeto se le insinúa cuando lo baña y acompaña dicha insinuación con verbalizaciones. Al preguntarle a la trabajadora qué es lo que hacía el residente argumentó que una vez le tocó los senos y que le decía “hermosa”, “linda” y demás adjetivos en el momento de la higienización. Lo relatado produjo problemas dado a que la empleada se lo comentó a los dueños y éstos lo hablaron con el matrimonio. La esposa del hombre se enojó con la trabajadora y señaló que eso era mentira, que su marido jamás tendría conductas de ese tipo.

Algo similar a lo anterior sucedió con otro residente que decía estar enamorado de una de las empleadas. Pero a diferencia del relato previo este sujeto no se sobrepasó sino que coqueteaba con la mujer diciéndole cosas lindas o ayudándola con las tareas domésticas. De hecho un día el adulto mayor argumentó: “ella me encanta, la voy a conquistar”. Comentarios de este tipo fueron frecuentes como se mencionó en párrafos anteriores ante el ingreso de un nuevo residente pero también ante la aparición de un nuevo empleado en el Hogar. Así fue con el profesor de Educación Física. Luego de la primera clase (en la que participaron 3 residentes mujeres) se les preguntó a las AM qué les había parecido y una de ellas respondió lo siguiente: “Odio la actividad física pero el profesor es simpático y muy buen mozo”.

Finalizada la descripción de las interacciones entre residentes, otro aspecto a mencionar en este eje de análisis hace referencia a las diversas prácticas intrapersonales que llevaron a cabo las/los adultos mayores de la institución. Es decir, aquellas prácticas vinculadas a uno mismo dado a que somos seres sexuales desde el momento del nacimiento hasta el momento de nuestra muerte, la sexualidad nos atraviesa (Peirano Silvina, 2012).

Por lo general, cuando se realizan lo que Goffman (2001) denomina ceremonias institucionales se producen las mayores prácticas intrapersonales en los/ las residentes. Por ejemplo, ante el festejo de cumpleaños de alguna de las personas mayores del establecimiento los demás residentes se visten con ropa que nunca usan (habitualmente están de entre casa o pijama). Algunas de las mujeres se maquillan y se pintan las uñas entre ellas. En un cumpleaños en particular, una de las AM le pidió a su hija que le compre una camisa con flores porque tenía un evento especial.

Otro acontecimiento donde se observó lo anterior es cuando ingresa un nuevo residente a la institución. Sus compañeros/as se arreglan para darle la bienvenida. De hecho las adultas mayores del Hogar un día le expresaron a la dueña que les gustaría que vaya una peluquera y una pedicura una vez al mes ya que se querían arreglar para estar lindas.

Estas prácticas también fueron contempladas cuando los sujetos salían con algún familiar de la institución. Hubo un caso en particular que llamó la atención. Una residente siempre estaba de pijama y hacía meses no salía del establecimiento a causa de que no tenía familiares en la ciudad. Un día, recibió la visita de su hija de Buenos Aires y ésta le propuso ir a almorzar a un restaurante conocido de la ciudad. Cuando la residente se enteró dijo que sí de inmediato. Fue la primera vez que la mujer se sacó el pijama, se vistió con un jean y una remera, se perfumó, peinó y maquilló.

La última situación que tiene que ver con los comportamientos y expresiones intrapersonales fue la siguiente. Uno de los residentes cuando ingresó pasaba mucho tiempo en su habitación. De hecho en ir a almorzar al comedor tardó varias semanas. Cuando por fin apareció a comer con el resto de sus compañeros/as dijo “ahora que tengo la dentadura me presento, soy Juan”. Varios días después agregó: “Me daba vergüenza hablar sin dientes, no me quería mostrar así, ya bastante que soy viejo”. Este último ejemplo se relaciona con lo mencionado en el marco teórico acerca de los cambios que atraviesa el sujeto durante el proceso de envejecimiento. Éste, es el resultado de modificaciones biológicas, psicológicas y sociales que se estructuran en el tiempo. Cabe aclarar que estos cambios van a depender de cómo cada persona haya atravesado su propio proceso. Es decir, de las influencias del

entorno; de la interacción social, activa y multidireccional con el mismo; de su biografía y del posicionamiento personal que adopte para enfrentar ese momento, como así también de la influencia de las representaciones negativas que se le atribuyen a la vejez.

Para finalizar la descripción de las conductas y expresiones de la actividad sexual de los sujetos con demencia que asistieron al Hogar se detallarán diversas situaciones que sucedieron a lo largo del trabajo de campo y que se relacionan con la satisfacción sexual y la genitalidad de los/las residentes. Las mismas hacen referencia a la sexualidad como el conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo (Lagarde, 2005); al aspecto más corporal de la sexualidad, centrado fundamentalmente en prácticas y expresiones verbales que se relacionan con los genitales.

La primer situación manifestada fue que a dos de los residentes se les erecta el pene durante la higienización. Por otro lado, una de las empleadas comentó que cuando le estaba cambiando el pañal a una adulta mayor, limpiándole la cola y la vagina, ella le dijo: “esto es lo más parecido a que alguien me toque”. También, otro acontecimiento observado que se relaciona directamente con la genitalidad es que un adulto mayor se tocaba el pene en público. Además, en varias ocasiones una de las trabajadoras encontró semen en las sábanas de este último residente.

Por otro lado, varias charlas se desarrollaron en base a esta temática. Una tarde surgió el tema de la sexualidad a raíz de que una residente contó que tiene 3 hijos de diferentes padres y que éstos habían desaparecido y nunca cumplieron su rol de papá. Luego del relato un compañero le preguntó a

la mujer: ¿estuviste con más de un hombre? O sea que realmente nunca amaste a nadie. Otra residente acota: “¿cómo qué no? A sus hijos, nietos y amigas. Amar no es tener sexo”. La mujer que había comenzado la charla, entre risas pero con una notable angustia comentó: “Así es, amores hay muchos no sólo el de pareja”. En esta narración queda expuesto el prejuicio detallado en el marco teórico que implica asociar la sexualidad únicamente al sexo. Otra charla que se relaciona con esto es la que sucedió entre dos residentes donde una le hace un chiste a la otra por un grano que le salió en la cara. La mujer argumentó: “ese grano es un pornoco, por no coger”. La última conversación asociada a esta temática y que profundiza el tema al mencionar el modelo heteronormativo de sexualidad dominante en la sociedad actual es la siguiente: una mañana algunas personas mayores estaban mirando la televisión en el comedor y en el programa que estaban visualizando apareció un travesti. A raíz de ello un residente comentó que esa persona no podría estar en la televisión porque no está bien de la cabeza, específicamente dijo: “este hombre no puede estar en la televisión porque está enfermo”. Una compañera le respondió: “ella querrás decir”. El adulto mayor finalizó la charla argumentando: “No, ella no. Yo soy chapado a la antigua. Para mí la única forma es ser hombre o mujer. Y el hombre se reproduce con la mujer y viceversa”.

Luego de describir las conductas y las expresiones de la actividad sexual de las/ los AM institucionalizados puede señalarse que los comportamientos más observados durante el trabajo de campo fueron aquellos vinculados a la interacción entre los residentes, mientras que las otras

conductas y verbalizaciones mencionadas se observaron con menor frecuencia.

1.2 Percepción de la sexualidad por parte de las/los adultos mayores institucionalizados.

Se podrían citar diversas definiciones de sexualidad pero como se mencionó en el marco teórico la conceptualización que se cree más completa es aquella que la define como el conjunto de fenómenos funcionales y del comportamiento, condicionados culturalmente e independientes de la función reproductora, que se manifiestan en los seres humanos como respuesta a estímulos sexuales (psíquicos o somáticos) de cualquier tipo y que tienden a poner al individuo en unión placentera (física y afectiva) consigo mismo, con un objeto externo o en la mayoría de los casos con otro par. Es necesario aclarar que la sexualidad está presente durante toda la vida y que la misma es global. Se pretende realizar esta aclaración para evitar confusiones entre la sexualidad y la actividad sexual. Si bien se complementan son diferentes ya que la primera es considerada una ocupación con sentido y significado y la segunda una AVDB. Es decir, la sexualidad incluye a la actividad sexual que es un concepto competente y de suma importancia para la TO (AOTA, 2014).

A lo largo del trabajo de campo se realizaron entrevistas etnográficas individuales para conocer qué significado le atribuyen las/ los AM a la sexualidad. Al analizar los datos de las respuestas obtenidas se visualizaron varios de los prejuicios mencionados en el marco teórico en relación a esta temática.

La mayoría de las personas mayores entrevistadas definieron a la sexualidad desde la esfera afectiva. La misma se refiere a la capacidad humana de establecer vínculos de distintos grados de intensidad e intimidad con otros seres de su misma especie, con los cuales se relaciona de una manera que involucre sentimientos y sensaciones. Algunas de las respuestas brindadas por las/los AM fueron:

- “...La sexualidad para mí a la edad que tengo es amor. Es quererse con una persona...” (mujer de 87 años).
- “...Es unirse y amarse entre una mujer y un varón...” (varón de 79 años).
- “...La sexualidad es estar con tu compañero de vida, acompañarse en todo. Yo lo perdí hace 17 años así que imagínate que mucha información sobre esto no te puedo dar. No creo que la sexualidad sea sólo tener sexo, mi marido el último tiempo estuvo enfermo y lo más importante era estar con él, las caricias, los besos, pero sobre todo estar presente...” (mujer, edad desconocida).
- “...La sexualidad es quererse, hacerse mimos...” (varón de 87 años).
- “...Es acompañarse, mimarse, estar presente...” (mujer de 85 años).
- “...Hay una mezcla con el amor a la persona. Hace 60 años que estamos casados, cuando mi marido tuvo el ACV la sexualidad se terminó, se terminó la cama matrimonial. Pero sí se mantuvo el cariño, las caricias, el beso de hasta mañana y el de buenos días...” (mujer, 74 años).
- “...Para mí la sexualidad tiene que ver con reconocerse, quererse. Es importante conocer nuestro cuerpo, conocerse uno mismo, poder ver los cambios, hablarlo libremente sin tabúes...” (mujer de 88 años).

Por otro lado, prevalecieron (en menor medida) respuestas que definen a la sexualidad exclusivamente vinculada con la genitalidad. Éstas fueron las siguientes:

- "...Cuando se es joven es una necesidad, se convierte en hábito. Ahora no..." (varón de 84 años).
- "...Viene con la edad y se va con la edad..." (mujer de 72 años).
- "...Para mí es tener relaciones..." (varón de 54 años).
- "...Desde que no tuve más relaciones con él no tuve más necesidad, se pierde el deseo..." (mujer de 74 años).

En el marco teórico, específicamente en el capítulo de vejez, se menciona que uno de los mayores prejuicios que está fuertemente arraigado en el imaginario social es que los adultos mayores carecen de sexualidad por diversos motivos. El más influyente de éstos es el verdadero culto al cuerpo que se realiza en la sociedad actual. Aquellos cuerpos que no se ajustan a los atributos considerados deseables o positivos son estigmatizados socialmente. Estos atributos, tienen que ver con un valor social de la entidad corporal como producto, fértil y joven. Todas estas ideas sobre la vejez generan la marginación de las/ los AM. Ésta, se produce no sólo por la mirada de los demás sino porque ellos interiorizan dicho discurso social y se convencen de que, al no ser igualmente productivos que antes (en el mercado laboral y en la reproducción biológica), al presentar arrugas y canas o tener una disminución en las habilidades motoras, se han convertido en seres menos valiosos de forma que terminan por automarginarse. Sin embargo, las respuestas obtenidas por las/ los AM demuestran el desmantelamiento de ese prejuicio. Es decir, la mayoría de las definiciones que se obtuvieron vinculan a la sexualidad

con la esfera afectiva y no con la procreación. Además, las mismas evidencian que gran parte de los/las residentes no tiene interiorizado el discurso que prevalece en la sociedad actual y que el estereotipo de sujeto mayor asexualizado que predomina en el imaginario social no posee un gran impacto sobre las/ los AM institucionalizadas de esta investigación.

2. Influencia de la institucionalización en el desarrollo y la expresión de la actividad sexual de los AM.

A raíz del trabajo de campo realizado y de toda la información obtenida por las diversas técnicas utilizadas, se dividió a este apartado en dos partes centrales de análisis para determinar si el desarrollo y la expresión de la actividad sexual de los/ las AM se ve influenciada o no por la institución en la que se encuentran residiendo.

Por un lado, se va a hacer referencia a las barreras institucionales para el desarrollo y la expresión de la actividad sexual, las cuales se refieren al entorno institucional, a las diversas interacciones que se dan en él entre el personal y los/ las residentes. Por este motivo, para poder organizar y analizar de una mejor forma la información obtenida, se dividió a la misma en dos: tarea del personal y organización del trabajo y los tiempos de la institución.

En primer lugar, se analizará la tarea del personal, en donde se observa la prevalencia de tres actividades que ponen de manifiesto la falta de intimidad de los/ las AM. Debido a la poca autonomía de los/las residentes, las cuidadoras/ empleadas los ayudan a realizar las actividades de la vida diaria (AVD). En este caso, las de mayor relevancia e influencia para esta

investigación son las actividades de higienización en el baño, ducha y vestido, para las cuales se detectaron algunos testimonios de los/ las AM y las empleadas del Hogar que serán expuestos a continuación.

En lo que respecta a la higienización en el baño, cuando la persona no es totalmente independiente, la misma recae sobre la empleada del hogar. Frente a este tema se registró el testimonio de un residente que se encuentra en silla de ruedas (debido a que presenta una hemiplejía en su lado derecho como consecuencia de un ACV), él refirió: “yo siempre tengo que pedir ayuda para ir al baño porque solo no puedo, necesito que me bajen el pantalón y me sienten en el inodoro, pero lo que pasa es que no respetan mis tiempos. Como muchas veces precisan algo del baño, como puede ser el trapo de piso que siempre guardan allí, abren la puerta sin siquiera pedir permiso, sin golpear”.

En cuanto a la ducha, se encontraron testimonios por parte de los/las residentes, como por ejemplo:

- “...A mí la verdad que me gustaría poder ducharme solo y precisar la mínima ayuda, pero como no puedo, por lo general toca que me bañe la empleada de turno. Es una situación que me da mucha vergüenza y a su vez siento que incomodo a las chicas. A veces (cuando me dejan) espero a que llegue el dueño y me lave él...” (Varón, 87 años).
- “...A mí también me da mucha vergüenza porque es un momento muy privado, siempre que pude me ducho y vestí sola. Lo bueno es que las empleadas son todas mujeres entonces no me siento tan incómoda...” (Mujer, 87 años)

Una las empleadas, por su parte, también se refirió a este tema dando su testimonio: “Yo pienso que el lugar en donde más expuestos quedan los/las residentes es en el baño, al momento de la ducha. Para que se entienda, nosotras tenemos que pasar la esponja por todo el cuerpo y muchas veces lo que pasa con los residentes varones (especialmente con uno), es que se les erecta el pene. Como ellos son conscientes de eso me piden perdón, pero no quita que se pongan incómodos al igual que yo y esto genere un clima de tensión. Con las mujeres en cambio, el clima es más relajado aunque todas expresan que se sienten muy nerviosas y que preferirían hacerlo solas, pero que no les queda otra. Por mi parte trato de ser muy cuidadosa en cuanto al baño en sí y también en el trato con las personas, jamás hago chistes ni comentarios fuera de lugar en esos momentos”.

Por último, en lo que respecta al vestido, una residente contó una situación que vivió dentro del Hogar y que la hizo pasar un mal momento: “Un día una de las chicas me estaba ayudando a vestir en mi habitación y había dejado la puerta abierta. Recuerdo que sólo tenía puesto el corpiño y sentimos un ruido muy fuerte. Resulta que un compañero se había caído de la silla de ruedas justo en frente a mi habitación. Obviamente la empleada salió corriendo para poder ayudarlo y yo a medio vestir gritaba desesperada que por favor lo corran más adelante para que no me siga mirando. Ahora mientras voy recordando y contando la situación me da risa, pero en ese momento me dio muchísima vergüenza que mi compañero me viera así y mucha bronca por la empleada que había dejado la puerta abierta” (Mujer, 87 años).

Si bien los testimonios fueron claves para este apartado, también se observaron repetidas conductas en la tarea del personal durante todo el trabajo

de campo y que si bien no fueron verbalizadas, se consideran importantes para mencionar dentro de la descripción de estas barreras. Una de ellas hace referencia a que las trabajadoras higienizaban a los/ las residentes con las puertas entreabiertas o en ocasiones completamente abiertas. Otro comportamiento frecuente fue que ingresaban a las habitaciones sin golpear antes la puerta. Por último, las empleadas cambiaban las prendas de los/ las residentes, tanto para vestirlos como para lavarlas y/ o guardarlas en las habitaciones, generando así diversos conflictos porque se mezclaban las prendas siendo que cada uno ingresa con sus propias pertenencias al Hogar.

Para concluir entonces con el análisis de esta primer parte, se podría decir que a lo largo del trabajo de campo se observaron acciones por parte del personal que irrumpen en la intimidad del adulto mayor, siendo las más comunes: dejar la puerta abierta cuando se está vistiendo o higienizando a un AM, ingresar a las habitaciones o al baño sin golpear la puerta y confundir la ropa de los residentes; y a su vez, los/ las residentes mencionaron que sienten incomodidad cuando las cuidadoras realizan alguna de estas tareas.

Analizando más exhaustivamente lo señalado anteriormente podría decirse que cuanto más dependiente es el sujeto, mayor es la falta de intimidad que la institución le genera. Es decir, estar en silla de ruedas o no poder moverse libremente provoca que necesiten de otra persona para realizar la mayoría de las actividades, incluidas las más íntimas. En términos de Goffman (1970), cuanto más dependiente sea el estado del residente, más pertenecerá al establecimiento.

En segundo lugar, se analizará la organización del trabajo y los tiempos de la institución, que hacen referencia a que la propia distribución del trabajo del establecimiento y su estructuración del tiempo (horarios y espacios definidos para la realización de determinadas tareas como la ducha, el almuerzo, las visitas) generan falta de intimidad y esto influye en la expresión de la sexualidad de los/ las AM institucionalizados.

Retomando la definición de instituciones totales de Goffman éstas son “un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (1970, p.13). En la vida fuera de la institución, el sujeto tiende a trabajar, jugar y dormir en distintos lugares, con diferentes coparticipantes, bajo autoridades diversas, y sin un plan racional amplio. En las instituciones totales se produce una ruptura de las barreras que separan estos tres ámbitos. Primero, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. Segundo, cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en compañía de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Tercero, todas las actividades están estrictamente programadas y se imponen desde arriba, mediante un sistema de normas formales explícitas, y un cuerpo de funcionarios (Ibídem, 1970). Es decir, la rutina está organizada de acuerdo a horarios y espacios determinados por la Institución. Respecto a lo expresado anteriormente, se encontraron tres testimonios muy importantes:

- “...Acá en el Hogar es muy distinto todo. Nosotros dejamos atrás todas nuestras rutinas, nuestras costumbres y tuvimos que adaptarnos a un

lugar nuevo, con compañeros y compañeras nuevas, ya no somos tan dueños de nuestras vidas como lo éramos afuera, acá seguimos nuevas reglas. Por ejemplo, yo en mi casa me levantaba, me preparaba el mate, las tostadas y me sentaba a desayunar mirando las noticias. Acá tenemos un solo televisor para todos y tenemos que ponernos de acuerdo en que mirar, el mate ya no lo preparo y respecto a la comida a veces hay tostadas o sino como lo que me den...” (Mujer, 88 años).

- “...Un día una compañera nuestra apareció en corpiño en el comedor mientras todos estábamos mirando la televisión. La empleada de ese entonces le pidió que por favor se cambie, que había varones. Lo que yo me pregunto es ¿por qué no podemos andar en ropa interior en nuestra propia casa?...” (Mujer, 72 años).
- “...Acá adentro nunca estamos solos, siempre estamos con alguien y uno muchas veces necesita su espacio. En mi casa me iba a la habitación y nadie me molestaba, en cambio acá no tengo llave del dormitorio. Tampoco me dejan estar solo allí dentro si no es para dormir o para vestirme, que muchas veces tampoco lo estoy porque las habitaciones son compartidas. Si quiero una individual tengo que pagar más caro pero mi jubilación no me alcanza y mi hijo tampoco puede pagar más para que yo pueda tener mi espacio. Bastante hace ya...” (Varón, 79 años)

A su vez, durante el trabajo de campo se dieron conversaciones entre los/ las AM que también tienen que ver con lo expuesto anteriormente, por ejemplo, hay quienes no sienten al Hogar como su casa, sienten que de cierta forma tanto la institución como la sociedad, ya sea de forma inconsciente o no,

los/ las aíslan. Por ejemplo, durante una conversación con sus compañeros una residente de 74 años dijo lo siguiente: “Ya somos viejos y no tenemos juventud que es la capacidad para hacer cosas. Te transformás en viejo cuando ya no podés hacerlas, sea por vos o por los otros, pero en fin no podés... no podés hacer las cosas que hacías antes”. Este es un ejemplo claro de cómo los/ las AM naturalizan las ideas negativas sobre la vejez y el envejecimiento. Las mismas surgen del imaginario social que prevalece sobre ellos, entendido por Salvarezza (1998) como las representaciones que una determinada sociedad o comunidad tiene de sí misma y de otras. Asimismo, a través del imaginario social una comunidad designa su identidad; elabora una representación de sí misma, marca la distribución de los papeles y los roles sociales y expresa e impone ciertas creencias.

Se pudo observar además que, la falta de pertenencia al lugar podría relacionarse con los constantes cambios de residentes y empleadas. Con respecto a las variaciones de estas últimas, generalmente se produjeron por robos o maltrato verbal hacia los/ las AM. Por este motivo es que durante el trabajo de campo hubo cinco cambios de empleadas. Más allá de la causa de los despidos y admisiones de nuevas trabajadoras esto conlleva a que los/ las AM sean asistidos en tareas vinculadas a la sexualidad por personas diferentes. Es decir, cuando se acostumbran a una trabajadora, ésta es reemplazada por otra y lleva su tiempo entablar un vínculo de confianza con la nueva empleada. El mismo es esencial para realizar estas tareas sin que resulte incómodo para ambos (AM y cuidadora). Lo mismo sucede con los residentes. Los egresos (la mayoría de ellos por fallecimiento) generan que se “libere” una cama y junto con esto la posibilidad de un nuevo ingreso. Además,

si el/ la AM que se va comparte una de las habitaciones dobles con otra residente, ésta pasará a tener una nueva compañera de cuarto. Así, se producen cambios constantes de compañeros/as de habitación que influyen en la sexualidad del sujeto dado a que requiere entablar un vínculo de confianza con la persona ingresante que hasta el momento era desconocida. La misma, accede a la institución con una “cultura de presentación” derivada de un “mundo habitual”, un estilo de vida y una rutina de actividades que se dan por supuestas hasta el momento de ingreso (Ibídem, 1970). Ésta debe ser moldeada por el sujeto para adaptarse al establecimiento y a sus nuevos compañeros/as de vida.

Con respecto al tema mencionado en el párrafo anterior, hubo un dato particular que se cree de suma influencia en la sexualidad de las personas mayores. Cuando la Residencia Geriátrica abrió sus puertas sólo había 3 residentes y por ende los dueños del establecimiento (una pareja con sus dos hijas) dormían allí. Acá pueden analizarse dos cuestiones: en primer lugar, señalar que vivían allí por una cuestión económica y esto se vincula con lo que plantea Zelizer (2013) con respecto a que las prácticas económicas constituyen una constante en las relaciones sociales íntimas. Aunque las personas intenten mantener el dinero apartado de lo privado, ambos mundos se conectan. En este caso, las relaciones de cuidados se entrelazan con la transferencia de bienes y las cuestiones económicas. En segundo lugar, los dueños dormían en las camas libres y por lo tanto, con alguno de los residentes que estaban institucionalizados en ese momento. Se cree que esto contribuye a la falta de intimidad señalada en el párrafo precedente.

Por último, a las barreras que se vinieron explicando hasta este momento, se le suma la falta de un equipo interdisciplinario que permita un abordaje holístico/ integral y a su vez mantenga un equilibrio entre las diferentes áreas de ocupación; y el hecho de que las habitaciones son compartidas por personas del mismo sexo exceptuando si los residentes están casados. En vinculación con esto, una de las empleadas verbalizó: “las habitaciones son privadas y están divididas por género, los varones no entran a las habitaciones de las mujeres y viceversa”. Según Goffman (1970) las normas de la casa son un conjunto explícito y formal de prescripciones y proscipciones a las que el interno debe ajustar su conducta. A partir de lo comentado por los/ las residentes y las empleadas del establecimiento, la norma en el mismo no es sólo que no pueden dormir personas del mismo sexo en una habitación sino que los varones no pueden ingresar al cuarto de las mujeres y viceversa.

Por otro lado, se encuentran las pautas institucionales que posibilitan el desarrollo y la expresión de la actividad sexual. En ellas se incluyen aquellos datos obtenidos durante el trabajo de campo que favorecen la expresión sexual de las personas mayores institucionalizadas. Uno de los acontecimientos que se realiza en el establecimiento y que fomenta la sexualidad en el plano intrapersonal y afectivo es el denominado por Goffman “Ceremonia”. La misma, está conformada por una serie de prácticas institucionales a través de las cuales el grupo de residentes, el de empleadas y los dueños se acercan lo suficiente para que cada uno obtenga algo favorable del otro. Las ceremonias se caracterizan por una atenuación de las formalidades y por un ablandamiento en la cadena habitual de mando. Las más observadas en la residencia donde

se llevó adelante la investigación fueron: el festejo de cumpleaños, el brindis de navidad y fin de año y la invitación de artistas conocidos de la ciudad. En ellas personal y residentes se mezclan participando en formas de sociabilidad convencionales como comidas y bailes. Suelen invitarse a parientes y al público en general a participar y recorrer las instalaciones. Generalmente esta exhibición institucional parece estar destinada a las visitas. Tal es así, que la sala de invitados de la institución se decora de acuerdo al acontecimiento (globos, adornos navideños, guirnaldas, pino de navidad, etc.). Pero a su vez, los/ las residentes disfrutaban de dichas ceremonias ya que se visten con ropa que nunca usan (habitualmente están de entrecasa o pijama) y las mujeres en particular se maquillan y se pintan las uñas entre ellas para estar acorde a la situación. Tal es el caso que una AM para su cumpleaños pidió especialmente que su hija le compre una camisa con flores, debido a que tenía un evento muy especial.

Otra de las pautas contempladas que favorecen la expresión sexual reside en la norma institucional que permite que los matrimonios que ingresan al establecimiento duerman en la misma habitación (camas individuales).

Por último, se contempla como positivo que hay varios espacios de la institución como los baños, el comedor y los dormitorios (aunque por regla general duerman personas del mismo sexo), que no están sectorizados por género y permiten la interacción entre todos los residentes, fomentando así la expresión de la actividad sexual en el plano afectivo e interpersonal. Además, desde la institución ya comenzaron a pensar en cómo se podría preservar aún más la intimidad de los/ las AM, por lo que uno de los proyectos a corto plazo

es realizar carteles que puedan colgarse en los picaportes de las puertas y que indiquen que el sujeto de ese dormitorio no quiere que ingrese nadie.

A raíz del análisis de los datos obtenidos del diario etnográfico se observa que hay una mayor prevalencia de barreras institucionales que de pautas facilitadoras para el desarrollo y la expresión de la actividad sexual de adultos mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas.

3. Influencia de la actividad sexual en la calidad de vida de las/los adultos mayores institucionalizados.

Los siguientes datos fueron obtenidos de la entrevista etnográfica realizada a los adultos mayores (anexo). A raíz de las respuestas adquiridas se establecieron dos partes centrales de análisis. Mediante las mismas se pretende averiguar el nivel de importancia que los residentes le dan a esta actividad en comparación con otras AVDB (comer, dormir, etc.). Por un lado, hubo diversos adultos mayores que consideraban a la actividad sexual como fundamental para la vida. Estas argumentaciones engloban las respuestas que mencionaron a la actividad sexual como significativa e influyente en la calidad de vida de los sujetos institucionalizados. En la misma, la sexualidad es vista como una actividad con sentido y significado en la que una persona participa cotidianamente (Pedraza, 2014). Se encontraron las siguientes respuestas:

- "...Para mí es súper importante, porque cómo tenemos hijos sino..."
(Mujer, 72 años).

- "...Para mí aunque estoy sola en este momento, es muy importante..." (Mujer, 74 años).
- "...En este momento le doy importancia al cariño, las caricias, el beso de hasta mañana y el de buenos días..." (Mujer, 87 años).

Por otro lado, hubo quienes refirieron que la actividad sexual es de escasa importancia para la vida y que la misma tiene menos relevancia con respecto a las otras AVDB. En este caso las respuestas obtenidas fueron mucho mayores que las relatadas anteriormente. Dentro de las mismas se encontraron dos tipos de argumentaciones. Las primeras asocian a la actividad sexual exclusivamente al sexo y por lo tanto fundamentan que éste no es indispensable para vivir como sí lo son otras AVD.

- "...No a eso no le doy la misma importancia. Porque si uno no tiene sexo no pasa nada... dormir, comer, descansar son necesarias..." (Varón, 79 años).
- "...Siempre hay alguna diferencia. No tiene la misma importancia que otras actividades..." (Mujer, 85 años).
- "...No, porque si no como no funciona, en cambio si no tengo relaciones sí, no creo que sea una necesidad primordial..." (Varón, 54 años).

El segundo tipo de respuestas obtenidas justifican la escasa influencia de la actividad sexual en la calidad de vida como consecuencia del proceso de envejecimiento.

- "...Hoy ya estamos para otra cosa..." (Varón, 87 años).
- "...No porque hoy ya es una cosa emocional..." (Mujer, edad desconocida).

- "...No, porque a esta edad no necesitas tener relaciones para vivir..."
(Varón, 77 años).
- "...En esta etapa de mi vida tener relaciones sexuales no es primordial..."
(Mujer, 71 años).

En comparación, ante el interrogante ¿tiene la actividad sexual la misma importancia que otras (comer, dormir, higienizarse) en tu vida?, la mayor cantidad de respuestas obtenidas fueron aquellas que la consideran poco relevante para la vida. Cabe aclarar que por más que en las respuestas no aparezca, otro factor que influye en la actividad sexual y por ende en la relevancia de la misma en la calidad de vida de los residentes es la institucionalización de los mismos.

Para finalizar, se cree necesario señalar que todas las respuestas obtenidas expresan dos de los principales prejuicios señalados en la marco teórico con respecto a la sexualidad de las/ los AM. Uno de ellos se refiere a la mirada negativa que tiene la sociedad sobre la sexualidad de las personas mayores, ya que la misma reduce la sexualidad de la persona a la genitalidad y la procreación. El otro hace referencia a la asexualidad de las/ los AM. Como el proceso de envejecimiento está atravesado por cambios psicológicos, físicos y sociales, la sociedad cree que las/ los AM carecen de sexualidad. Sin embargo, la búsqueda de placer suele encontrarse en cosas más simples como las caricias, los besos y las miradas. Por lo tanto, la calidad de vida de un sujeto no depende de un factor numérico que recae en la edad sino de la forma en que la persona ha vivido y vive en la actualidad, atravesado por cambios inevitables que ocurren en el proceso de envejecimiento.

4. Importancia de la intervención de el/ la terapeuta ocupacional en una Residencia Geriátrica.

Para analizar este eje, en primer lugar se hará referencia al escaso conocimiento que tienen las personas de la institución sobre la profesión y luego se ahondará en la intervención del TO en una Residencia Geriátrica. Se decidió comenzar de este modo dado a que se cree que el desconocimiento sobre la profesión no es una cuestión menor y que la única manera de revertirlo es justamente fundamentando y dando a conocer la importancia de la intervención del TO en dichas instituciones.

La Residencia Geriátrica en la cual se realizó el trabajo de campo no contaba con una Terapeuta Ocupacional en su equipo. Este último, en un principio estaba conformado por las cuidadoras y los dueños del Hogar. Meses después se incorporó un Profesor de Educación Física. También, se observó el trabajo de diversos Kinesiólogos que no formaban parte del equipo interdisciplinario ya que eran contratados por las obras sociales particulares de cada residente para una atención domiciliaria. De igual forma, el último tiempo aportaron y trabajaron en conjunto con los empleados de la Residencia.

Cuando se comenzó el trabajo de campo, surgió una situación que puso en evidencia el escaso conocimiento que tenía el personal de la institución acerca de la TO. Lo que sucedió fue lo siguiente: una tarde tocaron timbre en la institución, eran los padres de la dueña. Éstos tienen un “Hogar de Abuelos” hace 20 años. Saludaron a todos los residentes y cuando se acercaron hacia una de las tesisistas, la dueña argumentó: “Ella es la chica que les conté, viene a hablar con los abuelos para recabar datos para su investigación”. Y agregó, “se

está por recibir de TO”. Los padres inmediatamente cuestionaron “¿qué es la TO? Luego de la explicación, se les preguntó si nunca habían tenido una profesional de esta disciplina trabajando en su equipo y su respuesta fue: “no, la verdad que no. Nunca tuvimos una en nuestro grupo laboral”. A raíz de esto, se decidió que uno de los interrogantes de las entrevistas etnográficas (tanto la dirigida al personal como la de los residentes) haga referencia al conocimiento que la/ el entrevistado tiene sobre la profesión.

Ante la pregunta ¿Conocés la Terapia Ocupacional (TO)? en las entrevistas etnográficas realizadas a los residentes, se obtuvieron dos tipos de respuestas. Las primeras expresan un conocimiento escaso sobre la profesión y son las siguientes:

- “... Sí, tengo una idea pero nunca necesité ir a una TO. Me imagino que son masajes, acompañamiento, no sé. No me sé explicar. Fui por el dedo para hacerme masaje, ejercicios. Sirve también cuando no podés mover un miembro o por un ataque de presión has quedado mal tenés que ir para que te hagan masajes, ejercicios y todas esas cosas. También la parálisis facial necesita una TO. Sirve para que no te quede ninguna secuela...” (Mujer, 87 años).
- “... Sí, iba antes con una porque tuve una parálisis facial. Me hacía hacer ejercicios con una goma en la boca, hacía gimnasia. Usábamos globos también, que los tenía que inflar...” (Varón, 77 años).
- “... La esposa de mi hijo está yendo a una TO actualmente porque tuvo un problema que le paralizó la mitad del cuerpo. Ella me cuenta que los ejercicios que hacen la ayuda mucho. Pero no sé más que eso...” (Varón, 79 años).

- "... Cuando mi marido tuvo el ACV teníamos enfermeras en casas las 24 horas, dos veces por semana iba una Kinesióloga y otras dos una TO. Ella es la que se encargaba de rehabilitarle la parte enferma a mi esposo..." (Mujer, 74 años).

El segundo tipo de respuestas obtenidas expresan que las/ los AM no poseen ningún conocimiento de la profesión. Las argumentaciones fueron:

- "... La verdad que no, no sé lo que es..." (Mujer, 72 años).
- "... No sé..." (Mujer, 90 años).
- "... es como el trabajo de los kinesiólogos, algo así..." (Varón 54 años).

Ante la pregunta anteriormente mencionada en las entrevistas realizadas al personal sólo una persona contestó y respondió lo siguiente:

- "...Mirá nunca supe bien qué es la Terapia Ocupacional, pero sé cómo trabajan y de qué trabajan. Me parece que es trabajar sobre todo el ser humano, tanto la parte cognitiva como motriz a través de distintos elementos, para poder manejar mejor la movilidad del paciente dependiendo de la dificultad que presente. Creo que abarca todo, desde cuando sos bebé hasta que se convierten en adultos. Te ocupás no sé si individualmente o grupalmente, pero eso es lo que yo entiendo. Para mí son fundamentales en un equipo y sobre todo en el mío que es tercera edad, para que no pierdan toda su parte motriz y poder atenuarla un poco y lo mismo en la parte cognitiva, para recordarles cosas, las TO son un poco el nexo del apoyo fundamental en ellos. Es muy importante para todo aquel que presente una dificultad y precise de alguien. Debe ocupar un montón de ramas y es muy hermoso el trabajo que realizan"

Al analizar las respuestas de las/ los AM se observa que el conocimiento escaso de la profesión incluye una serie de argumentaciones que si bien muestran que los residentes tienen una idea acerca de qué es la TO, ésta es fraccionada y reducida al área de rehabilitación. Como se mencionó en el marco teórico, la disciplina es una profesión socio-sanitaria que se encarga de promover la salud, el bienestar y el funcionamiento a través de la implicación activa de las personas en ocupaciones. La misma aúna arte y ciencia, defiende una visión holística del sujeto y se centra en todas aquellas actividades que ocupan el tiempo de las personas y dan significado a sus vidas (Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Galicia – COTOGA, 2016). Como se señala en esta definición, la TO es considerada teóricamente una disciplina “holística” que abarca todas las dimensiones del ser humano y la salud pero en la formación académica y en la práctica profesional muchas veces se arraiga a saberes médicos hegemónicos que operan de modo universal.

Luego de realizar este análisis, se contempla que las/ los AM arrojaron respuestas que muestran en igual medida el desconocimiento y la reducción de la profesión al modelo biomédico y de rehabilitación.

Como se detalló en el capítulo cuatro (4), las intervenciones que se realizan desde esta disciplina en el campo mencionado, se encuentran dirigidas a promover la salud e incrementar la calidad de vida de las personas mayores, alcanzar y/ o mantener la mayor autonomía posible para la ejecución de AVD y el desempeño de sus roles y lograr la máxima satisfacción y motivación personal, a través del análisis y la selección correcta de abordajes, métodos, técnicas y actividades, que permitan desarrollar o mantener las habilidades adaptativas requeridas para lograr dichos objetivos. (Polonio López, 2002). A

raíz de lo mencionado por este autor, se cree esencial el aporte de la TO transcultural en las Residencias Geriátricas, ya que la misma tiene en cuenta el verdadero significado que el sujeto le asigna a sus actividades y promueve la calidad de vida del mismo a partir de intervenciones singulares y no universales.

En el caso particular de esta investigación, siguiendo la concepción holística del ser humano y considerando a la sexualidad como una ocupación dotada de sentido y significación, es fundamental la indagación del profesional con los/ las AM. Los datos obtenidos arrojaron que éstos no le brindan a la actividad sexual un lugar central e influyente en su calidad de vida. Por eso, es esencial que la TO conozca las representaciones y prácticas de cada persona en particular para lograr intervenciones satisfactorias y acorde a las necesidades reales de cada uno.

Por otro lado, a lo largo del trabajo de campo se observaron diversos prejuicios con respecto a la sexualidad de los AM. Como se señaló en puntos anteriores los dos más frecuentes hacen referencia a la asexualidad de las personas mayores debido a la vejez y a vincular la sexualidad exclusivamente con la genitalidad. Es decir, ambos son parte del imaginario social actual e impactan de diferentes formas en las/ los adultos mayores. A través del trabajo de campo se pudo contemplar ese impacto y a la vez permitió desmontar y quebrantar algunos prejuicios.

El discurso de algunos residentes asocia la actividad sexual con etapas previas a la vejez y sobre todo a la juventud. Algunos ejemplos y relatos que se

creen relevantes recordar para realizar un análisis más profundo son los siguientes:

- Una residente comentó que siente “algo” por uno de sus compañeros diciendo “...Me llevo muy bien con él, siento algo especial cuando lo veo. No le llamaría atracción porque ya estamos grandes para eso...”
- A raíz de que dos residentes afianzan su relación de amistad otra AM comentó: “... No son amigos, ella lo seduce a él y ya somos viejos para esto...”
- “...Tenemos nuestro tabú con respecto a la sexualidad...”
- “...La sexualidad viene con la edad y se va con la edad...”

A través de estos testimonios las/ los AM expresan el impacto negativo que tiene la vejez sobre su sexualidad. Es decir, gracias al trabajo de campo se constató el efecto desfavorable de este prejuicio sobre las personas mayores. Sin embargo, el mismo va de la mano con el próximo prejuicio a describir que se refiere a definir la sexualidad exclusivamente desde la esfera genital y por ende naturalizar que un sujeto es asexuado por no tener sexo. Como se detalló en el punto uno (1) de este apartado la mayoría de las respuestas brindadas por las/ los residentes de la institución ante la pregunta ¿Qué es la sexualidad para ustedes? hicieron referencia al concepto desde la esfera afectiva y no genital. Por lo tanto, se cree que existe una confusión en la definición del término pero no sólo en el grupo poblacional en cuestión. También, el concepto es definido de una forma poco clara por personas jóvenes y adultas que al asociar la sexualidad con el cuerpo joven y productivo dejan afuera de gozar de una sexualidad plena a las/ los AM. Es decir, que las/ los residentes del Hogar

hayan vinculado su sexualidad a la esfera afectiva (principalmente vinculada a las caricias, a los besos y al coqueteo) no significa que carezcan de sexualidad.

5. Relevancia de los métodos etnográficos para la Terapia Ocupacional y las disciplinas de salud en general.

Al decidir llevar adelante una investigación sobre la actividad sexual de los/ las AM, también se debía elegir un método que genere resultados lo más reales y eficaces posibles. Para ello, se decidió optar por los métodos etnográficos y principalmente la etnografía doblemente reflexiva (Zango Martín y Moruno Millares, 2013). La utilización de ésta, demanda el análisis de tres dimensiones. Como se mencionó en el marco teórico éstas son: la dimensión semántica, la pragmática y la sintáctica. A continuación se hará un breve repaso de las mismas para luego vincularlas con el trabajo de campo realizado en esta investigación. La dimensión semántica se encuentra centrada en el actor, estudia el discurso de identidad recopilado a través de entrevistas etnográficas desde una perspectiva emic²⁵. Por otro lado, la pragmática está centrada en los modos de interacción y estudia la praxis a través de la observación participante desde una perspectiva etic²⁶. La última dimensión, la sintáctica, hace hincapié en las instituciones, estudia la estructura social a través de los talleres/foros interculturales desde una perspectiva de la ventana

²⁵Emic es el punto de vista de los actores nativos. Una descripción emic está basada en cómo explican los miembros de esa sociedad el significado y los motivos por ejemplo de una costumbre en particular.

²⁶Etic es el punto de vista del investigador. Una descripción etic es una descripción de hechos observables por parte de cualquier observador a partir de la utilización diversas herramientas metodológicas.

epistemológica (considerando la visión emic/ etic) analizada en función de la entidad organizativa/ institucional.

La dimensión semántica está centrada en el actor, en este caso en los adultos mayores que permanecen institucionalizados en Residencias Geriátricas. El discurso que se pretendió indagar y conocer en esta investigación es el respectivo a su sexualidad. Es decir, a través de las diversas técnicas de recolección mencionadas en el apartado metodológico se trató de conocer las prácticas y las representaciones de la actividad sexual de los actores. En un primer momento del trabajo de campo se optó por utilizar la observación no participante ya que no se pretendía invadir a los sujetos sino de a poco ir sumergiéndose en su vida cotidiana y ello conlleva un vínculo de confianza indispensable. Pasadas algunas semanas comenzó a fluir una interacción más dinámica entre tesis- adultos mayores. Uno de los primeros datos que llamó la atención fue que la definición de sexualidad como tal, es fraccionada y no se considera en su totalidad. Es decir, a través de charlas informales, entrevistas etnográficas y observaciones participantes se constató que la mayoría de los/ las AM consideran que la misma se vincula principalmente a prácticas afectivas y en menor medida la asocian con prácticas intrapersonales y genitales.

La Organización Mundial de la Salud define a la sexualidad como un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir

todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. Está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. Cabe aclarar que la misma es una de las tantas definiciones de sexualidad que puede citarse pero que está validada, es decir está epistemológicamente justificada. Ahora bien, la definición de sexualidad más común si se apela al sentido común es vincularla con el sexo o la genitalidad.

Tomando ambas definiciones (del sentido común y epistemológico) puede observarse que al contrastarlas con el significado que los AM le atribuyen a la misma no hay una coincidencia total ya que éstos principalmente se refieren a las prácticas afectivas. Es decir, si se optara por considerar como principales las dos definiciones más habituales del término a la hora de realizar intervenciones en TO (y en las áreas de salud en general), se dejarían de lado aspectos fundamentales y significativos de esa población en particular. Como profesionales de la salud no se deberían utilizar definiciones universales ya que no le dan lugar a las singularidades de cada persona, pueblo o comunidad. A raíz de estos inconvenientes Zango Martín y Moruno Millares (2013) proponen comenzar a pensar la TO desde una perspectiva intercultural. Así, los principios teóricos sobre la naturaleza de la ocupación (en este caso, el de la sexualidad) son cuestionables si se tienen en cuenta aspectos culturales esenciales como los mencionados.

La dimensión pragmática al centrarse en la relación terapéutica se cuestiona los principios teóricos que respaldan la praxis de la TO, referidos a

focalizar la intervención en el individuo, así como aquellos que consideran que la ocupación debe ser significativa y tener finalidad para la persona.

La clasificación de la ocupación en diferentes áreas es uno de los pilares centrales que se detallan en los diversos marcos referenciales de la profesión. Desde el Marco de Trabajo para la Práctica de TO se reconoce que las ocupaciones (compuestas por diferentes áreas) son actividades de la vida diaria, en las que las personas, poblaciones o las organizaciones participan. Se incluyen las actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), educación, trabajo, descanso y sueño, juego, ocio y por último, participación social (AOTA, 2014). Dentro de las AVD se incluyen nueve (9) categorías: bañarse/ ducharse, ir al baño e higiene en el inodoro, vestirse, deglutir/comer, alimentación, movilidad funcional, cuidado de dispositivos de atención personal, higiene y arreglo personal y actividad sexual. Éstas son indispensables para todas las personas y forman parte de las necesidades básicas. En este caso, la investigación se centró en la actividad sexual. Ésta hace referencia a “participar en actividades que busquen la satisfacción sexual y/o encuentro relacional o necesidad reproductiva” (AOTA, 2014, p. 31). El considerar la actividad sexual como indispensable y fundamental para todas las personas demuestra el desencuentro entre estos fundamentos teóricos (frecuentes en las intervenciones profesionales) y los datos que se obtuvieron a raíz del trabajo de campo realizado en una Residencia Geriátrica. Sólo algunos de los/ las AM de esta última consideraron que esta AVD es fundamental para la vida mientras que la otra gran mayoría de los/ las residentes mencionó que la actividad sexual tiene escasa importancia en su vida. En este caso se observa que la cultura profesional de TO, que le otorga un valor central a la

ocupación significativa para la persona, no es pertinente en el ejemplo mencionado. Además, la cultura profesional de la disciplina le asigna un valor fundamental al individuo y en el contexto de una RAM, los/ las residentes no deciden sobre cuándo, dónde, cómo y con quién desarrollar sus ocupaciones.

Por lo tanto, a la hora de realizar intervenciones de TO que involucren la actividad sexual (al igual que cualquier otra clasificación que se incorpore en las ocupaciones) es importante analizar cada situación terapéutica de forma específica, considerando sus aspectos interculturales e intraculturales. De este modo, “la ocupación como método terapéutico debería ser conceptualizada en función de la calidad de la experiencia que las personas le otorgan y no en función de las categorías en las que se clasifica” (Hammell, 2009, p.109). Es importante tener en cuenta que cada intervención terapéutica es única y que antes de naturalizar y universalizar las taxonomías propias de la TO se debe realizar un cuestionamiento sobre las mismas para que sean pertinentes en el contexto en el cual se está desplegando el trabajo profesional.

La última dimensión que se analizará en este apartado es la sintáctica. En ésta se hará referencia a la institución clave en esta investigación que es una RAM. En el seno de la misma se articulan las otras dos dimensiones detalladas. A lo largo de la investigación se encontraron diferencias entre lo que el personal piensa acerca de la expresión de la sexualidad de los AM, lo que éstos perciben acerca de la misma y lo que realmente sucede en el establecimiento con respecto a esta temática.

En una entrevista etnográfica que se le realizó al personal (anexo) se obtuvieron las siguientes respuestas con respecto a lo que es para ellos la sexualidad:

“...Para mí la sexualidad es reconocernos, aceptarnos, es importante para cuando estás en pareja e inclusive cuando estas solo. Es importante hablarlo libremente sin tabú, expresarlo como uno lo experimenta y por ahí está bueno la vivencia del otro y poder aportar uno lo que es para uno mismo...”

“...Para mí la sexualidad es libre, acepto hablar del tema sin prejuicios y es fundamental para la vida...”

Ante el interrogante ¿Sentís que hay algún tipo de barrera en la institución que impida la libre expresión de la sexualidad de las personas mayores? las respuestas obtenidas fueron:

“...No, imagínate que esto lo manejamos con mi marido, los dos y con la libertad de que hablamos de cualquier tipo de tema. Somos por ahí un poco más modernos y abiertos, más allá de lo que a mí me genera la sexualidad entre hombres y entre mujeres, que lo acepto pero no es con lo que yo quiero convivir o con lo que me gustaría que convivan mis hijos y que para ellos sí es natural...”

“...Con los abuelos se habla de todo, me gusta mucho mirar cuando prendemos la tele los noticieros y se escucha cualquier cosa. Se comenta y habla todo, de la sexualidad, de casos de pedófilos, de violación. No hay impedimentos y ellos no hacen problemas ni quieren cambiar de tema, lo hablamos con total naturalidad...”

“...Cuando hacemos juegos de memoria por ejemplo una abuelita dice pedo culo, pene, y por ejemplo ayer la higienizaba y le digo levántame la cola que tengo que lavarte la pocha y ella me dice la cachucha, entonces tiene 80 y pico de años y dentro de su demencia se conecta, se da cuenta que hablamos de lo mismo. Se habla mucho de la parte sexual, de nuestro cuerpo...”

El último interrogante de la entrevista que es pertinente para este análisis es el siguiente: ¿Qué lugar ocupa la actividad sexual en tu vida? ¿Notás diferencia con la de las personas mayores institucionalizadas? Ante este interrogante se obtuvo sólo la siguiente respuesta:

“...Al estar en pareja y estar ya tan afianzados hoy la sexualidad ocupa el lugar más importante. Para nosotros es normal todo el reconocimiento, el contacto entre una caricia, un beso, la parte sexual llamada así. Para nosotros es normal, es cotidiana, diaria. No hay días, horarios ni lugares específicos, lo seguimos experimentando aunque ya estamos medio viejos. Pero sí es importante, te diría que hoy es fundamental, es primordial, y más hoy que estoy en pareja. Por ahí uno lo toma como secundario cuando está solo y ocurre de forma más ocasional. Con respecto a lo que es en el adulto mayor, siento que con el correr de los años se va perdiendo la parte sexual en lo que es el hacer el amor, se demuestra de otra manera, creo que el contacto físico, la caricia y todo eso tiene como más pausa, más distancia. Te acostumbras a convivir con otras cosas y pasa a ser otro tema. No sé cómo llegaremos nosotros a vivirlo al ser adultos mayores, de qué manera. Creo que con la patología, el desgaste motriz y cognitivo ahí va cambiando. Hoy me siento bien activa, pero capaz en 20 años cambia muchísimo. Ahí va a depender cómo nos encontremos, si tendremos dificultades cognitivas y/ o motrices. Y eso pasa en los abuelos,

depende como lleguen a la vejez, van perdiendo la necesidad sexual. Creo que la diferencia está en la edad, el paso de la vida y de los años te va deteriorando...”

Estas respuestas reflejan que la institución no impone ninguna barrera para la expresión sexual de los residentes. Es decir, se trata el tema de la sexualidad sin prejuicios y tabúes. La única barrera que pareciera instaurar el establecimiento es en base a la actividad sexual de hombres entre sí y mujeres. Además, el personal de la institución argumenta que la actividad sexual en los/ las AM sigue siendo importante. Comentan que si bien en la tercera edad deja de demostrarse a través del sexo debido al desgaste motriz y cognitivo, se comienza a expresar mediante las caricias y el contacto físico.

En cuanto a la percepción que tienen los/ las residentes sobre la expresión de la sexualidad en la institución, en el análisis de los resultados obtenidos en el objetivo dos (2) se contemplaron varias cuestiones que impiden su libre expresión. Algunos de los datos analizados allí señalan que el personal higieniza a los/ las AM con la puerta abierta, que ingresan a su habitación sin golpear, que no les dan la llave de los dormitorios y más datos que están detallados en dicho eje.

A lo largo del trabajo de campo se fueron encontrando disonancias entre los principios ideales invocados por el personal sobre su trabajo y la práctica en el día a día. En primer lugar, plantean que la actividad sexual es importante en la/ el AM. Sin embargo, la institución jamás indagó a los/ las residentes con respecto a esta temática. Nunca les preguntaron si se sienten cómodos con sus compañeros/as de habitación, con quien los higieniza y

demás. Por otro lado, el personal argumenta que no hay ninguna barrera con respecto a la expresión de la sexualidad de los/ las AM. No obstante, a lo largo del trabajo de campo se observaron varias normas de la institución y situaciones que sí influyen. Por ejemplo, los dormitorios son compartidos sólo por personas del mismo sexo a excepción que sea un matrimonio; el personal higieniza (la mayoría de las veces) a los/ las residentes con la puerta abierta o entreabierta; se producen constantemente cambios de compañeros/as de habitación; etc. Se podrían mencionar varias barreras más pero esos datos ya fueron relevados en el segundo eje de análisis. Lo que se pretende dejar en claro es que esta contradicción produce una violencia indirecta que según Galtung (1975) es construida siguiendo unas órdenes sociales y creando diferencias entre la autorrealización humana real y potencial restringiendo las ocupaciones. La misma está presente en las instituciones en las que se desarrolla la TO generando controversia entre los objetivos últimos de la intervención (prevenir, promover y recuperar la salud ocupacional de las personas) y el modo en que la institución coacciona e impone el logro de estos objetivos.

Luego de realizar este análisis se puede detallar uno de los principales aportes de los métodos etnográficos a las disciplinas de salud. Es decir, en el plano de investigaciones realizadas en el área de salud es sumamente enriquecedor este método. El mismo a través del trabajo de campo le permite al investigador tener un contacto prolongado con sus actores y sumergirse en su cotidianidad. El campo se fue definiendo como la presencia directa, generalmente individual y prolongada, del investigador en el lugar donde se encuentran los actores/ miembros de la unidad sociocultural que se desea

estudiar, en este caso una RAM. Es en el contexto de situaciones sociales diversas que el investigador extrae la información que analiza durante y después de su estadía.

En este caso, si las tesis se hubiesen quedado sólo con los datos obtenidos en las entrevistas no se notaría la contradicción mencionada entre la teoría y la praxis de la profesión dado a que los datos recabados serían aislados y fragmentados. Ahora bien, al realizar el trabajo de campo y compartir durante meses la vida con los sujetos institucionalizados se pudieron obtener datos más profundos como son: el funcionamiento de la institución, la cotidianidad de los residentes allí y el trabajo del personal. Por lo tanto, es fundamental la utilización del método etnográfico cuya meta consiste en llegar a captar el punto de vista de los actores, su posición ante la vida, comprender su visión del mundo (Malinowski, 2000). Esta investigación se propuso captar la visión de los/ las residentes, la del personal y la de la institución en general y ello se logró a través del acceso a datos fundamentales del grupo cultural que se está investigando. Es decir, *al esqueleto*, el cual hace referencia a la organización de un grupo cultural en un esquema claro y preciso; *a la carne y la sangre*: compuesto por los imponderables de la vida real que se consiguen gracias a la observación minuciosa y rellenan el esqueleto. Y por último, se llega al tercer nivel de datos dado por la *mentalidad*, en donde se incluyen las representaciones y formas de expresarse de los actores, como así datos del folklore, mitos y fórmulas mágicas y el punto de vista de los actores, su *cosmovisión* (Gil, 2009).

Otro de los aportes del método a las disciplinas de salud se desarrolla no sólo en el ámbito de investigación sino en la clínica. Es decir, la etnografía

puede ser una parte integral de la intervención terapéutica que le brinda un posicionamiento específico el/ la profesional. Éste escucha a la persona desde el comienzo, considerándola un sujeto con una historia particular y única. La utilización de este método colabora en construir y desarrollar una Terapia Ocupacional transcultural. Esta última busca diluir la utilización de modelos y teorías universales para darle un lugar protagónico al sujeto. Es decir, es éste quien explica el significado que tienen las diversas ocupaciones en su vida.

Por último, en el proceso de salud y enfermedad existen muchas realidades que no pueden ser identificadas desde una sola perspectiva como suele realizarse. Es necesario modificar las interpretaciones de esa realidad y romper con los etnocentrismos propios de la disciplina. Para ello se cree fundamental la utilización del método etnográfico ya que los profesionales de la salud son investigadores constantes frente a los diversos casos que requieren su atención. La etnografía es una opción para interpretar, a través de la observación, la manera como el sujeto y su entorno experimentan el proceso de salud, y la forma como se ve o no afectada su relación con el medio y su vida diaria. De esta forma, puede llegar a comprender la diferencia entre lo que las teorías piensan que es enfermedad y lo que el paciente considera que es la enfermedad para él.

Consideraciones finales

La población mundial está envejeciendo de forma acelerada, la mayoría de los países del mundo están experimentando un aumento en el número y la proporción de personas mayores. Esto se debe a diversos factores como el aumento de la esperanza de vida, la disminución en las tasas de fecundidad y los comportamientos migratorios.

Junto con el crecimiento de este sector poblacional se produjo un aumento de la institucionalización de este grupo etario y en consecuencia un aumento de las investigaciones realizadas sobre esta temática. Es por esto y otras razones, que las investigaciones sobre la vejez resultan cada vez más relevantes. En el caso de este estudio, el objetivo primordial fue contribuir al conocimiento sobre las representaciones y prácticas de la sexualidad de los/las adultos mayores que residen en instituciones totales, con el fin de aportar herramientas de intervención para la Terapia Ocupacional. Para dar respuesta al problema de investigación se decidió utilizar un estudio etnográfico. El mismo, le permitió a las tésistas participar en el ambiente de la RAM y en la forma natural de actuar del grupo, y mantener su papel para descubrir e interpretar lo más neutralmente posible los rasgos característicos y la dinámica del grupo en su contexto específico.

Cuando se comenzó a realizar la revisión bibliográfica se encontraron escasas investigaciones realizadas sobre la sexualidad de los/las AM. Específicamente desde la TO tampoco se hallaron estudios que establezcan como tema principal a la sexualidad en la vejez.

Los resultados obtenidos a través del trabajo de campo y su posterior análisis, han permitido una aproximación a las prácticas y las representaciones de la sexualidad en los/ las AM que se encuentran institucionalizados.

En el primer eje de análisis se observó que la forma más frecuente en la que los/las AM (sin demencia) expresan su sexualidad, fue el encuentro relacional y la interacción entre ellos desde la esfera afectiva. En menor medida se contemplaron las prácticas sexuales intrapersonales y las relacionadas a la genitalidad. En cuanto a quienes presentaban demencia, las conductas y expresiones más frecuentes fueron las interacciones y las verbalizaciones entre ellos, coincidiendo con el grupo mencionado anteriormente.

En segundo lugar, a raíz del trabajo de campo se identificó que hay una mayor prevalencia de barreras institucionales que de pautas facilitadoras para el desarrollo y la expresión de la actividad sexual de adultos mayores institucionalizados en Residencias Geriátricas. Esto se debe a que no proveen los espacios, ni los tiempos o momentos para la intimidad de las personas mayores.

En cuanto al tercer eje de análisis, se observó que los discursos brindados en las entrevistas etnográficas realizadas a las personas mayores, se encuentran teñidos de prejuicios y estereotipos negativos arraigados en el imaginario social. Por esto se cree que los/ las residentes no le brindaron la misma importancia a la actividad sexual con respecto a otras ADVB, dado que asocian la misma a etapas previas de sus vidas y consideran además que no influye en su calidad de vida. En cuanto a esta última, a partir de lo aportado

por la investigación se confirmó que otro factor que influye es la institucionalización.

A raíz de lo investigado acerca de la importancia de la intervención de el/ la terapeuta ocupacional en una Residencia Geriátrica se constató que existe un escaso conocimiento de la disciplina por parte de los/ las residentes y el personal de la institución. Aquellas personas que dialogaron acerca de la profesión lo hicieron reduciendo la misma a la rehabilitación.

Durante el trabajo de campo en el Hogar, no se contempló la presencia de un profesional de TO ni de un equipo interdisciplinario. Sin embargo, como futuras Lic. en Terapia Ocupacional, creemos importante la intervención de las distintas disciplinas de salud dentro de una RAM como por ejemplo, Medicina Clínica, Kinesiología, Nutrición, Psicología, Trabajo Social, Educación Física y TO, para crear un abordaje lo más integral posible y acorde a las necesidades de la población.

La Terapia Ocupacional es una disciplina centrada en el hacer de las personas que le brinda particular importancia a todas las ocupaciones que un individuo realiza en su cotidianidad. La sexualidad como ocupación con sentido y significado no debería quedar por fuera si se desea lograr un abordaje holístico. Con esto se pretende dejar en claro que por más que la intervención en el área geriátrica no está exclusivamente dirigida a la sexualidad de las/los adultos mayores, ésta no debe ser olvidada sino que debe ser un factor complementario a toda intervención terapéutica realizada por los profesionales de la salud.

De este modo, una de las posibles intervenciones del TO con respecto a esta temática en una residencia geriátrica podría basarse en brindar talleres que aborden a la sexualidad y esclarezcan lo que la misma abarca. Es decir, colaborar para quebrantar el sentido común que asocia la sexualidad con la genitalidad. También, desde la profesión resulta importante que se actúe como agentes de cambio frente a la concepción negativa que tienen los AM sobre ellos mismos y la actividad sexual; transformando los discursos para plantear una vida afectiva y sexual como fuente de satisfacción y bienestar, dejando de lado el modelo de sexualidad que está insaturado en la sociedad (centrado en la genitalidad, juventud, belleza) para que ninguna persona se sienta frustrada o insatisfecha y dándole mayor relevancia en este caso a las prácticas afectivas, ya que estas fueron las más observadas a lo largo del trabajo de campo.

Por otro lado, en cuanto a la formación de futuros profesionales, se cree importante realizar hincapié en dos cuestiones. En primer lugar, brindarle a los alumnos/ alumnas de la carrera formación específica en sexualidad para manejar herramientas analíticas que les posibiliten intervenir en diversos colectivos. En segundo lugar, se considera relevante dar a conocer aún más la Terapia Ocupacional Transcultural y los aportes de la Antropología. La misma permite tener en cuenta otras cuestiones necesarias tal como lo son los contextos sociocultural y político en los que se desempeña una persona y de esta manera lograr una intervención terapéutica satisfactoria.

Para finalizar, esta investigación intenta ser un aporte para la TO como así también para otras disciplinas relacionadas con la gerontología y la salud; generando lineamientos para posibles intervenciones profesionales. Además,

se cree que este estudio puede llegar a impulsar futuros interrogantes relacionados con la temática desarrollada.

Referencias bibliográficas:

- Alzate,H. (marzo, 1974). La sexualidad humana y el médico. *Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia*, Vol. 15, Núm. 2.
- Asociación Americana de Terapia Ocupacional [AOTA] (2014). *Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional: dominio y proceso*. 3ª ed.
- Baptista Lucio, P., Fernández Collado, C. y Hernandez Sampieri, R. (1997). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Cedeño, T., Cortes, P., & Vergara A. (2006) *Sexualidad y afectividad en el adulto mayor*. Universidad Austral de Chile. La Serena, Chile.
- Denis Santana, L. y Gutiérrez Borobia, L. *La investigación etnográfica: experiencias de su aplicación al ámbito educativo*. Recuperado de: [http://cidimar.fundacite.org.gov.ve/doc/paradigma 96/doc2.htm](http://cidimar.fundacite.org.gov.ve/doc/paradigma%2096/doc2.htm)
- Echenique Vidal, L. N. (2006). *Estudio de sexualidad en la tercera edad*. Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Obstetricia y Puericultura, Valdivia-Chile.
- Fabá, J. y Villar, F. (Diciembre, 2011). Demencia y comportamientos sexuales inapropiados (CSI): ¿qué sabemos y qué necesitamos saber? *Revista Temática Kairós Gerontología*, 14 (5), pp. 25-47.
- García, A.M & Maya, A.M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. Recuperado de:<http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Gil, Gastón Julián (2009) *Teoría e Historia del Pensamiento Antropológico. Una introducción. 2da edición corregida*, Mar del Plata: Estanislao Balder.

- Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires, Argentina: PAIDÓS.
- Goffman, E. (2001) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Amorrortu.
- Iwama, M. y Simólgado, S. (2008). Aspecto de significados, cultura e inclusión en Terapia Ocupacional. *TOG*. 5(8), 1- 23. Recuperado de: <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/modelo1.pdf>
- Pedraza R., Tamara. (2014). Vejez y sexualidad: reflexiones para la práctica de Terapia Ocupacional. *Revista Chilena de TO*. Vol14, n°2.
- Zango Martín, I., EmericMéaulle y Cantero Garlito, P. A. (2012). La cultura en la intervención de TO: escuchando otras voces. *TOG*.
Recuperada
de:https://www.researchgate.net/publication/305501393_La_cultura_en_la_intervencion_de_terapia_ocupacional_escuchando_otras_voces?fbclid=IwAR0iOTWD4mRVJ-6yhA8eMv5LMszJ_yME0afQRqMjxm2s3V53cQPbgEJvH9Q
- Zango Martín, Inmaculada & Moruno, Pedro (2013) “Aportaciones a la etnografía doblemente reflexiva en la construcción de la terapia ocupacional desde una perspectiva intercultural”. *En: Revista de Antropología Iberoamericana*. Vol. 8, N° 1. Enero – abril 2013. Pp. 9 – 48.
- Zelizer, V. (2013) *La negociación de la intimidad*. Editorial Fondo de cultura económica.

Anexos

1. Consentimiento informado

Mediante la firma de este documento acepto participar en la investigación "Sexualidad en personas mayores institucionalizadas: un abordaje etnográfico desde la Terapia Ocupacional", realizada por alumnas de la Universidad Nacional de Mar del Plata, de la carrera Lic. en Terapia Ocupacional (Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social)

Autorizo mi participación en la investigación y declaro haber sido informado/a de los objetivos del estudio así como también de su procedimiento. Entendiendo que la información brindada se utilizará en dicha investigación y será presentada como tesis de grado de las alumnas para optar el título de Lic. en T.O.

Desde ya garantizamos el anonimato y la confidencialidad de los datos.

Sin otro particular agradecemos su atención. Saludamos a usted.

Fecha

Firma

2. Guión de preguntas para la entrevista etnográfica dirigida a los/

las residentes de la institución:

- I. ¿Qué es la sexualidad para vos?
- II. ¿Tiene la actividad sexual la misma importancia que otras (comer, dormir, higienizarse) en tu vida?
- III. ¿A través de qué formas y prácticas creés que se expresa la sexualidad?
- IV. ¿Sentís que hay una diferencia en la libertad de expresión de tu sexualidad fuera y dentro de la institución? ¿Cuáles son esas diferencias?
- V. ¿Conoces la Terapia Ocupacional?

3. Guión de preguntas para la entrevista etnográfica dirigida al personal de la institución:

- I. ¿Qué es para vos la sexualidad?
- II. ¿Observaste conductas sexuales entre los/ las residentes? ¿Cuáles? ¿Creés que esas conductas están relacionadas con una patología de base como por ejemplo demencia?
- III. ¿Sentís que hay algún tipo de barrera en la institución que impida la libre expresión de la sexualidad de las personas mayores?
- IV. ¿Qué lugar ocupa la actividad sexual en tu vida? ¿Notás diferencia con la de las personas mayores institucionalizadas?
- V. ¿Conoces la Terapia Ocupacional?