

INFLUENCIA DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN LA CAPACIDAD DE
AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES DE UN HOGAR DE ANCIANOS DE
LA PROVINCIA DE HEREDIA

ADRIANA BERMÚDEZ AGUERO
KARLA ALEJANDRA CASTRO CASTRO

Trabajo final de Graduación sometido a consideración del Tribunal Examinador para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Cumple con los requisitos establecidos por el Reglamento de Trabajos Finales de Graduación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional

Miembros del tribunal examinador

.....
Dr. Henry Mora Jiménez
Decano de la Facultad de Ciencias Sociales

.....
M. Sc. Mayela Rodríguez Esquivel
Director de la Escuela de Psicología

.....
Dra. Sonia Abarca Mora
Tutora

.....
M. Sc. Teresita Campos Vargas
Lector

.....
Licda. Celia Viquez
Lector

.....
Adriana Bermúdez Agüero
Sustentante

.....
Karla Alejandra Castro Castro
Sustentante

Trabajo final de Graduación sometido a consideración del Tribunal Examinador para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Cumple con los requisitos establecidos por el Reglamento de Trabajos Finales de Graduación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo analizar cómo incide la institucionalización en la capacidad de autocuidado integral de 8 adultos mayores de un hogar de ancianos de la provincia de Heredia; además se pretende aportar elementos para enriquecer la discusión sobre la importancia del autocuidado como estrategia dirigida a la prevención y promoción de la salud en esta población. La investigación se perfila como fenomenológica, al enfatizar en lo individual, en la experiencia subjetiva.

La literatura consultada aporta una gran riqueza teórica sobre el envejecimiento, sobre las perspectivas psicogerontológicas, biológicas, sociales que inciden directamente en las prácticas del autocuidado integral del adulto mayor; además, se indagó especialmente en los diversos factores y condiciones propias de la institucionalización para establecer una relación entre éstos y las posibilidades de autocuidado de los adultos mayores que viven en un hogar de ancianos.

Para recabar la información, desde una perspectiva cualitativa, se utilizó el estudio de casos, además de la observación participante, el relato de vida, las imágenes y la entrevista estructurada. El análisis de los datos obtenidos se realizó mediante el procedimiento analítico que propone el Método de Comparación Constante. Se elaboraron matrices que permitieron organizar la información según las categorías de análisis planteadas para la posterior elaboración de las tendencias y su respectivo análisis.

El estudio se llevó a cabo en el hogar de ancianos Alfredo y Delia Gonzáles Flores, ubicado en la Puebla de Heredia; participaron 4 adultos mayores y 4 adultas mayores residentes. Además se obtuvo información de las cuidadoras del hogar.

Los principales resultados muestran que existen diferencias marcadas por el género que inciden en las actitudes, estrategias y posibilidades de autocuidado de los y las participantes. En la totalidad de los y las participantes se identificó un estilo de vida pasivo, con pocas actividades recreativas e

individuales, con un rechazo hacia sí mismos, que se evidencia en el rechazo hacia sus pares y la desvinculación de las actividades sociales dentro del hogar, las cuales resultan poco significativas. Una de las principales conclusiones es que sus condiciones y estilos de vida antes del ingreso al hogar, el factor social en tanto vivencia de la vejez y los factores psicoafectivos, tienen gran impacto en la realización, autoimagen y sentido de pertenencia dentro del hogar, lo cual en este caso, están limitando el aprovechamiento y visualización de nuevas estrategias y oportunidades de autocuidado en esta etapa vital. Por lo que es posible considerar que dentro de los espacios institucionales, se conjugan elementos de carácter individual y social, que pueden afectar o debilitar la capacidad de autocuidado de las y los adultos mayores.

Agradecimientos

Por mostrarme siempre su mano aún en las más grises situaciones, y decir “presente” cuando todos parecen haberse ido a casa y apagado la luz, gracias Dios.

Nada hubiera podido ser sin un principio adecuado, gracias a mi inspiración emocional y mi fuerza, mi padre y mi madre, ustedes mejor que nadie saben cuán difícil fue y es a veces. A mis hermanos que junto a mis padres se armaron de coraje y me dieron LA oportunidad, Carmen y Pato saben de qué hablo....

Dios nos hace y la vida nos junta, Karla quiero decirte que no solo aprendí con vos, sino que más importante aún disfrute de todos los momentos inclusive de los críticos.

Gracias por estar, y porque se que estarás por mucho tiempo...y por convertirte en la persona que saca lo mejor de mi... te amo Puppie.

Muchas gracias a quienes con su conocimiento enriquecieron este trabajo y nos aportaron su experiencia, especialmente a Doña Sonia por su esfuerzo.

Adriana

A quien decidió regalarme el don de la vida y me guía con su mano poderosa aunque el sendero esté oscuro, este es un pequeño reflejo de lo que con su amor puedo lograr, al ser supremo que me da la esperanza para ser una persona mejor.

Al ángel que Dios me envió para acompañar mis sueños, mis esfuerzos, mis temores, sin ti mamá mi presente no sería una realidad. A papi, rolo y raque, fuentes permanentes de apoyo, aprendizaje y amor.

A mi compañera de esfuerzos, pesadillas, alegrías, angustias, carreras y ocurrencias, un gran apoyo en este difícil pero inolvidable camino, gracias Adri.

A una gran persona y profesional, quien orientó nuestro trabajo con gran carisma y comprensión, gracias doña Sonia.

Karla

Dedicatoria

Todo lo que hago tiene impreso el sello del amor que me han dado, y la esperanza de ser mejor para agradecer sus esfuerzos.

Los Amo Familia.
Adri

Para el ser supremo que dirige mi camino y me permite ver cada amanecer y a la única persona que me contagia su optimismo, sus valores y sus ganas de vivir, mi compañera desde antes de nacer.

Con amor,
Karla

Índice

Descriptores.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I.....	13
EL PROBLEMA Y SU IMPORTANCIA.....	13
1.1 Introducción al capítulo.....	13
1.2 Antecedentes:.....	13
1.2.1 El estudio de la ancianidad: desarrollo histórico- abordajes investigativos.....	13
1.2.2 Institucionalización del adulto mayor en los hogares de ancianos: estado de la cuestión.....	19
1.2.3 Autocuidado en la etapa de la vejez: antecedentes históricos e investigativos ...	22
1.3 Justificación:.....	26
1. 4 Presentación del Problema de investigación:	28
1.4.1 Sub problemas	28

1.5	Objetivos General y específicos:	29
1.6	Posición epistemológica:	30
CAPÍTULO II.....		32
CONSTRUCCIÓN TEÓRICA DEL OBJETO DE ESTUDIO.....		32
2.1	El envejecimiento y la vejez.....	32
2.1.1	Género y envejecimiento.....	34
2.2	Psicogerontología: la Psicología de la vejez.....	37
2.3	Autocuidado en la vejez	41
2.4	Dimensión biológica: cambios fisiológicos en el envejecimiento.....	44
2.4.1	Teorías biológicas del envejecimiento	45
2.5	La dimensión psicológica del envejecimiento.....	46
2.6	Dimensión social: apego- desapego en el envejecimiento	50
2.6.1	El Funcionalismo Estructural	50
2.6.2	El interaccionismo simbólico	53
2.6.2.1	El proceso del envejecimiento desde el interaccionismo simbólico: teoría de la actividad social	53
2.7	La institucionalización del adulto mayor: implicaciones de esta condición en su capacidad de autocuidado	55
2.8	Hogares de ancianos en el contexto costarricense.....	56
2.9	Implicaciones de la institucionalización en las dimensiones funcional, socioafectiva del autocuidado.....	57
2.10	Pérdidas en el proceso de incorporación a un hogar de ancianos y su impacto psicológico en la vida del adulto mayor residente.....	59
2.11	Entorno físico, barreras arquitectónicas y su incidencia en las prácticas de autocuidado del geronte.....	62
2.12	Relación adulto mayor- cuidadores y su incidencia en las posibilidades de autocuidado del adulto mayor.....	63
2.13	De la familia al hogar de ancianos: repercusiones en la capacidad de autocuidado integral del adulto mayor	66
2.14	Factores del entorno familiar que interactúan en la decisión de internamiento del adulto mayor	67

2.14.1 Impacto psicosocial de la transición familia- hogar de ancianos	68
CAPÍTULO III	70
MARCO METODOLÓGICO	70
3.1 Introducción al marco metodológico (enfoque metodológico general).....	70
3.2 Tipo de Estudio.....	70
3.3 Acceso al campo.....	71
3.4 Descripción del escenario	72
3.5 Definición conceptual de categorías de análisis.....	72
3.5.1 Capacidad de Autocuidado Integral:	73
3.5.1 Sub Categorías del autocuidado integral:	73
3.6 Criterios de selección y fuentes de información.....	74
3.6.1 Definición de otras fuentes.....	75
3.7 Estrategia metodológica	75
3.7.1 Instrumentos y Técnicas.....	77
CAPITULO IV	82
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	82
4.1 Introducción al capítulo	82
4.2 Patrones y tendencias más comunes.....	82
4.2.1 La institucionalización, el antes y el después.....	82
4.2.2 La capacidad de autocuidado integral antes y después de la institucionalización	89
4.3 Interpretación de los Resultados.....	100
4.3.1 Factor socioeconómico.....	100
4.3.2 Ámbito psicoafectivo.....	105
4.3.3 Factores relacionados con el autocuidado integral: espiritualidad y recreación	110
4.3.4 Condiciones de la institución que podrían estar asociadas con la capacidad de autocuidado.....	114
4.3.5 Análisis de factores que limitan o incentivan las prácticas de autocuidado en la relación adultos mayores- cuidadoras	116
CAPITULO V	118

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	118
5.1 Introducción al Capítulo	118
5.2 Conclusiones.....	118
5.3 Recomendaciones	122
REFERENCIAS	125
ANEXOS.....	133

Descriptores

Para efectos del presente trabajo han de considerarse los siguientes conceptos teóricos con base en los cuáles se planteó el problema de investigación y se construyeron cada uno de los capítulos. Se incluyen en este apartado con la finalidad de guiar al lector en la comprensión de las relaciones teóricas que se tratan de plantear a lo largo del texto.

Adulto mayor: es el ser humano que ha experimentado el envejecimiento y se encuentra en la etapa de la vida denominada vejez, experimentando con ello una serie de transformaciones a nivel físico, cognitivo, social y psicológico que demandan el desarrollo de nuevas estrategias de vida. Convencionalmente en Costa Rica se ha determinado la edad de 65 años en adelante como parámetro para determinar el ingreso a esta etapa vital.

Capacidad de Autocuidado Integral: Se puede entender el autocuidado como una conducta que se aprende a lo largo de la vida y que surge de la combinación de experiencias cognitivas y sociales. Esta conducta se refleja en la capacidad de la persona de realizar exitosamente las acciones necesarias para producir el resultado deseado y convertirse por sí misma, o con la ayuda de otros, en su propio agente de autocuidado. (Orem citado por Lau, 1999). Es así como el autocuidado se manifiesta en una serie de situaciones comportamentales y cognitivas que son por lo tanto el resultado de la combinación de diversos factores físicos, mentales y sociales del sujeto, razón por la cual debe considerarse el autocuidado desde un punto de vista integral.

Las dimensiones del autocuidado integral

La **autonomía funcional** que corresponde a la facultad que posee la persona para enfrentar los distintos requerimientos de la vida cotidiana en función de sus actividades personales tales como bañarse, vestirse, caminar, alimentarse, desplazarse, entre otros, y que están asociadas sobre todo a condiciones físicas y orgánicas. (Pérez y Domínguez, s.f.).

Los **factores sociales:** que se refieren a las interacciones entre el individuo y su medio circundante, es decir el medio social en el que se desenvuelve. En cuanto a esta dimensión se hace de gran importancia considerar las relaciones interpersonales, los roles o tareas que se desempeñan, los cuales se convierten en recursos en el desarrollo de la capacidad de autocuidado (Orem, citado por Lau, 1999).

La **dimensión psicoafectiva**, conformada por factores como el autoconcepto, el nivel de autoestima, la autonomía, el manejo de pérdidas, la autoeficacia, que como

elementos fundamentales de la vida psíquica influyen en la capacidad de autocuidado. (Viguera, 1998).

Existen además **otros factores relacionados** con el concepto amplio del autocuidado como lo son la recreación y la espiritualidad, áreas intrínsecas en el desarrollo humano (Orem, citado por Lau, 1999).

La institucionalización: Es un proceso conformado por una serie de “acontecimientos de la experiencia individual y colectiva, asociados a la entrada del individuo bajo la jurisdicción de una institución...” (Hidalgo, 2001, p.141). Esos acontecimientos han sido influenciados por factores sociales (culturales, familiares, económicos) que en su conjunto propiciaron la condición de ingreso y permanencia de la persona a una determinada institución convirtiéndose esta última en sus nuevo espacio de vida.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio parte de la visión de la persona adulta mayor como un miembro activo de la sociedad, con intereses y necesidades particulares, que merecen y exigen a ésta sociedad la toma de iniciativas y compromisos sociales por parte de las diferentes instituciones y profesionales. Lo anterior conlleva un interés de las investigadoras por realizar un aporte a la comprensión de la realidad y el proceso de desarrollo del adulto mayor en la cotidianidad de las instituciones que hoy por hoy están asumiendo el reto de construir una estructura social acorde a los cambios sociodemográficos que comienza a experimentar la sociedad costarricense.

El fin último de este proceso investigativo es que partiendo de la participación de las personas adultas mayores, como actores y fuentes principales, se logre profundizar en una temática vinculada directamente con sus experiencias y demandas básicas, diarias, lo que a su vez representa un referente significativo para aquellas instituciones y funcionarios que están comprometidos con los planes y programas de atención integral de la persona mayor. En especial si se toma en cuenta la necesidad de conocer con mayor amplitud la situación de los hogares de ancianos costarricenses.

Lo anterior porque como lo señala Hidalgo (2001), en el caso de Costa Rica, no hay exactitud del porcentaje de personas mayores de 60 años que se encuentran institucionalizadas, pero las estimaciones señalan que alrededor de un 7% de la población total de esa edad. Además menciona que no ha sido documentado cuántos de los ancianos institucionalizados ameritan el internamiento debido al criterio de necesidad de cuidados a largo plazo, especialmente en hogares para ancianos o instituciones similares. De igual forma, existe carencia de documentación sobre cuántos hogares para ancianos en Costa Rica ofrecen cuidados a largo plazo, ni de qué calidad, costo y categoría.

Al mismo tiempo existe un compromiso social de las investigadoras que como futuras psicólogas buscan acercarse a las problemáticas sociales reales de esta población costarricense, esperando aportar desde la práctica científica-investigativa, un referente que propicie mejorar la calidad de vida de esta población, contribuyendo a que la atención y la

interacción con el adulto mayor parte de la garantía de sus derechos a la integridad, para vivir dignamente y con seguridad especialmente en los ámbitos institucionales.

Como lo señala la Organización Panamericana de la Salud (2004) los determinantes de la salud para los adultos mayores incluyen el ambiente físico y social; el estilo de vida y comportamiento, la herencia genética y el acceso y calidad a los servicios. Es por esto que según su criterio es importante apoyar todo tipo de investigación que permita de una manera científica informar el diseño de intervenciones para alcanzar la reducción de la brecha de incapacidad y muerte que sufre este grupo social.

Por lo anterior y tomando en cuenta que existe la necesidad de estudios, encuestas y sistemas de recolección de datos basadas en esta población, que puedan ser usadas para entender de forma integral sus demandas, el presente estudio se constituirá en un referente teórico que contribuya modesta pero efectivamente a la promoción de la atención que el adulto mayor realmente requiere.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA Y SU IMPORTANCIA

1.1 Introducción al capítulo

En este primer apartado, se presentan los argumentos que sustentaron a modo de justificación la temática de este proceso investigativo, teniendo en consideración la situación actual del contexto nacional en cuanto al tema del envejecimiento y el adulto mayor. Se presenta la elección del tema de investigación y la elaboración del problema, a la luz del análisis crítico del tratamiento, trabajos y aportes realizados con anterioridad en cuanto a la temática en cuestión, tanto en Costa Rica como en algunos otros países.

Se podrán visualizar de modo general, algunas de las investigaciones y documentos que remitieron al estudio del autocuidado y sus implicaciones en el proceso de envejecimiento. Este panorama, facilitó la comprensión de la necesidad de abordar el tema desde la perspectiva a la cual se hizo alusión en la presente investigación, es decir, el autocuidado en su concepción integral, vinculado a uno de los espacios a los que cada vez con mayor auge está incorporándose la población adulta mayor: los Hogares de Ancianos.

Se plantea el tema a investigar a partir del cuestionamiento de la situación, que se constituyó en el problema de investigación, y se aclaran además algunos aspectos básicos desde los cuales partió la investigación como lo son la “hipótesis” inicial, una breve reseña de las fuentes a las que se recurrió en busca de información, lo que se pretendía a partir de este trabajo investigativo, y los objetivos que orientaron cada una de las fases de dicho proceso.

1.2 Antecedentes:

1.2.1 El estudio de la ancianidad: desarrollo histórico- abordajes investigativos

Sin duda alguna el envejecimiento es una parte inherente de la naturaleza humana. Señalan Carmen y Vásquez (1993, p. 454) que “en el viejo mundo el interés por el anciano se remonta a la antigüedad clásica, siendo muy conocidos los escritos de Hipócrates, Cicerón y Galeno sobre el tema”. Mencionan los autores que luego se produce un

estancamiento y el interés por los ancianos renace en el Siglo XV con Serví y Leonardo Da Vinci, prosiguiendo hasta la actualidad.

Sin embargo, la etapa vital conocida como vejez, fue objeto de estudio de la Psicología hasta la segunda mitad del Siglo XX. Al respecto señalan Dulcey y Ardila (1976, p.57) que “la Psicología gerontológica, el estudio de los ancianos, es una de las ramas más jóvenes de la Psicología contemporánea. Durante mucho tiempo se consideró que el desarrollo humano comenzaba en el momento de nacer el niño y terminaba en la adolescencia (...). Pero solo muy recientemente se comenzaron a ampliar los límites de la Psicología del desarrollo para abarcar toda la vida humana...”.

Desde la perspectiva de Dulcey y Ardila (1976) en América Latina el primer psicólogo en preocuparse por el área fue Enrique Mouchet, pionero de Psicología en este continente, quien en 1966 publicó su Manual de Psicogeriatría cuando tenía alrededor de los 80 años. Señalan además, que en otros idiomas y en especial autores norteamericanos fueron pioneros al publicar varios libros sobre la Psicología del anciano. Merecen citarse Birren (1959, 1964), Talland (1968), Bischof (1969), Chown (1972). Carp (1972), Eisdorfer y Lawnton (1973). Estos últimos publicaron el libro, *The Psychology of Adult Development and Aging*, que es en opinión de los autores citados, la obra más importante de Psicología gerontológico publicada hasta esa fecha.

Además Tuckman y Lorge (1952), Axelrod y Eisdorfer (1961) realizaron estudios mediante escalas de actitudes que dieron como resultado que tanto jóvenes como ancianos consideraban la vejez como un período caracterizado por inseguridad económica, mala salud, soledad, resistencia al cambio y decadencia en las capacidades físicas y mentales. Estos aportes constituyeron las bases de posteriores investigaciones que superaron el dato numérico, para tratar de incorporar elementos de tipo cualitativo orientadas a la comprensión visión del origen de dichas percepciones con respecto al adulto mayor.

En cuanto a trabajos importantes sobre la vejez, publicados por autores latinoamericanos a partir de los años setenta, Carmen y Vásquez (1993) mencionan a Ardila (1986), Beauvoir (1983), Casals (1982), Ledanseurs (1986), Leer (1980), Lladó (1984), Mishara y Riedel (1986), Rapaport (1986), Thomae (1982), Thomae y Maddox (1982), Tapia- Videla y Parrish (1982) y Vivanco (1982). Para estas autoras en estos trabajos el común denominador que se pone de manifiesto es el hecho de que los ancianos

son un grupo de alto riesgo en salud mental, ya que a partir de los 69 años los cambios sufridos por la persona tienden a desestructurar su vida en diversas esferas, pudiendo estudiarse el envejecimiento desde cuatro puntos de vista: el cronológico, el fisicobiológico, el psicoafectivo y el social.

En el caso específico de Costa Rica, el incremento en la población adulta mayor, le ha planteado a las instituciones más importantes del país, asumir las demandas que las necesidades y características de esta población requieren. Al respecto, Ramírez y Abarca (1991) señalan que el estado costarricense se ha preocupado por las personas mayores, con diferentes enfoques, desde la beneficencia hasta la atención integral actual.

Además refieren que en la Caja Costarricense del Seguro Social, como unidad estatal interesada en el fenómeno, impulsó la formulación de una política para la atención de la tercera edad, la cual se publicó en 1980. En este sentido se crearon tres programas institucionales para implementar los servicios a esta población:

- El programa de Bienestar Social que se remonta al inicio mismo de los servicios de bienestar social de la Caja.

- El Hospital Nacional de Geriátrica Dr. Raúl Blanco Cervantes, que en 1977 se incorpora a la red hospitalaria de la Caja y empezó a brindar servicios especializados a la población mayor de 70 años.

- El programa de capacitación e información sobre la tercera edad, creado en 1978, cuyos proyectos se han desarrollado en los campos de la capacitación, la orientación al retiro laboral y la información, incorporando sus publicaciones a la revista y los “Cuadernos de Gerontología”. Este programa también establece nexos con las universidades estatales, dando origen a cursos libres, actividades de extensión docente, trabajos comunales e investigaciones con la modalidad de trabajos finales de graduación, en disciplinas varias como la Arquitectura, Administración, Enfermería, Psicología, Sociología, Trabajo Social, entre otras.

Todos estos son importantes antecedentes para la comprensión de lo que en materia del cuidado de los adultos mayores se ha hecho en nuestro país, y para comprender el por qué muchos de esos proyectos están enmarcados en el trabajo desde la perspectiva biomédica, y atienden sobre todo a temas de la salud física.

Siguiendo con los esfuerzos desarrollados por las instituciones educativas estatales, el informe para el año 2001 sobre la labor de la Universidad Nacional, señala sus aportes a la temática mediante un proyecto de extensión coordinado por el Centro de Estudios Generales, denominado “Generación dorada. Por una mejor calidad de vida de la persona Adulta Mayor”. Dicho proyecto nace en medio del contexto del Plan Nacional para la Persona Adulta Mayor y logra que los estudiantes de la UNA visiten escuelas, colegios y hogares de ancianos de San José, Heredia y Alajuela.

Su finalidad es garantizar no sólo mejores condiciones a las personas adultas mayores, sino también interiorizar valores de estima en las generaciones jóvenes respecto a las personas mayores, así como educar a la población próxima a entrar en la etapa mayor (entre los 40y 60 años), para que pueda gozar de una vejez placentera.

Este proyecto que propone una visión más integral de la salud y además incorpora al trabajo con adultos mayores la validez de la visión preventiva, es un aporte fundamental para la presente investigación ya que se adscribe a la visión teórica de la que parte nuestro trabajo. Es decir se considera al envejecimiento como un proceso, a lo largo del cual es posible lograr una mejor calidad de vida durante la vejez mediante la educación permanente, y la adquisición de estrategias de prevención que contribuyan en el autocuidado.

Otro aporte importante en este Campus Universitario, específicamente desde el Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor se registra en los cursos de estudios generales que abordan las temáticas vinculadas a la vejez y en los cuadernillos sobre temas diversos como salud mental, cultura y persona adulta mayor, escritos por el esfuerzo de la autora León Fernández, catedrática de este centro de formación.

Después de presentar un breve panorama que muestra los inicios y desarrollos en la atención integral y estudio de la vejez a nivel internacional y nacional, es preciso conocer cuáles fueron aquellos esfuerzos investigativos que retoman directa o colateralmente el tema abordado en la presente investigación.

En el ámbito internacional (especialmente en Norteamérica) cabe mencionar que existen una serie de estudios nombrados por Fernández y García (1999) en los cuales se desarrolla el interés por profundizar en las relaciones entre la vejez y la calidad de vida. Ahora bien, dentro de esta relación se estudian elementos de interés con respecto a los

factores relacionados con la capacidad de autocuidado en la tercera edad. Ejemplo de ello son: Bearon y Bearon, 1980; Steward y Pacheco, 1990; Birren y Cols, 1991; Wood, Matthews y Norris, 1992; Fernández y Maciá, 1993; Abeles, Gift y Ory, 1994; Browne y Col, 1994. Estos autores desarrollan componentes de evaluación del nivel de salud física y mental, desarrollo de competencias sociales de forma autónoma, nivel de cognición, utilización del tiempo libre, participación en actividades sociales, satisfacción con la vida, nivel de autonomía económica, comportamiento íntimo (incluyendo la actividad sexual), grado percibido de soledad, motivación por participar y hacer cosas, grado de autonomía personal (movimientos físicos, realización de las propias necesidades fisiológicas, desenvolvimiento autónomo en su contexto sociocultural), número de relaciones sociales, entre otros.

Por otra parte, un estudio realizado por Carmen y Vásquez (1993) acerca de la “Salud mental, autonomía funcional y percepción del envejecimiento” con ancianos de clase media de Lima (Perú), buscó describir algunos aspectos poco conocidos de la dimensión subjetiva de la vejez, aproximándose al modo de pensar y sentir de los adultos mayores. Los resultados indicaron que los cambios en las tres categorías estudiadas estuvieron asociados con la deprivación cultural, el aislamiento y la soledad. La persona que se percibía así misma como “vieja” mostraba mayores problemas de salud. Una mayor percepción de la vejez fue asociada con la disminución de la autonomía funcional.

De dichos estudios es rescatable el hecho de que se incorporan los elementos de personalidad como la subjetividad, los valores, los factores culturales y los hábitos de las personas adultas mayores en su vinculación con la capacidad de autocuidado. Las percepciones son abordadas además como elementos importantes en la consecución de condiciones de salud óptimas.

Con respecto al abordaje realizado en cuanto al tema en cuestión en el contexto nacional, se puede afirmar que existen diversas disciplinas que desde énfasis particulares han incursionado en los ejes de la presente investigación:

-Desde el trabajo social Barrantes y Marín (1998), buscaron identificar los factores protectores que propician una adecuada calidad de vida en las adultas mayores del grupo Acción del Club AGECO. Para ello se propusieron conocer los recursos personales y sociales que han funcionado como protectores en las participantes, analizar

con ellas la influencia de éstos para una vida satisfactoria en la vejez y formular alternativas para fortalecerlos.

En las conclusiones se menciona que al analizar los factores que influyen en la calidad de vida no se puede establecer una división de la etapa de la vejez con las anteriores, pues es en la vejez donde todos los estadios anteriores influyen el presente del adulto mayor. Además se identifica una serie de componentes propios (individuales y familiares) y externos (comunitarios, sociales), dentro de los cuales confluyen factores protectores como el autocuidado, el ejercicio, la recreación en familia, la familia unida, las relaciones con vecinos y amistades, independencia, libertad, desarrollo personal, entre otros. Para efectos de esta investigación, este trabajo es interesante en vista de que incluye al autocuidado como categoría fundamental en el análisis de las condiciones en las que tiene lugar el proceso de envejecimiento.

- Gómez (2002) desde la gerontología, diseñó y ejecutó un proyecto socioeducativo orientado hacia la prevención y promoción de la salud en personas adultas mayores de la comunidad de concepción de Tres Ríos de Cartago; describiendo además algunos elementos gerontológicos básicos para el mejor análisis de las actitudes en la persona adulta mayor. Esta autora concluye, que al involucrar a los adultos mayores en la prevención y promoción de su salud, se estimula a que asuma un papel protagónico como actor social; esto refuerza los principios de autocuidado en los participantes. El concepto de salud-enfermedad desarrollado en el taller, permite apreciar cómo la salud es una producción social obtenida por el esfuerzo personal (autocuidado) y con la influencia de muchos factores sociales.

En cuanto a la relación que existe entre una actitud y el concepto de salud integral, es posible señalar a partir de dichos trabajos, que existe una coherencia entre lo que la persona dice y lo que hace. Sin embargo, en lo que respecta a las actitudes hacia el autocuidado, muchos de los participantes desconocen el uso de esta práctica en prevención y promoción de la salud y basan sus conocimientos en el primer nivel de prevención en salud.

1.2.2 Institucionalización del adulto mayor en los hogares de ancianos: estado de la cuestión

Llegados a este punto, se expondrán también algunos antecedentes investigativos que han profundizado en las diferentes dimensiones e implicaciones de la institucionalización de los adultos mayores, específicamente dentro de hogares de ancianos; para valorar el impacto de esta condición en su desarrollo y por ende en sus posibilidades de prácticas de autocuidado integral.

En el ámbito internacional:

- Lehr (1980) señala que existen desde la segunda mitad del siglo veinte, numerosos estudios (Kent, 1964; Rosner, 1966; Lehr, 1966, 1968) sobre el período inmediatamente anterior al ingreso a una residencia permanente, en los cuales se ha demostrado que dicho periodo resulta especialmente crítico para el individuo. Durante este tiempo, los ancianos experimentan con mayor intensidad el estrés ya que la incertidumbre, el miedo ante la novedad de la situación da lugar a tensiones internas.

- Miranda (citado por Loáiciga, 1993) investigó sobre las residencias para ancianos en el estado de Zaragoza (España), planteándose determinar el estado físico y las necesidades asistenciales de 401 residentes, en edad promedio de 80 años. Se determina que en la mayoría de los hogares la habitabilidad era aceptable, los sistemas de seguridad eran deficientes y la cantidad de personal así como su preparación no respondía a las demandas de los residentes. Determinó que el índice de incapacidad era de 27, 4%, por lo que esta población ameritaba residencias con otras características y mayor asistencia en actividades de la vida diaria.

- Buendía y Riquelme (1998) afirman que distintos estudios comparativos sobre adultos mayores en Norteamérica, que viven en la comunidad y usuarios de instituciones geriátricas (Ames, 1991; Parmelee, Kleban, Lawton y Katz, 1991; Rovner y Katz, 1993, entre otros), coinciden con la presencia de mayores tasas de deterioro cognitivo, trastornos afectivos y manifestaciones depresivas en la población institucionalizada. Se concluye además que el ingreso mismo en la institución, junto a los estresores propios de la vida en la residencia, puede actuar como una fuente de estrés capaz de propiciar el desarrollo de alteraciones cognitivas y emocionales, como consecuencia de los problemas de adaptación.

Todos estos estudios aportan material importante para la comprensión de los procesos de institucionalización de los adultos mayores, y de la perspectiva teórica y metodológica desde la que se ha abordado este fenómeno. Además sostienen el argumento que fundamenta la visión de autocuidado desde la que la presente investigación se desarrolló; pues estos estudios priorizan en aspectos físicos y visiones médicas del autocuidado, lo cual nos hace apelar a la necesidad de abordar el autocuidado en las instituciones desde un abordaje integral.

En el ámbito nacional:

- Denton (1981) efectuó una investigación en 22 hogares para ancianos. Su objetivo fue determinar la percepción que los administradores de los hogares para ancianos tenían sobre el problema de la vejez en Costa Rica. En relación con la actividad de los administradores, encontró que un grupo considera a los ancianos como seres inferiores, que requieren de un trato especial; mientras que otro grupo los visualiza como personas limitadas únicamente por su edad, que requieren visitas frecuentes y actividades recreativas, lo que los mismos administradores limitan al fungir como “guardas”.

- Calvo (1988) realizó un estudio de carácter descriptivo con 72 residentes del Hogar para ancianos Carlos María Ulloa, cuyo propósito fue identificar los factores biopsicosociales que motivaron el internamiento de los ancianos en dicho hogar. La investigación determinó que la situación social y económica de anciano y de su grupo de convivencia, fue el factor determinante para la decisión del ingreso al hogar. Dentro de ello se destaca el bajo ingreso económico, el desconocimiento de los cuidados básicos al anciano y la ausencia de familiares dispuestos a proveerlos.

- En el ámbito de la sociología, Moraga, Muñoz y otros (1992) utilizaron dos teorías comparativas sobre el envejecimiento: “la teoría del retiro y la de la actividad”, para medir la diferencia entre la actividad y el retiro social de dos grupos etáreos comparativos y semejantes por edad cronológica y funcional. Para ello los autores utilizan la escala de medición de actitudes en formato Likert, para inventariar y medir el grado de satisfacción social de dos grupos de mujeres (8 mujeres de un hogar de ancianos y 8 mujeres de un grupo de miembras activas de AGECCO).

Importantes conclusiones se desprenden de estos trabajos. Los autores concluyen que los contenidos de la teoría del retiro parecieran aplicarse con mayor diafanidad al caso

de la mujeres del hogar; la disminución de papeles sociales, la delegación de responsabilidades, la carencia de un control sobre asuntos personales, la pérdida de interés en asuntos mundanos y un mayor énfasis en el mundo sobrenatural pareciera caracterizar la vida cotidiana del hogar. Por contraste, la vida activa, llena de nuevos horizontes interactivos, en la cual el individuo asume y retiene responsabilidades por sus acciones y en la cual se engancha en formas de interacción grupal, en la cual la improvisación y la creatividad se hacen forzosas, son características más aplicables al grupo Amistad Sincera de AGECO.

- Loaíciga (1993) se propuso conocer cuán oportuna ha sido la institucionalización de los ancianos como respuesta a la cada vez más deficiente calidad de vida de dicho sector en Guanacaste. La autora concluye que la participación de la comunidad es necesaria para mejorar las condiciones de vida de este sector, ya que los vínculos con la familia desaparecen por las mismas políticas organizativas de la institución. Recomienda que las personas mayores, deben ser atendidas en primera instancia por su familia, con el apoyo comunitario y proporcionar atención diurna, que los mantenga vinculados con la familia y comunidad.

- López y Herrera (1994) en su práctica dirigida en enfermería, elaboraron un diagnóstico de conocimientos, prácticas y actitudes del personal asistente, miscelánea y voluntario, sobre la atención del anciano y anciana que reside en el hogar Hortensia Rodríguez, de Atenas. Además, desarrollan un curso de capacitación al personal voluntario, sobre la atención del individuo de la tercera edad.

Entre las recomendaciones destaca: realizar estudios sobre la problemática de los (as) anciano (as) y tratar de mantenerlos integrados a la familia y la comunidad. Optar por un internamiento indefinido sólo en casos excepcionales, ya que consideran que los asilos y hogares de ancianos no son la respuesta ideal para las personas de la tercera edad.

- Méndez (1998) mediante un estudio de caso, se interrogó cómo contribuye el ambiente físico, psicosocial, organizacional y de servicio del Hogar para Ancianos Alfredo y Delia Gónzales Flores, en la calidad de vida de los residentes. En sus conclusiones rescata que el ambiente físico, organizacional y social de hogar, repercute en la calidad de vida de los residentes, en las dimensiones física, emocional, social, ocupacional, espiritual e intelectual. Además señala que la conservación de la capacidad funcional, la cual incide en

la autonomía e independencia de los residentes, es un elemento de la calidad de vida, por lo que resulta importante la enseñanza en el autocuidado, facilitar el tránsito a la dependencia madura y brindar atención continua de acuerdo con las necesidades de los residentes.

Estos acercamientos a la institucionalización y sus implicaciones en la adultez mayor, muestran importantes avances tanto metodológicos como teóricos, en vista de que no solo retoman los elementos físicos, sino también los factores de la propia institución, los aspectos socioeconómicos, culturales, familiares asociados con la institucionalización. Y desde el punto de vista de lo metodológico es importante analizar los alcances de los estudios comparativos y las posibilidades de generalización que se presentan en estudios más descriptivos para los propósitos de esta investigación.

1.2.3 Autocuidado en la etapa de la vejez: antecedentes históricos e investigativos

Con respecto a la temática específica del autocuidado, se exponen a continuación los estudios que representan un importante referente sobre el desarrollo investigativo que en esta línea se ha realizado fuera y dentro de Costa Rica.

- En primer lugar es importante mencionar el aporte de Orem, enfermera estadounidense (citado por Dueñas, 2002) quien define su modelo como una teoría general de enfermería en la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar" (p.1).

- Quintero (citado por Lau, 1999), realizó un estudio de atención de enfermería, para los ancianos con osteoporosis de Zulia, Venezuela, en 1988. El autor buscaba un modelo de atención que incorporara a los adultos mayores con limitaciones físicas en la toma de decisiones en cuanto a acciones de autocuidado. A pesar de que el proyecto constituyó un avance, la autora señala que el énfasis estuvo en las limitaciones motoras, descuidando las demás dimensiones del desarrollo humano.

En términos generales parece ser que el tema del autocuidado surge desde la década de los 50, como parte de un debate político- epistemológico entre dos posiciones contrapuestas. Como lo señala Lau (1999) por un lado se encuentra la corriente biomédica, que define al autocuidado como acciones asociadas al poder y la autoridad médica, quien ordena lo que la persona tiene que cumplir, enfatizando en sus padecimientos y en evitar hábitos nocivos como medio de mantener la salud.

Por otro lado, desde las ciencias sociales, la preocupación por el autocuidado como parte de los temas de salud y enfermedad, la manifiestan los movimientos feministas, que pugnan por el autocuidado en términos del deseo de autonomía, autodeterminación e independencia de la autoridad médica masculina.

Menciona esta autora que durante los años 70, el autocuidado comenzó a popularizarse, mediante los movimientos que defendían el bienestar y la autoayuda en los Estados Unidos. Los grupos de autoayuda, al resultar exitosos, crearon una visión más positiva de las actividades de las personas en beneficio de su salud e influyó en la forma de concebir el autocuidado.

Al respecto Dean y Levin (citado por Lau, 1999), hablan de la publicación de una revista de “autocuidado médico” en la cual se señala la importancia de que las personas sean actores de su propia salud. Sin embargo, esta posibilidad parece haber estado subyugada al desarrollo que en el ámbito político tiene el tema de la salud, en vista de que se ha privilegiado el concepto de autoayuda para minimizar la lucha ideológico-política que despertaba la conceptualización del autocuidado, en la medida de que suponía un desafío para la dominación médica.

Se podrían reconocer diversos esfuerzos dados por los gobiernos e instancias mundiales, dentro de los cuales se registra un interés por la promoción de procesos educativos, preventivos relacionados con la temática del autocuidado en la población adulta mayor. Ejemplo de ello son:

- La celebración en Viena, Austria (agosto, 1982) de la Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento en la cual se aprueba el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. Aquí se prioriza un concepto de vejez que procura el autocuidado integral en tanto que señala que “la preparación de toda la población para las etapas posteriores de la vida deberá ser parte integrante de las políticas

sociales y abarcar factores físicos, psicológicos, culturales, religiosos, espirituales, económicos, de salud y de otras índoles” (Secretaría Nacional de la Tercera Edad, citado por el Fondo de Población de la Naciones Unidas, 2002 p. 12).

- Otro aporte de la Organización Mundial de la Salud (citado por Lau, 1999) es la realización en Dinamarca (1983), de un Seminario Interregional sobre el autocuidado y promoción de salud entre los viejos. La finalidad de esta actividad fue producir suficiente material para incrementar los cuidados de la población en general y de los adultos mayores especialmente. Promoviendo la responsabilidad de éstos en la protección de su salud, en la participación activa de velar por su bienestar en pro de una mejor calidad de vida. Sin embargo, señala la autora que existió una limitación por cuanto en el evento se consideró mayormente el autocuidado, desde un enfoque biomédico (salud física, enfermedad), dejando de lado aspectos psicosociales, espirituales, recreativos, intelectuales, etc, de autocuidado integral.

- Otro aporte de la Asamblea de las Naciones Unidas a la temática en cuestión, lo realiza en diciembre de 1991, cuando “exhorta a los estados miembros a incorporar los principios dictados por este organismo a favor de las personas de edad, a saber: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad para las personas adultas mayores en sus programas nacionales” (Fondo de Población de la Naciones Unidas, 2002 p. 13).

En el contexto costarricense:

Lau (1999) realiza una investigación con 4 mujeres y 4 hombres adultos mayores, laboralmente activos, del Cantón de Barva de Heredia, para estudiar con ellos el significado del autocuidado integral de la persona adulta mayor y su coherencia en la práctica del mismo en su vida cotidiana; además de buscar proponer estrategias de autocuidado integral acordes con las necesidades de las personas adultas mayores de este cantón.

En las conclusiones de estos estudios hayamos una interesante contribución a la presente investigación. Como conclusiones destaca que el significado que las personas adultas mayores verbalizan con respecto al autocuidado, está limitado al componente físico de la dimensión biológica. Las prácticas de autocuidado en la vida cotidiana, en la mayoría de las personas participantes responden a la satisfacción de necesidades básicas psicosociales, productivas, culturales, espirituales y sanitarias. Son escasas las actividades

relacionadas con la dimensión ecológica y recreativa. En cuanto a la relación que existe entre el significado y las prácticas del autocuidado, se encontró que existe coherencia entre lo que las personas dicen y lo que hacen.

A diferencia del estudio anterior, realizado desde una perspectiva gerontológica, a continuación se presentan dos aportes del área de la enfermería:

Araya y Diques (2003), realizaron una práctica dirigida que buscaba mejorar las condiciones de vida de la persona adulta mayor mediante un programa de capacitación en el autocuidado para los usuarios y cuidadores del Hogar Misión Reina de los Ángeles; para ello elaboraron un diagnóstico de los conocimientos y prácticas que poseen los usuarios-cuidadores en relación con la atención de la persona adulta mayor y un programa de capacitación bajo la modalidad de talleres participativos, el cual fue ejecutado y evaluado.

Los autores concluyen que muchas de las personas adultas mayores que residen en un hogar para ancianos, tienen pocos conocimientos acerca de la importancia del autocuidado y sus implicaciones para su salud y por eso no se preocupan por fomentarlo ni practicarlo. Las personas adultas mayores conforman un grupo sumamente vulnerable debido a los cambios que enfrentan en esta etapa y porque llegan a ser en su mayoría personas parcial o totalmente dependientes de otras personas para recibir los cuidados que necesitan para sobrevivir, por lo que los conocimientos sobre autocuidado son de suma importancia para ellos.

-Cordero y Elizondo (1989) realizaron un trabajo sobre “Atención de enfermería con el componente de autocuidado para el seguimiento de pacientes de la tercera edad egresados del Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes”. El propósito fue orientar y educar al paciente y su familia por medio del desarrollo de un programa de atención de enfermería basado en la teoría de autocuidado de Dorotea Orem.

Los autores llegan a la conclusión de que al conocer los cambios fisiológicos, emocionales, sociales propios del envejecimiento, los individuos de la tercera edad aplicaron sus conocimientos para una mejor adaptación dentro de su hogar y tomando muy en cuenta sus limitaciones.

Además de los anteriores se pueden identificar otros estudios relacionados con la temática del autocuidado, desde la disciplina de la enfermería y con poblaciones de niños, adultos, pacientes que sufren de diversas enfermedades. Existe sólo una investigación

(expuesta anteriormente), que se interesa directamente por esta dimensión, desde la perspectiva gerontológico y con adultos mayores laboralmente activos, no institucionalizados, que como lo señala Lau (1999) tienen independencia en actividades de la vida diaria.

De tal forma que cabe validar la intención de la presente investigación de indagar en una temática que abarque el tema del autocuidado desde el marco de la institucionalización, para valorar la influencia de esta condición en las diversas dimensiones (físicos, biológicos, psicológicos, sociales) que confluyen en la capacidad de autocuidado integral de los adultos mayores que forman la población de residentes dentro de algunos hogares de Costa Rica. Lo anterior como una posibilidad de contribuir a la necesidad de profundizar sobre la situación del anciano en el hogar, sobre las consecuencias del internamiento permanente y sobre las posibilidades de crear herramientas teórico metodológicas que permitan reflexionar sobre las oportunidades, capacidades y limitaciones de esta población para desarrollarse de manera autónoma y apropiarse de la atención comprometida de sí mismo en pro de una mejor calidad de vida.

1.3 Justificación:

En los últimos años Costa Rica ha experimentado un aumento acelerado de la población adulta mayor, como efecto de un drástico proceso de cambio demográfico que se está gestando también en otros países del mundo. Al respecto señala Carvajal (2002) que especialmente en el último decenio, la pirámide poblacional en Costa Rica ha variado radicalmente, mostrando una verdadera transición demográfica epidemiológica, entrando en un proceso de envejecimiento de la población; por ejemplo, para el año 2002 las personas mayores de 60 años constituían el 9% de la población total de Costa Rica, lo que significa 320 000 personas mayores de 60 años.

En este sentido, existen otros indicadores que ayudan a comprender este fenómeno. Según el Centro Centroamericano de Población (2003) la esperanza de vida de Costa Rica es casi 78 años, exactamente igual a la de Estados Unidos, Inglaterra y Europa Occidental. Es la más alta de América Latina, le sigue Chile (77 años) y Cuba (76 años) y la más alta de Centroamérica.

Otro factor que indica el hecho de que el envejecimiento de la población se está convirtiendo en un tema de gran preocupación es señalado por Rosero- Bixby y Casterline (citado por el Centro Centroamericano de Población, 2003) al indicar que Costa Rica se encuentra a la cabeza del proceso de transición de fecundidad que los países latinoamericanos están experimentando. Ello porque tiene uno de los descensos de fecundidad más rápidos y tempranos en la región. Para el año 2002, el país alcanzó el nivel de reemplazo de la fecundidad. Como consecuencia, el crecimiento de la población disminuirá, excepto de la población de adultos mayores. El grupo de edad de 60 años y más aumentará seis veces su tamaño entre los años 2000 y 2060, dado que esta población ya había nacido para el año 2000.

Con el aumento de la población adulta mayor en nuestras sociedades se produce también una mayor demanda de servicios en las áreas de salud, educación, entre otros, los cuales deben adecuarse a sus nuevas necesidades y posibilidades. Este es el caso de los servicios que brindan las instituciones que se encargan directamente del cuidado de adultos mayores, por ejemplo los hogares para ancianos. Como lo señalan Berutti y Buzeki (2001) el fenómeno social de la institucionalización de los adultos mayores crece proporcionalmente al aumento de dicha población.

De ahí que es de gran trascendencia analizar las posibilidades que poseen las instituciones como los hogares para ancianos de ofrecer a éstos, espacios adecuados para vincularse con otros de una manera activa e independiente en la medida de sus capacidades físicas y emocionales. Esto implica por parte de estas instituciones una serie de tareas como la capacitación del grupo de cuidadores y el mejoramiento de las condiciones estructurales del hogar.

Esta situación se traduce en una serie de desafíos y oportunidades para la Psicología como una ciencia social, que puede y debe asumir el reto de encaminar sus esfuerzos en este caso, a la búsqueda de opciones y respuestas a las necesidades de este grupo etéreo, tanto dentro como fuera de las instituciones, que permitan enriquecer los programas y acciones dirigidas a mejorar su calidad de vida.

1. 4 Presentación del Problema de investigación:

A partir del análisis de la situación que enfrentan los adultos mayores en términos de su capacidad de autocuidado y de la importancia que ésta reviste para su desarrollo y calidad de vida, específicamente en el contexto de la institucionalización, surge la necesidad de plantearse el siguiente problema de investigación:

¿Cómo incide la institucionalización en la capacidad de autocuidado de los adultos mayores residentes en un hogar de ancianos de la provincia de Heredia?

1.4.1 Sub problemas

¿Cuáles son las prácticas de autocuidado integral que caracterizaban la cotidianidad de los adultos mayores antes de ingresar a un hogar de ancianos y cuáles forman parte de su vida actual como residentes del mismo?

¿Cuál es la relación entre las condiciones físico- estructurales del hogar de ancianos y las posibilidades de autocuidado integral de los adultos mayores?

¿Cuál es la relación entre las normas administrativas, los servicios, el funcionamiento institucional y las posibilidades de autocuidado integral de los adultos mayores participantes?

¿Cuál es la relación que existe entre las implicaciones psicológicas de la institucionalización y las prácticas de autocuidado integral de los adultos mayores participantes.

¿Cuál es la relación que existe entre los factores sociales (culturales, económicos, familiares) que incidieron en la institucionalización de los adultos mayores participantes y las prácticas de autocuidado integral de los adultos mayores participantes.

¿Cuáles son los factores que limitan o incentivan las prácticas de autocuidado integral, en la relación entre los adultos mayores participantes y el personal del hogar (cuidadores- voluntarios)?

1.5 Objetivos General y específicos:

1.5.1 Objetivos Generales

1.5.1.1. Analizar cómo incide de la institucionalización en la capacidad de autocuidado integral de 8 adultos mayores de un hogar de ancianos de la provincia de Heredia

1.5.1.2. Aportar elementos que contribuyan en la discusión de la temática sobre la importancia del autocuidado como estrategia dirigida a la prevención y promoción de la salud en la población adulta mayor institucionalizada

1.5.2 Objetivos Específicos:

1.5.2.1 Determinar las prácticas de autocuidado integral que realizaban los adultos mayores participantes, antes del ingreso al hogar de ancianos y las que realizan durante su permanencia en el mismo.

1.5.2.2 Señalar la relación existente entre las condiciones físico- estructurales del hogar de ancianos y las posibilidades de autocuidado integral de los adultos mayores participantes.

1.5.2.3 Indagar sobre la relación entre las normas administrativas, los servicios, el funcionamiento institucional y las posibilidades de autocuidado integral de los adultos mayores participantes.

1.5.2.4 Identificar la relación que existe entre las implicaciones psicológicas de la institucionalización y las prácticas de autocuidado integral de los adultos mayores participantes.

1.5.2.5 Identificar la relación existente entre los factores sociales (culturales, económicos, familiares) que incidieron en la institucionalización de los adultos mayores participantes y las prácticas de autocuidado integral de los adultos mayores participantes.

1.5.2.6 Indagar los factores que limitan o incentivan las prácticas de autocuidado integral, en la relación entre los adultos mayores participantes y el personal del hogar (cuidadores- voluntarios).

1.5.2.7 Ofrecer recomendaciones que contribuyan al análisis y mejoramiento de las posibilidades y práctica de autocuidado integral en el contexto de los hogares de ancianos participantes.

1.6 Posición epistemológica:

La presente investigación se enmarca dentro del paradigma cualitativo de la investigación, específicamente desde la perspectiva fenomenológica, por lo que el estudio parte las siguientes premisas epistemológicas:

“La verdad y la realidad son entendidas como relativas e históricas, por lo que se marca una estrecha relación entre éstas y el conocimiento, pues nuestro conocimiento y nuestras acciones están mediatizadas por la postura que asumamos frente a la realidad”.(Barrantes, R., 1999, p.21).

De allí se deriva que no hay una única realidad cognoscible, sino una red compleja de significados que definen una forma de entenderla, siempre en interacción con otros.

Desde esta perspectiva se sugiere que el comportamiento humano sea estudiado tal como ocurre naturalmente, en ambientes naturales y dentro de su contexto total. Por lo que el investigador lo que busca es comprender la situación específica que puede iluminar después otras situaciones similares, obteniendo ideas perspicaces que puedan transferirse de un contexto a otro. Para ello utiliza instrumentos inestructurados, que

generan datos cualitativos; buscando la aplicabilidad y adecuación de los resultados más que su generalización. (Bhola, 1991).

Partiendo de esta posición investigativa, los participantes del estudio aportan su subjetividad como sujetos dinámicos que construyen y reconstruyen la realidad según su propia historia. Indagar en cada historia y comprender cómo ésta marca la cotidianidad del adulto mayor, cómo influye en sus posibilidades actuales de autocuidado, sólo es posible mediante un proceso investigativo donde la verdad y la realidad es una construcción singular de cada participante, según el contexto histórico social en que éste se ha desarrollado.

CAPÍTULO II

CONSTRUCCIÓN TEÓRICA DEL OBJETO DE ESTUDIO

2.1 El envejecimiento y la vejez

El concepto de envejecimiento es fundamental para la temática a investigar, a partir de su comprensión será posible realizar los acercamientos a otros conceptos vinculados con este. Es por esa razón que se expondrán a continuación algunas de las ideas con respecto al envejecimiento y a la vejez.

Para empezar, es necesario aclarar que, pese a ser utilizadas a veces sin clara diferenciación, vejez no es lo mismo que envejecimiento. El envejecimiento se refiere al proceso que tiene lugar a lo largo del ciclo de la vida, a partir del cual se dan transformaciones que llevan al sujeto a la madurez. El envejecimiento no se manifiesta biológicamente homogéneo, debido a la variabilidad genética original y la diferenciación de las experiencias vitales. La concepción del envejecimiento como proceso inherente al ser humano, será retomada más adelante.

Conviene ahora señalar como lo hace Walter (2001, p 1) que el envejecimiento no es sinónimo de vejez, pues ésta corresponde más bien a la etapa de desarrollo en que se encuentra el anciano, y que implica en gran medida una construcción social en torno al envejecimiento. De este modo es necesario comprender el envejecimiento como el proceso que maduracionalmente tiene lugar desde el instante mismo en que la vida inicia, dentro del cual la vejez constituye una etapa. La autora comenta que “cada sociedad atribuye un significado diferente a la vejez, a partir del cual se designarán status, roles y mandatos, se definirán los posibles problemas de las personas mayores y se elaborarán las respuestas a los mismos”.

De esta manera son las construcciones sociales de cada sociedad las que indican qué es el viejo y qué se espera de él. Y es así como cada cultura va desarrollando un paradigma sobre el envejecimiento y por consiguiente de la vejez, el cual responde a la evolución, intereses y necesidades sociales. La vejez siempre ha sido una etapa de la vida del hombre que ha hecho reflexionar y ha provocado sentimientos contradictorios.

“Cicerón en el año 44 a. C. decía de la vejez :todos los hombres aspiran a alcanzarla, solo para clamar después contra ella cuando la han logrado” (Walter , 2001, p. 3).

En vista de las dificultades al tratar de definir la vejez, producto de las diversas maneras en que se le puede concebir, algunos autores han optado por ubicar en criterios las formas en las que puede valorarse dicha etapa de la vida. Sin embargo es necesario señalar de antemano, que cada uno de esos criterios está basado solo en una dimensión del ser humano, por lo cual si se consideran como punto de partida para la valoración del proceso de envejecimiento pueden resultar inoperantes en vista de la falta de integralidad que reflejan.

Es así como surgen por ejemplo las definiciones de la vejez en función de la *evolución cronológica* del organismo. Desde este criterio se es viejo a partir de una determinada edad, misma que será ajustada según las propias normas de la cultura en particular. Se establecen para ello rangos de edades que definen el ciclo vital por etapas. En vista de su arbitrariedad este no resulta un criterio apropiado en la medida en que dentro de una misma cultura, un mismo grupo, las personas envejecen a ritmos diferentes, y por otro lado, no existe un consenso en cuanto a las edades que puedan definir una el comienzo de la vejez como etapa.

Otro criterio empleado es el *biológico*. A partir de este, la vejez inicia en el momento en el que los órganos y tejidos manifiestan un desgaste evidente. Por lo que tampoco resulta generalizable en vista de que las diferencias a nivel orgánico, genético e incluso ambiental generan variaciones en el proceso de deterioro del cuerpo.

Por otra parte, se ha pretendido determinar el inicio de la vejez teniendo como referencia la progresiva pérdida de funciones, motoras, mentales, intelectuales. Pese a la prevalencia de este *criterio de funcionalidad* en la sociedad, su presencia ha significado en gran medida la asociación de la enfermedad con la vejez, llegando inclusive a homologárseles, con las consecuentes repercusiones que ello tiene para la vida del anciano y la forma en la que socialmente se le valora.

Lo anterior conlleva además, a que socialmente exista una connotación negativa de la vejez, como aquel momento de la vida en que se padece de un sinnúmero de enfermedades, se es dependiente de la asistencia médica y de los cuidados de otros, y se pierden las potencialidades del organismo para desempeñarse efectivamente en el medio.

En vista de la importancia que reviste para la vida del ser humano el papel que desempeña en su ambiente social, como lo plantea Walter (2001) se ha propuesto considerar la vejez teniendo como criterio base el momento en el que el sujeto se desvincula de su espacio laboral, es decir la jubilación se ha tratado de considerar el momento de inicio de la vejez. Ante esto, la crítica a esta postura ha retomado el valor de las características individuales, el nivel de escolaridad, el género, la cultura, y algunas otras variables que imprimen el sello de lo particular en la jubilación, y que develan la imposibilidad de establecerla como parámetro para valorar la vejez.

En este sentido y desde la postura de la consideración del proceso de envejecimiento deben tenerse en cuenta los factores intrínsecos, que el individuo adquiere mediante los mecanismos de la herencia como lo son la raza, el sexo, etc; además de los factores extrínsecos, delimitados por el entorno en el que el ser humano se desenvuelve como lo son el estilo de vida y los hábitos de autocuidado, entre otros. Existe además la posibilidad de que en alguna medida ambos tipos de elementos se vinculen para dar paso a otra clase de influencias en el proceso de envejecimiento, como por ejemplo las enfermedades.

Considerando estos y otros aportes, se ha trabajado durante los últimos años en el concepto de *envejecimiento activo*. A partir de esta propuesta se concibe al envejecimiento como el proceso que permite optimizar las posibilidades físicas, mentales, y sociales, pero no específicamente en la etapa de la vejez, sino desde las etapas anteriores de la vida.

Como perspectiva preventiva es innovadora en el campo del estudio del envejecimiento, pues contrario a lo que se venía haciendo le da al ser humano la posibilidad de enfrentarse con su propia vejez desde antes de que ésta llegue, con lo cual indudablemente se brinda la posibilidad de envejecer con mayores opciones de mantener una vida saludable, y un bienestar en todas las áreas de la vida. Otro elemento a considerar con respecto a dicho proceso es la variable cultural de género, la cual se desarrollará seguidamente.

2.1.1 Género y envejecimiento

Sin duda alguna, el proceso de envejecimiento tiene características diferenciales y particulares que se relacionan con las condiciones socioculturales relacionadas con el

género. Para iniciar se debe aclarar que el género, a diferencia del sexo (clasificación biológica que distingue a las mujeres de los hombres) es “una construcción cultural y social, en permanente proceso de cambio, que asigna a hombres y mujeres una serie de atributos y funciones, que buscan justificar diferencias y relaciones de opresión” (Lozoya, citado por Flores y García, 2003, p.39).

En este sentido el género es el resultado de un proceso de socialización que empieza en la infancia y se prolonga durante toda la vida, como un ordenamiento social, que varía en cada cultura. En este proceso de socialización se ha reconocido la existencia de una serie de desigualdades en función del género y estrechamente relacionadas con la condición socioeconómica de las personas.

Al respecto Belsky (citado por Flores y García, 2003), afirma que en la etapa de la vejez se agudizan las desigualdades existentes para las mujeres, ya que con la edad hay pérdida del poder personal y económico, dejando a la anciana a merced de quien represente el poder económico de sustento, que usualmente lo tiene el hombre. Considera el autor que aunque en las generaciones actuales existen mujeres que se han integrado económicamente a la sociedad y viven el beneficio de la pensión, una importante cantidad continúan siendo dependientes económicamente, lo que representa un problema final, porque las estadísticas a nivel mundial señalan que es la mujer la que sobrevive al varón en la mayoría de los casos.

Parece ser que aunque la condición de género y lo que esto representa, ha protegido ligeramente al varón, en el caso de las mujeres mayores, como lo señala Bonita, (citado por Flores y García, 2003, p.41).

“la combinación entre género y edad puede tener efectos aún más perjudiciales respecto a la consecución de niveles aceptables en su calidad de vida. Pues a pesar de la formación social y cultural, la percepción del envejecimiento como el deterioro mental y físico, es muy común tanto en los profesionales de la salud, al igual que entre el público en general”

En este sentido se ha considerado el envejecimiento como un problema de género, presente sólo en la mujer, en tanto que en el hombre se relaciona con algo productivo, pues es causa de haber logrado la obtención de una pensión, lo que no impide que siga realizando contribuciones económicas, sociales y culturales a su familia y comunidad. Por

ello, se ha considerado que las mujeres deben ser objeto de especial protección en la defensa de sus derechos, mediante lo que se ha llamado “La Feminización de la Vejez”.

Esta propuesta reconoce las carencias de las mujeres en aspectos como menores ingresos, más discapacidad, más soledad, menos acceso a la educación, a la cultura y al ocio, a diferencia del hombre. Por lo cual, se aboga por una mayor participación de ésta en la toma de decisiones del núcleo familiar, social e inclusive político, que le permita ser agente activa en la revaloración de su desarrollo e identidad personal, beneficiando su calidad de vida en la etapa de la vejez.

Belsky (citado por Flores y García, 2003), establece otra relación entre la salud y el género en el proceso de envejecimiento, mencionando que se ha demostrado que a pesar de que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, las estadísticas refieren que en edades avanzadas, este grupo tiene mayor morbilidad y limitaciones funcionales que los varones. También se conoce que las mujeres tienen mejores recursos para soportar el dolor de todo tipo y la incapacidad, que acuden con mayor frecuencia a los servicios de salud, lo cual tiene incidencia en el tipo de calidad de vida en sus últimos años.

Desde el criterio de los autores citados anteriormente, se puede concluir que la condición de género, junto con las condiciones de la calidad de vida y el estado de salud, plantean una serie de dificultades en el proceso de envejecimiento. Entre ellas, la pobreza, el rechazo familiar y social, que va poco a poco deteriorando la calidad de vida y provocando situaciones de aislamiento, soledad, abandono y aumento de enfermedades físicas y mentales.

Sin embargo, Flores y García (2003), brindan otra perspectiva al afirmar que a pesar de todos los deterioros físicos acordes a la edad, que pueden sufrir las personas mayores, en especial las mujeres, aquellas que enfrentan esta etapa con una actitud positiva, se mantienen activas, disfrutan de experiencias satisfactorias, no se ven ni se sienten como senescentes. Esto porque el envejecimiento biológico es compensado con un estilo de vida que los hace mantenerse en excelentes condiciones.

Luego de diferenciar entre el envejecimiento como proceso y la vejez como su conceptualización en el marco de la sociedad, es necesario conocer algunas de las teorías más importantes desde las cuales se han abordado ambos conceptos, desde la perspectiva multidisciplinaria en que la Psicología está dando importantes aportes.

2.2 Psicogerontología: la Psicología de la vejez

Según Dulcey y Ardila (1976) desde sus inicios, no muy lejanos en el tiempo, la psicogerontología se trató de constituir en un campo de trabajo multidisciplinario, en el que confluyen diferentes ramas de la psicología (especialmente la psicología social y la fisiológica) y algunas otras ciencias como la sociología, la geriatría y la antropología. Esto producto de las carencias teóricas en cuanto al estudio del envejecimiento por parte de la psicología como tal, y además en vista de la necesidad de realizar contribuciones que facilitaran el abordaje integral de la vejez.

Este abordaje multidisciplinario facilitó la construcción de un marco conceptual del envejecimiento sustentado en la creencia de que “el ciclo vital, incluida la ancianidad, es un desarrollo dialéctico originado por ideas y acciones contradictorias a las que constantemente se expone al ser humano en un medio ambiente cambiante” (Moragas 1991, p 81). Desde esta perspectiva no es posible pensar en que la tarea del desarrollo es finita reconociendo el dinamismo que poseen tanto los procesos individuales como los sociales que influyen en el envejecimiento.

De esta manera, incorporando las distintas dimensiones desde las cuales se puede retomar el tema de la vejez, es posible considerar por ejemplo factores sociales vinculados a consecución de mejoras en la calidad de vida del adulto mayor, cuestión que estaba lejos de realizarse de mantener los esquemas teóricos basados únicamente en factores biomédicos, desde los cuales se abordaba la temática de la vejez y el envejecimiento. Como resultado de esta construcción multidisciplinaria del saber en psicogerontología, se puede hablar entonces de un abordaje del envejecimiento como proceso inherente a la vida, y de la vejez como una etapa más, con particularidades no tan centradas en los aspectos funcionales u orgánicos.

Pese a su corta historia la psicogerontología ha realizado importantes aportes a la construcción del entendimiento del envejecimiento como proceso. Esos aportes se refieren a aspectos como las características sociales del proceso, las situaciones emocionales que están implicadas, lo relacionado a la familia del adulto mayor y los trastornos mentales que pueden presentarse. Unos u otros han tenido cierto grado de prioridad a partir de los enfoques psicológicos desde los cuales el profesional se acerque a la temática. Esto más

allá de constituir una limitación es parte de la riqueza teórico-metodológica que ha ampliado el saber acerca de este proceso de envejecimiento.

Sin embargo de manera general, la psicogerontología plantea el envejecimiento como un proceso que “se despliega en una secuencia compleja de cambios que tienen lugar en distintos niveles: biológico, psicológico y social” (Fierro 1994, citado por Hidalgo 2001) y durante toda la vida. Lo anterior viene a replantear esa perspectiva etapista desde la que el viejo parece estar suspendido en un momento de la vida y del desarrollo al que llegó de manera casi “mágica” y repentina. De modo que la vejez aparece ahora como resultado del proceso de envejecimiento, como lo plantea Salvarezza (1998, p 50) “si tenemos tiempo todos vamos a ser viejos”. Desde la posición de los profesionales en psicogerontología es posible decir:

“Nosotros definimos el envejecimiento como un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable, en el que se dan cambios a nivel biológico, corporal, psicológico y social. Transcurre en el tiempo y está delimitado por este... Si bien todos los fenómenos del envejecimiento son dados en todos, no se envejece de igual manera, ni tampoco cada parte del organismo envejece al mismo tiempo. El envejecimiento como todo lo humano siempre lleva consigo el signo de lo singular, lo único, lo individual” (Viguera, 2001, p. 14)

Es importante reconocer en este aporte además de la integralidad que se maneja, el rescate de lo individual y de las características que dicha individualidad le atribuye al proceso del envejecimiento y la manera en que cada sujeto vive la etapa de la vejez. Desde esta visión mucho más humanista se abre la posibilidad de contemplar al adulto mayor no como una suma de órganos que van perdiendo funcionalidad, sino como un complejo ser que a raíz de sus experiencias en el ciclo de la vida tiene unas u otras características con las cuales se enfrenta a ese proceso. Además de considerar que la vejez no es el fin, sino una etapa más de la vida.

Otra de las temáticas de la vejez que ha sido retomada por la psicogerontología es la salud mental. Lejos de caer en la patologización del envejecimiento y la primacía de las valoraciones funcionales como único criterio válido, se da mayor importancia a la valoración de la salud como categoría conformada por varios aspectos, no solo lo fisiológico o lo orgánico. De esta manera según Jahoda (citado por Hidalgo 2001) existen

algunos criterios que pueden considerarse para establecer lo que sería una salud mental positiva, entre ellos las manifestaciones de actitudes positivas hacia uno mismo, una personalidad integrada, la posibilidad de manejarse con autonomía, la percepción y valoración de los eventos de la realidad y el dominio que pueda ejercerse sobre esta, todas en combinación con los estilos de vida, las características individuales, etc.

La autorrealización es otro elemento vinculado con la salud mental sobre el cual se ha teorizado desde esta perspectiva. Se dice que lo imprescindible es tener en cuenta la diferencia individual, y el hecho de que para el anciano el logro de sus metas y expectativas no tiene la misma significación que para un joven, en vista de las diferencias sociales entre generaciones, de la posible sobrevaloración que puede hacer el adulto mayor con respecto al pasado y al presente y de la actitud menos prospectiva que podría presentar en comparación con un joven.

Otro aspecto fundamental para la psicogerontología es el abordaje de la vejez y del envejecimiento en cuanto a los fenómenos psicosociales característicos de la etapa y del proceso respectivamente. Se han estudiado los procesos de transición que deben atravesar los adultos mayores, los cuales les demandan respuestas a las nuevas condiciones en las que deben vivir. Esas transiciones están asociadas, en la cultura occidental mayormente, con aspectos negativos como las pérdidas, con sus consecuentes dificultades emocionales, económicas, físicas, etc.

En la vejez se enfrentan situaciones como la pérdida del empleo, la pérdida de seres queridos, el deterioro de la salud física, la pérdida de la independencia; las cuales tienen repercusiones en todos los ámbitos de la vida del adulto mayor, es decir en lo emocional-afectivo, en lo físico, en lo mental. Estas pérdidas no solo son producto del envejecimiento de un organismo, sino que encuentran su mayor sustento en las construcciones sociales que se realizan en cuanto a la vejez y en las disposiciones que el grupo establece para quienes la viven.

Con respecto a las pérdidas que se experimentan en la vejez Antequera y Blanco (citados por Salvarezza 1998) aclaran que pueden ser reales o solo “fantaseadas” por el adulto mayor, y que encuentran fuerza en las creencias de los demás grupos desde los que se habla del envejecimiento. Estas pérdidas pueden o no ocurrir, e inclusive pueden “no tener ninguna justificación objetiva real” como por ejemplo, la pérdida del respeto y del

cariño de los demás, la pérdida de la capacidad mental” (Salvarezza, 1998, p. 96) y de la independencia. Estas muchas veces solo constituyen amenazas para la tranquilidad del adulto mayor, pues no necesariamente deben ser experimentadas por ellos.

Lógicamente todos los cambios que tienen lugar en la vida de los adultos mayores, producto de esas pérdidas, tienen repercusiones en su manera de percibirse a sí mismos, en su identidad y en su autoconcepto. A partir de la resolución que asuma en cuanto a las nuevas condiciones de vida que le imponen las modificaciones o las pérdidas, el sujeto reformulará la forma en la que enfrenta su vida y se vincula con los demás.

A manera de síntesis comparativa de ambas ramas de la psicología desde las que se ha estudiado el envejecimiento y la vejez, es importante mencionar que:

Desde el abordaje del desarrollo humano por etapas, la visión construida acerca del envejecimiento tiende a la promoción de perspectivas segregacionistas que ubican a la población adulta mayor en una posición de suma vulnerabilidad, ya que esta se centra en criterio funcional como punto de valoración de sus cambios y capacidades. Es decir, el viejo es ahora una persona con menos capacidades físicas, más limitaciones y más probabilidades de enfermar que las que poseía en otras etapas de la vida.

Moragas (1991) comenta que “los viejos se configuran como una categoría independiente del resto de la sociedad, separados como grupo con características comunes”, que pese a que comparten ciertas características comunes como parte de una etapa en particular, experimentan más separación que la que enfrentan otros grupos etáreos como los niños o los adultos. El autor lo atribuye a que la etapa de la vejez suscita en la sociedad reacciones negativas, las cuales podrían atribuirse al énfasis que se ha hecho tradicionalmente en las posibilidades del cuerpo, para interactuar con el medio que se poseen en otras etapas del desarrollo.

Al respecto Salvarezza (1998) comenta que es posible que ante las construcciones sociales que se han realizado sobre la vejez y el propio desconocimiento que existe al respecto, ha proliferado en el resto de grupos etáreos una “actitud de discriminación y segregación hacia la población vieja que se denomina viejismo. Esta conducta... se sustenta fundamentalmente en la utilización de prejuicios...” (p29). A partir de esa actitud ante la vejez, es mucho más frecuente atribuir una serie de características negativas a los viejos, su

incapacidad para realizar ciertas actividades, de valerse por sí mismos, de amar, de trabajar, etc.

Es por esa razón que la contribución que se realiza desde el trabajo multidisciplinario en picogerontología ha venido a develar esas construcciones sociales y a proponer trabajos desde la visión del envejecimiento como un proceso que tiene lugar desde el nacimiento. Con ello se pretende revalidar el papel social del viejo e incorporar en la investigación con esta población, nuevos elementos que incluyan el criterio funcional del desarrollo, sin considerarlo como la principal forma de valorar el envejecimiento. Estos nuevos elementos serán desarrollados a continuación.

2.3 Autocuidado en la vejez

En vista de las dificultades que experimentan muchos adultos mayores, a causa de las situaciones físicas, psicológicas, y sociales que están asociadas con la etapa de la vejez y el envejecimiento, existe a nivel mundial una nueva perspectiva de enfrentamiento a dichas problemáticas. Esta nueva perspectiva tiene como punto de partida la necesidad de promover en los seres humanos prácticas saludables que les permitan ingresar a la tercera edad con herramientas para no solo prevenir la enfermedad, sino procurarse un bienestar integral. Para ello como lo señala Viguera (1998, p.3) se ha recurrido a la educación para el envejecimiento cuyo fin es “promover la salud a través de conocer la forma que debe tomar el autocuidado y el mantenimiento de la autonomía”.

Teniendo en cuenta lo anterior, es válido reconocer en el autocuidado un elemento fundamental en procura de la salud durante el proceso de envejecimiento. Según Viguera (1999), desde el momento en que la OMS incorporó este concepto a las discusiones sobre salud y vejez, muchos han sido los aportes al respecto. Para esta organización el concepto de autocuidado apela a una actitud que se logra a partir de una adecuada información y lleva implícito un buen posicionamiento del proceso por el que transita el individuo. Viguera rescata lo dicho al respecto por la OMS, señalando que:

Posicionarse frente a este proceso de envejecer es tomar conciencia de lo que realmente está sucediendo con nuestro cuerpo, hacer una mirada al pasado y reconocernos en lo vivido integrándolo a nuestro presente, hacernos cargo de nuestro tiempo libre y usarlo para actividades que nos gratifiquen

(personales, grupales, solidarias) descubriendo nuestras posibilidades.
Viguera (1998 p. 15)

A esta actitud con respecto al envejecimiento, subyace todo un concepto de salud integral que es posible alcanzar aún a pesar de las situaciones adversas que muchas veces (real e imaginariamente) se asocian con la vejez. Evidentemente teniendo en cuenta las características del proceso evolutivo, las necesidades y las capacidades de autocuidado se van transformando durante las diferentes etapas de la vida.

De allí que el autocuidado implica la adopción de conductas y estilos de vida que permitan a través de un estado de bienestar, desarrollar una vida plena y activa; situación muy vinculada con la propuesta de la OMS en cuanto a la promoción de la salud, que según dicha organización consiste “en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (Lau, 1999, p. 46).

Para Viguera (1998), decir autocuidado es decir cuidarse a sí mismo, buscar cuáles son las necesidades del cuerpo, pero muy especialmente las motivaciones y los deseos para convertirlos en proyectos. Así el autocuidado implica una percepción integral del individuo para consigo mismo, una búsqueda permanente de satisfacción y de bienestar.

Puede entenderse entonces el autocuidado como una herramienta particular desde la cual, cada persona puede procurarse mejoras no solo a nivel físico, sino también mental. Apela además al trabajo con los entornos en los que cada sujeto se desenvuelve, depositando en ello la posibilidad de autoprocursarse mejores estilos de vida, partiendo de los intercambios con entornos adecuados, que respeten las necesidades individuales de cada etapa del desarrollo.

Para Lau (1999, p.48) es necesario considerar en este sentido, que el autocuidado “forma parte del patrón de comportamiento que las personas establecen, se hace más fácil o más difícil en función de las circunstancias culturales y estructurales y depende de la cultura global sobre la salud y la enfermedad y sobre el papel de la medicina en un grupo o sociedad dados”. Según esta autora, el autocuidado estará definido en función de los comportamientos saludables asumidos por las personas y de sus condiciones de vida, en la medida en que estos estén dirigidos hacia si mismos.

En cuanto al concepto de autocuidado, el consenso está en la medida en que se le concibe como una práctica fundamental desde la perspectiva integral del ser humano. Al

respecto los aportes son diversos, lo que en gran medida se debe a que es un concepto que no ha sido trabajado a partir de una única disciplina, sino que se ha visto enriquecido por los trabajos realizados desde las áreas de la medicina, la psicología, la educación, entre otras.

Una de las teorías más relevantes que se han empleado en el trabajo con adultos mayores en la línea del autocuidado, es la teoría de Dorotea Orem, cuyos orígenes se encuentran en el campo de la enfermería. Esta teoría en vista de su visión integral del autocuidado y de la salud será retomada a continuación.

Para Orem el autocuidado es “una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas hacia sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo y su funcionamiento, en beneficio de su vida, salud o bienestar” (Dueñas, 2002 p.1). Con respecto a la manera de entender el autocuidado se puede señalar que:

Esta es una conducta que se aprende y surge de la combinación de experiencias cognoscitivas y sociales... una persona es autosuficiente e independiente sólo cuando es capaz de realizar exitosamente las acciones necesarias para producir el resultado deseado y puede convertirse por sí misma, o con la ayuda de otros, en su propio agente de autocuidado. (Orem, citado por Lau, 1999, p.48).

Esta idea de autocuidado incorpora una serie de elementos que deben rescatarse al momento de referirse a la posibilidad que posee una persona de cuidar se sí misma y procurarse un estado general de salud. Es decir, resalta la importancia de la dimensión cognitiva como aspecto fundamental, que permite u obstaculiza la posibilidad de autocuidado en la medida en que la persona se considere capaz, o tenga las facultades mentales básicas para ser independiente. Y por otro lado reconoce en las interacciones con el medio social, un elemento que puede determinar el papel más o menos activo de la persona en la búsqueda de bienestar.

Desde su teoría del autocuidado, Orem rescata algunos de los requisitos básicos para alcanzarlo, entendiéndolos como los objetivos a los cuales se aspira cuando de autocuidado se trata. Como primer punto Orem establece el *autocuidado universal*, con ello se refiere

a aquellos requisitos comunes a todos los seres humanos, incluyendo la conservación del aire y el agua, la actividad y el descanso, la soledad y la interacción social, la prevención de riesgos y la interacción de la actividad humana.

Un segundo grupo lo constituyen los requisitos de *autocuidado del desarrollo*. Estos se refieren a la promoción de las condiciones necesarias para la vida y la maduración, la prevención de situaciones adversas y la eventual mitigación de sus efectos, aspectos a tener en cuenta durante todas las etapas del desarrollo humano.

Por último Orem propone los requisitos de *autocuidado de desviación de la salud*, aquellos directamente vinculados con las situaciones en las que los estados de salud se pueden ver afectados. Estos según Lau (1999, p, 49) “tienen su origen en los procesos de enfermedad, diagnóstico y tratamiento”.

Esta visión de autocuidado en cuanto a su relación con la salud integral plantea la necesidad de retomar aquellos aspectos no solo biológicos, sino también psicológicos y sociales que se pueden presentar durante la vejez en dichas esferas de la vida del ser humano, para poder considerar las necesidades y posibilidades que poseen los adultos mayores de asumirse como sujetos de su propio cuidado.

2.4 Dimensión biológica: cambios fisiológicos en el envejecimiento

Desde una perspectiva integral del envejecimiento, es preciso señalar que existe una interdependencia entre los cambios que suceden a nivel orgánico y aquellos de índole socioemocional. De tal manera el desarrollo del ser humano en la etapa de la vejez, su condición y sus capacidades para enfrentarse a las necesidades y demandas que ésta le impone son elementos intrínsecamente relacionados con una serie de factores fisiológicos del proceso de envejecimiento. Lo anterior también, como un medio de “remediar” lo que Moragas (1998) señala como el “tradicional desfase de conocimientos entre las ciencias naturales y sociales” (p.45), que se produce también en el estudio del envejecimiento, siendo la medicina y la biología las primeras en interesarse en este campo.

Es así como desde la genética, la bioquímica y la fisiología se ha desarrollado una serie de teorías que profundizan en los aspectos endógenos del envejecimiento, las cuales se retomarán a continuación.

2.4.1 Teorías biológicas del envejecimiento

Hidalgo (2001) señala que no existe una sola teoría biológica que explique adecuadamente cómo y por qué se inicia el proceso del envejecimiento, lo que no fue obstáculo para que algunos biólogos gerontólogos generaran varias teorías con cierto grado de aceptación. Un elemento característico de ellas es que le otorgan a los genes un papel protagónico en el proceso del envejecimiento. En general dichas teorías explican la forma en la que con el paso de los años el deterioro de las funciones del organismo tiene lugar en mayor o menor grado dependiendo de diversas condiciones inherentes a la salud, la enfermedad y el desempeño del organismo.

Es a partir de la comprensión de que existen factores biológicos que dan cuenta de las causas e inicio del proceso de envejecimiento, resulta relevante conocer los efectos de dicho proceso en los diferentes sistemas y órganos de cuerpo humano, que al mismo tiempo crean condiciones especiales en los adultos mayores que los enfrentan.

Señala Walter (2001) que a medida que se envejece las células del organismo se van desgastando y provocando transformaciones en los distintos sistemas y órganos del cuerpo humano, que se traducen en general como declinaciones. La estructura ósea se achica. La masa muscular también se reduce. Las articulaciones se desgastan. Disminuye la capacidad de los órganos sensoriales: la audición se dificulta, llegando a veces hasta la sordera. La visión también se reduce teniendo que recurrir a anteojos. También declina el funcionamiento pleno del olfato y el gusto. Hay una pérdida de vigor, agilidad y velocidad. El cansancio y la fatiga se presentan con más frecuencia.

Neurológicamente son comunes los fallos en la memoria, principalmente en la memoria reciente. La actividad intelectual se vuelve más lenta; las operaciones mentales fáciles, más irregulares y disminuye la capacidad de atención, de cálculo y de razonamiento lógico. La actividad sexual declina en frecuencia y la menopausia en la mujer determina el final de su ciclo reproductor.

Según el autor antes citado, este proceso de involución de los sistemas reduce la capacidad de defensas del organismo y lo vuelve más vulnerable, por lo cual en la vejez aumentan las posibilidades de perder parcial o totalmente las facultades mentales, motrices,

sensoriales, del habla. De esta manera los adultos mayores pasan a depender de otra persona en uno o varios de los aspectos necesarios para desenvolverse en la vida cotidiana.

Los cuadros demenciales causados por diversas etiologías son unos de los principales factores que originan dependencia de los adultos mayores ya que pierden la facultad de ubicación témporo-espacial, de memoria, de juicio, de comprensión, etc.

Todos estos factores tienen una manifestación biológica. Esto no quiere decir que los cambios y patologías que se producen en el organismo tengan un origen puramente biológico. Porque la forma de envejecer y de enfermar es un proceso social que depende de la interacción entre el sujeto y el medio.

Además resulta necesario tomar en cuenta el criterio del Hidalgo (2001) en cuanto a una serie de implicaciones que los cambios o declinaciones orgánicas producen en el estado socioemocional de los adultos mayores. Señala este autor que por una parte, los cambios en los sistemas sensoriales, neuronales y endocrinos, pueden afectar la capacidad de la persona para responder a las exigencias del entorno.

Especialmente los cambios sensoriales afectan la capacidad de relacionarse con otros individuos, la confianza en sí mismo y la autoestima. Incluso se dan cambios de actitud, en la disposición anímica y en algunos casos respuestas neuróticas o paranoicas por los cambios fisiológicos.

Se concluye además, que el funcionamiento orgánico del ser humano no se da de forma aislada a su entorno, ya que la relación entre el medio y el organismo, acontece por medio de un sistema simbólico cargado de significados culturales y sociales. Lo que lleva a afirmar que las estructuras sociales, la psique y las respuestas orgánicas, están interconectadas; lo cual debe ser una premisa para la comprensión del fenómeno en estudio.

2.5 La dimensión psicológica del envejecimiento

A continuación se expondrán algunos de los conceptos más importantes que pueden estar relacionados con la capacidad de autocuidado que poseen los adultos mayores, y que se refieren a aspectos psicológicos del envejecimiento.

La evaluación que el anciano realice de sí mismo y de las implicaciones que tiene el ser un adulto mayor en un contexto en particular, parece estar estrechamente vinculado con su *autoconcepto*. Es necesario señalar al respecto que el autoconcepto es una dimensión

psicológica que el individuo construye a lo largo de su desarrollo y que podría manifestar cambios a lo largo de la vida.

Como mencionan Antequera y Blanco (citados por Salvarezza 1999) el autoconcepto en la vejez se alimenta de dos componentes el cognitivo (creencias sobre sí mismo, la imagen corporal, identidad social, valores, habilidades, etc.) y los evaluativos (los sentimientos positivos o negativos que se tienen de sí mismo, es decir la autoestima).

En cuanto a los componentes cognitivos cabe señalar que la imagen corporal que el anciano tiene de sí mismo, muchas veces se ve deteriorada por la valoración que realiza de su estado de salud. De manera que la forma en que se autoperceben en relación a su cuerpo y su salud repercutirá en lo que piensan de ellos y el tipo de intercambios que decidan establecer con el resto de la sociedad.

Según Moragas (1991) para los adultos mayores uno de los principales aspectos para valorar su estado físico y su salud es el nivel de actividad que pueden mantener, y sobre todo la posibilidad que tienen de valerse por sí mismos, de ver por su cuidado es decir su *nivel de independencia*. De modo que para los ancianos a veces resulta más frustrante el hecho de tener que dejar de salir a caminar por un problema de artritis, que el hecho de mantener un padecimiento cardiovascular que no afecte su desempeño cotidiano. Eso parece indicar que no son las enfermedades en sí mismas el criterio de autovaloración que el anciano utiliza para sentirse más o menos capaz de valerse por sí, de tener bienestar, sino las implicaciones que en su desempeño individual puedan estas tener.

El hecho de que un anciano pueda sentirse satisfecho con su vida, con las actividades que realiza, con las personas con las que comparte y los espacios sociales y físicos en los que se desempeña, es vital en la medida en que ello le permite asumir una actitud de autorrealización, que retroalimenta el concepto que tiene de sí mismo. El sentido de logro y el visualizarse como un individuo con posibilidades sociales ilimitadas es suficiente en muchos casos para superar algunas de las condiciones objetivas de deterioro físico y orgánico que pueden suscitar en la vejez.

En cuanto a la *autoestima*, durante la vejez muchas veces suele ocurrir que en vista de las modificaciones sociales a las que deben enfrentarse, los adultos mayores comiencen a experimentar una especie de devaluación de su persona, de la cual se apropián, y que es

muchas veces la principal causa del abandono que hacen de su cuerpo, de sus actividades diarias y de las interacciones sociales en general.

La sociedad por ejemplo, ha establecido edades a partir de las cuales ya no es “recomendable” que los adultos mayores continúen trabajando remuneradamente, lo cual contribuye a que se sientan menos capaces y probablemente actúen en concordancia con esa idea.

Para Moragas (1991):

“Uno de los principales determinantes de la autoestima (y no necesariamente en sentido positivo...) entre los ancianos, es el de etiquetarse a sí mismos como viejos, cosa que puede fácilmente ser debida a las connotaciones no positivas que este término acostumbra conllevar en nuestros días y en nuestro entorno. Una persona empezará a considerarse vieja cuando perciba en sí misma algunos de los atributos que en función de su modelo personal de vejez, caracterizan a esa etapa evolutiva”.

Se trata entonces de una valoración tanto personal como social de la vejez y de sus posibilidades de bienestar, la que tiene lugar en el anciano cuando de autoestima se trata, y que implica la posibilidad de mantenerse activo y de sentirse capaz.

Por otra parte es necesario considerar, en vista de su relación con el autocuidado integral que puede manifestar el adulto mayor, la importancia del *sentido de pertenencia*. Este se ve favorecido por la posibilidad de conservar espacios de socialización de manera estable, llámense familia, hogar de ancianos, lugar de trabajo, grupos culturales, espacios académicos, entre otros.

Estos, se constituyen para el anciano en posibilidades de intercambio de experiencias y de validación de su autoconcepto y su identidad. En consecuencia la pérdida de estos espacios, o las condiciones que dispongan estos lugares para el desenvolvimiento del anciano, pueden representar un deterioro en la autoimagen del anciano y modificaciones en su accionar, que van en detrimento de su autocuidado.

La percepción de control es otro elemento que tiene importante influencia en la capacidad de autocuidado que posee el adulto mayor. Moragas (1991) define este concepto como “la creencia que el sujeto tiene de que dispone de la respuesta oportuna y adecuada para permitirle influir sobre los aspectos aversivos de un suceso o una situación” (p 109).

Ese control puede estar afianzado en lo que el sujeto cree, lo que conoce, sus experiencias de vida y la forma en la que éstas puedan ayudarle a solucionar problemas, las posibilidades de toma de decisiones con las que cuenta, la seguridad en sus capacidades, y a veces en menor medida en sus posibilidades físicas.

Durante la vejez, es posible que el individuo experimente una disminución en su capacidad de control, producto de una serie de factores tanto físicos como sociales y emocionales, entre los que destacan las enfermedades, la jubilación, el ingreso a centros hospitalarios u hogares de ancianos. Esto se debe a que muchas veces el tipo de modificación para su desempeño cotidiano que esos cambios implican afecta la manera en la que él o ella han asumido tradicionalmente las tareas de su propia vida.

Es decir, el adulto mayor desde una perspectiva más integral del autocuidado puede, como menciona Moragas (1991) no tener control objetivo y real sobre aquellos eventos que se presentan como adversos, como los problemas de salud que pueden presentarse. Pero sí puede prever las consecuencias de estos eventos en su vida y controlarlas, por ejemplo empleando otras capacidades, que compensen las dificultades físicas, o continuar desempeñando ciertas actividades cotidianas que le permita mantenerse activo, física y mentalmente.

Otro elemento fundamental para el autocuidado en la vejez es el sentido de seguridad que pueden presentar los adultos mayores con respecto a su posibilidad de desempeñarse en diferentes actividades, es decir *la autoeficacia*. Cuán capaz se sienta el anciano, está en función de la percepción de control que posea, de su autoconcepto, y de las posibilidades sociales y educativas que se le presenten en el desempeño de actividades cotidianas. Depende además, de las expectativas de logro que el adulto mayor se haya planteado en relación con la tarea, con sus habilidades, sus capacidades y el tipo de tarea a realizar.

En este sentido es fundamental en cuanto la capacidad de autocuidado de los ancianos, tal y como lo menciona Moragas (1991) que se les permita experimentar, en concordancia con sus posibilidades, el sentido de logro. Esto favorece la autovaloración positiva que el anciano realiza de sí mismo, el desarrollo de sus potencialidades, la toma de decisiones y sobre todo les permite “seguir considerándose a sí mismos como la persona

independiente que puede ser”. Con lo cual apelaremos a la consecución de una vejez plena, con satisfacción vital y bienestar.

2.6 Dimensión social: apego- desapego en el envejecimiento

Existe una serie de teorías sociales del envejecimiento que enfocan el estudio de la vejez, desde diferentes perspectivas científico – sociales. No obstante, las teorías que enfocan la problemática de la vejez, tiene sus bases en referentes teóricos preexistentes, que se han adaptado para dar explicación sobre el envejecimiento, partiendo de presupuestos sociales inicialmente elaborados con otros fines¹. Sin embargo, para efectos de este estudio interesa exponer los presupuestos teóricos de dos teorías que han permitido (en medio de la crítica reflexiva) llevar a cabo necesarios procesos de revisión sobre las ideologías que subyacen en el acercamiento a la comprensión de esta etapa vital, de las concepciones-comportamientos de las personas que en ella se encuentran y a las interacciones – atención que éstas vivencian.

Es relevante rescatar lo que señala Leer (1980), que gracias a la teoría del desapego (desvinculación) y su contrapuesta, la teoría de la actividad social, se logra destacar de la investigación gerontológica, aspectos sociopsicológicos, tan descuidados por los enfoques biomédicos desde los cuales se venía abordando el fenómeno. A continuación se expondrán los principales postulados del funcionalismo estructural y del interaccionismo simbólico, encuadres teóricos que sirven de pilares a las teorías (del desapego y de la actividad social o del apego) que seguidamente se desarrollarán.

2.6.1 El Funcionalismo Estructural

Fundamentada en la teoría de sistemas el funcionalismo estructural dominó la sociología occidental desde 1940 hasta aproximadamente 1960. Según Hidalgo (2001), sus principales contribuyentes fueron los estadounidenses Talcott Parsons (1905 – 1979) y Robert K. Marton (1911).

¹ Para mayor información consultar Hidalgo, J. El Envejecimiento: Aspectos sociales. San Jose, Costa Rica. 2001.

El funcionalismo básicamente busca analizar la relación entre totalidades o entidades completas y las partes que las constituyen. Por lo que trata de explicar los componentes por medio de la posición que ocupan en el sistema al que pertenecen.

Señala Hidalgo (2001) que Parsons propone que los grupos humanos necesitan mantener un patrón latente u ordenamiento básico, mantener una serie de metas, adaptarse a determinado medio ambiente y que los grupos humanos requieren integración. Para lograr lo anterior se produce una interrelación funcional entre cuatro subsistemas: el subsistema del comportamiento o inteligencia, el de la personalidad, el cultural y el social. Así como el sistema general, el social, se mantiene por los procesos de socialización de los individuos a los valores, normas, ejecución de roles sociales y la existencia de sanciones cuando se transgrede la norma.

2.6.1.1 El fenómeno del envejecimiento desde el funcionalismo estructural: La teoría del desapego (disengagement)

Señala Hidalgo (2001) que a fines de la década del 50, el Comité sobre el Desarrollo Humano de la Universidad de Chicago, inició una investigación sobre los aspectos sociales de la vejez. Dicha investigación dio origen al libro “Growing old: The process of disengagement” escrito por E. Comings y W.E. Henty, publicado en 1961. Este libro fue, a partir de este momento, una referencia obligatoria para los investigadores sobre los aspectos psicosociales de la vejez, ya fuera para apoyarlo o criticarlo.

La teoría del desapego se constituyó en la aplicación del funcionalismo estructural a la condición del adulto mayor, basándose en la reacción psicosocial del individuo al proceso del envejecimiento, constituyéndose en la primera teoría dirigida al campo del envejecimiento dentro de las ciencias sociales.

En su obra, los autores de la teoría señalan el desapego como un proceso universal, inevitable, recíproco en que se produce el aislamiento del “anciano” debido al decrecimiento de su participación bajo papeles sociales que ejecutaban cuando eran jóvenes o durante la edad media. Un actor de este decrecimiento es el hecho de que el conocimiento y las aptitudes profesionales declinan a medida que se avanza su edad e igualmente se da un desapego emocional del “viejo” hacia la sociedad.

Al respecto señala Salvarezza (1996) que “de acuerdo con esta teoría, a medida que el sujeto envejece se produce una reducción de su interés vital por las actividades y objetos que lo rodean, lo cual va generando un sistemático apartamiento de toda clase de interacción social”. (p. 17).

Y aunque el individuo no se sienta preparado para el desapego (jubilación o retiro), la sociedad lo presionará para que lo haga, causándole un sentimiento de rechazo que le provocará pérdida de motivación funcional para el todo (la sociedad). Aunque, según esta teoría, se supone que los “viejos” conocen su deber como miembros de la sociedad y dentro de éstos sabe que el apartarse y aislarse son necesarios para el bien común social.

La teoría del desapego propone que este “retiro” psicológico, social y emocional de las personas de edad avanzada es funcional para ambos, para la sociedad y para el individuo envejecido, porque le permite a la sociedad hacer campo para individuos jóvenes, más energéticos y productivos, y al mismo tiempo les permite a los “viejos” prepararse para su muerte (el desapego final) (Hidalgo, G, 2001), p.88).

Salvarreza (1996) menciona como puntos sobresalientes de esta teoría, que es un proceso universal, que ocurre en cualquier cultura y tiempo histórico, que es un proceso inevitable porque se apoya en procesos psicobiológicos y que es intrínseco porque no está determinado por ninguna variable social.

Se han formulado muchas críticas a la teoría del desapego, provenientes de campos diversos, sin embargo, y por ello no se ha formulado una teoría homogénea que se le contraponga con fortaleza. Y parece ser que sus críticos, que pertenecen al mismo medio sociocultural en que fue gestada (Estados Unidos), reconocen que la sociedad no ha logrado librarse de esta ideología individualista y competitiva, que parece mantener su fuerza actualmente; hecho que se evidencia en las actitudes sociales de exclusión y marginación de la persona adulta mayor de la interactividad comunal, manifestada en las diferentes formas de aislamiento.

2.6.2 El interaccionismo simbólico

Se reconoce a G.H. Mead como el padre de la perspectiva social nombrada por Herbert Blumer (1962) como “interaccionismo simbólico” que incluyen además de la teoría social de Mead, las teorías de Hartan Colley y William Thomas.

Desde esta teoría interesa la interacción entre el sujeto y el mundo, concibiendo el carácter dinámico y cambiante de ambos. También busca estudiar las interpretaciones que el sujeto hace del mundo social y las actitudes con que lo hace. Para ello el sujeto utiliza símbolos significativos, como una gama amplia de significados. Por lo que el sujeto, hace uso de sus capacidades mentales para interpretar los significados según la situación social a la que se enfrenta.

2.6.2.1 El proceso del envejecimiento desde el interaccionismo simbólico: teoría de la actividad social

La teoría de la actividad social, es la perspectiva que se enfrentó con la teoría del desapego. El desarrollo de la gerontología social nace de la discusión entre estas escuelas de pensamiento. Se debe señalar que la versión original de la teoría de la actividad no nace del interaccionismo simbólico, pero recurre a sus argumentos cuando sus autores fueron cuestionados por los seguidores de la teoría del desapego.

Según Salvarezza (1996) (quien la nombra teoría del apego), ésta considera que el aislamiento en el hombre es un problema y no un ideal, por lo que no puede considerarse el desapego como un proceso intrínseco del ser humano y mucho menos deseado por él. Se defiende la necesidad del ser humano de relacionarse con los otros, para satisfacer sus necesidades, por lo que la separación o el aislamiento puede ser parte de una patología o de la acción prejuiciosa y segregacionista que establece algunas estructuras sociales contra el adulto mayor.

Esta teoría se basa en que la actividad social de un sujeto le brinda satisfacciones mientras que el aislamiento afecta su bienestar individual. De tal manera cuando se confina a un adulto mayor en una institución (hospital, cárcel, asilo, etc.) se causa un impacto negativo ya que se aparta al “viejo” de la comunidad, imposibilitando su interacción con los otros miembros de la sociedad.

Los seguidores de la teoría de la actividad social, así como los interaccionistas simbólicos, defienden una noción del ser del individuo dependiente de la riqueza de sus interacciones; premisa básica, desde esta perspectiva, ya que si se aplica al envejecimiento como señala Hidalgo, G. (2001) “la noción del ser un “viejo” depende de la actividad interactiva social; en aislamiento su noción de ser se deteriora y su satisfacción con la vida, también. Los papeles sociales, que un individuo ejecuta le dan significado a la existencia de un individuo”. (p. 106).

Los defensores de esta teoría reconocen que el envejecimiento sí causa la pérdida de roles sociales (por ejemplo, deja de ser padre de familia, por la partida de los hijos o deja de ser trabajador, al jubilarse). Sin embargo, se apela a la sustitución como la clave del éxito adecuado, entendida por la pérdida de un rol pero la sustitución de éste por otro: de padre a abuelo, del trabajo a otras actividades (comunales, deportivas, etc.).

Este reemplazo y la sustitución de roles sociales son esenciales para lograr la valoración del individuo que envejece y la evitación de los sentimientos de caducidad y exclusión que tanto se le transmiten. Esta posibilidad le permite al adulto mayor encontrar nuevos ámbitos de participación y nuevas dimensiones de su papel social, de su ser social, dentro de un ambiente y de interacciones sociales que le permita sentirse útil, aceptado y deseado.

De allí que según Hidalgo, G. (2001) “... los interaccionistas simbólicos promueven una cierta rebeldía contra los estereotipos negativos que la cultura en general impone sobre los “viejos”. La educación y el activismo político son necesarios para modificar las normas y valores sociales con el fin de crear una mayor comprensión de la vejez”(p. 107).

Ello debido a que existe una tendencia por valorar las posibilidades de bienestar y de satisfacciones del adulto mayor comparándolo con las de las personas más jóvenes. Sin embargo desde esta teoría esto constituye un error, ya que la insatisfacción y angustia del “viejo” solo vendrá en aquellos adultos mayores que compitan con el recurso de sí mismo cuando jóvenes.

Según Salvarezza, (1996) la teoría del apego establece como secreto el buen envejecer la capacidad del sujeto para aceptar y acompañar sus declinaciones sin aferrarse a su juventud, lo que no significa renunciar sino mantener una lucha activa por lograr el máximo de satisfacciones disponiendo de las fuerzas con que se dispone en esa etapa.

Desprendimientos diametralmente opuestos que parten de la teoría de la actividad social y la teoría del desapego.

-La teoría del desapego aconseja a profesionales, familiares o amigos del adulto mayor, inducir o favorecer en este un apartamiento progresivo de sus actividades, como un paso de preparación esencial para la muerte.

-Contradictoriamente la teoría de la actividad social establece que la relación con éstos debe ser el mayor tiempo posible y si es el caso buscar sustitutos para éstas. Buscando con ello hacerlas sentir el valor de su vida y de vivirla plenamente.

Es desde esa perspectiva que se cimienta el marco referencial del presente trabajo, teniendo en cuenta que ambas teorías resultan pertinentes para tratar de comprender los fenómenos asociados al envejecimiento, y más específicamente podrían dar sustento al análisis de factores psicosociales vinculados a la institucionalización que inciden en la capacidad de autocuidado de los adultos mayores.

Además, el hecho de tomar en cuenta dos visiones intrínsecamente contradictorias, brinda herramientas teóricas para el análisis de los datos que se obtendrán con la investigación, pues permiten dilucidar desde cual referente se han nutrido las concepciones sobre la vejez y sobre el envejecimiento que los participantes han construido desde sí mismos dentro del marco social en que se han desarrollado. Lo cual incide al mismo tiempo, en las diversas prácticas de vida que constituyen el autocuidado integral de los adultos mayores participantes, como en las interacciones diarias que éstos establecen con otras personas dentro del ámbito institucional.

2.7 La institucionalización del adulto mayor: implicaciones de esta condición en su capacidad de autocuidado

Es importante iniciar este apartado, conceptualizando de forma general el término institucionalización, el cual se utiliza para “referirse a los acontecimientos de la experiencia individual y colectiva, asociados con la entrada del individuo, bajo la jurisdicción de una institución, como las cárceles, reformatorios, hospitales, hogares para ancianos, clínicas...” (Hidalgo, 2001, p.141).

En el caso de los adultos mayores, la institucionalización, acontece en diversos lugares como hospitales, centros diurnos, hospicios y en el caso que interesa a la presente

investigación, en los hogares de ancianos. Señala el autor anteriormente citado, que el proceso de institucionalización comenzó a preocupar a los gerontólogos, quienes no priorizan en el costo monetario de esta condición sino en el costo humano; pues se ha evidenciado que con frecuencia se institucionaliza a los ancianos, sin su consentimiento, como medio de remediar la serie de dificultades que éste experimenta, tales como la falta de apoyo social y la disminución de los recursos económicos.

Este fenómeno social de institucionalización crece proporcionalmente al crecimiento de la población adulta mayor, según Berutti y Buzeki (2001), aumentando con ello la demanda de instituciones que sean capaces de albergar a los adultos mayores que han sido considerados por sus grupos familiares como “no aptos para permanecer en las condiciones normales de la dinámica familiar”.

Estas autoras, plantean que el fenómeno de la institucionalización es una construcción social, cuya constitución obedece a la participación de diferentes actores, llámense estos familia, Estado, Sistema Educativo, y la red institucional de hogares para ancianos, asilos, etc. Son precisamente esos actores los que hacen del proceso de inserción del adulto mayor a una institución un proceso de cambio que puede favorecer su bienestar o puede ser percibido como una agresión a su propia volición y su capacidad de autonomía.

Con respecto a los hogares en que los ancianos permanecen permanentemente, señala Lehr (1980, p.296) que la “imagen de la residencia de ancianos es aún bastante negativa en mucha gente, sobre todo entre los viejos...”. Lo anterior se debería a que la idea de “residencia para ancianos”, aún conserva algo de su sello original, el asilo para ancianos sin medios de subsistencia, como estuvo representado a comienzos del siglo XVI.

2.8 Hogares de ancianos en el contexto costarricense

Según el registro histórico realizado por Salas (1988), los hogares de ancianos han surgido como una respuesta de las comunidades a los problemas primarios que enfrentan los adultos mayores, principalmente la indigencia y el abandono. Los hogares brindan los servicios básicos (alimentación, alojamiento, atención médica, entre otros), de forma permanente, además en algunas instituciones existen posibilidades de terapia ocupacional, física, programas de recreación, voluntariado, además del personal remunerado (administrativos, religiosos, mantenimiento, misceláneos).

Señala la autora que la idea de la creación de asilos u hogares de ancianos se remonta al siglo XIX y su aumento se da en la era industrial. Esto último porque en la fase industrial la vida familiar cambia, las funciones de convivencia y trabajo conjunto de producción agrícola, se debilitan; se abre paso a la familia nuclear, que delega sus funciones unificadas de familia protectora a otras instituciones especializadas como la escuela, guarderías, cárcel, hospital y hogares de ancianos.

Es precisamente en el contexto de la producción industrial que se da una valorización de la vejez como una etapa de retiro. Las limitaciones en la rapidez de ejecución del anciano hace que se la margine como trabajador, siendo visto como una carga económica de la que precisa liberarse.

En el contexto costarricense señala Salas (1988, p.28) que “ el proceso de creación de hogares para ancianos se ha dado dentro de la evolución del bienestar social. En una primera etapa de beneficencia, a finales del siglo XIX, se crearon el Asilo Carlos María Ulloa, en San José y el Asilo Claudio Volio, en Cartago”.

Menciona además que el mayor número de hogares se creó entre 1970 y 1980, en el marco de una etapa asistencial y del surgimiento de una corriente desarrollista. Es en 1980 que con el apoyo estatal, los grupos comunitarios consolidan cambios en la organización de los servicios, con nuevas tendencias introduciendo la terapia física, las actividades ocupacionales, recreativas, los grupos voluntarios y la participación de organizaciones estudiantiles. Paralelo a la creación de centros de atención diurna y albergues.

2.9 Implicaciones de la institucionalización en las dimensiones funcional, socioafectiva del autocuidado

Parece ser que al indagar en la incidencia de la institucionalización en el desarrollo integral del adulto mayor, el peso de los argumentos recae en las implicaciones negativas que ésta condición genera. Señala Hidalgo (2001, p.142) que “... se ha llegado a creer que las personas mayores adultas que son institucionalizadas, se hacen susceptibles a efectos adversos resultantes al verse confinados al control formal ejercido por la institución”.

Con respecto a los efectos de la estancia en la residencia, señala Leer (1980), que las investigaciones giran en torno a las siguientes conclusiones:

- Se ve afectado el amor propio, pues con la estancia en el centro, los adultos mayores se valorarían negativamente a sí mismos.
- Existe cierta disminución de la capacidad de adaptación, pues desaparecen determinados roles sociales debido a la pérdida de funciones.
- Existe una disminución de la frecuencia de los contactos sociales y de la actividad en general, con lo que puede sobrevenir un marcado deterioro senil de la personalidad.
- Se pueden dar ciertos cambios en cuanto a la referencia al tiempo; con el ingreso a la residencia la orientación hacia el futuro tropieza con un límite y se modifica la visión subjetiva del pasado.

Sin embargo señala la autora, que se debe tener cuidado en la generalización y comprensión de dichos efectos, pues existe una serie de estudios que indican que éstos no constituyen una consecuencia exclusiva de la estancia en una residencia, sino que dependen de las causas, de los motivos que han dado lugar al internamiento. Además, se debe tomar en cuenta que el efecto de la estancia en un hogar, también se relaciona con la clase y estructura de la institución que varía en cada caso particular.

En relación con lo anterior, Salas (1988) aporta varios criterios importantes. En primer lugar se señala que los servicios que brinda la institución son básicos: alimentación, albergue, lavandería, religiosos, médicos y enfermería. Existen otras opciones como la terapia ocupacional y física, nutrición, trabajo social, que no se contemplan por desconocimiento o falta de presupuesto.

En consecuencia, si no existen programas de apoyo que faciliten el ajuste al centro, en cuanto a información sobre su funcionamiento (reglas, horarios, días de visita familiar, servicios), el geronte evidenciará problemas en su adaptación. Además, si la persona adulta mayor no asiste a un programa ocupacional ni participa en actividades físicas regularmente, experimentará con mayor agudez, los problemas derivados de las pérdidas de seres queridos, la ausencia de roles económicos, productivos, entrando en la depresión o aislamiento.

Esta autora indica además que la inactividad del geronte dentro del hogar incide en su deterioro psicológico y social; siendo sobreviviente de ello aquellos ancianos que se valen por sí mismos, son independientes y buscan actividades manuales o agrícolas que

puedan desarrollar. Existen sin embargo, limitaciones como el desplazamiento o la demencia senil que generan una condición de deterioro más alta.

2.10 Pérdidas en el proceso de incorporación a un hogar de ancianos y su impacto psicológico en la vida del adulto mayor residente

La posición de muchos autores, se parcializa hacia los efectos negativos de la institucionalización, en relación concreta con la cotidianidad en que está inmerso el adulto mayor. Señala Walter (2001) que el ingreso a la institución marca el inicio de un proceso creciente de pérdida de independencia personal. Los residentes deben someterse a normas institucionales y de convivencia como horarios de comida, de descanso, de recreación, etc.; compartir lugares comunes, hasta los dormitorios, con personas desconocidas; resignar la pérdida, no solamente de su hogar, sino de todos los objetos que lo conformaban: muebles, plantas, animales, etc.; separarse de sus amigos, vecinos, familiares. Muchos son despojados de sus bienes por sus apoderados que se apropian de sus ingresos mensuales o de sus propiedades.

Al respecto agrega Salas (1988) que dentro del hogar, las actividades están bastante estructuradas con el fin de mantener una disciplina interna, por lo que los hábitos y costumbres propios son cambiados por los del centro. Esto contribuye a que las relaciones y la intimidad no sean favorecidas, pues el comportamiento en grupo, la conformidad y la vigilancia son muy comunes. Además habla de una debilitación de la seguridad psicológica, ya que las cosas se ponen fuera del control del residente.

Dentro de la institución es muy reducido el margen de opciones y son escasos los estímulos para fortalecer la independencia: no se cocinan, no se lavan la ropa, no limpian, ni reparan, ni mantienen el lugar de residencia. Otros, lo hacen por ellos. Hay personal capacitado para realizar todas las tareas, incluido su propia higiene y aseo. Es tan significativa la relación de dependencia que genera la institucionalización, que los residentes, en muchos casos y una vez que se adaptaron, son resistentes a las salidas a la casa de familiares, o a los paseos programados por la institución; y recién cuando regresan, vuelven a sentirse seguros.

En general Salas (1988) menciona que al darse el internamiento, los adultos mayores experimentan una sensación de pérdida de su seguridad emocional, motivada por

la separación física de los familiares que eran su sostén psicológico y en la pérdida de su rol productivo. Es aquí cuando su capacidad para enfrentar este cambio estará estrechamente relacionada con la experiencia previa, con los antecedentes, necesidades y capacidad de adaptación del geronte, que en las etapas anteriores a la vejez, ha puesto en práctica para enfrentar las distintas crisis que ha vivido, con el apoyo familiar y el ambiente que le rodea.

Otra dimensión implicada es la separación de la comunidad que vive el adulto mayor residente. El adulto mayor, como miembro participante de una comunidad, participaba de eventos religiosos, celebraciones cívicas o sociales propias de su realidad, de su entorno.

La posibilidad de permanecer dentro de éste le crea un sentimiento de pertenencia a un grupo social determinado, que experimenta como pérdida cuando es internado en un centro. Como menciona la autora citada anteriormente, los ancianos que son válidos, que pasean en los parques, que va a la iglesia, a centros de diversión, pierden estas posibilidades de recreación, pues en los hogares las salidas son reguladas, los horarios de visita son rígidos, existen restricciones para que grupos culturales, recreativos visiten el hogar, lo que fomenta la sensación en ellos de estar en condiciones de “preso”.

Al mismo tiempo ésta situación crea una imagen distorsionada en la percepción que los miembros de la comunidad tienen sobre las personas internadas, como seres improductivos, que requieren de silencio para estar en paz, mientras llega la muerte. Lo que fomenta estereotipos y prejuicios y la concepción de una atención meramente asistencial hacia esta población.

Por otra parte, en cuanto a la sexualidad de los gerontes, parece ser que dentro de los hogares “el personal considera que los ancianos no necesitan las relaciones sexuales, motivo por el cual se restringe el contacto entre ambos sexos en los corredores y en las actividades festivas; inclusive se supervisa su conducta” (Salas, 1998, p.29).

Sin embargo, existen otros factores, en especial, lo referente al ámbito familiar que permite hablar de una singularidad de efectos que experimenta el anciano que ingresa a un hogar; creando la posibilidad de que éstos no resulten completamente negativos para esta población.

Al respecto Lehr (1980) señala que para muchos ancianos, la residencia pasa por la última e irrevocable estación de la vida, siendo repudiada a causa de su característica de

algo definitivo, o como lugar de retiro para los que “son rechazados por la familia”. Pero señala la autora, que diversos estudios señalan que en las personas que ya viven en las residencias, los sentimientos de rechazo desaparecen. Un dato interesante es que los ancianos que mantienen un estrecho contacto con sus hijos y que están satisfechos con sus roles de padre y abuelo son los que adoptan una actitud más positiva respecto a su vida en un hogar.

Incluso las condiciones anteriores al ingreso a la institución inciden en la vivencia positiva o negativa y desenvolvimiento mediante esta forma de vida, lo que al mismo tiempo se relaciona con aspectos de género. Por ejemplo, la autora citada anteriormente menciona que en investigaciones realizadas con grupos de mujeres de residencias para ancianos, éstas expresaban complacencia por el orden, la seguridad y la estabilidad que observaban. Señalaban un ampliación de contactos sociales, que contribuían a la rápida habituación a la residencia entre aquellas mujeres que por diversas circunstancias de la vida, llevaban una existencia de aislamiento.

Sin embargo, los hombres participantes en dichos estudios experimentaban una ambivalencia, porque denotaban por un lado, que sentían una necesidad más intensa de dependencia y deseo de ser cuidados y atendidos, al ingresar a la residencia; pero al mismo tiempo experimentaban una cierta “pérdida de libertad” y por ende resistencia a la dependencia, lo cual les creaba ciertos conflictos.

Otro aspecto relevante habla de que la vida que venía construyendo el adulto mayor desempeña un importante papel, en la vida actual dentro de un hogar. La satisfacción con el destino seguido hasta entonces y el sentimiento de haber cubierto ampliamente los propios fines facilitan la vida en el hogar. Además, el que personas con una gran capacidad de contacto social que antes de su ingreso en la residencia cultivaban sobremano el trato social, se habituaban más rápidamente a la vida en la misma y manifestaban una mayor satisfacción por hallarse allí que aquellas tenían mayor dificultad para los contactos sociales antes de su internamiento.

2.11 Entorno físico, barreras arquitectónicas y su incidencia en las prácticas de autocuidado del geronte

Desde una perspectiva integral del autocuidado, las condiciones físicas, el ambiente en que está inserto el adulto mayor son factores influyentes en las posibilidades de éste, para la actuación autónoma y en el logro de condiciones adecuadas para su desarrollo físico y socioemocional. En primera instancia, el lugar geográfico en donde se ubica la institución puede agudizar o favorecer el sentimiento de pérdida y marginación del adulto mayor. Existe “una tendencia a construir centros para ancianos alejados geográficamente de la ciudad. Esto representa para la persona que ingresa al centro una ruptura involuntaria con el medio exterior, un abandono de los vivos con la perspectiva de la muerte” (Salas, 1988, p.29).

En cuanto a las barreras éstas son definidas por Araya (1992, p.25) como “obstáculos físicos que limitan el desempeño de las personas en el espacio. Son obstáculos tangibles que afecta más o menos a las personas, según sus capacidades en un momento dado. Este concepto a veces se reduce a lo que se ha denominado barrera física, que sólo abarca los elementos u objetos que limitan o dificultan su desplazamiento.

En este sentido el autor afirma que en el caso de los ancianos, los factores fisiológicos, sensoriales y personales (gusto, experiencia, estado anímico y rol actual) inciden en la necesidad de un espacio idóneo en función de sus necesidades, potencialidades y limitaciones; ello porque esta población requiere desplazarse a un ritmo y velocidad menores; la diferencia entre su desplazamiento y el flujo de los demás constituye un obstáculo para él. El geronte necesita superficies más regulares, elementos de apoyo, mayor tiempo para desempeñarse y reaccionar.

Lo anterior lleva a señalar que en un hogar de ancianos, el geronte se enfrenta a un entorno distinto a aquel en que desarrolló actividades más dinámicas en etapas previas de su vida. Dentro de este contexto, menciona Araya (1992) que el espacio arquitectónico puede ser un elemento antagónico para su bienestar actual, pues puede inhibirle de realizar ciertas actividades. Requiere entonces de opciones, que le permitan ejercer sus facultades plena y edificantemente.

En cuanto a las implicaciones psicosociales del hogar de ancianos como un espacio arquitectónico, señala el autor que “el sentido de propiedad y de control del territorio que

poseía el anciano pasa de ser una facultad personal a una disposición administrativa. El libre tránsito, el horario, la magnitud y calidad del espacio para uso y disposición particular, están normatizados” (Araya, 1992, p. 32).

En este sentido, cuando una persona que ha vivido en un medio propio debe ingresar al hogar, encuentra no sólo restricciones en el entorno, sino un modo de vida distinto. Se le limitan las opciones sobre los sitios a dónde ir, las personas con quienes relacionarse y las actividades que puede realizar. Por lo que sus iniciativas y su accionar independiente pueden ser afectados por la calidad del espacio y por las deficiencias funcionales y operativas. Según el autor mencionado, es por eso que las instalaciones deben satisfacer las expectativas del anciano y en especial cumplir con los requerimientos para la operación institucional eficiente.

2.12 Relación adulto mayor- cuidadores y su incidencia en las posibilidades de autocuidado del adulto mayor

En cuanto a los actores sociales que se relacionan con los ancianos, al interior de este contexto institucional, algunos autores señalan que los vínculos de dependencia que se establecen en los hogares se relacionan, como lo señalan Berutti y Buzeki (2001) con la percepción que tienen los miembros del personal de la institución en la que se encuentra el adulto mayor. Es así como puede suceder que en el discurso, incluso analógico de los cuidadores y demás encargados se exprese una tendencia a la masificación de los ancianos, a la despersonalización, pensando en el trato igualitario como el ideal de la atención.

De tal manera, se configuran prácticas de cuidado que terminan cosificando a los individuos al negar las diferencias entre ellos. De manera que siendo percibidos como “cosas” actúen en correspondencia con ello, y abandonando así su papel activo, inclusive para con su propio cuidado.

Además de la cosificación, Berutti y Buzeki, señalan otro fenómeno que ocurre con frecuencia en el contexto institucional. Las autoras mencionan que en ocasiones y probablemente debido a los procesos educativos de la sociedad la etapa de la vejez es percibida como el reinicio del ciclo vital, es decir que cuando se es anciano, las condiciones de vida vuelven a ser similares a las de la primera etapa de la vida, se vuelve a ser niño de nuevo. Con esa infantilización del adulto mayor es mucho más probable que el

ingreso a una institución esté marcado por el aumento en los vínculos de dependencia, tanto a nivel físico como emocional.

Para las autoras Beirutti y Buzeti (2001), es importante señalar también como aspecto relacionado a la disminución de la autonomía en los adultos mayores institucionalizados, el hecho social que implica el ingreso del anciano a la institución. Al respecto mencionan el papel que juega la percepción que tiene los cuidadores de la institución con respecto a la familia que “deposita” al adulto mayor en el hogar, o cualquier otra modalidad de institución en la que se le haga permanecer. En un estudio realizado por dichas autoras en una institución privada en Argentina lograron reconocer algunos prejuicios que los cuidadores manifestaban con respecto a las familias, a quienes consideraban irresponsables y abandonicos, por el hecho de haber internado a sus parientes.

Pero en el proceso de institucionalización del adulto mayor, el incremento de la dependencia de estos hacia sus cuidadores u otros encargados, no solo es percibido como nocivo para el anciano, sino que la situación es vivida muchas veces con hostilidad por su contraparte. La pérdida de la autonomía del adulto mayor puede resultar incómoda y molesta tanto para el anciano como para la propia institución, que debe enfrentar ahora la necesidad de aumentar los esfuerzos para brindar la atención y suplir las necesidades del adulto mayor.

Incluso es habitual que se excluya al familiar de muchas de las decisiones sobre las rutinas cotidianas del anciano. En este contexto la institución termina sosteniendo el sentimiento de culpa que experimenta el familiar cuando decide internar al anciano, sentimiento que permanece gracias al refuerzo que le proveen las actitudes de los propietarios. (Beirutti y Buzetti, 2001, p.3).

Frente a esa actitud que los cuidadores le adscriben a la familia del anciano, muchas veces el personal de la institución termina por asumir esos roles afectivos y de cuidado que la familia rechazó, llevándolos en algunas ocasiones al establecimiento de vínculos de dependencia afectiva que podrían lejos de beneficiar, perjudicar al adulto mayor, pues se puede incurrir en el error de infantilizarlo, o percibirlo como indefenso, incapaz de su propio cuidado. Es así como muchas veces los adultos mayores institucionalizados son despojados total o

parcialmente de su independencia; pero esto no significa que todos los adultos mayores atraviesan el mismo fenómeno. Por el contrario, hay personas que siguen ejerciendo plenamente sus derechos y aún cuando hayan sufrido una pérdida de autonomía sobre el control de su cuerpo, son respetadas y consultadas en sus deseos y decisiones.

Según Walter (2001), ésta es una actitud ante el propio envejecimiento, por parte del envejeciente y ante la vejez en general por parte del grupo familiar y social del entorno más próximo, que consideran a la etapa de la vejez como una etapa más de la vida, de la cual nadie está exento, y que debe ser vivida con la dignidad que corresponde a todo ser humano. Ahora bien, si el contexto en que será vivida es un hogar de ancianos, Lehr (1980) aporta un elemento trascendental al señalar, que si existe un rechazo tan extendido de las residencias de ancianos, de la vivencia de que se trata de algo definitivo y que es sinónimo de la ruptura de los lazos familiares, sería necesario tomar medidas para facilitarle al anciano el cambio que supone el ingreso.

En este sentido, sería importante modificar y evaluar esta imagen negativa predominante, demostrando que la residencia para ancianos no supone forzosamente una “sala de espera sin fin”, sino que en estos lugares, mediante elementos como medios de esparcimiento, ordenación racional del tiempo libre, estrategias de activación física y emocional, la vida puede llenarse de contenido y enriquecerse con vivencias.

Por ello señala la autora que “una residencia no debe estrechar el horizonte, ni limitar la esfera de la vida, sino que ha de contribuir a ampliarlo y abrirles a los ancianos un abanico de posibilidades, que de otro modo no podrían tener” (Lehr, 1980, p.299). Lo anterior, implica una revalorización de las condiciones de vida que se promueven en los hogares de ancianos, de la posibilidad que éstos tienen de conducirse de forma autónoma, de vivenciar la importancia de cuidarse a sí mismos según sus posibilidades físicas y de buscar medios para enriquecer su “día a día”, sin esperar a que otros propongan o hagan.

2.13 De la familia al hogar de ancianos: repercusiones en la capacidad de autocuidado integral del adulto mayor

En un intento por conceptualizar el término familia, parece ser que dicho concepto ha ido cambiando a través del tiempo, ya que la familia es una institución social que responde a las características y demandas sociales, económicas, políticas e ideológicas de cada cultura.

Villareal (citado por Chávez, 1993, p. 5) habla de la familia con la particularidad de concebirla como un “escenario de conflictos, en la medida en que está integrada por personas que están tratando de conciliar sus propios intereses y necesidades con las necesidades e intereses del grupo familiar en su conjunto”.

Lo anterior se complejiza si se parte de que el aumento en las expectativas de vida llevan a reestructurar la vida en familia, pues cada vez en más hogares se debe convivir con personas adultas mayores. Lo que según el autor permite hablar de un aumento de las familias multigeneracionales, creando una situación de enriquecimiento para las generaciones nuevas que pueden nutrirse de la experiencia y sabiduría de los ancianos; pero al mismo tiempo afecta a cada uno de los miembros que las componen (incluyendo al anciano), los cuales deben hacer ajustes para responder a los cambios de la dinámica familiar.

Ahora bien, alrededor de la vida de una familia con un miembro adulto mayor, se han establecido una serie de concepciones que algunos autores identifican como mitos. Sobre estos mitos Mckenzie (citado por Chávez, 1993) menciona que:

- La mayoría de la gente cree que si las personas ancianas no son alojadas en las instituciones, terminan viviendo con miembros de su familia, generalmente con hijos. A esto se contraponen estudios, en este caso norteamericanos, que señalan que el 90% de los adultos mayores manifiestan que quieren vivir solos. Por lo que viven con sus hijos generalmente cuando existen problemas económicos o de salud.
- Otro mito es que las personas ancianas son abandonadas por sus hijos. Sin embargo, según este autor, una importante cantidad vive con sus hijos (tres cuartas partes); pero si tienen los recursos económicos y la salud necesaria, prefieren vivir solos, aunque manteniendo los vínculos y el contacto con sus familiares.

- Existe también la creencia de que la mayor parte de los ancianos absorben los recursos económicos de sus hijos o de otros miembros de la familia, como una carga más. Sin embargo, muchas veces las personas mayores son una fuente de recursos que contribuye también al hogar con dinero y con trabajo; incluso cuidan a sus nietos, realizan encargos o hacen arreglos caseros, mientras que sus hijos u otros familiares trabajan.
- Por último, otro mito hace creer que los hijos son responsables del cuidado de los ancianos. Pero muchas veces los ancianos no les atribuyen tal peso y opinan que ellos pueden cuidarse solos. Los ancianos quieren independencia y autonomía. Si bien aceptan el consejo de sus hijos sobre todo en aspectos económicos, no siempre resulta fácil la relación entre unos y otros.

2.14 Factores del entorno familiar que interactúan en la decisión de internamiento del adulto mayor

Es importante aclarar que, según Salas (1988) las solicitudes de internamiento en los hogares de ancianos son por lo general formuladas por grupos de la comunidad, instituciones de asistencia médica y de bienestar social. En estos casos la institución se convierte en la única posibilidad que se tiene de asegurar la supervivencia de ancianos que presentan limitaciones físicas, situaciones sociales de difícil tratamiento como la vagancia, la prostitución, la mendicidad y la carencia de familiares. Sin embargo una cantidad importante de casos, registran que los gerontes ingresan por gestión de sus familiares, quienes manifiestan dificultades para atenderlos o evidencian rechazo, abandono, maltrato físico y emocional.

Según Scaglia y Mammana (2001) la desvinculación del anciano también obedece a las actitudes adoptadas por su entorno. La vida de la familia, responde a distintos tipos de crisis que plantean desequilibrios temporarios y reasentamientos posteriores. El anciano inmerso en un sistema inmaduro de familia no tiene posibilidades de resolver su crisis de envejecimiento; y ya que el anciano es un emergente de un grupo conflictivo, su situación durante este proceso se agrava aún más. Para aclarar la función e incidencia de la familia en el proceso de desarrollo autónomo del adulto mayor, los autores señalan una tipología de la familia según el manejo y tipo de relaciones que mantienen con sus miembros adultos mayores. Dentro de ésta clasificación se encuentran:

-Familias sobreprotectoras: Las que anulan su poder de decisión y esta posición protectora deja de ser afectiva para ser evidentemente asfixiante. Adoptan actitudes invalidantes y los apartan progresivamente de todo tipo de actividades.

-Familias distantes: En estas familias los ancianos viven distanciados y los integrantes del grupo mantienen una postura de indiferencia. No participan de las decisiones familiares y manifiestan desinterés aislándose por falta de reconocimiento de su entorno; perdiendo gradualmente sus habilidades sociales.

-Familias abandonicas: Frecuentemente lo institucionalizan, a veces innecesariamente; y transfieren totalmente a la institución la responsabilidad de hacerse cargo de él. En algunos casos los despojan de bienes y pertenencias.

Aunado a ello, menciona Salas (1988) que el internamiento en los hogares, también está relacionado con el desconocimiento de la familia acerca de otros recursos con los cuales pueden contar, como los servicios de atención médica, general y especializada, centros de cuidado diurno y entidades que proporcionan equipo para la movilización del anciano.

2.14.1 Impacto psicosocial de la transición familia- hogar de ancianos

Tomando en cuenta que el sentimiento de aprecio y de valor son fundamentales en la existencia del ser humano, éstas manifestaciones son sumamente relevantes, en especial en la etapa de la vejez, sobre todo si vienen de los parientes. Además la percepción de sí mismo, que tiene el adulto mayor y que forma parte de su autoestima se desarrolla por la interacción continúa entre éste y su ambiente, que incluye a las personas que le rodean cotidianamente.

Estos elementos se ponen en juego en la permanencia del adulto mayor en la situación de traslado hacia los hogares de ancianos, que experimentan algunos ancianos. Señala Salas (1988, p.31) que “muchos familiares aceptan voluntariamente, al principio, las responsabilidades de cuidar al anciano, por un sentido de deber moral; pero cuando pasa el tiempo, la responsabilidad es molesta, especialmente cuando el anciano pierde el sueño, presenta acusaciones paranoides, alguna enfermedad invalidante o terminal.” De esta forma los parientes comienzan a sentir al anciano como una carga intolerable, produciéndose

problemas en las relaciones afectivas, rechazo y origina la decisión de internamiento, lo cual puede producir al mismo tiempo un sentimiento de culpa en la familia.

Una vez tomada dicha decisión, según la autora citada anteriormente, la relación entre familiares y el geronte no es directa. En primer lugar, muchos parientes toman potestades como establecer el aporte económico que se dará a la institución aunque la pensión sea del anciano; explican detalladamente la problemática del solicitante sin permitirle expresar sus preferencias o decisiones finales.

Cuando se da el ingreso, muchas familias asumen una actitud depositaria, dejando a cargo de la institución la responsabilidad de cuidar al residente. Limitan su papel a las visitas, que no son siempre frecuentes. Esta situación puede incidir directamente en un paulatino deterioro físico y mental que fomenta el aislamiento social; por lo que si no se promueve a nivel institucional un acercamiento entre familia y residentes, se desaprovecha una oportunidad de vinculación afectiva permanente, de contacto con el medio exterior, de posibilidades de recreación.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Introducción al marco metodológico (enfoque metodológico general)

Llegados a este punto se hace necesario plantear los distintos elementos que orientaron la estructura operativa de la presente investigación, y que se convirtieron en el soporte instrumental en el que se sustentó el trabajo de campo y las sucesivas fases de recolección y análisis de la información.

En este capítulo se ratificó la postura paradigmática de las investigadoras así como los recursos epistémicos desde los cuales se abordó dicha investigación. En este sentido el trabajo fue asumido a partir de los supuestos teórico metodológicos planteados por el enfoque de investigación cualitativa, desde la perspectiva fenomenológica dada las características del tema en cuestión.

Podrán además hallarse con detalle, las características de los participantes en el estudio, las técnicas e instrumentos a utilizar y la descripción de los escenarios involucrados.

3.2 Tipo de Estudio

El presente estudio, se llevó a cabo desde la perspectiva de la investigación cualitativa, que tiene por objetivo, indagar en el tema de la influencia de la institucionalización en la capacidad de autocuidado de los adultos mayores que residen permanentemente en un hogar de ancianos del área metropolitana. Dentro de este marco investigativo se pretende lograr una “descripción íntima” de la vida social”(Geertz, citado por Taylor y Bogdan, 1987).

Específicamente se busca profundizar en el contexto y los significados de los acontecimientos y escenas importantes para los participantes, teniendo como punto de partida su propio discurso, su cotidianidad y el reconocimiento de su protagonismo en el proceso investigativo. Lo anterior cobra valor, tomando en cuenta que el tema de la institucionalización y la capacidad de autocuidado en los adultos mayores ha sido

escasamente abordado en nuestro país, y las investigaciones hechas al respecto han tratado de vincular estas categorías priorizando siempre en los aspectos médicos del autocuidado.

Ahora bien, dentro de este paradigma investigativo, la investigación se perfila como fenomenológica, pues enfatiza en lo individual, en la experiencia subjetiva. En este sentido “se busca conocer los significados que los individuos dan a sus experiencias. Intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando” (Barrantes, 1999, p. 152).

De ahí que sea el interés de este estudio incursionar en la temática incorporando aquellos elementos que no han sido retomados para valorar el autocuidado desde la visión integral, y específicamente en contextos institucionales que no han sido explorados como lo son los hogares de ancianos. Para ello se otorgó especial atención a las implicaciones que en la cotidianidad de los adultos mayores tiene el concepto de autocuidado integral, retomando todas las dimensiones de sus experiencias de vida (religiosas, espirituales, socioafectivas, físicas, etc) dentro del hogar de ancianos en el que estas se desarrollan.

En este sentido, abordar las distintas dimensiones que confluyen en la capacidad de autocuidado integral en su vinculación con la experiencia de institucionalización por la que estos adultos mayores han atravesado, permitió un acercamiento a una temática que pese a que implica un abordaje holista del desarrollo en la etapa de la vejez, es relativamente desconocida, por lo que existe poca información y estudios al respecto en el contexto nacional.

Rescatar la vivencia propia de las personas adultas mayores, en los contextos particulares a los que pertenecen, permite desde esta postura de investigación fenomenológica acceder al conocimiento en la medida en que como lo plantea Barrantes (1999, p .21) este “[el conocimiento] es posible porque es el resultado de la postura que frente a la realidad asuma el sujeto, en interacción con otros”.

De allí el propósito de crear un aporte teórico referencial, para ampliar el abordaje limitado a la visión biomédica, que ha predominado en la comprensión de ésta temática.

3.3 Acceso al campo

Para iniciar con el trabajo de campo, se realizó el contacto inicial con las autoridades administrativas correspondientes en el hogar de ancianos que se eligió Dicho

contacto pretendía lograr su apertura con respecto a la temática y los propósitos del presente estudio y establecer los parámetros para la incorporación de las investigadoras a la institución. En vista de las características dentro de las que se enmarca el trabajo, se contó con el respaldo de la tutora de la investigación en su calidad de funcionaria de la Universidad Nacional, para respaldar con una petición escrita el trámite del permiso de ingreso al hogar de ancianos.

3.4 Descripción del escenario

El hogar de ancianos dentro del cual se realizará la institución es el Hogar Alfredo y Delia González Flores, ubicado en la Puebla de Heredia. Esta institución es el lugar de residencia de 140 adultos mayores aproximadamente. Cuenta con una infraestructura amplia conformada por un edificio de oficinas administrativas, una casa donde residen 10 adultos mayores, tres pabellones de cuartos, algunos cuartos individuales aparte de los pabellones, una capilla, una pulpería, una sala de fisioterapia, un salón multiusos, un taller, amplias zonas verdes, una huerta, un comedor, una lavandería, entre otros.

El hogar cuenta con los servicios de una junta directiva, secretaria, trabajadora social, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional. La ubicación de los adultos mayores en los pabellones o cuartos se realiza bajo el criterio de situación socioeconómica que éstos poseen y la condición física y mental que manifiesten. La institución ofrece servicio de lavandería, comedor, terapia física, talleres diversos a cargo de la terapeuta ocupacional o de estudiantes, entre otros.

El cuidado de los adultos mayores, su atención así como la limpieza de los diversos lugares está a cargo de 8 cuidadoras, quienes se organizan por pabellones o sectores para realizar sus labores diarias.

3.5 Definición conceptual de categorías de análisis

El proceso de recolección y análisis de los datos obtenidos en el trabajo de campo, se realizó partiendo de algunas categorías conceptuales planteadas a la luz del análisis teórico inicial. Estas fueron consideradas por las investigadoras como marco referencial para el procesamiento de información, sin embargo cabe mencionar que no eran definitivas

en vista de que estarían sujetas al replanteamiento y de ser necesario a su correspondiente reelaboración.

Las categorías iniciales fueron:

3.5.1 Capacidad de Autocuidado Integral:

Según Orem (citado por Lau, 1999), se puede entender autocuidado como una conducta que se aprende y que surge de la combinación de experiencias cognitivas y sociales. Esta conducta se refleja en la capacidad de la persona de realizar exitosamente las acciones necesarias para producir el resultado deseado y puede convertirse por sí misma, o con la ayuda de otros, en su propio agente de autocuidado.

Para efectos de este estudio se manejan dos dimensiones: - autocuidado integral previo a la institucionalización y – autocuidado integral durante la permanencia en la institución.

3.5.1 Sub Categorías del autocuidado integral:

La capacidad de autocuidado se concibe desde una perspectiva integral. No obstante, para efectos de la presente investigación se visualizó en distintas dimensiones:

3.5.1.1 La autonomía funcional: entendida como la capacidad de la persona para adaptarse a los problemas cotidianos y de realizar las actividades de la vida diaria (bañarse, vestirse, caminar, entre otras). (Pérez y Domínguez, s.f.).

3.5.1.2 Factores sociales: enfatizan en la relación que existe entre el adulto mayor y su entorno, entendido como el medio social en que se desenvuelve; tomando en cuenta las relaciones que establece y las actividades sociales en que participa, como recursos para desarrollar su capacidad de autocuidado integral (Orem, citado por Lau, 1999).

3.5.1.3 Factores psicoafectivos: relacionados con el autoconcepto, el nivel de autoestima, la autonomía, el manejo de pérdidas, la autoeficacia, como elementos que favorecen o limitan cognitivamente la capacidad de autocuidado integral del adulto mayor. (Viguera, 1998).

3.5.1.4 Factores relacionados: el concepto amplio del autocuidado incluye también las esferas de la recreación y la espiritualidad como áreas intrínsecas en el desarrollo humano (Orem, citado por Lau, 1999).

3.5.2 El Proceso de Institucionalización:

Para efectos de este estudio, se concibió la institucionalización como “los acontecimientos de la experiencia individual y colectiva, asociados a la entrada del individuo bajo la jurisdicción de una institución...”(Hidalgo, 2001, p.141). En este caso se buscó profundizar en dichos acontecimientos desde la vivencia diaria de los adultos mayores que residen permanentemente dentro de un hogar de ancianos. Además de indagar los factores sociales (culturales, familiares, económicos) que inciden en el ingreso de ésta población a instituciones de carácter permanente.

Específicamente se tomaron en cuenta los siguientes elementos

- historia previa a la institucionalización del adulto mayor
- proceso de adaptación del adulto mayor a la institución
- relaciones interpersonales que establece el adulto mayor con otros actores dentro de la institución.
- Participación del adulto mayor en la dinámica institucional.

3.6 Criterios de selección y fuentes de información

El estudio se realizó con ocho adultos mayores, cuatro hombres y cuatro mujeres residentes de un hogar de ancianos de la provincia de Heredia. Los criterios de escogencia de los participantes fueron: adultos mayores así identificados por el criterio de edad igual o superior a los 65 años, (esto como criterio de validación del término adulto mayor) que se encuentren en un hogar de ancianos, y cuya permanencia en la institución se considere como definitiva por la administración del hogar.

Es importante mencionar que se tomó en cuenta un criterio relacionado con la alfabetización, en cuanto a que los participantes pudieran leer y escribir como nivel básico de educación, considerando que a nivel teórico la escolarización es un factor importante en la capacidad de autocuidado, pues proporciona cierto nivel de autonomía.

Además se incluyó la variable de género en relación con la capacidad de autocuidado, por lo cual el grupo de participantes estuvo conformado equitativamente por hombres y mujeres. Con base en lo cual se trató de explorar las posibles variaciones de género en relación al autocuidado.

Estos fueron los factores que se delimitaron en cuanto a los participantes en el estudio, con base en la flexibilidad de un estudio de tipo cualitativo como lo es este, que permitió seleccionar las características de los participantes, lo cual intentó garantizar ciertas condiciones consideradas necesarias para el abordaje de esta temática. Sin embargo es necesario aclarar que los criterios señalados no limitan de ninguna manera la emergencia en los participantes del estudio, de condiciones y elementos novedosos que pudieran en su momento ser incorporados como parte trascendental del análisis de la experiencia.

3.6.1 Definición de otras fuentes

Por otra parte se busca integrar en el estudio al personal administrativo del hogar de ancianos (directores (as), trabajadoras sociales, entre otros), a los cuidadores (as) y personal voluntario que interactúa diariamente con los participantes, pues su participación es imprescindible para lograr objetivos particulares propuestos en la investigación. Esto porque desde su incorporación al estudio se hará posible la consecución de información de orden operativo referente a las condiciones de vida, las regulaciones y manejo administrativo de los espacios estructurales e interactivos del hogar que puedan vincularse con la capacidad de autocuidado que manifiesten las personas adultas mayores participantes. Se incorporaran a estos participantes mediante la información que puedan brindar a través de la observación y la entrevista.

3.7 Estrategia metodológica

Por las características de la investigación, el presente estudio hizo uso del procedimiento analítico que propone la teoría fundamentada (Grounded theory), denominado Método de Comparación Constante (MCC), pues proporciona una guía para el análisis de datos de estudio de caso. Como lo señala Valles (1999) la meta principal desde este método, es generar, respecto a la cuestiones que se investiguen, categorías conceptuales, sus propiedades (aspectos significativos de las categorías) y las hipótesis (o relaciones entre ellas).

Específicamente, se proponen una serie de momentos en el análisis cualitativo, que orientaron dicho proceso en la presente investigación:

-La comparación de “incidentes” (observaciones, fragmentos de entrevista) que posibilita el paso de los datos brutos a la categorización inicial con el fin de abrir la indagación.

- El desarrollo de las categorías iniciales, en la que se realiza una búsqueda sistemática de propiedades (condiciones bajo las que varía, las interacciones de los actores, las estrategias y tácticas de estos, las principales consecuencias). Al mismo tiempo que se realiza una escritura de notas de análisis e interpretación sobre las ideas que surgen durante la codificación.

-La integración de categorías y sus propiedades, que busca la organización creciente de los componentes de la teoría (de las categorías, sus propiedades y las hipótesis; éstas últimas como respuestas provisionales acerca de las relaciones entre las categorías conceptuales).

- La delimitación de la teoría en función de la explicación y comprensión del fenómeno en estudio mediante la búsqueda de categorías centrales, en el cual la teoría se va focalizando e integrando cada vez más. Hasta llegar al último momento de escritura de la teoría elaborada.

Es importante señalar que el proceso de análisis de los datos no estuvo limitado a un momento único y específico de la investigación, sino que como lo señala Barrantes (1999, p 169) “puede decirse que tanto la recolección de datos como el análisis están entrelazados en todo el proceso de investigación”. De modo que es propio de este tipo de experiencias de investigación el plantearse y replantearse la existencia de categorías de análisis de la temática que pueden irse desechando, ampliando o incorporando a lo largo del proceso, a partir de la recolección de la información en distintas fases del trabajo de campo.

Con base en la recolección de los datos, se inició el proceso de análisis de la información, que al mismo tiempo posibilitó realizar el procedimiento de triangulación propio de la investigación cualitativa. En este momento, los datos aportados por los adultos mayores en la entrevista, los registros de las observaciones participantes y las entrevistas de los administrativos y los cuidadores, fueron “vacías” en matrices de análisis que permitieron organizarlas en función de las categorías de análisis elaboradas, y además se pudo elaborar nuevas categorías, que emergieron del análisis de la información.

Se empleó en el análisis el marco referencial de la investigación como sustento teórico que apoyó el análisis de los datos. Este proceso de contrastación de los datos permitió visualizar el problema y sus elementos desde distintas posturas, lo cual enriqueció del material con aportes que podían o no ser congruentes entre sí.

3.7.1 Instrumentos y Técnicas

Con el fin de recopilar la información para el desarrollo de la investigación se emplearon varias técnicas de investigación, que permitieron el cumplimiento de los objetivos propuestos, las cuales se describirán a continuación.

3.7.1.1 Estudio de Casos

En la presente investigación, se utilizó el estudio de casos como una técnica investigativa, por las posibilidades que ofrece de profundizar en los rasgos y las características de cada caso participante, en búsqueda de descripciones, interpretaciones, explicaciones y narraciones, como insumos para la comprensión de todos los aspectos implicados en las condiciones de vida de los participantes dentro del ambiente particular en que se desarrollan.

El estudio de caso se constituyó en una técnica apta para los fines de esta investigación, pues permite ahondar en la temática explorando las particularidades del fenómeno y la inclusión de ciertas categorías de análisis, rescatando particularidades sin pretender la generalización de los resultados; permitiendo así representar el mundo como los adultos mayores participantes y las investigadoras lo experimentan; tratando de revelar lo que Stake (citado por Mackernan, 1999, p. 96) llama “las interrelaciones de orden superior dentro de los datos observados”.

En general, el estudio de la particularidad, en tanto vivencias, pensamientos y prácticas de vida que caracterizan a cada adulto mayor dentro de un contexto institucional específico, no se agotó en la descripción de la capacidad de autocuidado de los participantes, pues el análisis de estas realidades permitió comprender e interpretar los hechos y situaciones sociales que enfrentan los sujetos dentro de una etapa vital y un

contexto social determinado; como múltiples y complejas realidades a las que hay que dar respuesta mediante medidas de carácter institucional.

Es importante mencionar que dentro de la metodología del estudio de casos se emplearon tres técnicas de investigación que responden al interés de visualizar los casos desde diversos puntos de vista. Específicamente se emplearon la observación participante, el relato de vida y la entrevista estructurada. Posteriormente se consideró necesario implementar el uso de imágenes como técnica proyectiva que permitió explorar algunos aspectos de importancia que parecían no estar del todo claros aún.

3.7.1.2 Observación Participante

La observación participante se utilizó como una técnica que permite conocer la cotidianidad de los participantes en el propio contexto institucional en que éstos se desenvuelven. (ver Anexo #1) . Al respecto se señala que:

“El observador participante reúne los datos tomando parte en la vida diaria del grupo o de la organización que estudia. Observa a las personas que está estudiando para ver a qué situaciones se enfrenta de ordinario y cómo se comportan en ellas. Entabla conversación con algunos de los participantes en estas situaciones o con todos ellos y descubre sus interpretaciones de los acontecimientos que él ha descrito” (Becker, citado por Mackernan, 1999, p.80).

En este sentido, involucrarse y participar en la cotidianidad de los adultos mayores dentro de los hogares de ancianos, realizando registros de los acontecimientos y las actividades, de las interacciones, las conversaciones, los vínculos entre los diferentes actores (inclusive las investigadoras), en un proceso que apoya los objetivos de identificar las prácticas de autocuidado integral de los participantes, valorando la relación de éstas con los diversos factores e implicaciones físico- estructurales, administrativas, psicosociales, relacionales (interacciones adultos mayores- cuidadores- voluntarios), que la investigación se propuso abordar.

La observación participante permitió a las investigadoras, introducirse en las rutinas de los adultos mayores de la institución, de modo que lejos de ser percibidas como agentes externos, fue posible convertirse en parte de la cotidianidad, y así registrar a partir de la

vivencia y la observación aquellas situaciones vinculadas con la temática del autocuidado en función de las vivencias en la institución.

3.7.1.3 Relato de vida

Para efectos de la investigación se empleó la técnica biográfica del relato de vida (ver anexo #2) , la cual señala Valles (2003), mediante entrevistas en profundidad a cada uno de los participantes del estudio (relato único), permitirá devolver el protagonismo a los propios actores, en un proceso de recreación de su historia antes y después de su ingreso al hogar de ancianos.

Se enfatizó en la posibilidad que brinda la técnica de “recuperar el pasado y dejarse mirar mientras esto se hace” (Delgado y Gutiérrez, 1999, p.275); de forma tal que el adulto mayor participante no es el sujeto del pasado, sino el que lo reconstruye desde su presente marcado por el cambio en su contexto de desarrollo y en su modo de vida.

En el ambiente del hogar de ancianos, se buscó conocer lo social a través de cada relato de vida que, posicionados en primera persona, construyeron los adultos mayores participantes; mediante entrevistas biográficas que rescataron sus experiencias como sujetos con una capacidad de autocuidado que se ve trastocada por las estructuras, las normas sociales y los significados con que cada sujeto vive, actúa y piensa.

Se debe rescatar, como lo señala Valles (2003) que para producir los relatos, las entrevistas biográficas son entrevistas a profundidad que toman forma de una conversación, en que tanto los participantes como las investigadoras se expresaron con sus propias palabras, en un diálogo conducido por ciertas preguntas orientadoras que permitieron el logro de los objetivos específicos de la investigación, en el marco de flexibilidad propio de ésta técnica. Las preguntas orientadoras fueron seleccionadas a partir del análisis que se desprendió de los constructos teóricos que sustentaron esta investigación, para poder así guiar el diálogo con los participantes hacia la exploración de las categorías de análisis previas que se construyeron.

En este sentido, se buscó compartir espacios de diálogo con los adultos mayores, propiciando la expresión abierta sobre sus vivencias antes del ingreso al hogar y durante su incorporación al mismo, los significados, pérdidas, ganancias, transformaciones; orientando

la conversación a las diferentes dimensiones del autocuidado integral que se pretendían abordar.

3.7.1.4 Entrevista Estructurada

Esta técnica fue empleada con los otros participantes del estudio: administrativos y cuidadores (as) con el objetivo de indagar o profundizar en la relación entre las normas administrativas, los servicios, el funcionamiento y las posibilidades de autocuidado integral de los adultos mayores participantes, (ver Anexo #3). Señala Mckernan (1999) que “... el entrevistador tiene una lista de preguntas específicas, un cuestionario administrado oralmente si se quiere. El entrevistador no se aparta de los términos de éstas preguntas” (p.149).

El empleo de esta técnica resultó ser apropiado en el trabajo con los encargados de la institución, en vista de que sus aportes estuvieron relacionados a los elementos que dentro de la condición de institucionalización permitieron comprender las dinámicas y las disposiciones que el hogar posee y ayudaron a interpretar las manifestaciones de autocuidado de los residentes. Estos elementos ya han sido visualizados y determinados por el análisis teórico, de manera que fueron los que determinaron los aspectos a incluir en la entrevista con estos sujetos de la investigación.

En este sentido, ésta técnica permitió ampliar y contrastar los datos obtenidos mediante las otras técnicas, procurando conocer el punto de vista de los administrativos, cuidadores y voluntarios que interactúan a diario con los participantes.

3.7.1.5 Imágenes

Esta técnica proyectiva, consistió en la utilización de una imagen con personajes de la tercera edad que facilitó a los y las participantes realizar una descripción proyectiva de estos, de sus acciones y emociones. El relato que construyeron con base en la imagen que se les mostró fue guiada por una serie de preguntas orientadoras (ver anexo # 4) que apuntaban específicamente a aspectos psicoafectivos que a lo largo del trabajo de campo se constituyeron a en situaciones de particular interés para la investigación.

Con esta técnica, tal y como lo señalan Aguirre y Jardón (2003) se partió del hecho “que al hacer sus relatos el sujeto proyecta sus propias necesidades en la conducta de los personajes. El administrador... identifica entonces las necesidades proyectadas y, por el número de temas relacionados en el relato, juzga la fuerza de cada necesidad” (p.3.).

Partiendo de este supuesto, los y las participantes pudieron externar elementos que han mantuvieron ocultos por temor o vergüenza de sentirse expuestos emocionalmente. De modo que haciendo alusión a situaciones ajenas a sí mismos (as) pudieron relatarlos con más facilidad.

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

4.1 Introducción al capítulo

En este apartado de la investigación se mostrarán los principales hallazgos del trabajo de campo, se presentan como tendencias para facilitar su comprensión y manejo teniendo en cuenta el volumen de información obtenida. En dichas tendencias se condensaron los datos obtenidos mediante las técnicas que se utilizaron.

Se presenta además el análisis de la información. En este sentido la interpretación de resultados se realizó a la luz de los aportes teóricos que sustenta el presente trabajo y del criterio que con respecto al tema construyeron las investigadoras durante el proceso.

4.2 Patrones y tendencias más comunes

Los datos que se presentan a continuación corresponden a los principales hallazgos realizados a partir del trabajo de campo dentro del hogar de ancianos con los y las participantes. Se presenta un resumen de las principales tendencias a partir de las categorías y subcategorías de análisis planteadas en el marco metodológico de la presente investigación.

4.2.1 La institucionalización, el antes y el después

4.2.1.1 Tendencias o patrones comunes en el periodo previo a la institucionalización

4.2.1.1.1 Relaciones interpersonales

- Las interacciones interpersonales previas a la institucionalización tienen características directamente relacionadas con el ambiente familiar, el ambiente laboral o la condición específica de vida del adulto mayor. En el caso de los hombres participantes, los círculos de amistades eran los compañeros de trabajo, con quienes compartían diariamente; por tal

razón, la jubilación representó un distanciamiento físico y / o emocional de dichas personas.

- Debido a lo anterior mantenían interacciones con familiares directos, incluidos hijos, primos, tíos; pues en todos los casos y por diferentes situaciones no se cuenta con la pareja o esposa y en dos casos no tenían hijos (as), manteniendo algunos contactos vinculados con la recién finalizada vida laboral o ajenas a ésta. En un único caso, existe una vinculación con personas sin relación familiar o laboral, quienes ejercían una función afectiva importante, pues el adulto mayor vivía en las calles con dichas personas.

- Las mujeres por su parte, también conservaban vínculos que establecían con familiares directos y con personas vinculadas a la actividad laboral. En dos casos existía la situación particular de vivir en el lugar de trabajo, por lo que las compañeras y patrones eran muy importantes en las interrelaciones de estas participantes.

- La condición de solteras de tres participantes, explica su vinculación directa con las familias para las que laboraban o personas vinculadas con las familias primarias (tías, primas), ya que el modo de vida se caracterizaba por su dedicación al trabajo o a la vida familiar, de tal forma que el círculo de amistades o contactos con personas ajenas a la familia era muy reducido. Las actividades recreativas, en las que se compartía con amistades eran igualmente escasas

4.2.1.1.2 La Familia y la historia previa

- En el caso de los hombres, diversas razones (enfermedad, conflictos intrafamiliares) los llevaron a enfrentar la pérdida de su pareja, en distintos momentos de su vida familiar según cada caso específico. Además todos enfrentaron la ausencia de redes de apoyo familiar, ya sea porque los participantes no tuvieron hijos o porque los conflictos intrafamiliares produjeron el distanciamiento físico y/o emocional. En un caso, aunque existe el apoyo de una hija, ésta no logra asumir las necesidades de atención médica del adulto mayor. Más allá de los hijos, el apoyo de otros familiares se limita cuando hermanos o tíos tienen sus familias propias o existen distanciamientos geográficos y/o emocionales en relación con los participantes.

- En el caso de las mujeres, tres de las participantes no formaron una familia propia, es decir no se casaron ni tuvieron hijos por lo que al morir sus padres deben tomar decisiones con respecto a su lugar de habitación. Únicamente en un caso, la violencia intrafamiliar lleva a la participante a la separación de su pareja y de sus hijos. Ante estas situaciones adoptan ciertas soluciones, en dos casos el lugar de trabajo se convierte en su casa de habitación, en los otros dos será la acogida temporal solidaria de parientes y personas sin vínculo familiar las que generan la opción de vivienda. En general, parece existir distanciamiento físico y emocional entre los hermanos (as) u otros familiares y las participantes, por lo que las redes de apoyo familiar son pocas o inexistentes.

- En general el factor familiar fue determinante en las opciones de vida que asumieron los y las participantes. Parece ser que las relaciones familiares aunque existentes en la mayoría de los casos, no son lo suficientemente fuertes ni efectivas para solventar las necesidades propias de los adultos mayores participantes, por lo que el ingreso al hogar es la única alternativa con la que contaban para tener acceso a elementos básicos como vivienda, comida y atención médica, especialmente después de llegar a la etapa de finalización de la vida laboral.

4.2.1.2 Tendencias o patrones comunes en el periodo posterior a la institucionalización

4.2.1.2.1 Relaciones interpersonales

- En la dinámica cotidiana del hogar de ancianos, existe en los participantes la tendencia a establecer barreras de interacción con los compañeros residentes. Parece ser que no han logrado establecer relaciones de verdadera amistad con los demás adultos mayores, pues visualizan una serie de justificaciones para dicha negativa. Los conflictos en la convivencia diaria con quienes comparten cuarto, la calificación despectiva relacionada con la condición física y mental de la mayoría de los residentes, se mencionan como algunos factores que condicionan las interacciones de los participantes.

- En general, existe un criterio selectivo para conversar o interactuar con otros residentes, de tal forma que la soledad y las actividades pasivas que de ésta forma se realizan imperan en la rutina diaria de los participantes. Los participantes manifiestan una relación amistosa con cuidadoras y personal administrativo o diferentes profesionales que

laboran en el hogar de quienes expresan agradecimiento y estima, por el trato y atenciones diarias que reciben de su parte.

- Por otra parte, los adultos mayores manifiestan gran satisfacción por todas aquellas posibilidades de convivencia con familiares que les visitan o a quienes ellos visitan; aquellos que tienen amigos fuera del hogar expresan su motivación por la posibilidad de salir a visitarlos periódicamente.

- No se observaron interacciones con otros u otras residentes del hogar, que trascendieran un saludo o la respuesta breve a una interrogante. Del mismo modo, no se apreciaron intercambios con las (os) cuidadoras.

- Existe una tendencia de los participantes a establecer escasas y superficiales interacciones con los compañeros de ala o en general. Aquellos que comparten cuarto muestran una interacción “diplomática” es decir, se intercambian algunas palabras sobre aspectos de interés común dentro de su cotidianidad pero el diálogo es escaso. Todos los participantes tienden a recorrer los pasillos o sentarse en soledad y cuando lo hacen a la par de otro compañero, son selectivos al hacerlo.

- Durante el tiempo de observación, los adultos mayores no recibieron ninguna visita, en ocasiones son ellos quienes cada cierto tiempo no se encuentran porque salen a visitar a algún familiar o amistad, o realizan alguna llamada a éstos.

- El contacto con las cuidadoras es constante, aunque se caracteriza por saludos, algunos comentarios compartidos, intercambio de preguntas sobre las necesidades de los adultos mayores, sobre actividades que se van a realizar o sobre asuntos del trabajo propio de las cuidadoras.

- De igual forma la interacción con el personal administrativo se limita al saludo casual y las visitas de los adultos mayores a las oficinas ante cualquier pregunta o necesidad que requiera la aprobación o gestión de la administración.

- En el caso de las participantes de igual manera existen ciertas barreras interpersonales que limitan las interacciones diarias dentro del hogar. En general, las participantes consideran a las otras adultas mayores como compañeras, con quienes únicamente comparten el cuarto o los periodos rutinarios del hogar pues una relación de amistad no se considera viable por distintos factores, la falta de interés por establecer relaciones

amistosas, pues puede originar problemas de “chismes”, la actitud hermética de las residentes para dialogar y la tendencia a calificar despectivamente a los residentes varones según criterios de actitud (“malcriados”), de condición mental o de hábitos (“son cochinos”, “no están cuerdos”).

- Se pueden identificar una serie de obstáculos o barreras, que los adultos mayores tanto hombres como mujeres han construido alrededor de su convivencia diaria, creando dificultades en su interacción diaria, especialmente por el rechazo hacia la condición o actitud de sus compañeros (as); por lo que su interés se orienta a aquellas posibilidades de interacción con personas externas a la institución, ya sean familiares o amigos.

4.2.1.2.2 La familia y su relación con ellos dentro del hogar

- Parece ser que después del proceso de institucionalización del adulto mayor, las relaciones con sus familiares siguen la misma dinámica con que se desarrollaban previamente. El vínculo con la familia se limita a la visita del familiar al hogar o el desplazamiento periódico del adulto mayor hacia las casas de familiares con los que existe cercanía física y emocional (hermanos (as), sobrinas, hijos o nietos en menor grado).

- Sin embargo, el distanciamiento geográfico y especialmente emocional, previo a la institucionalización, que marcó las relaciones entre los participantes y algunos familiares, sigue vigente después de su ingreso al hogar. Parece ser que aunque algunos participantes manifiestan deseos de acercarse a algunos miembros de su familia, su imposibilidad de trasladarse lejos y especialmente los conflictos de su pasado no resueltos, crean barreras emocionales para lograrlo.

- En el caso de las participantes, se acentúan mayormente las relaciones distantes y esporádicas con los familiares. Tres de ellas nunca se casaron ni tuvieron hijos (as) y quien sí los tuvo, únicamente tiene contacto casual con ellos. Además existen una serie de situaciones de sus historias familiares que las han distanciado de sus hermanos (as) como familiares más cercanos. Parece ser que son los sobrinos (as) quienes de forma periódica establecen mayor contacto con las adultas mayores.

4.2.1.2.3 Participación en las actividades del Hogar

- Por las mañanas algunas de ellas se incorporan a las celebraciones religiosas que tienen lugar en la capilla del hogar. Y es posible observarlas asistiendo al comedor en las rutinas de alimentación.

- En la totalidad de los casos los adultos mayores participan en actividades como bailes, fiestas de celebración, paseos o servicios que ofrecen estudiantes de diferentes carreras. Sin embargo, la participación depende del gusto e interés de cada participante, de su estado de ánimo o de la motivación que tenga, por lo que en ciertos momentos o actividades participan más que en otras.

- Específicamente los servicios o actividades vinculadas con el desarrollo físico no son aprovechadas por los participantes, ya que dos no muestran interés por ellas y los otros dos identifican impedimentos físicos para realizarlo. En general, los adultos mayores se dedican a deambular por los pasillos y a sentarse la mayor parte del tiempo.

- Por otra parte, las posibilidades de participar en actividades externas es menor, pues los adultos mayores únicamente salen de forma periódica a visitar algún familiar o alguna amistad por lo que prevalece su participación en actividades internas.

4.2.1.2.4 La institución: infraestructura y relaciones con la comunidad

- Los espacios físicos en términos generales están bien acondicionados y adaptados a los requerimientos de la población. Los pabellones cuentan con las adaptaciones estructurales (rampas, barandas, etc) que facilitan el desplazamiento de sus residentes.

- Las rutinas están establecidas por la administración del hogar. Por ejemplo en el caso de los horarios de las comidas, y la distribución de estos, o en la incorporación de algunos de los adultos mayores a sitios específicos del hogar como el gimnasio, el taller, etc, existen instrucciones para el personal acerca de las horas y las personas que deben realizar dichas actividades.

- Las posibilidades de desplazamiento a sitios aledaños al hogar, además de estar sujeta a la autorización de salida por parte de la administración, depende en gran medida de la

capacidad de desempeño autónomo por parte de los adultos mayores, quienes pueden emplear para ello los medios de transporte público que circulan frente al hogar.

- En cuanto al ingreso de visitas, las restricciones son escasas, con lo cual se muestra una tendencia a la apertura con respecto a la comunidad. En relación a esto es posible señalar además la constante permanencia de estudiantes y grupos voluntarios que ingresan a trabajar con los adultos mayores en espacios recreativos.

- Partiendo de lo expresado por las cuidadoras, es importante señalar algunos aspectos importantes en cuanto a su interacción con los adultos mayores. En general, las cuidadoras son personas que expresan tener vocación para realizar este trabajo. Mencionan dos de ellas haber querido siempre trabajar en este ambiente. En el hogar laboran 8 cuidadoras, en jornadas rotativas de 8 horas, y dentro de cada jornada se distribuyen en los pabellones a cargo; se asignan más cuidadoras al pabellón donde están los adultos mayores con discapacidad física o con tratamiento psiquiátrico.

- Las cuidadoras entrevistadas identifican una sobrecarga de trabajo pues señalan que son pocas para la atención de tantos adultos mayores; por lo que opinan que tienen muy poco tiempo para atender a los adultos mayores con las características de los participantes de la presente investigación, es decir, los que física y mentalmente se valen por sí mismos.

- A pesar de ello, reconocen que sacar tiempo para dedicárselos a los adultos mayores sin impedimentos, aunque sea solo para hablarles, es parte de su labor; además señalan que es importante tener en cuenta “el hecho de no hacerles todo porque se deterioran”. Este principio es parte del conocimiento que reciben mediante capacitaciones en áreas como cuidado personal del adulto mayor, asistencia para quienes tienen problemas de locomoción y capacitaciones de tipo psicológica dirigidas hacia ellas como cuidadoras.

- Sin embargo, señalan no haber recibido capacitaciones orientadas a la prevención y promoción de la salud integral del adulto mayor.

- En cuanto a requisitos de la infraestructura, las cuidadoras señalan la existencia de rampas, pasillos y puertas amplias, barras sujetadoras en los baños, pabellones y áreas del hogar, como los elementos presentes en el hogar que son indispensables para su funcionamiento.

- Existe en general un desconocimiento de los aspectos de corte administrativo, por ejemplo las cuidadoras conocen a las personas que integran el cuerpo administrativo, pero no saben cómo se conforma la junta directiva ni sus funciones específicas. También desconocen el tipo de financiamiento con que funciona la institución o si existen proyectos o programas dirigidos a los adultos mayores del hogar a al funcionamiento económico del mismo. Al respecto expresan que existen muchos servicios propios del hogar y que los adultos mayores residentes viven allí por medio de su pensión, otros por pagos mensuales y unos pocos no pagan nada.

4.2.2 La capacidad de autocuidado integral antes y después de la institucionalización

4.2.2.1 La autonomía funcional: Tendencias o patrones comunes con respecto a autonomía funcional en el periodo posterior a la institucionalización

- Las mujeres participantes en la investigación demuestran ser capaces de desempeñarse eficazmente en el desarrollo de las actividades relacionadas con su cuidado personal. En cuanto a la deambulaci3n no requieren de apoyo al desplazarse de uno a otro sitio dentro del hogar, inclusive quienes tienen alg3n padecimiento f3sico.

- De su propio cuidado personal se encargan ellas, as3 como del arreglo de sus pertenencias, solo una de ellas aprovecha su estatus econ3mico para consignar el lavado de su ropa a alguien m3s.

- Con respecto a los hombres participantes es posible se1alar que poseen en su totalidad las capacidades f3sicas necesarias para realizar las actividades funcionales b3sicas propias de la cotidianidad, logran alimentarse, asearse, vestirse, deambular y atender las necesidades fisiol3gicas por s3 mismos, sin ninguna dificultad, al ritmo que cada uno lo requiera.

- No obstante, todos deben ajustarse a las rutinas propias del hogar y a las implicaciones de compartir un ba1o o de vivir con un compa1ero. Es decir, los horarios de comida, el tipo de alimentos, la forma de asear su ropa no es decisi3n de ellos sino una disposici3n del hogar.

4.2.2.2 Factores socioeconómicos:

La situación socioeconómica de los participantes antes de ingresar al hogar

- En la totalidad de los casos, los participantes fueron a la escuela pero no concluyeron sus estudios primarios, atribuyéndolo a la falta de interés de sus padres, relacionado a las condiciones socioculturales y económicas de sus familias por lo que debieron comenzar a trabajar desde la niñez, para ayudar económicamente a la familia. De tal forma, todos ellos aprendieron un oficio y se convirtieron en empleados remunerados.

- Antes del ingreso al hogar dos de los participantes ya se habían jubilado y pensionado por lo que deciden ingresar al hogar ante la ausencia de familiares con quien vivir. En un caso, el adulto mayor vivía en las calles y es llevado al hogar por una persona ajena a la familia; únicamente un participante mantenía su trabajo remunerado y vivía con un familiar antes del ingreso al hogar, aunque la demanda de atención médica lo obliga a ingresar.

- De igual forma, las participantes, con excepción de una, no concluyeron los estudios primarios y se dedicaron a las tareas del hogar y la atención de sus padres. En dos casos, una vez muertos los familiares a su cargo, enfrentan la necesidad de buscar trabajo remunerado, como servidoras domésticas, a lo que se dedicaban hasta que su disposición física y emocional decayó por lo que ellas y sus patronas deciden el ingreso al hogar. En otro caso, la participante vivía con familiares, haciendo uso de cierto recurso económico que poseía después de la muerte de sus padres hasta que decide ingresar al hogar como una opción de vida y gracias a la pensión que recibe.

- En un único caso, la adulta mayor vivía con personas ajenas a la familia, quienes le brindaban lo necesario para sobrevivir ante la expulsión de su casa y con la pensión de asignaciones gestiona el ingreso al hogar.

- En general, cada participante enfrentó diversas situaciones familiares y económicas antes de la institucionalización, lo que los llevó a tomar la decisión de ingresar al hogar. Sin embargo, entre ellos comparten condiciones socioeconómicas similares, según la coyuntura histórica en que se desarrollaron. La mayoría no tuvieron posibilidades educativas formales, pertenecían a familias de escasos recursos, al crecer aprendieron un oficio y trabajaron toda su vida en labores predominantemente remuneradas hasta llegar a su jubilación y obtener su pensión. Además de la jubilación, la muerte de familiares a su cargo

(padre, madre) y/o cónyuges, marcaron las opciones de vida, las posibilidades socioeconómicas y la valoración del hogar de ancianos como su única alternativa de vida

La situación socioeconómica dentro del hogar de ancianos

- En el caso de los participantes, su pensión es administrada por el hogar, es decir ellos pagan su estadía con dicho dinero y reciben una pequeña cantidad que les alcanza únicamente para la compra de ciertos artículos personales. Todos reciben alguna ayuda de familiares o conocidos cuando precisan atender ciertas necesidades básicas.

- Existe una necesidad e interés manifiesto como la añoranza de poder volver a trabajar, de poder disponer de su propio dinero para ayudarse y ayudar a sus familiares; en dos casos participaron en labores dentro del hogar por un tiempo. En general existe interés por desempeñarse en alguna labor, siempre y cuando su capacidad física se los permita, pero depende de su disposición física y especialmente anímica, la búsqueda de alternativas o la participación en actividades que les ofrezca el hogar.

- En el caso de las participantes, de igual manera su pensión es administrada por el hogar y con la cantidad que reciben en efectivo compran algún artículo de uso diario. A diferencia de los adultos mayores, sólo una participante recibe ayuda de su ex patrona para solventar algunas necesidades básicas; las otras adultas mayores buscan oportunidades dentro del hogar para proveerse de algún dinero que les ayude (venderle a sus compañeras algo que les sobre, trabajar en el taller del hogar cuando existe oportunidad) y aprovechar algunas donaciones de ropa y zapatos que recibe la institución; pues por diferentes razones no reciben apoyo económico de familiares.

- A diferencia de los adultos mayores, las participantes manifiestan agrado por haberse “liberado” de las tareas y labores que realizaban antes del ingreso al hogar; expresan que se sienten satisfechas al hacerse cargo de lo suyo únicamente pues se sentían cansadas de tantos años de trabajo. En un único caso, la participante expresa interés por ayudar en los quehaceres de la institución, en la cocina limpiando o trasladando ancianos en sillas de ruedas, siempre y cuando tenga ánimo de hacerlo.

- En general, al ingresar al hogar todos los y las participantes se adaptan a una situación particular en que su dinero es administrado por la institución a cambio de recibir una serie

de servicios dentro de la misma. Los participantes cuentan con poca autonomía económica pues reciben poco dinero en efectivo y escaso apoyo familiar en este aspecto.

- La pérdida de su condición de trabajador (a) parece tener mayor impacto en los participantes, quienes anhelan poder volver a ser trabajadores remunerados, a diferencia de las adultas mayores quienes lo ven como un descanso, un “no tener nada que hacer” merecido ante el cansancio de trabajar tanto tiempo en casas propias o ajenas.

4.2.2.3 Factores Psicoafectivos:

Las tendencias o patrones comunes en el periodo previo a la institucionalización

- En la mayoría de los hombres participantes es posible percibir condiciones de abandono, experimentadas en el período anterior al ingreso a la institución. Algunos de ellos estaban viviendo solos, dependiendo económicamente de algún familiar, o incluso en situación de indigencia. Parecen además manifestar algunos sentimientos asociados al mal manejo de pérdidas a lo largo de sus vidas, procesos de duelo que no han sido eficazmente elaborados, muerte de familiares, abandono de los hijos, desintegración familiar, ausencia de figura paterna en la infancia, soledad, entre otros manifestados por los adultos mayores.

- Para varios de estos adultos mayores, la situación de soledad motivó la búsqueda de una institución en la que pudieran vivir.

- Para muchos de ellos la independencia económica de la que gozaban gracias a sus trabajos antes de ingresar al hogar permitió la toma de decisiones respecto a sus futuros en cuanto a la permanencia en sus hogares de origen y la inserción en un espacio institucional como el hogar para ancianos.

- En general la percepción acerca de su condición previa al ingreso a la institución está asociada a una serie de ideas negativas, manifiestan sensaciones de abandono, soledad, rechazo, violencia doméstica, autorreproche, sentimientos de culpa, entre otros.

- En el caso de las mujeres participantes en la investigación, antes de ingresar a la institución se encontraban en situaciones de soledad luego de la pérdida de sus grupos

familiares. Durante varios años asumieron los roles de cuidadoras de sus padres adultos mayores, en la mayoría de los casos, o el cuidado de sus propios hijos.

- La pérdida de sus padres resultó para las participantes una situación de abandono, en casi todos los casos los demás miembros de la familia, hermanos (as) tíos (as) ya habían conformado sus propias familias y aunque algunas de las participantes tuvieron apoyo de éstos, la sensación de dependencia y de rechazo se encuentra manifiesta en sus discursos cuando se refieren a esa época de sus vidas.

- En algunos de los casos siendo cuidadoras de su padre y su madre, o mujeres de hogar cuyas familias se desintegraron, se enfrentaron a la soledad como nueva condición en sus vidas. Para estas mujeres la soledad entre otras cosas motivó la necesidad de incorporarse al ámbito laboral en vista de los requerimientos económicos que se desprendieron de dicha condición.

Las tendencias o patrones comunes en el periodo posterior a la institucionalización

- Actualmente los participantes evidencian poca participación en las actividades colectivas, y por el contrario un aislamiento voluntario. La mayoría de ellos prefiere permanecer aislado, realizando actividades en las que no requieren de otro para interactuar, dedican su tiempo a la contemplación, a caminar por los pasillos, a ver televisión, etc.

- En general, para los adultos mayores su condición de institucionalizados parece implicar de alguna manera un estado de dependencia económica. En este sentido señalan además un momento que cambió sus estilos de vida en distintos modos y que de alguna manera fue un factor determinante en la toma de decisión de ingresar a la institución: la jubilación.

- Al respecto la mayoría se refiere al momento en que debieron abandonar su trabajo por razones, en todos los casos de salud, como una imposición de sus cuerpos, y a la posibilidad de trabajar como algo que desearían poder hacer aún. Es así como la enfermedad o la limitación que ésta les genera en cuanto a su desempeño autónomo parece desencadenar en sentimientos de frustración.

- Los estilos de vida que han manifestado haber tenido a lo largo de los años previos a la institucionalización, parecen determinar de alguna manera la forma en que viven dentro del hogar, y el modo en que se perciben como miembros de dicha comunidad. En el discurso de algunos de ellos están los autorreproches sobre sus propias vidas, la forma en la que perdieron la posibilidad de compartir con sus familias, las oportunidades desaprovechadas en cuanto a la educación, el trabajo.

- En cuanto a lo evidenciado con respecto al sentido de pertenencia solo uno de los participantes manifestó sentirse a gusto en el hogar, e indicó que le satisface compartir momentos con sus compañeros de pabellón. Su posición a diferencia de los demás, parece ser de apertura a la institución y sus actividades y de una interacción mucho más abierta con otros adultos mayores y con la comunidad externa.

- A partir de los discursos de las mujeres participantes es posible señalar que se percibían a sí mismas en una condición de soledad, originada por la pérdida de sus grupos familiares. Esa situación de pérdida provocó su incorporación al hogar de ancianos.

- Estar solas fuera del hogar y no contar con el apoyo de la familia, en algún momento pareció representar para ellas un estado de indefensión que a la larga deriva en una integración positiva al hogar. Manifiestan estar a gusto en donde viven y compartir su tiempo con las pocas amistades que han hecho dentro del hogar.

- Para las mujeres participantes ingresar al hogar es la posibilidad de tener compañía y a la vez un hogar. Percibido de esta manera, el hogar de ancianos es un sitio “para descansar” de sus rutinas laborales previas a la institucionalización. La jubilación es entonces la nueva condición que vinculada con la soledad o carencia de un núcleo familiar determinó en gran medida su ingreso a la institución, y posibilitó su descanso. Sentirse a gusto les permite además incorporarse a las actividades del hogar que se ajustan a sus intereses y necesidades.

- En su mayoría las mujeres desempeñaron los roles propios del género femenino como parte de su desempeño laboral previo a la institucionalización, lo cual parece ser determinante en el hecho de que dentro del hogar, ellas permanezcan siendo autónomas en cuanto al arreglo de sus pertenencias y demás actividades asociadas al cuidado personal.

- Pese a sentirse a gusto con la permanencia en el hogar, ellas hacen énfasis en su desagrado por la interacción con otros residentes. Son explícitas al expresar que no les

interesa compartir con sus compañeras, aludiendo a la dificultad que encuentran en socializar con quienes ellas mismas consideran “chismosas”, “amargadas”, “pelionas”.

Autoimagen

- Para muchos de ellos ser adultos mayores, representa la posibilidad de observar el pasado y reconocer lo que se hizo y lo que se dejó de hacer, es al parecer un tiempo para realizar el recuento de la vida, una valoración general de logros y fracasos.

- Se perciben a sí mismos como “cargas” para quienes debieron asistirles, “estorbos”. En el discurso de muchos se observa la asociación directa de su condición de jubilados con la imposibilidad de valerse por sí mismos, es decir se consideran “inútiles” en vista de que por una razón u otra ya no pueden desempeñar las tareas que años atrás realizaran.

- La senilidad e incapacidad tanto física como mental, son características que según algunos de ellos están presentes en las personas de la tercera edad.

- Desde la perspectiva de muchos los adultos mayores son “peliones”, difíciles, y es casi imposible mantener una relación cercana con alguno de ellos en vista de su carácter.

Sentido de la vida

- Este se encuentra muy vinculado con la manera en que se perciben a sí mismos, y con el manejo que han hecho de las pérdidas que han enfrentado a lo largo de su propio proceso de envejecimiento. Por un lado hay quienes consideran que a la edad en la que se encuentran la cercanía a la muerte es mucho mayor. De modo que la presencia de factores que generen temor es casi nula en la mayoría de ellos.

- La edad adulta mayor parece estar percibida en general como un declinar en muchos ámbitos. Esto producto quizás de las múltiples pérdidas asociadas al proceso de envejecimiento. En esta nueva etapa, se encuentran entonces, según lo manifestado por algunos de los participantes, con la soledad, el abandono por parte de sus familiares, la incapacidad de trabajar.

- Para algunos esta etapa de la vida parece estar caracterizada por la pasividad, el cese de sus actividades anteriores les coloca en una posición de espera, en vista de que ya han

cumplido con mucho de lo que socialmente se espera que un individuo experimente a lo largo de su vida, a saber casarse, tener hijos, criarlos, trabajar, entre otras.

Manejo de pérdidas

- En cuanto al manejo de pérdidas, se pueden constatar algunas tendencias en lo que respecta a la familia, por ejemplo un marcado distanciamiento de esta o incluso en la mayoría de los casos un distanciamiento total, elemento determinante desde sus propias experiencias y relatos antes y después del ingreso a la institución.

- La carencia de un núcleo familiar o el distanciamiento permanente de éste durante el período anterior a la institucionalización originó la necesidad de buscar un sitio donde permanecer. Para los participantes en la investigación, el ingreso al hogar fue en la mayoría de los casos una decisión voluntaria que apelaba en determinado momento de sus etapas de envejecimiento a la necesidad de compañía, protección, afecto y atención.

- La mayor parte de los participantes tiende a señalar el abandono como elemento común en los adultos mayores del hogar. Pese a que tienen varios años de residir en la institución, señalan que existe una situación de distanciamiento entre los residentes y sus familiares, que genera en ellos sentimientos de carencia afectiva, abandono, tristeza, depresión, y por tanto una resistencia a la socialización y deseos manifiestos de aislamiento. De modo que no parecen estar por completo incorporados a su nuevo contexto de modo integral.

- En cuanto al manejo de su nueva condición de jubilados, se percibe por parte de los participantes que la pérdida de sus trabajos en la mayoría de los casos se asocia con una imposibilidad física para realizar determinadas actividades a raíz de algún padecimiento y dicha incapacidad propició la decisión de ingresar al hogar. De modo tal que al referirse a la posibilidad de trabajar ésta se percibe como un anhelo que produce frustración en muchos de los casos, y por tanto la imposibilidad de realizar algún trabajo se reviste de connotaciones negativas, y origina algunos comentarios que subestiman sus propias capacidades.

- Los comentarios acerca de sus vidas antes de ingresar al hogar hacen énfasis en la práctica de actividades económicamente remuneradas, y lo que esto implicaba en términos positivos para su bienestar antes de la institucionalización.

4.2.2.3.2.4 Sentido de pertenencia

A partir de lo manifiesto y lo observado en los participantes es posible señalar algunas tendencias en cuanto al sentido de pertenencia que han desarrollado a partir de su estancia en la institución. Dichas tendencias están vinculadas con algunos aspectos propios del hogar que repercuten en la manera en que los adultos mayores se perciben como miembros de la institución.

- Uno de los aspectos es la cultura institucional. Al parecer para la mayor parte de los participantes la convivencia dentro del hogar imprime diferencias importantes en su estado anímico; ellos señalan la dificultad que poseen para entablar relaciones amistosas con sus compañeros, que según ellos obedecen a las diferencias individuales, y la poca o nula intervención de las instancias administrativas en la mediación de conflictos. Esto sin duda se convierte en un elemento importante para entender por qué algunos están inconformes con su estancia en la institución, o simplemente optan por asilarse como estrategia de sobrevivencia.

- Las disposiciones administrativas en cuanto a la preparación de alimentos y los permisos de salida del hogar son otro de los aspectos señalados por varios como motivo de insatisfacción, y tienden a comparar las nuevas condiciones que en ese sentido experimentan con las que tenían antes de ingresar, señalando en las condiciones de vida actuales la pérdida de algunos beneficios al momento de abandonar sus hogares.

- Pero pese a lo que manifiestan, por otro lado, sobre todo en las mujeres es posible destacar que perciben el hogar de ancianos como su casa, refiriéndose a esta como un espacio para el descanso, el retiro, un sitio donde esperar la muerte, un lugar de compañía y esparcimiento.

- Dentro de la institución para muchos de ellos se presentan necesidades que impiden su plena incorporación y sentido de pertenencia, entre las que señalan la falta de apoyo por parte de familiares, necesidades de afecto, compañía, etc.

4.2.2.4 Factores asociados: ámbito recreativo y espiritual

4.2.2.4.1 Tendencias o patrones comunes con respecto al ámbito recreativo en el periodo previo a la institucionalización

- En cuanto a lo manifestado por los hombres es posible señalar que las actividades recreativas de su preferencia involucraban la integración grupal mediante prácticas como el fútbol, el consumo de alcohol, tabaco, etc.

- En las mujeres se observa la tendencia a realizar actividades recreativas de manera individual aunque en realidad dichas actividades están directamente vinculadas con las que tradicionalmente han correspondido a los roles femeninos dentro de una sociedad patriarcal.

- En general los hombres se permitían la posibilidad en mayor medida que las mujeres de incorporarse a espacios recreativos claramente definidos como tales por el grupo social.

- Las posibilidades de recreación estaban directamente influenciadas por el género, en vista de que para los hombres era un poco más sencillo distanciarse de sus rutinas laborales que eran desempeñadas fuera del hogar. Para las mujeres por el contrario, los espacios para recrearse eran escasos o prácticamente nulos o estaban enmarcados en el quehacer del hogar.

4.2.2.4.2 Tendencias o patrones comunes con respecto al ámbito recreativo posterior a la institucionalización

- En el caso de la mayoría de los hombres parece ser que las nuevas condiciones de vida determinadas por la edad, el estado de salud, y la permanencia en la institución parecen haberles obligado a abandonar las prácticas que consideraban parte de su recreación.

- Ahora tras abandonar las actividades colectivas de recreación prefieren aquellas de carácter individual y un poco más pasivas, como la lectura, ver televisión, escuchar las noticias, etc.

- Los hombres evidencian una tendencia a incorporarse a las actividades recreativas del hogar según sus necesidades e intereses.

- En cuanto a las mujeres, parecer ser que al incorporarse al hogar limitan o amplían sus posibilidades de recreación a partir de las vivencias que han tenido. Hay quienes se incorporan voluntariamente a las actividades del hogar y en ellas es posible apreciar una privación anterior de dichas posibilidades que limitaban sus deseos de participar en espacios recreativos. Para otras, el hogar no brinda la posibilidad de recrearse, lo cual en alguna medida podría estar asociado al hecho de que conservan las ideas propias del patrón cultural en que fueron socializadas, dentro del cual, las mujeres debían dedicarse a las actividades del hogar, hasta el punto de percibir algunas de estas como recreativas. Podría deberse también a que las posibilidades que brinda el hogar no están de acuerdo a sus necesidades ni a sus intereses.

- La participación en actividades recreativas en el hogar para ancianos depende de algunos factores como los intereses personales que los participantes han manifestado a lo largo de sus vidas, las posibilidades físicas que tienen actualmente para realizar ciertas actividades, las opciones que brinda la institución y la manera en que están siendo percibidas estas, elemento este último que está determinado en gran medida por los patrones culturales de socialización.

- A partir de ahí es posible señalar que para algunos de los participantes la incorporación en actividades recreativas es una decisión voluntaria que responde al deseo de esparcimiento. Mientras que para otros, las condiciones físicas se convierten en la razón para privarse de algunas de las opciones. Existen también aquellos para los cuales las posibilidades que pueden encontrarse en el hogar no llenan sus expectativas, en vista de lo cual las rechazan y se mantienen distanciados o por el contrario prefieren buscar nuevas opciones por su propia cuenta.

4.2.2.4.3 Tendencias o patrones comunes con respecto al ámbito espiritual en el periodo previo a la institucionalización

- En términos generales en cuanto a hombres y mujeres, los participantes manifiestan una espiritualidad sustentada en los patrones de socialización primaria, dentro de los cuales asimilaron los valores como el trabajo, la responsabilidad, la práctica y observancia de los

preceptos de la religión católica (ir a misa, rezar a diario por ejemplo), el valor de la familia y el respeto a las figuras de autoridad.

- Es posible señalar además que la fe en Dios es el elemento fundamental en el afrontamiento exitoso de las tareas diarias y las situaciones difíciles, la superación de los temores se visualiza en términos de su firme creencia en los poderes divinos.

4.2.2.4.4 Tendencias o patrones comunes con respecto al ámbito espiritual en el periodo posterior a la institucionalización

- La espiritualidad continúa estando sumamente vinculada al cumplimiento de los deberes propios de la doctrina católica.

- En el hogar encuentran opciones para cubrir esas necesidades que son percibidas por los participantes como parte fundamental de sus rutinas diarias y por ende parte integral de su bienestar espiritual.

- Sus prácticas se relacionan con el tipo de religión que profesan, la católica; por tanto aprovechan la capilla y las misas que se realizan en el hogar aunque por diferentes razones personales su participación en estas actividades no es constante; prevalece la práctica individual de escuchar el rosario por radio. No se registra ningún otro tipo de actividad que enriquezca el desarrollo espiritual.

4.3 Interpretación de los Resultados

4.3.1 Factor socioeconómico

- El proceso de institucionalización de los participantes está íntimamente vinculado con el envejecimiento como “el proceso dinámico, gradual (...), en el que se dan cambios a nivel biológico, corporal, psicológico y social” (Viguera, 2001, p.14). Es decir, las alternativas sociales ante el envejecimiento, pero al mismo tiempo, la singularidad e individualidad de cada adulto mayor, marcaron el tipo de interacciones que los participantes establecían antes y después de su incorporación al hogar.

- En este sentido se observa que los y las participantes, en la mayoría de los casos se enfrentaron a un proceso de transición en el que de interacciones vinculadas casi en su totalidad con la esfera laboral, deben comenzar a construir otro de relaciones fuera de ésta,

debido a su jubilación (en el caso de los hombres) o a la pérdida de “motivación” y el “cansancio” que produce el envejecimiento del organismo (mayormente registrado en las mujeres), que conlleva al cese de sus actividades laborales y a la búsqueda de una nueva forma de vida.

Por lo anterior, en este momento vital entra en juego el tipo de relaciones que el adulto mayor ha desarrollado fuera del ámbito laboral. La condición de viudez, soltería y ausencia de hijos (as) en la mayoría de los y las participantes crea una situación de vinculación más cercana con su familia primaria o con las familias para quienes laboraban (en el caso de las mujeres), por lo que sus redes de apoyo son reducidas al igual que los medios de satisfacción de sus necesidades sociales, afectivas y económicas.

En este sentido y siguiendo a Orem (citado por Lau, 1999) es importante repensar que el reducido campo de interacción que construyeron los y las participantes, abocado a su trabajo y a sus familiares directos, puede hablar de uno de los requisitos del autocuidado del desarrollo, relacionado con la necesidad de velar en cada etapa del desarrollo por la promoción de las condiciones necesarias para la vida y la prevención de las situaciones adversas.

- Es decir, la primacía del sujeto productivo y de la etapa de capacidad productiva como parte de la construcción sociocultural, impera en la forma de vida de los y las participantes, por lo que sus posibilidades de creación de redes de apoyo y de nuevos espacios sociales y recreativos fueron ignoradas. De tal manera, sus herramientas para enfrentar esta nueva etapa vital son escasas, en la mayoría de los y las participantes.

- Como se señaló anteriormente, el entorno familiar y el tipo de interacciones que en éste construyeron los y las adultos mayores es un factor preponderante en el proceso de institucionalización que vivieron los (as) participantes y en las características de la capacidad de autocuidado que éstos desarrollaron antes y después del ingreso al hogar.

Antes de la institucionalización los y las participantes enfrentaron una reestructuración de su vida familiar, caracterizada por las pérdidas físicas, por la vivencia de conflictos intrafamiliares no resueltos, que produjeron rupturas en el sistema familiar. Como señala Scaglia y Mammana (2001), los adultos mayores debieron tomar decisiones orientadas a la desvinculación de la vida familiar, debido a una serie de actitudes adoptadas por su entorno.

- En este sentido, su deseo de independencia y autonomía con respecto a la satisfacción de sus necesidades básicas, es de por sí una necesidad ante su rol como miembros de sistemas inmaduros de familias, dentro de los cuales la ausencia de cónyuges, de hijos (as), o la separación de éstos (en menor grado), demandan de ellos la búsqueda de una alternativa para vivir, pues las relaciones con otros familiares (hermanos (as), tíos), responden a las características de una “familia distante”.

- Al igual que la familia, el factor económico incide directamente en los recursos que los y las participantes han construido a lo largo de su vida y en las valoraciones sobre sí mismos, sobre sus posibilidades y la satisfacción de sus necesidades, que poseen al llegar a esta etapa vital.

- Los (as) adultos mayores comparten un proceso de desarrollo dentro de una coyuntura histórica particular, donde se privilegiaba el trabajo desde edad temprana, especialmente en familias de escasos recursos, por lo que los y las participantes tuvieron escasas experiencias educativas formales. Estos principios sociales determinaron sus expectativas y opciones sociales pues la mayoría se dedicaron exclusivamente a aprender un oficio, a trabajar remuneradamente o en el caso de las mujeres, cumplir el mandato social femenino de atención especialmente a sus padres, con la incorporación posterior al ámbito laboral externo (en dos casos).

Esta dedicación “exclusiva” restó importancia a otras áreas fundamentales del autocuidado, relacionadas con actividades personales o grupales de recreación, de vinculación social en otras esferas, de uso del tiempo libre, del ejercicio físico, la nutrición espiritual e intelectual, entre otras; lo cual se pone al descubierto cuando la etapa laboral finaliza o cuando la familia primaria está ausente y se comienza a valorar las opciones de vida a seguir.

Al mismo tiempo, la situación económica resultante de sus modos de vida particulares, dentro del marco social en el que se han desarrollado, también marca las posibilidades de autocuidado de los adultos mayores en el sentido de que debieron valorar qué opciones de vida podrían solventar económicamente, según su ingreso después de la jubilación (la pensión), al no poseer un grupo familiar que los contuviera o acogiera.

- Una vez en el hogar, la interacción de los y las participantes se mantiene en un rango estrecho, de selectividad, relacionado con una serie de condiciones del proceso de

transición que ello represente, que refieren a aspectos psicológicos implicados, como lo son la aceptación de sí mismos, el manejo de pérdidas y el sentido de pertenencia.

En relación con lo anterior, con el ingreso al hogar, los participantes comienzan a construir nuevas relaciones en un espacio nuevo, con nuevos actores sociales y como lo señala Moragas (1991), el grado de satisfacción que les genera esa vida, esas personas con las que comparte y ese nuevo espacio físicosocial es vital, pues les permitirá una actitud de autorrealización y de retroalimentación del concepto de sí mismos.

- En el caso de los participantes, existe un distanciamiento emocional, que se traduce en barreras de interacción entre sí mismos, en un rechazo hacia la condición física y mental de sus compañeros y por ende una limitación en el aprovechamiento de recursos de interrelación y en el fortalecimiento de recursos de apoyo socioemocional, que puedan construir en el hogar; lo que puede estar afectando su autorrealización y en general el logro de elementos de autocuidado relacionados con la búsqueda de satisfacción de necesidades afectivas y sociales.

En este sentido, se podría señalar que los y las participantes se relacionan escasamente con sus pares, pues podrían estar aplicando criterios de valoración de éstos, según lo que Moragas (1991) llama “su propio modelo personal de vejez”, por lo que las connotaciones negativas (“malcriados”, “cochinos”, “poco cuerdos”, “problemáticos”, “chismosos”) dan cuenta de una valoración social y personal que socava tanto su autoaceptación en esta etapa vital como la del espacio social en el que se están desarrollando. Por lo que algunos participantes, recurren en la medida de sus posibilidades a acceder a espacios externos con los cuales se identifican y que son parte de su vida previa a la institucionalización (visitar fines de semana a expatrones o amigos (as), visitas a hermanos (as) o en menor grado visitar a algún hijo (a). Resulta un elemento común en todos los y las participantes, que ante la escasa o nula visita de familiares, las débiles interacciones con cuidadoras y el rechazo a intimar o compartir plenamente con compañeros (as), los y las participantes recurren al aislamiento o distanciamiento físico y emocional como medio de evasión de aquella realidad que les desagrada.

- Las mismas características de distanciamiento físico y/o emocional se reconocen en las relaciones familiares actuales, como una herencia procedente del tipo de estructuras y relaciones familiares que los y las participantes habían desarrollado antes de ingresar al

hogar. Sin embargo, en este punto parece existir un interés generalizado de los y las participantes por acercarse a los familiares o a las personas queridas externas a la institución.

Es decir, no se observa en ellos (as) ese retiro psicológico, social y emocional que desde cierta perspectiva le resultaría funcional al individuo envejecido y a la sociedad, el cual Hidalgo (2001) menciona como característico del modelo del desapego. Por el contrario, los y las participantes toman la decisión de ingreso al hogar y se mantienen en éste, pues no visualizan otra alternativa, ya que sus posibilidades de autocuidado integral se ven limitadas por los escasos recursos y herramientas que construyeron en etapas vitales previas.

- Los y las participantes expresan su deseo de querer compartir con los familiares y con amigos (as) queridos. Pero al mismo tiempo, dicho interés se limita por la distancia geográfica en algunos casos, por conflictos no resueltos con algunos seres queridos, por las condiciones físicas que impiden el traslado a lugares lejanos y especialmente por la actitud que los familiares asumen ante un adulto mayor institucionalizado, es decir, el desapego emocional de la familia hacia el adulto mayor, que se demuestra en interacciones escasas (pocas visitas, pocas llamadas), lo cual en el caso de los y las participantes, es la continuidad de una dinámica relacional similar antes de la institucionalización.

Este factor de distanciamiento familiar interactúa con el elemento socioeconómico que afecta directamente la capacidad de autoabastecerse y en general autocuidarse, que el adulto mayor enfrenta durante su vida en el hogar. Señala Hidalgo (2001) que la noción de ser un “viejo” o “vieja” dependen de la actividad interactiva social. En este sentido, los y las participantes enfrentan una pérdida de papeles sociales que podrían estar deteriorando su noción de ser y que podrían explicar también la insatisfacción de los y las participantes reflejada en su rechazo a interactuar más cercanamente con los pares, dentro del hogar.

- En este sentido, los y las adultas mayores pasaron (en la mayoría de los casos) de ser individuos (as) “productivos”, remunerados, a personas cuyos ingresos son administrados por otras personas (la administración del hogar) y a depender de ayudas y donaciones para satisfacer sus necesidades personales. En este caso, aunque todos(as) afirman recibir una atención adecuada y los servicios básicos para vivir (techo, comida, lavandería, atención médica, entre otros), especialmente los participantes hombres añoran

el rol de trabajador, pues extrañan su autonomía económica, su papel social dentro del marco de la “productividad” y sus capacidades de proveedores económicos.

- En el caso de las participantes, el factor socioeconómico permite observar diferencias de género con respecto a la vivencia de los hombres participantes. Las mujeres asumen su condición económica dentro del hogar con una valoración diferente. A diferencia de los adultos mayores, las mujeres hablan de una ganancia en dicho cambio. Las participantes quienes adoptaron roles sociales tradicionales, como cuidadoras de sus padres y servidoras domésticas, viven este cambio de papeles como una posibilidad “liberadora”, pues con la declinación natural de su condición física, experimentaron “el cansancio” y la “falta de ganas”, ante lo cual los servicios que les ofrece el hogar de ancianos las “libraron” de su pesado rol.

- En general, como lo señala Hidalgo (2001), el ingreso al hogar podría acentuar la pérdida de roles sociales en los y las adultos mayores. Este proceso es natural, sin embargo, para los participantes hombres, la condición de dependencia económica es desmotivante, pues parece ser que en su vivencia actual dentro del contexto del hogar, no se ha dado un proceso de sustitución de roles que les permita lograr una nueva valoración de sí mismos y que fortalezca su autoaceptación y autoestima.

- De igual forma, aunque las mujeres participantes asumen su dependencia a los servicios del hogar, como una ganancia; ellas también deben explorar nuevos roles sociales como parte de sus posibilidades de autocuidado, en distintas áreas como la comunal, la deportiva, la espiritual, la recreativa. Lo anterior, para lograr lo que Salvarezza (1996) expone dentro del modelo de la actividad social, que es la aceptación y acompañamiento de las declinaciones y cambio de papeles sociales sin por ello, renunciar a la lucha activa por lograr el máximo de las satisfacciones, contando por ello con los recursos y fuerzas que los y las participantes puedan tener actualmente.

4.3.2 Ámbito psicoafectivo

En relación con los factores psicoafectivos evidenciados en los participantes de la investigación es posible realizar una serie de señalamientos acerca de ellos, de las condiciones emocionales que presentan, de la forma en la que estas se relacionan con su

permanencia en el hogar y la repercusión que estas tienen en el cuidado que estos realizan de sí mismos.

- Todos los y las participantes presentan a nivel físico y cognitivo las condiciones aptas para cuidar de sí mismos, en vista de lo cual el propio hogar les ha ubicado en espacios considerados como aptos según su estado físico y mental. Partiendo de eso, la valoración de su estado psicoafectivo se torna en suma interesante a la luz de los resultados. Esto por cuanto en términos generales, pese a no tener limitaciones reales que impidan su desempeño, el común denominador en estos adultos mayores es la valoración negativa de su condición de ancianos, y por ende de los demás residentes y del hogar de ancianos, con la consecuente repercusión que a nivel conductual tienen dichas percepciones.

- Es posible relacionar a partir de sus discursos una conceptualización del envejecimiento sumamente determinado por un criterio de funcionalidad, que origina como menciona Parsons (citado por Hidalgo 2001) ante la pérdida de algunos roles a nivel conductual, personal, cultural y social, un desinterés generalizado hacia sus vidas, las acciones y sujetos de su entorno. Se refieren a sí mismos con conceptos negativos, que aluden a una imagen del adulto mayor como una persona dependiente, poco útil, difícil de carácter, y poco activa. Es decir, los participantes se miran ante un espejo, los otros y esa realidad es rechazada por sí mismos, pues alude a su propia realidad la cual parecen no haber podido aceptar.

- La condición de jubilación que ahora disfrutan, lejos de ser percibida como un paso propio del proceso de envejecimiento, ha sido interpretada como una nueva condición de invalidez social, ya no son productivos, ya no son útiles según ellos mismos. Para los hombres sobre todo, esa imposibilidad que en la mayoría de los casos sucedió tras la aparición de algún padecimiento físico, es aún más frustrante que para las mujeres. La raíz de esa frustración podría tener connotaciones culturales en tanto a los hombres en oposición a las mujeres dentro del esquema de socialización patriarcal se les valora como proveedores del hogar, y al finalizar esta etapa productiva pueden sentirse obsoletos.

- En cuanto a las mujeres, la mayoría de las participantes debido al rol de trabajadoras que desempeñaron antes de ingresar al hogar estuvieron de forma similar a los hombres en condición de trabajadoras remuneradas que cesaron sus labores y se enfrentaron a un proceso de jubilación. Sin embargo, podrían estar elaborando mejor la

pérdida de sus roles, al punto de considerar su nueva condición como un espacio de descanso, pues dentro del hogar pueden abandonar su antiguo rol social y dedicarse si así lo quieren a actividades similares pero para el cuidado de sí mismas y no de otros.

- Es posible que esa valoración mucho más negativa de sí mismos que hacen los hombres, sea una de las causas de la actitud de aislamiento que han adoptado dentro del hogar, marcando una gran diferencia entre sus acciones antes y después de entrar al hogar. En este sentido su aislamiento y rechazo a sus similares, podría ser un “síntoma” del conflicto interno consigo mismos, un posible deterioro de su noción de ser y de su satisfacción con la vida, al no haber empezado a valorar sustitutos de los roles sociales “perdidos”. De manera que han optado por un “sistemático apartamiento de toda interacción social” (Salvarezza, 1996, p 17)

- La percepción del envejecimiento que refleja la idea acerca de sí mismos, está directamente relacionada con el hecho de que algunos hayan manifestado estar en el hogar en actitud pasiva, de espera, solo esperando que sus vidas terminen. Esto último es posible asociarlo con la elaboración inapropiada de las pérdidas, y el manejo que de estas han realizado los adultos mayores a lo largo de sus vidas especialmente en la vejez.

- El hecho de sentirse inútiles pues ya no están desempeñando actividades remuneradas, o socialmente valoradas en términos productivos podría verse como causa de la subestimación de sus capacidades, y esto a su vez percibirse como una pérdida del control sobre sus vidas que ahora depende en mucho de lo que se les permita o posibilite hacer dentro del hogar. A raíz de lo cual, en una actitud pasiva prefieren delegar algunas responsabilidades de su propio cuidado a quienes están ahora a cargo de ellos y ellas.

Situación que puede ser el reflejo de la ideología que impera en nuestra sociedad y que en última instancia se refleja en las creencias y valoraciones propias de cada individuo antes y durante la etapa de la vejez. En este sentido los participantes asumen su vida dentro del hogar con un bagaje cargado de estereotipos y falsas creencias sobre la adultez mayor, que se convierten en los criterios de valoración sobre las capacidades, oportunidades y competencias de sí mismos y de sus compañeros (as). Tal y como señala Salvarezza (1988) a lo largo de la vida los participantes parecen haber interiorizado esos estereotipos asociados al viejismo, asumiendo como reales todas las incapacidades y características negativas atribuidos a la vejez, comportándose de modo consecuente con esa percepción.

- El deseo de poder volver a trabajar manifestado en forma reiterada a lo largo de sus discursos, deseo que ha sido coartado por sus limitaciones físicas, devela además de una mala elaboración del duelo con respecto a la jubilación, una no aceptación del desgaste propio del organismo que en términos generales ocurre con el proceso de envejecimiento. Ellos se aferran al deseo de mantener las mismas facultades físicas de las que gozaban años atrás cuando la enfermedad no los había colocado en esa posición de inactividad.

- A diferencia de los hombres, las mujeres que han optado por involucrarse más que ellos a diferentes actividades, parecen reflejar una mayor percepción de autorrealización. Esta se hace evidente en sus discursos que adolecen de tantas referencias a lo que quisieran hacer y no pueden, o a cuanto extrañan lo que hacían o el modo en que vivían antes de ingresar al hogar.

- Como el hogar de ancianos no está siendo concebido por la mayoría de los y las participantes como un sitio donde sea posible entablar relaciones fraternas, establecer nuevos vínculos afectivos, o mantener relaciones amistosas con personas con las que tienen varios elementos en común, es posible entender el hecho de que no se sientan del todo a gusto dentro del hogar. Esto por cuanto no se sienten parte de un grupo, y lejos de identificarse con los otros, sienten rechazo hacia estos.

- En cuanto al manejo que parecen estar realizando los (as) participantes con respecto a las distintas pérdidas que han enfrentado sobre todo durante sus procesos de institucionalización, podría decirse que parecen obedecer fuertemente a los esquemas culturales dentro de los que han vivido. En este sentido, es notable la manera en que se aferran a elementos sobrevalorados por nuestra sociedad, los cuales se enmarcan dentro de un plan de vida estructurado que se espera sea seguido por la mayoría: trabajar, casarse, tener hijos, etc. Podría ser esa una de las razones por las que añoran con frecuencia los tiempos de juventud, la época con sus familias, o el hecho de nunca haberse casado ni tener hijos como sucedió con la mayor parte de los (as) participantes.

Lo anterior evidencia procesos de duelo, aun no manejados correctamente con respecto al hecho de no tener una familia, la salud que tenían cuando eran jóvenes y muy ligado a esto la capacidad de trabajar. Sin embargo con respecto a esto parecen estar experimentando una pérdida que no necesariamente son reales para varios de ellos y ellas (as) pero que están fundamentadas en la ideología cultural y que como mencionan

Antequera y Blanco citados por Salvarezza (1998) podrían no ser consecuentes con su verdadera condición. Algunos indican sentir que por falta de trabajo son inútiles o dependientes dentro del hogar, pese a que todos ellos tienen la capacidad física de realizar todas sus actividades sin necesidad de ayuda, se asisten a sí mismos en las tareas de cuidado personal y costean con su pensión su permanencia en la institución.

- Por otro lado, los procesos de ajuste al hogar están también influenciados por el manejo de la pérdida de sus espacios individuales, de su autonomía, de las posibilidades de decisión sobre sí mismos que tenían antes de ingresar, las cuales han debido ceder o modificar a raíz de los requerimientos de la normativa institucional. Este fenómeno parece haber sido percibido por los y las participantes como un proceso gradual de “pérdida de independencia personal” (Walter 2001 p 88). Ante esto, toda situación que pueda interpretarse como prohibición o que imposibilite en alguna medida el continuar con la vida tal y como lo hacían antes, podría ocasionar su disconformidad, y por ende dificultar el proceso de adaptación y el desarrollo de un sentido de pertenencia.

- La importancia de la sensación de pertenecer a un grupo, de estar en casa, de pertenecer a una “nueva familia”, radica en el hecho de que esta tiene una relación estrecha con la capacidad que podrían manifestar los participantes de cuidar de sí mismos, de proveerse condiciones de autocuidado integral, de involucrarse y mantenerse activos en su nuevo contexto, si logran sentirse a gusto en ese nuevo espacio.

El exceso de control que podrían estar percibiendo estos por parte de la institución no les permite sentir que son capaces de decidir, e inclusive podrían sentir que ahora no son capaces de controlar lo que sucede en sus propias vidas, disminuyendo así las posibilidades de que sigan considerándose capaces y útiles. Esto es evidente por ejemplo en el discurso de algunos que señalan: “yo quisiera ir un día y cocinar unos macarrones pero no lo dejan a uno”, con lo que queda evidenciada su necesidad de experimentar el sentido de logro, y que se les deleguen responsabilidades en su nuevo grupo. Desde el punto de vista de la capacidad de autocuidado que puedan manifestar dentro del hogar este aspecto es fundamental pues el sentido de logro y el visualizarse como un individuo con posibilidades sociales ilimitadas es según Moragas (1991) suficiente en muchos casos para superar algunas de las condiciones objetivas de deterioro físico y orgánico a las que puedan enfrentarse estos adultos mayores.

- En general, esa mirada hacia el pasado, para reconocerse en su presente, parece estar causando dolor y angustia en los participantes hombres más que en las mujeres y esto afecta la búsqueda de nuevas motivaciones y deseos que puedan convertirse en proyectos que den sentido a la vida de estos adultos mayores. El comportamiento de los y las participantes puede ser su forma de expresar que viven una carencia de nuevas formas de autoprocursarse un mejor estilo de vida, tomando en cuenta que aún no han logrado abrirse a las posibilidades y al intercambio en el contexto del hogar, lo que está limitando su capacidad de explorar las nuevas opciones de gratificación física, mental y espiritual que deben ir construyendo en esta nueva etapa vital.

4.3.3 Factores relacionados con el autocuidado integral: espiritualidad y recreación

Luego de analizar la información obtenida a partir de los distintos instrumentos empleados es posible plantear algunas situaciones en cuanto a la recreación y los aspectos de la espiritualidad, ambos interrelacionados entre sí y parte fundamental del concepto de autocuidado que nutre la presente investigación.

- En este sentido puede señalarse que, los adultos mayores participantes han evidenciado a lo largo de su vida, tanto antes como después de ingresar al hogar de ancianos, estilos de vida que incorporan de distintas formas algunas actividades que ellos consideran parte de su esparcimiento y a las cuales dedicaban o dedican tiempo. Estas actividades según comentan, cumplen una finalidad específica: “ayudarle a uno a distraerse”, de manera tal que son consideradas como actividades recreativas, siendo algunas de estas de carácter espiritual.

- Dentro de las tendencias observadas parece además plantearse la existencia de diferencias personales en cuanto al tipo de actividades y la participación de los adultos mayores en espacios recreativos. De modo que se observan tendencias diferentes antes y después del ingreso al hogar de ancianos, lo que a su vez está también vinculado con elementos de género, edad, condición socioeconómica, etc.

- En el caso de las mujeres participantes antes de ingresar al hogar las actividades “recreativas” que realizaban respondían a los roles culturalmente asignados según el género; de tal manera, el hogar representa el ingreso a un ambiente social que ofrece

posibilidades nuevas y reales de recreación, asociadas a una mayor disponibilidad de tiempo y al contacto con espacios distintos.

Sin embargo, pese a lo anterior no parece haber una relación directamente proporcional entre el aumento de dichas posibilidades recreativas para las mujeres y su participación activa dentro de estos espacios. La práctica de actividades de carácter individual sigue siendo la constante en las participantes que señalan dedicar tiempo a su recreación.

En este caso se podría identificar en las adultas mayores ciertos patrones rígidos de comportamiento, que definen sus prácticas de esparcimiento; además de ciertos conflictos psicoafectivos relacionados con la percepción de sí mismas y de sus posibilidades de autorrealización en esta etapa y en este ambiente específico, que podrían estarse manifestando en los comportamientos de desvinculación y pasividad ante las actividades de integración dentro del hogar. La forma en que se perciben a sí mismas, como lo menciona Hidalgo (2001, pag 106.) “la noción del ser un “viejo” incide en la manera en la que se vinculan a la actividades y las opciones recreativas dentro del hogar , de modo que en procura de su autoaislamiento señalan que los demás son “viejos” a los que les confieren características seniles como excusa para no compartir con ellos.

- Los hombres participantes, antes de ingresar al hogar estaban acostumbrados a participar en espacios de ocio y prácticas colectivas que les ponían en contacto con otros de su edad, con quienes compartían intereses. Esta posibilidad que marca el género a favor de los hombres también podría estar relacionada con el hecho de que ellos al ser “cabeza de hogar” dentro de una cultura patriarcal estaban amparados por la posibilidad de disponer de su tiempo fuera del tiempo laboral, para sí mismos, y de emplear el dinero que ellos mismos conseguían para patrocinar su recreación.

- Son esas prácticas anteriores de los hombres las que hacen más evidentes las variaciones que presentan en sus estilos de vida actuales dentro de la institución. Aunque no necesariamente es la condición de institucionalizados la que podría considerarse causante de su nueva actitud pasiva y aislada, son las condiciones asociadas a la institucionalización las que podrían verse en su conjunto para tratar de entender dicho fenómeno. Ahora, tras su jubilación, con algunos padecimientos físicos, y a merced de las disposiciones administrativas del hogar, los hombres participantes manifiestan preferir la

soledad, la contemplación, la conversación (en pocas ocasiones), como estrategias recreativas que difieren en casi todo de las que mencionan haber practicado antes de ingresar.

- Se podría señalar la existencia de una barrera psicológica que impide un verdadero proceso de interacción y convivencia en el ambiente cotidiano dentro del hogar, por lo que aunque existen las opciones recreativas, éstas no podrán ser aprovechadas sino se atiende en primer lugar las necesidades psicoafectivas que subyacen en los comportamientos apáticos de los participantes. Dicha barrera psicológica podría ser explicada por los principios de la teoría del interaccionismo simbólico, en tanto las actividades que realizaban los adultos mayores como parte de sus roles de la vida anterior a la institucionalización, fueron abandonados, sin reemplazarlos por alguna otra actividad que les pusiera en interacción con su nuevo papel como adultos mayores institucionalizados.

Esto como lo señala Hidalgo, representa para ellos una limitación a las posibilidades para satisfacer sus necesidades recreativas en vista de que esos papeles sociales que desarrollaban en grupos, en sus lugares de trabajo o con sus grupos de amigos le daban significado a sus vidas, sentido del cual adolecen ahora que solo se dedican a habitar en el hogar, y tratan de no vincularse con las actividades de este.

Las consecuencias que este fenómeno de aislamiento y abandono de roles, posee para la capacidad de autocuidado son determinantes. Ahora se perciben a sí mismos como sujetos a merced del tiempo, en espera de, dependientes de otros, generando como menciona Leer (1980) un deterioro de su autoimagen, de su capacidad de adaptación y por lo tanto el acelerado deterioro de sus capacidades mentales y físicas.

- El deseo y el interés por temas o actividades de interés personal sigue existiendo. Al respecto podría entonces pensarse que los espacios de recreación dentro de las rutinas de la institución en la que se encuentran no están contemplando esas motivaciones particulares de sus residentes, o al menos no han sido diseñadas con base en sus necesidades. Esto evidencia la necesidad de ampliar el marco conceptual desde el cual se valoran conceptos tales como el autocuidado, en vista de que se está dejando de lado un factor fundamental como lo es la recreación dentro de una institución en la cual ellos permanecen todo el día.

Las disposiciones que la institución tome respecto a la cantidad y calidad de las actividades recreativas que posibilita recobra especial interés en función de la capacidad de autocuidado, máxime teniendo en cuenta que como señala Salas (1988) la participación de los adultos mayores institucionalizados en programas ocupacionales o actividades físicas con regularidad facilita los procesos de elaboración de sus pérdidas al ingresar al hogar, evitando así el aislamiento y la depresión.

- El desinterés que manifiestan la mayoría de los y las participantes ante la posibilidad de compartir con otros residentes, o de ir al gimnasio, o de ir al taller, contrasta con sus posibilidades a nivel físico, y con la permanencia en muchos de ellos de intereses particulares que aún serían motivación suficiente para involucrarse en actividades recreativas dentro del hogar de ancianos. Al mismo tiempo, no tener en cuenta lo que les gustaba hacer antes de ingresar al hogar, podría llevarles paulatinamente a abandonarse en el aislamiento y la pasividad, con las consecuencias que ello tiene a nivel de autopercepción y la evaluación que ellos y ellas realizan del sentido de sus vidas.

- En términos generales es posible decir que algunos de los y las participantes en vista de esas condiciones tratan de autoprocursarse según sus posibilidades y motivaciones personales, los espacios individuales para recrearse. Sin embargo, las opciones de esparcimiento que los y las adultas mayores incorporaban como estrategias de autocuidado y que en el caso de algunas participantes, continúan practicándolas en el hogar, son opciones reducidas y estereotipadas. Es decir son actividades orientadas por un criterio rígido y tradicional de género, lo cual dificulta la visualización de nuevas opciones en su vida actual.

- Para algunos de los residentes participantes, el espacio del hogar es un sitio para esperar la muerte, el lugar de descanso para no hacer nada, con el consecuente deterioro tanto físico como mental que a la larga acarrearía dicha condición. Lo anterior permite establecer una relación dialéctica entre la participación en espacios de esparcimiento y recreación adecuados a las necesidades e intereses individuales, y las condiciones psicoafectivas que manifiestan los adultos mayores dentro del hogar de ancianos, siendo estas últimas las que se desarrollarán a continuación.

- En cuanto al factor espiritualidad, en los participantes este se desarrolla en clara relación con las actividades recreativas en las que participan, e incluso podría decirse que

en algunos casos las primeras constituyen las únicas actividades que realizan dentro del hogar que puedan considerar de carácter recreativo, que no corresponden a actividades propiamente de rutina, es decir que las realizan con la intención de emplear su tiempo en algo que les provea alguna satisfacción a nivel personal.

- Desde el punto de vista de la espiritualidad, la práctica religiosa representa para los y las participantes una forma de obtener el control y la seguridad que pudieran haber percibido como pérdidas, sobre todo teniendo en cuenta que como lo plantea Moragas (1991), el adulto mayor (bajo las condiciones de la institucionalización sobre todo) podría experimentar que no tiene el control sobre aquellos eventos que se presentan como adversos, como los problemas de salud que pueden sufrir. De manera que ante la adversidad la formación espiritual que experimentaron desde etapas tempranas de la infancia, mediante el cual depositan en sus creencias sobre todo religiosas la capacidad de proveer la fortaleza para enfrentarlas.

- Tener fuertes creencias religiosas, constituye para los adultos mayores una posibilidad de mantener contacto con sus memorias y experiencias pasadas, a raíz de los procesos educativos y formativos en los cuales estas se fueron construyendo. La fortaleza de esas creencias y la ideología que las fundamenta es un elemento de cohesión para sus personalidades que les impulsa a continuar con sus prácticas religiosas, y a participar en algunas de las alternativas recreativas que brinda el hogar.

4.3.4 Condiciones de la institución que podrían estar asociadas con la capacidad de autocuidado

- Con respecto a las condiciones propias de la institución que podrían vincularse de modo más directo con algunas opciones que tienen los y las residentes participantes para mantenerse activos física y mentalmente, es posible rescatar elementos particulares, entre ellos las características del espacio físico.

Infraestructuralmente el hogar cuenta con condiciones que lejos de limitar posibilitan la interacción de los adultos mayores con otros miembros del hogar, permite su desplazamiento hacia distintas zonas en las que ellos pueden realizar diferentes actividades, con lo cual favorecen el ejercicio físico y la independencia. De hecho los y las

participantes, recorren las distintas áreas y asisten por sus propios medios al comedor, la lavandería, las zonas verdes, otros pabellones.

Esto garantiza según lo planteado por Araya (1992) que los participantes no perciban el hogar como un entorno limitante en el sentido infraestructural, es decir que no rivaliza con sus nuevas condiciones fisiológicas, y sensoriales. Algunos de los espacios físicos de la institución están acondicionados con equipo específico para el ejercicio físico. Sin embargo, dichos espacios son destinados para el trabajo con algunos residentes en particular, que son valorados por los especialistas para realizar este tipo de actividades. En este sentido, no parecen estar empleándose adecuadamente los recursos en la prevención y promoción de la salud integral, pues no se incorporan en esos horarios a los adultos mayores, quienes como los participantes de esta investigación reúnen condiciones que les permiten cuidar de sí mismos, y promover en ellos niveles de actividad física y mental que les ayuden a mantenerse así.

- Los horarios que la institución ha dispuesto para realizar actividades como las horas de alimentación, parecen ser percibidas como imposiciones por parte de algunos de ellos, quienes manifiestan que a veces es posible no tener hambre a la hora de la cena, pero que si no asisten pasaran muchas horas antes de poder volver a comer. Esto podría ocasionar además de la pérdida de la sensación de control sobre sí mismos, la indisposición con respecto a la institución. Tal y como menciona Araya (1992) no solo la disposición arquitectónica es importante sino que a nivel psicosocial es necesario valorar lo que implica para el adulto mayor enfrentarse a un cambio con respecto a la administración de sus horarios por parte de otros y la manera en la que esto crea un conflicto interno en cuanto a su percepción de autocontrol, aspecto fundamental para la manifestación de su autocuidado.

De igual manera existen horarios de visita que deben ser respetados, y que el hogar habilita para que las familias de los residentes vayan a verlos. Sin embargo, pese a la disposición del hogar, los familiares y amigos de estos adultos mayores, en la mayoría de los casos, nunca hacen uso de esa opción.

- La apertura de la institución hacia la comunidad, permite que algunos grupos de forma voluntaria se involucren en el trabajo y las actividades diarias de la institución. Tanto estudiantes como mujeres voluntarias de la comunidad hacen visitas con el fin de

realizar actividades recreativas que los residentes puedan compartir. Esas actividades son de diversa índole, y en su mayoría son grupales, con lo cual se están reforzando además de las habilidades físicas y mentales, algunos aspectos emocionales como la socialización, el sentido de pertenencia, entre otras.

- En vista de sus capacidades físicas y mentales, el hogar les brinda a los participantes la posibilidad de ser ellos quienes salgan de la institución a visitar a sus amigos o parientes. Esta facilidad, aunque requiere siempre del aval del hogar, cosa que reprochan algunos de ellos, sigue siendo un importante elemento en el mantenimiento de la salud física pero sobre todo mental de los (as) adultos mayores. Ellos (as) hacen hincapié en lo valioso que es compartir con sus amigos, o ir a visitar a sus hermanos (as), conversar con ellos, verlos. Esto fomenta sin lugar a duda su sentido de logro, y les permite seguir siendo independientes, sintiendo como lo señalan algunos que pueden “salir y entrar cuando quieran porque están bien”.

4.3.5 Análisis de factores que limitan o incentivan las prácticas de autocuidado en la relación adultos mayores- cuidadoras

Al tratar de identificar los factores que limitan o incentivan las prácticas de autocuidado integral en la relación entre los adultos mayores y las cuidadoras, existen varios aspectos a desarrollar.

- En general, al observar el trabajo diario que realizan las cuidadoras, su actuar parece ser coherente con la satisfacción y aprecio que expresan tener con respecto a su labor dentro del hogar. Su actitud y desempeño es aprobado por todos los adultos mayores participantes, lo cual parece ser una fortaleza en el ambiente institucional, considerando como señala Leer (1980) la importancia de que la vejez ya de por sí plagada de connotaciones negativas, sea vivida en un contexto que minimice los obstáculos y erradique esos estereotipos del adulto mayor senil y dependiente de sus cuidadores quienes por el contrario deben facilitar el ingreso y adaptación a la institución.

Aunque existen deseos de realizar su labor adecuadamente, las condiciones administrativas de la institución generan un factor limitante, pues desde la perspectiva de las cuidadoras la sobrecarga de trabajo genera una dinámica especial en la atención de los adultos mayores participantes. Lejos de una cosificación y masificación en el trato, o la

tendencia a establecer vínculos de dependencia afectiva entre cuidadoras y adultos mayores, a los que hacen alusión autores como Beirutti y Buzetti (2001, en este contexto específico las cuidadoras parecen resultar pocas en relación con la demanda de cuidado que generan los residentes, por lo que los adultos mayores participantes al poseer un buen estado físico y mental reciben una atención muy básica.

- Se promueve una independencia casi “obligatoria” en éstos, lo cual obliga a los participantes a fortalecer su autonomía funcional. No obstante, los espacios de interacción, de contacto emocional, de intercambio y acompañamiento son escasos, casi inexistentes; hecho que es aceptado por las cuidadoras entrevistadas.

Lo anterior, se relaciona con la visión que podría estar imperando a nivel institucional, con respecto a privilegiar la capacitación en la atención paliativa, es decir, las cuidadoras reciben capacitaciones donde predominan los temas sobre la atención de enfermedades y limitaciones físicas del adulto mayor y aunque reconocen el principio de promoción de independencia en el adulto mayor, se puede hablar de una ausencia de la visión integral del autocuidado, que debería promoverse esencialmente en el ambiente institucional.

- En principio, el cuidador debe ser un promotor que incentive día a día a los adultos mayores a aprovechar las opciones y servicios que ofrece el hogar y a buscar medios para su desarrollo integral, lo cual parece lejano si el intercambio con éstos es mínimo y se limita al cumplimiento de las tareas básicas. Lo anterior, podría vincularse con el tipo de relación entre el personal administrativo y los cuidadores, pues parece existir también entre ellos una relación rígida, que se limita a establecer las funciones del cuidador, a brindarles capacitaciones periódicas, generando así que las cuidadoras entrevistadas conozcan la estructura jerárquica administrativa pero ignoran aspectos relacionados con el funcionamiento político- económico de la institución y desconocen las iniciativas o proyectos que se gestan en ese nivel.

En este sentido, se excluye la perspectiva del cuidador en la toma de decisiones con respecto al funcionamiento institucional e incluso no existen intercambios de información fluida al respecto, lo que podría ser un desaprovechamiento de un recurso vital en este ambiente, pues es el cuidador la persona que podría establecer mayor contacto y lograr un mayor conocimiento de cada adulto mayor dentro del hogar.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Introducción al Capítulo

A partir de la interpretación de la información obtenida gracias a los participantes del proceso, se plantean una serie de conclusiones que sintetizan los principales resultados obtenidos, y algunas recomendaciones que podrían desprenderse del proceso investigativo, dirigidas en términos generales a la institución, y que podrían ser utilizadas por quienes tienen la posibilidad de trabajar en los distintos espacios institucionales con adultos (as) mayores.

Dichas recomendaciones no pretenden resolver los inconvenientes que pudiesen presentarse en el trabajo con adultos mayores institucionalizados, sino más bien ampliar las perspectivas de dicho trabajo y aportar material generador de mejoras en la atención que brindan las instituciones que como el hogar de ancianos de la investigación, tienen a su cargo la posibilidad de brindar calidad de vida a los (as) adultos (as) mayores.

5.2 Conclusiones

A través del proceso de la investigación fue posible conocer algunas de las prácticas de autocuidado que los y las participantes manifestaron tener tanto antes como después de su ingreso a la institución. En vista de esto, pueden extraerse algunas conclusiones.

Teniendo en cuenta el carácter individual que adquiere el autocuidado a raíz de las diferencias personales, no pueden calificarse como buenas ni malas las prácticas que tenían antes o después de formar parte del hogar de ancianos. Sin embargo, teniendo en cuenta el punto de vista del autocuidado como concepto integral, se podrían considerar como deficientes en varios sentidos. El conocimiento de los estilos de vida previos a la institucionalización da cuenta de las carencias en cuanto la incorporación de hábitos

saludables de autocuidado desde etapas tempranas de la vida, lo cual deriva en situaciones similares en esta etapa de la vida institucional.

Tanto antes como ahora adolecen de una orientación preventiva que retarde la aparición de enfermedades a nivel físico y mental. Pero a diferencia de sus vivencias anteriores a la institucionalización es posible reconocer en algunos de los participantes, sobre todo en las mujeres, un mayor involucramiento en su propio cuidado, ya sea en las labores propias de su rutina diaria, como también en otros espacios que brinda en el hogar a nivel recreativo y espiritual.

Todo lo anterior lleva a la conclusión de que la capacidad de autocuidado, desde la perspectiva integral se construye a lo largo de la vida, y aunque en la vejez podría disminuir en virtud de situaciones de deterioro mental o físico, está sumamente determinada por los estilos de vida que se manifestaron en la niñez, la juventud o la adultez. De modo tal que no corresponden a una única condición que enfrente el adulto mayor, por ejemplo la condición de institucionalización.

Específicamente en el ámbito de la recreación como componente fundamental del autocuidado se puede concluir que existen cambios antes y después del ingreso a la institución marcados fuertemente por las diferencias de género. Las participantes quienes dedicaron poco tiempo a sí mismas por atender necesidades de otros después de ingresar al hogar actualmente poseen mayores posibilidades de esparcimiento. Caso contrario al de los participantes quienes al ingresar al hogar enfrentaron la pérdida de espacio de ocio y prácticas colectivas de esparcimiento.

En la totalidad de los y las participantes se identifica un estilo de vida pasivo, marcado por pocas actividades recreativas y de carácter individual, que podría vincularse a espacios y rutinas recreativas dentro del hogar poco significativas para los participantes pero también a una serie de factores físicos y psicosociales vinculados a la forma en como transitan por la etapa del envejecimiento y su ideología sobre la vejez.

Sobre la relación entre las normas, servicios, funcionamiento administrativo y las posibilidades de autocuidado integral de los y las adultas mayores participantes se puede señalar que el ingreso y adaptación a la vida dentro del hogar, implica para los y las participantes la vivencia de una serie de pérdidas relacionadas directamente con su sentido de autonomía y control de su vida; afectando especialmente en los hombres, el desarrollo

de su sentido de pertenencia, lo cual se observa en su rechazo hacia la organización de horarios, el tipo de alimentación y la distribución de espacios comunes para los residentes. En las mujeres, la regulación de sus actividades diarias y las normas son elementos que han aceptado a cambio de los beneficios que el hogar les ofrece, lo cual genera una mejor disposición emocional y una mayor participación en las actividades.

El hogar brinda una serie de servicios y programas que representan algunas oportunidades para desarrollar integralmente su capacidad de autocuidado en las áreas física, mental y socioemocional, los cuales son reconocidos por los y las participantes; sin embargo, no son aprovechadas significativamente por la mayoría de ellos (as). Lo anterior se debe a factores diversos como la apatía y aislamiento que han asumido la mayoría de los adultos mayores participantes, las débiles relaciones interpersonales dentro del hogar, la falta de mecanismos de motivación e integración para los residentes y la lejanía física y/o emocional de los familiares.

Solo algunos (as) participantes han logrado mantener ciertos espacios sociales externos al hogar, pero predomina, especialmente en los hombres actitudes pasivas y de desmotivación con respecto a los espacios y actividades internas, lo que actúa en detrimento de su exploración de espacios y recursos para fortalecerse física, sociofactiva y espiritualmente.

En cuanto a los factores sociales que incidieron en la institucionalización de los participantes, se puede concluir que los y las adultas mayores, antes de su ingreso al hogar, desarrollaron una vinculación más cercana con su familia primaria, debido a la pérdida física o emocional del cónyuge, o a su condición de soltería; por lo que actualmente sus redes de apoyo externa al hogar son reducidas y cuentan con escasos medios de satisfacción de sus necesidades sociales, afectivas y económicas.

Además de las débiles relaciones familiares, los y las participantes redujeron sus espacios sociales a la esfera laboral, por lo que su modo de vida dentro del hogar evidencia los escasos espacios sociales y recreativos que construyeron antes de su ingreso al hogar. Situación que limita su capacidad de autocuidado, especialmente para algunos (as) quienes no han logrado aceptar su condición actual como jubilados e institucionalizados y rechazan las posibilidades de nuevas vinculaciones sociales y emocionales con los residentes del hogar.

El cambio de roles sociales vividos como pérdidas y los procesos de duelos no resueltos, generan limitaciones en esta nueva etapa vital dentro del hogar, pues específicamente en los hombres, existe rechazo por su condición económica y social de residentes, añorando en su discurso, el rol de “sujetos productivos”, autónomos en el manejo de su economía. Caso contrario el de las mujeres quienes aceptan con agradecimiento su dependencia de los servicios del hogar. Sin embargo, en general los y las participantes han optado por asumir su nueva condición de vida con resignación y no han logrado explorar nuevos roles como parte de su capacidad de autoproveerse gratificaciones, espacios y satisfacciones en áreas como la física, espiritual, recreativa y de vinculación comunitaria.

En lo referente a la relación entre las cuidadoras y los residentes, en el contexto específico del hogar, las disposiciones administrativas y funciones de las cuidadoras privilegian una atención directa hacia los residentes dependientes física y emocionalmente. Por lo cual los y las participantes reciben una atención muy básica, que exigen de ellos una “autonomía forzada”, pues el número reducido de cuidadoras y la gran demanda de los residentes imposibilitan la atención personalizada y la vinculación más cercana con los adultos mayores que tienen condiciones físico mentales más favorables.

Las cuidadoras son entes promotores de la independencia de los y las participantes en cuanto a su propio cuidado físico, tanto por factores administrativos como por su conocimiento de su rol de reforzadoras de la autonomía del adulto mayor. Sin embargo, esta misma condición incide en las pocas posibilidades de interacción, escucha, afecto y apoyo emocional que los adultos mayores necesitan como parte de sus posibilidades de autocuidado y que las cuidadoras en otras condiciones les podrían proveer. De igual forma, éste potencial se invisibiliza en la capacitación que éstas reciben pues entre las temáticas se privilegia el cuidado paliativo en detrimento de la promoción y prevención en la salud integral de los y las participantes.

Al indagar las implicaciones psicológicas de la institucionalización y su impacto en las prácticas de los adultos y adultas mayores se observan diferencias importantes entre los hombres y las mujeres. En los participantes se puede identificar una valoración negativa de su condición de ancianos, de los demás residentes y del hogar, vinculada a una concepción

de la jubilación como una nueva condición de invalidez social, agudizada por algunos padecimientos físicos y por su condición de institucionalizados.

Caso contrario, el de las mujeres, para quienes la jubilación e institucionalización representan una nueva forma de vida más satisfactoria y liberalizadora. Estas diferencias influyen en su sentido de pertenencia, su vinculación a las actividades del hogar y su percepción de sí mismos y de su futuro. En los hombres se acentúa la soledad, la apatía y la añoranza de su pasado. En las mujeres se identifica una actitud de agradecimiento por las condiciones de su vida actual, una mayor tendencia a involucrarse en algunas actividades del hogar aunque al igual que los participantes enfrentan procesos de duelo no resueltos en cuanto a la familia y tienen las mismas dificultades de interrelación y aceptación de sus compañeros (as) residentes.

Pese a poseer condiciones que les permiten realizar casi cualquier actividad física y mental estos residentes sucumben ante las carencias afectivas, el mal manejo de pérdidas y la poca integración a su nuevo espacio vital, experimentando una especie de “discapacidad” psicoafectiva que los limita en el desempeño de un autocuidado integral. Con lo cual queda evidenciada la importancia que poseen en el autocuidado las condiciones socioemocionales de los (as) adultos (as) mayores.

Con respecto a esto, es posible entonces considerar que dentro de los espacios institucionales, se conjugan elementos de carácter individual e institucional que pueden contribuir en el deterioro de la capacidad de autocuidado de los (as) adultos (as) mayores.

5.3 Recomendaciones

Tomando en cuenta el análisis y conclusiones expuestas anteriormente, sería importante señalar la necesidad de que el hogar de ancianos provea a los residentes la oportunidad de adaptarse a su nueva forma de vida, mediante un proceso de integración y acompañamiento, durante las primeras semanas de ingreso y posteriormente de forma periódica, que sea dirigido por un profesional en el mejor de los casos (psicólogo, trabajador social). Ello con el objetivo de apoyar al adulto mayor en la elaboración de sus duelos en cuanto pérdidas y cambio de roles en esta nueva etapa vital, en el marco de este nuevo ambiente en el que se tienen que desenvolver.

Desde lo anterior conlleva a analizar la necesidad de que la psicología a nivel de formación profesional readeque los contenidos de los programas de enseñanza, desde los cuales se considere el estudio del envejecimiento como un eje transversal en cursos de desarrollo humano, prevención psicosocial, salud mental, etc que provean de herramientas teórico-metodológicas. Esto podría garantizar un mejor desempeño del profesional en psicología al momento de abordar este tipo de temáticas con la población adulta mayor, y sobre todo en el acompañamiento de otros en el proceso de envejecimiento y la formación de una cultura educada desde la visión integral del envejecer con calidad de vida.

Se requiere un espacio formal dentro del hogar de ancianos que refuerce el área socioemocional, de modo que los adultos mayores puedan comenzar a visualizar nuevas estrategias de autocuidado, con los recursos y oportunidades que el hogar les ofrece directa o indirectamente (proyección a la comunidad). En este sentido la institución podría implementar estrategias mucho más fuertes que vinculen a la comunidad con el hogar, de modo que acerquen a más personas con las que los y las residentes puedan compartir e intercambiar experiencias que favorezcan su salud psiocoafectiva.

Es importante que dentro del funcionamiento institucional se contemplen mecanismos de retroalimentación y evaluación de la calidad del servicio que ofrece, desde diferentes fuentes de información (residentes, cuidadoras, profesionales y cuerpo administrativo); brindando así la oportunidad de fortalecer los servicios y ambiente institucional y conocer directamente las necesidades de los diferentes involucrados.

Esto porque según el análisis realizado éstos residentes tienen una importante carencia de atención en el área socioafectiva, a lo que podría subyacer una ideología reduccionista sobre el autocuidado; es decir, el cuidado dependerá de su capacidad de autonomía funcional, en detrimento de otras esferas del autocuidado integral que deben promoverse a nivel institucional.

La institución podría considerar la posibilidad de establecer programas de atención más personalizados, que muestren mayor apertura hacia las necesidades que en el nivel individual pueden presentar los residentes. De manera que brindando un poco más de flexibilidad, se puedan fortalecer algunos aspectos psicoafectivos que de momento parecen mostrar algunas carencias en los adultos mayores del hogar.

Es necesario promover el aprovechamiento al máximo de los recursos institucionales, orientándolos hacia la implementación de programas preventivos en salud integral. Permitiendo no solo a quienes parecen requerir mayor apoyo en ese sentido, sino también a quienes mantienen condiciones físicas y mentales óptimas, participar de los espacios como el gimnasio, la piscina, el taller, las zonas verdes entre otros.

En general es necesario considerar la posibilidad de brindar mayor apoyo al desarrollo y creación de programas de educación para la vejez en los que los individuos desde las etapas tempranas de la vida incorporen la perspectiva integral del autocuidado. Esto por cuanto la incorporación de estilos de vida saludables obedece no solo a una etapa de la vida y repercute a lo largo de esta. En este sentido es importante reconocer la carencia de formación y educación para el envejecimiento en la población en general.

Queda evidenciada la necesidad de establecer como parte integral de los programas educativos formales aspectos que acerquen a los individuos al ejercicio y prácticas saludables de vida, que favorezcan la adopción de hábitos de prevención y promoción de la salud física, mental y espiritual. Esto con la finalidad de educar a la población con miras no solo a las etapas tempranas de la vida, sino además visualizando e integrando desde los primeros años de vida a la vejez como parte inherente al desarrollo humano.

REFERENCIAS

Aguirre, Y. y Jardón, F. (2003). Los tests proyectivos en el diagnóstico de las depresiones. México. En línea. Disponible en www.labomed.cl/decalogo.htm-20k.

Araya, M. (marzo- noviembre, 1992). El anciano ante el entorno arquitectónico. Gerontología. Vol. 6. n°1,2,3. Caja Costarricense de Seguro Social, Programa de capacitación e información sobre la tercera edad.

Araya, E. y Víquez, R. (2003). Programa de capacitación en el autocuidado dirigido a usuarios y cuidadores para la atención de la persona adulta mayor. San José, Costa Rica: Práctica dirigida de graduación, Licenciatura en Enfermería.

Barrantes, R. (1999). Investigación, un camino al conocimiento: Un enfoque cuantitativo y cualitativo. Costa Rica: EUNED.

Barrantes, A. y Marín, M. (1998). Factores protectores con relación a la calidad de vida de los adultos mayores de grupo acción. San José, Universidad de Costa Rica: Tesis de graduación, Licenciatura en Trabajo Social.

Berutti, M. Y Buzeki, M.(2001). Ponencia : Cuidadores Formales en la Institucionalización de Larga Distancia

Bhola, H. (1991). La evaluación de proyectos, programas y campañas de “alfabetización para el desarrollo”. Alemania: UNESCO.

Bodán, V. (1981). Exploración de los intereses y las necesidades del anciano costarricense en aspectos vitales como trabajo, salud, recreación y vida sexual. San José, Universidad de Costa Rica: Informe de seminario de graduación. Licenciatura en Psicología.

Calvo, L. (noviembre de 1988). Factores biospsicosociales determinantes en la institucionalización del anciano. Revista gerontológico en acción. Año 2, n°5. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

Carazo, P. (octubre, 2004). Meta-análisis sobre el efecto de ejercicio en la cognición de adultos mayores. Memoria. XI Simposio Internacional en Ciencias del Deporte, el Ejercicio y la Salud. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Carmen, R. y Vásquez, C. (1993). Salud mental, autonomía funcional y percepción del envejecimiento. Un estudio en ancianos de clase media de Lima, Perú. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 25. n°3.

Carvajal, X. (12 de abril, 2002). Declaración II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento España. En línea. Disponible en: www.un.org/ageing/coverage/costaricaS.htm-11k.

Centro Centroamericano de Población. (2002). CRELES- Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable. En línea. Disponible en: www.ministeriodesalud.go.cr/dirdesar/Tratamiento%20y%20Hospitalización%20PNS.htm.

Chávez, I. (marzo- noviembre, 1993). Inversión económica de la familia multigeneracional en sus ancianos: un caso costarricense. Gerontología. Vol. 7. n°1,2,3. Caja Costarricense de Seguro Social: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social.

Cordero, L. y Elizondo, J. (1989). Atención de enfermería con el componente de autocuidado, para el seguimiento de pacientes de la tercera edad, egresados del Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes. San José, Universidad de Costa Rica: Informe de la práctica dirigida. Licenciatura en enfermería.

Delgado, J. y Gutiérrez, J. (1999). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.

Denton, C. y otros. (1981). La administración de los hogares de ancianos en Costa Rica. Heredia, IDESPO.

Dueñas, L. (2002). “Dorothea Orem”. En línea. Disponible en: www.terra.es/personal/dueñas/teorias3.htm.

Dulcey, E. y Ardila, R. (1976). Actitudes hacia los ancianos. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 8. n°1.

Fernández, L. y García, M. (1999). Psicología preventiva y calidad de vida. Manual de la Psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Flores, M. y García, C. (septiembre- diciembre, 2003). La perspectiva de género y su implicación en la calidad de vida en el envejecimiento. Revista de la Universidad del Valle de Atemajac. Año XVII. México.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2002). Política Nacional para la atención de la Persona Adulta Mayor. Plan de Acción 2002- 2006. San José, Costa Rica.

Gómez, S. (2002). Actitudes hacia la prevención y promoción de la salud en las personas adultas mayores. Elementos gerontológico básicos para su análisis. San José, Universidad de Costa Rica: Estudios de Posgrado en gerontología para optar por el grado de Magíster.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1991). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.

Hidalgo, J. (2001). El envejecimiento, aspectos sociales. San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.

Lau, N. (1999). Significado y práctica de autocuidado en las personas adultas mayores de cantón de Barva de Heredia. San José, Universidad de Costa Rica: Estudios de Posgrado en gerontología para optar por el grado de Magíster.

Lehr, U. (1980). Psicología de la senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento. Barcelona, España: Editorial Herder.

Loaíciga, M. (junio,1993). Condiciones psicosociales vinculadas a la atención institucional de los ancianos. Revista de ciencias sociales. Universidad de Costa Rica.

López, M. y Herrera, E. (1994). Capacitación para la atención de individuo de la tercera edad del Hogar Hortensia Rodríguez de Bolaños. San José, Universidad de Costa Rica: Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería.

Mackernan, J. (1999) Investigación- acción y currículo. Madrid: ediciones Morata.

Méndez, E. (1998). Calidad de vida de las personas mayores residentes en el hogar para ancianos Alfredo y Delia Gonzáles Flores. Estudio de Caso. San José, Universidad de Costa Rica: Estudios de Postgrado en gerontología para optar por el grado de Magíster.

Miranda, A. (2002). La importancia de los vínculos afectivos en el trabajo con quienes cuidan personas adultos mayores. San José, Universidad de Costa Rica: Estudios de Posgrado en gerontología para optar por el grado de Magíster.

Moraga, S.; Muñoz, M. y otros. (1992). Dos teorías comparativas sobre el envejecimiento: del retiro y de la actividad. San José, Universidad de Costa Rica: Seminario de Graduación, Licenciatura en Sociología.

Moragas, R. (1998). Gerontología Social. Envejecimiento y calidad de vida. Barcelona, España: Editorial Herder.

Morel, V. (junio, 1999). Relaciones entre la funcionalidad, el nivel de actividad física, el estado cognitivo y anímico de adultos mayores participando en programas recreativos de actividad física. Revista Gerontológico. Vol.1. n°1. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

Organización Panamericana de la Salud. (2004). Declaración de principios del cuidado del adulto mayor en el siglo XXI. En línea. Disponible en: www.labomed.cl/decalogo.htm-20k.

Pérez, M. y Domínguez, M. (s.f.). Valoración Gerontológica. En línea. Disponible en: www.geragogia.net/editoriali/sobre.html-28k

Ramírez, M. y Abarca, S. (junio,1991). El apoyo social para las personas mayores en la seguridad social costarricense. Gerontología: aspectos generales. N°6.

Romero, P. (octubre, 2002). Efecto de un programa de actividad física recreativa sobre la depresión en adultos mayores sedentarios que son parte de un hogar diurno. Memoria. IX Simposio Internacional en Ciencias del Deporte, el Ejercicio y la Salud. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Salas, G. (noviembre de 1988). Internamiento indefinido del anciano. ¿Cómo, cuándo y por qué?. Revista gerontológico en acción. Año 2, n°5. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

Salvarezza, L. (1996). Psicogeriatría: teoría y clínica. Buenos Aires: Paidós.

Salvarezza, L. (1998). La Vejez. Una mirada gerontológico actual. México: Paidós.

Taylor, S. Y Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. España: Editorial Paidós.

Valles, M. (1999). Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional. España: Editorial Síntesis, S.A.

Scaglia, H. Y Mammana, A. (2001). Sobre el apego y desapego en la vejez. En línea. Disponible en: www.geragogia.net/editoriali/sobre.html-26k

Simón, M. (1999). Manual de la Psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Universidad Nacional. (I Informe II trimestre, 2001). Programa Generación Dorada. Por una mejor calidad de vida de la persona Adulta Mayor. En línea. Disponible en: www.una.ac.cr/generales/Pagina3.htm - 101k - 2 Abr 2005 –

Ureña, P. y Rojas, L. (julio, 1998). Actividad física y percepción subjetiva de la persona mayor. Revista ciencias del deporte. Vol.1, nº2. Universidad Nacional. Escuela de Ciencias del Deporte.

Valles, M. (2003). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Editorial Síntesis.

Viguera, V. (1998). Educación para el envejecimiento Trabajo monográfico para el curso virtual educación para el envejecimiento. En línea .Disponible en :www.Psicogerontología.com

Villalobos, D. (julio, 1998). Factores de envejecimiento en personas mayores de 60 años residentes en la provincia de Heredia. Revista ciencias del deporte. Vol.1, nº2. Universidad Nacional. Escuela de Ciencias del Deporte.

Walter, G. (2001). Autonomía en la vejez y derechos humanos. Trabajo monográfico para el curso virtual educación para el envejecimiento. En línea. Disponible en: www.Psicogerontología.com.

ANEXOS

Anexo #1

GUIA DE OBSERVACIÓN

1 . Actividades relacionadas con la autonomía funcional

Alimentación

Arreglo personal

Deambulaci3n

Necesidades fisiol3gicas (continencia fecal, continencia urinaria)

2. Relaciones interpersonales

Con sus compa1eros de ala, de cuarto:

Con sus compa1eros en general

Con visitantes, familiares, amigos:

Con los cuidadores

Con el personal administrativo:

3. Actividades en las que se involucra

Espirituales – religiosas:

Alternativas o programas del hogar

Ejercicio físico

Recreativas – culturales:

Otras actividades (externas a la institución):

4 . La institución

Disposición y acondicionamiento de los espacios físicos:

Disposiciones administrativas con respecto a las necesidades de los internos (rutinas) e intereses de estos.

Condiciones geográficas de la institución en cuanto a su ubicación:

Relaciones entre el hogar y la comunidad en la que este se encuentra:

Anexo #2

PREGUNTAS ORIENTADORAS DE LA ENTREVISTA BIOGRÁFICA (Relato de Vida)

1. Háblenos acerca de su vida.
2. Cuéntenos acerca de las cosas que usted hacía cuando era joven.
3. Nos gustaría que nos contara algo de su familia.
4. ¿ Cuándo ingresa usted al hogar?
5. ¿Por qué razón ingresó al hogar?
6. ¿ Cómo fue el ingreso al hogar?
7. ¿Cómo se ha sentido estando acá?
8. ¿Podría contarnos acerca de las cosas que usted hace en el hogar desde que se levanta?
9. ¿Cómo es la gente aquí?

Anexo #3

ENTREVISTA A PERSONAL ADMINISTRATIVO Y A LOS CUIDADORES

1. ¿Cómo está organizada jerárquicamente la institución?
2. ¿Cuántos adultos mayores hay?
3. Cuáles son las fuentes de recursos o de ingresos económicos que posee el hogar de ancianos?
4. ¿Cuántos cuidadores hay en la institución?
5. ¿Cuál es la jornada laboral que estos tienen?
6. ¿Cuáles son las funciones que deben desempeñar los cuidadores?
7. ¿Qué requisitos debe cumplir un hogar de ancianos en cuanto a infraestructura?
8. ¿Qué tipo de proyectos o programas desarrolla la institución con los adultos mayores y a qué áreas están orientadas?

Anexo # 4

PREGUNTAS REALIZADAS EN LA TÉCNICA DE LA IMAGEN

Consigna: “Mire esta fotografía, son adultos mayores en un hogar de ancianos. Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre ellos.

¿De qué estarán hablando?

¿Cómo sería la vida antes de entrar ahí?

¿Qué estarán recordando?

¿Cómo se sentían antes de entrar al hogar?

¿Cómo se sienten ahora?

¿Qué temores tienen ahora?

¿Qué necesidades tienen ahora?

Anexo # 5

LAS CATEGORIAS DE ANÁLISIS

OBJETIVOS	TÉCNICA	CATEGORÍA	SUBCATEGORIAS
<p>Determinar las prácticas de autocuidado integral de los adultos mayores participantes, antes y después del ingreso al hogar de ancianos.</p>	<p>RELATO DE VIDA</p> <p>OBSERVACION</p>	<p>Capacidad de autocuidado integral</p> <p>Proceso de institucionalización</p>	<p>Autonomía funcional previa a la institucionalización</p> <p>Factores sociales : familia, condiciones socioeconómicas, relaciones interpersonales; previos a la institucionalización</p> <p>Factores psicoafectivos previos a la institucionalización</p> <p>Recreación previa a la institucionalización</p> <p>Ámbito espiritual previa a la institucionalización</p> <p>Autonomía funcional durante la institucionalización</p> <p>Factores sociales : familia, condiciones socioeconómicas,</p>

			<p>relaciones interpersonales; durante la institucionalización</p> <p>Factores psicoafectivos durante la institucionalización</p> <p>Recreación durante la institucionalización</p> <p>Ámbito espiritual durante la institucionalización</p>
<p>Señalar la relación existente entre las condiciones físico-estructurales del hogar de ancianos y las posibilidades de autocuidado integral de los adultos mayores participantes.</p>	OBSERVACION	<p>Capacidad de autocuidado integral</p> <p>Proceso de institucionalización</p>	<p>Condiciones Físico- Estructurales de la institución</p> <p>Ubicación geográfica del hogar</p>

<p>Indagar la relación entre las normas administrativas, los servicios, el funcionamiento institucional y las posibilidades de autocuidado integral de los adultos mayores participantes</p>	<p>ENTREVISTA</p> <p>RELATO DE VIDA</p> <p>OBSERVACION</p>	<p>Capacidad de autocuidado integral</p> <p>Proceso de institucionalización</p>	<p>Alternativas, programas y servicios del hogar</p>
--	--	---	--

<p>Establecer la relación que existe entre las implicaciones psicológicas de la institucionalización y las prácticas de autocuidado integral de los adultos mayores participantes.</p>	<p>IMÁGENES</p> <p>RELATO DE VIDA</p> <p>OBSERVACION</p>	<p>Capacidad de autocuidado integral</p> <p>Proceso de institucionalización</p>	<p>Factores psicoafectivos previos a la institucionalización: sentido de pertenencia, autoimagen, sentido de la vida, manejo de pérdidas.</p> <p>Factores psicoafectivos durante la institucionalización: sentido de pertenencia, autoimagen, sentido de la vida, manejo de pérdidas.</p>
<p>Establecer la relación que existe entre los factores sociales (culturales, económicos, familiares) que incidieron en la institucionalización de los adultos mayores</p>	<p>IMÁGENES</p> <p>RELATO DE VIDA</p>	<p>Capacidad de autocuidado integral</p>	<p>Factores sociales : familia, condiciones socioeconómicas, relaciones interpersonales; previos a la institucionalización</p>

participantes y las prácticas de autocuidado integral de los adultos mayores participantes.	OBSERVACION	Proceso de institucionalización	Factores sociales : familia, condiciones socioeconómicas, relaciones interpersonales; durante la institucionalización
Indagar los factores que limitan o incentivan las prácticas de autocuidado integral, en la relación entre los adultos mayores participantes y el personal del hogar (cuidadores-voluntarios).	ENTREVISTA OBSERVACION RELATOS DE VIDA	Capacidad de autocuidado integral Proceso de institucionalización	
Ofrecer recomendaciones			

que contribuyan al análisis y mejoramiento de las posibilidades y práctica de autocuidado integral en el contexto de los hogares de ancianos participantes.			
---	--	--	--