



---

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE  
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES**

**MAESTRIA EN PLANIFICACION Y GESTION SOCIAL  
CON MENCION EN TRABAJO SOCIAL**

**“VINCULOS FAMILIARES EN  
GERONTOLOGIA. ANCIANOS EN SITUACION  
DE INTERNACION GERIATRICA”**

Maestría en Planificación y Gestión Social con mención en Trabajo Social. UNCo  
"Vínculos Familiares en Gerontología. Ancianos en situación de internación geriátrica"  
Maestrando: Lic. María Cecilia Beitía

**Maestrando: Lic. María Cecilia Beitía**  
**Directora: Mgr. María Elizabeth Vaccarisi**

**Argentina - Año 2007**

**I – INTRODUCCIÓN.....4**

**PRIMERA PARTE**

**I. MARCO TEORICO GENERAL.....6**

**1- ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL**

1.1 Algunas Causas del Envejecimiento Poblacional .....6  
1.2 Envejecimiento Poblacional Mundial .....7  
1.3 Envejecimiento Poblacional en Argentina .....8  
1.4 Envejecimiento Poblacional en la Provincia de Neuquén .....11  
1.5 Breve reseña de las Políticas de Previsión Social para la Vejez. ..13  
1.6 Aspectos ético – legales frente a la vejez.....17

**2- ENVEJECIMIENTO HUMANO. CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE LA VEJEZ**

2.1 Nacimiento del concepto de Vejez e Inicios del término Gerontología..... 19  
2.2 El envejecimiento Humano. Causas y manifestaciones .....21  
2.3 Mitos acerca de la Vejez .....23  
2.4 Ciclo de Vida y Vejez .....26  
2.5 Establecimientos de Larga Estadía. Residencias Geriátricas. Historia. Surgimiento .....35

**II. MARCO TEORICO METODOLOGICO .....37**

**SEGUNDA PARTE**

**3- VINCULOS FAMILIARES Y VEJEZ**

3.1 Vínculos – Familia. Relación de conceptos .....40

3.2 La Familia como sostén en esta etapa de la vida .....	43
3.3 Relaciones familiares en situación de internación geriátrica .....	45

#### **4 – INSTITUCIONES GERIATRICAS**

---

4.1 Concepto y Características de las Instituciones Geriátricas .....	46
4.2 Reglamentaciones y Normas Geriátricas.....	47
4.3 Instituciones Geriátricas en la Ciudad de Neuquén .....	50

#### **5- EL CONTEXTO DEL OBJETO DE ESTUDIO: LA CIUDAD DE NEUQUEN.**

5.1 Breve desarrollo histórico. Características Demográficas .....	52
5.2 Algunas características de los ancianos en situación de Internación geriátrica en Neuquén Capital .....	53

#### **TERCERA PARTE**

#### **6- ANÁLISIS Y RECONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO**

6.1 Introducción .....	55
6.2 Desarrollo de las Categorías más relevantes para esta investigación.....	56

#### **7- CONCLUSIONES**

7.1 Conclusiones Parciales .....	82
7.2 Conclusiones Generales .....	90
7.3 Recomendaciones y futuros interrogantes acerca de la investigación realizada.....	98

#### **8- BIBLIOGRAFÍA**

#### **9- ANEXOS**

## I – INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es un fenómeno relativamente nuevo en nuestro país.

El eje principal de este trabajo es la situación de los ancianos internados en Instituciones Geriátricas de la Ciudad de Neuquén Capital, con el propósito de caracterizar la población y las relaciones familiares, ya sea previo a la decisión de internación como una vez producida la misma.

Para ello la indagación se centra en:

- El perfil demográfico de la población en estudio
- Las razones o factores que influyen en la decisión de internación.
- Las características familiares pre y post internación del anciano.
- La percepción de vejez, familia e institución geriátrica que posee el anciano.

A los fines de orientar la lectura, la **primera parte** está organizada en dos ejes:

- a) El primero de ellos, el Marco Teórico General, donde se incluyen los datos poblacionales y demográficos a nivel Mundial, Nacional y Provincial.

Se ofrece un recorrido por diferentes visiones teóricas que se tienen acerca de la población anciana, a fin de explorar el envejecimiento humano, sus causas, manifestaciones y mitos, adentrándonos en lo familiar desde el estudio del ciclo de vida, poniendo mayor atención en su desarrollo en la última etapa evolutiva por la que transitan las personas y los grupos familiares.

Por otra parte, es de suma relevancia ofrecer una reseña acerca de la historia y el surgimiento de las instituciones geriátricas en nuestro país.

- b) El segundo eje, el Marco Teórico Metodológico, allí se efectúa una descripción de la estrategia metodológica empleada para abordar el objeto de estudio, la cual puede encuadrarse en una investigación de tipo descriptivo – exploratorio, con un enfoque metodológico mixto cuanti – cualitativo.

La información se obtiene a partir de la realización de entrevistas semiestructuradas a:

- 1) los ancianos institucionalizados
- 2) los responsables directos del cuidado de los ancianos en esas instituciones

Asimismo, el lector se encontrará con una instancia de trabajo cualitativo que consta básicamente en abordar las representaciones sociales desde los propios actores acerca de tres objetos socialmente relevantes para este estudio: vejez, familia y residencia geriátrica.

En la **segunda parte**, nos sumergimos en el caso particular, los ancianos que hoy se hallan internados en instituciones geriátricas de la Ciudad de Neuquén. Ofreciendo en primera instancia un desarrollo acerca de los diferentes geriátricos que se encuentran en la ciudad, sus reglamentaciones y normas.

En una segunda instancia, se invita al lector a ingresar en el mundo familiar, sus vínculos, y sus relaciones cuando la familia transita la última etapa de la vida con un miembro anciano en situación de internación geriátrica.

En la **tercera parte**, se ofrece el análisis y posterior reconstrucción del objeto de estudio, desde las dos instancias metodológicas utilizadas, plasmando el desarrollo de las categorías más relevantes para esta investigación.

## PRIMERA PARTE

### I. MARCO TEORICO GENERAL

#### 1- ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

##### 1.1 Algunas Causas del Envejecimiento Poblacional

El envejecimiento de la población es un fenómeno global y relativamente reciente en los países del primer mundo, como por ejemplo Alemania y Japón. La tendencia que muestran estos países empieza a extenderse en los países Latinoamericanos.

Se caracteriza por un crecimiento en el porcentaje de personas mayores de 65 años, un incremento en el número absoluto de personas mayores y un aumento en la esperanza de vida.

Según las Naciones Unidas, una población está envejecida cuando la población mayor de sesenta y cinco años representa más del 7% del total.

Existen tres factores que determinan el envejecimiento de una población. Considerados en orden de importancia ellos son:

1. *Disminución de la tasa de fecundidad:* al decrecer el número de nacimientos, la cantidad de personas jóvenes disminuye y, por lo tanto, de manera relativa aumenta el número de personas mayores en la sociedad.
2. *Disminución de la mortalidad:* el descenso de la mortalidad es responsable de prolongar la vida de los seres humanos y provoca de esta manera por sí sola un aumento considerable en el número de personas de 65 años y más, mayormente de sexo femenino. El aumento de la esperanza de vida al nacer le permite a los individuos poder alcanzar una mayor sobrevivencia en edades más avanzadas.
3. *Modelos de Migraciones:* la migración puede alterar la estructura de edad de una población de dos maneras diferentes y contrarias: el efecto

dependerá de la dirección del balance neto migratorio. Un balance positivo tiene el efecto de rejuvenecer la estructura de edad de la población debido a que la mayoría de los inmigrantes suelen ser adultos jóvenes. Por otro lado un balance neto migratorio negativo significa que son más las personas que emigran del país que las que inmigran (por lo general jóvenes), lo que envejece la edad de la población. El grupo de 65 años y más son los menos dados a migrar.

## **1.2 Envejecimiento Poblacional Mundial**

El envejecimiento es un fenómeno universal, un proceso inevitable. El crecimiento poblacional implica más ancianos, pero también más ancianos enfermos constituyendo grupos altamente vulnerables.

La *Oficina Panamericana de la Salud* en el año 1992 establece, según definición de Naciones Unidas, que un anciano es una persona de 60 años o más.

A nivel mundial y teniendo en cuenta las cifras ofrecidas por la Organización Panamericana de la Salud, en 1950 había aproximadamente 200 millones de personas de 60 años, casi 600 millones en el año 2000 y se estima que superará los 1.200 millones en el año 2025.

*"La población mundial cada vez envejece más, las expectativas de vida son cada vez más elevadas. Para el año 2050 se cree que el 22% de la población mundial será mayor de 60 años".<sup>1</sup>*

La duración de la vida se prolonga en todos los continentes y se reducen las brechas.

---

<sup>1</sup> Correa Osorio Esperanza, *Recreación y Adulto Mayor. Ocio para una vida plena*, Ediciones Funlibre, Colombia, 2002,(p.) 13

*“Mientras que los japoneses, campeones mundiales en longevidad, tienen una esperanza de vida de 82 años, muchos habitantes de África no rebasan ni la mitad de esa edad. Por otra parte, Zambia tiene el récord de la esperanza de vida más corta con 37 años. Rusia y Ucrania, se mantienen al margen del progreso con una esperanza de vida de 65 a 68 años”.*<sup>2</sup>

La vejez es la última etapa de la vida de una persona, envejecer es un proceso complejo y continuo, que ocurre a partir del nacimiento y durante toda la vida de los seres humanos. Si bien se pueden presentar cambios generales hay algunos que son particulares y ocurren de manera diferente en cada una de las personas. Autores como Delia Sánchez Salgado y Marcelo Piña Moran entre otros, hablan de un proceso diferencial para la vejez y plantean que cada persona envejece de acuerdo a como haya vivido.

Es por ello que hoy en día cuando se habla de vejez a nivel mundial, se presta atención a los factores ambientales y sociales que influyen en el proceso de envejecimiento. Se hace referencia a factores ambientales cuando la atención está centrada en las necesidades básicas que presentan todos los seres humanos, y que no cambian en esta etapa de la vida, como así también al ambiente cultural en el cual está inmersa la persona anciana.

Los factores sociales están relacionados a los hábitos y a las relaciones correspondientes al ámbito social, con familiares y amigos, relaciones de trabajo, y dentro de cualquier organización formal o no formal.

### **1.3 Envejecimiento Poblacional en Argentina**

Es importante hacer referencia en este punto a la población correspondiente a América Latina y el Caribe, donde se observa que todos los países de la región experimentan un incremento sustancial en cuanto a población mayor de 60 años se refiere.

---

<sup>2</sup> Le Hir Pierre, Diario La Nación, Lunes 25 de Julio del 2005.

En un futuro próximo la mayoría de los países de América Latina y El Caribe deberán enfrentar demandas de una creciente población adulta mayor.

Se destaca que existen grandes diferencias no sólo entre los diferentes países, sino también dentro de éstos. Según la CEPAL, la proporción y el número absoluto de personas de 60 años y más se incrementarán sustancialmente en los próximos decenios en todos los países de la región.

*"Entre los años 2000 y 2025, 57 millones de adultos mayores se sumarán a los 41 millones existentes y entre 2025 y 2050 este incremento será de 86 millones de personas".<sup>3</sup>*

*En nuestro país la proporción de la población de 60 años o más comenzó a notarse alrededor de 1920, proceso que ha ido en aumento<sup>4</sup>.*

Alrededor del año 1980, esta población tuvo un crecimiento irregular pero acelerado, debido a la disminución de la natalidad.

La población de la Argentina es una población envejecida, con un alto porcentaje de personas de 60 años y más. En 1990 esta porción de la población alcanzaba a un 13%. Esta situación resulta de la combinación del descenso de la fecundidad, que se inició en el comienzo del Siglo XX, y del descenso de la mortalidad.

Entre 1960 y 1990 la proporción de las personas de 60 años y más, creció de 9 a 13%. En el mismo año, no solo aumentó la población de 60 años, sino que además la franja que más aumentó fue la más añosa (de 70 años en adelante)<sup>5</sup>

*"Hoy en día la Argentina, está entre los países más envejecidos de América Latina. En el año 2000 había en el país 2,8 millones de mujeres y 2.1 millones de hombres de más de 60 años, que juntos conformaban el 13,3% de la población total del país de poco más de 38 millones".<sup>6</sup>*

<sup>3</sup> Guzmán, José Miguel. *Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y El Caribe*. CEPAL – ECLAC. 2006.

<sup>4</sup> Muchinik, Eva., *Envejecer en el Siglo XXI*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2006, (p.) 26.

<sup>5</sup> Fishman Adriana y Slutzky Leonardo. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatria*. Año 2001.

<sup>6</sup> Muchinik, Eva. "Envejecer en..."Op.Cit, (p.) 26

En términos más precisos el 13,3% de la población tiene más de 60 años (4.871.975)<sup>7</sup>, y el grupo denominado vejez frágil (75 años y más) representa el 30% (1.481.307)<sup>8</sup> de esa franja.

A partir de la selección de datos que se consideran relevantes para esta investigación, se confecciona el Cuadro N° 1, en el cual se describe la situación del grupo poblacional de personas mayores de 75 años en diferentes países Americanos. Su proyección para el año 2025 muestra que en la mayoría de ellos, este grupo etéreo se duplicará.

En el caso de Argentina, su crecimiento es menor dado que ya cuenta con una población envejecida.

**Cuadro N°1** Datos Poblacionales en Personas de 75 años y más en Países Americanos en Porcentajes Año 1997 con proyección 2025<sup>9</sup>

<b>PAISES</b>	<b>1997</b>	<b>2025</b>
Argentina	4,0	5,7
Bolivia	1,7	2,6
Brasil	1,6	4,2
Canadá	5,3	9,1
Chile	2,4	5,8
Colombia	1,3	3,1
Costa Rica	1,8	3,4
Cuba	4,2	7,6
Ecuador	1,7	3,2
El Salvador	1,9	3,1
Guatemala	1,0	1,8
México	1,3	3,1
Paraguay	1,6	2,3
Perú	1,4	3,1

Street Maria Constanza y otros<sup>10</sup>, afirman que se registra tanto en el Área Metropolitana (ciudad de Buenos Aires), como en la región Pampeana un marcado envejecimiento poblacional, dado que el porcentaje de personas de

<sup>7</sup> Fuente INDEC, Censo 2001

<sup>8</sup> Fuente INDEC, Censo 2001

<sup>9</sup> Zolotow David Mario. *Los Devenires de la Ancianidad*. Editorial Lumen. Buenos Aires 2002, (p. ) 40

<sup>10</sup> *Trayectorias Nupciales. Familias Ocultas*. Editorial Año 2005

65 años y más supera el límite que define a una población como "vieja" (7%), con cifras que rondan el 11% - 12%.

#### 1.4 Envejecimiento Poblacional en la Provincia de Neuquén

Es importante destacar en este punto, que la Provincia de Neuquén, adquiere un rasgo significativo respecto al resto del país, producido por la explosión demográfica en las décadas del 70 y parte del 80, con una inmigración masiva de personas jóvenes, cuya consecuencia es "una pirámide poblacional ancha en su base y angosta en su extremo".<sup>11</sup>

La Provincia de Neuquén, se divide en Departamentos, uno de ellos denominado Departamento Confluencia es el que concentra el mayor número de población de toda la Provincia. Según el censo 2001 cuenta con una población total de 314.793 habitantes. Se destaca que la Provincia de Neuquén presenta un total de 521.439 habitantes, es decir, que más de la mitad de la población se encuentra en el Departamento Confluencia. Esta integrado por las siguientes Ciudades o Comisiones de Fomento: Centenario, Cutral – Co, Villa El Chocón, Arroyito, Neuquén, Plaza Huinca, Plottier, Sauzal Bonito, Senillosa y Vista Alegre.

#### Cuadro N° 2

Porcentaje de población 65 años y más por censo Departamento Confluencia de 1980 – 1991 – 2001. Provincia de Neuquén.

Años y	1980	%65	1991	% 65 y	2001	% 65 y
--------	------	-----	------	--------	------	--------

<sup>11</sup> Vaccarisi Maria E. y otros. *Proyecto de Investigación: "Las políticas sociales y la función de legitimación. Análisis del Estado Provincial Neuquino"*, Informe Final, UNCo Neuquén., Año 2001, (p.) 64.

% Edad	y más		más		más	
Población Total	156.135	3.1 %	265.123	3.8%	314.793	5.1%

**Fuente:** Censos Nacionales de Población Años 1980 – 1991 – 2001 por grupo etareo.

En el **Departamento Confluencia** de la Provincia de Neuquén, la mayor concentración de la población se encuentra alojada en la Ciudad de Neuquén. En el cuadro N° 3 se presenta la evolución demográfica, específicamente en términos de edad, que dicho Departamento presenta en el período 1980 – 2005.

**Cuadro N° 3**  
 Población por Grupos de Edad Departamento Confluencia  
 Período 1980 - 2005

Edades	1980		1990		1995		2000		2005	
	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total
0 – 14	38,6	60.268	36,3	96.240	34,4	159.827	32,8	183.918	31,1	207.882
15 – 64	58,3	91.027	59,9	158.809	61,2	183.519	62,5	350.454	63,7	425.791
65 y más	3,1	4.840	3,8	10.074	4,3	19.920	4,7	26.354	5,2	34.758

**Fuente:** Censo Nacional 1980 y 1991 – Proyecciones por Grupo de Edad INDEC.

Como puede observarse las cifras correspondientes al Departamento Confluencia son menores que las del resto del país y de América Latina, esto se debe a la ola inmigratoria de personas jóvenes registrada en la década del 70 y parte del 80 en esta Provincia. No obstante, se registra un incremento sostenido de personas de 60 años y más en los últimos años.

## **1.5 Breve reseña de las Políticas de Previsión Social para la vejez**

En nuestro país, se fundan las bases para la construcción de instituciones políticas en la segunda mitad del S. XIX.<sup>12</sup>

A fines del Siglo XIX, sólo algunos sectores como los militares, maestros y algunos grupos de la administración pública gozan del beneficio jubilatorio.

En 1904, se amplía la cobertura a todos los trabajadores de la administración pública. Entre 1916 y 1930, se extienden los beneficios a los trabajadores de los servicios públicos, siguiendo luego los bancarios y los empleados de las compañías de seguros.

El proceso de expansión de los servicios previsionales es lento. En 1944 los trabajadores incorporados como afiliados a las diferentes cajas de jubilaciones representan solo el 7% de la PEA (población económicamente activa).

Con la asunción del gobierno peronista, a mediados de la década del 40, se produce la finalización de lo que se conoce como la etapa "embrionaria" en el desarrollo de la política social argentina.

Es así que se comienza en Argentina con las bases del denominado Estado de Bienestar, modelo que se extiende en nuestro país hasta la década del 80.

Con la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP), en la década del 70 se completa el orden institucional destinado a cubrir a la población llamada "tercera edad".

*"El INSSJyP, se organizó como una Obra Social destinada a atender las necesidades de los pasivos y de su grupo familiar, convirtiéndose en una de*

---

<sup>12</sup> Lo Vuolo, Rubén; Barbeito Alberto, *La nueva oscuridad de la política social. Del Estado populista al neoconservador*. Editores Niño y Dorila, Buenos Aires, 1994, (p.)115.

*las Obras Sociales más importantes, tanto por la cantidad de número de afiliados como por los fondos administrados".<sup>13</sup>*

### **1.5.1 Política de Previsión social en Argentina**

El Sistema Nacional de Previsión Social (SNPS), se organiza en la órbita del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTySS), con la conducción directa de la Secretaria de Seguridad Social (SSS).

En 1980 con la sanción de la Ley 22.269, se jerarquiza la Secretaria de Seguridad Social (S.S.S), en desmedro de la Secretaria de Salud, organismo encargado de la provisión de los servicios de salud.

*"Ese mismo año, se eliminaron las contribuciones de los empleadores al sistema previsional, previéndose su reemplazo por una parte del indirecto Impuesto al Valor Agregado (IVA)".<sup>14</sup>*

En el período 1983-1989, no existen modificaciones de importancia en el régimen Previsional.

Finalmente y luego de transitar por varias etapas, en 1993 se sanciona la Ley 24.241 que crea el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones.

Las principales características del nuevo orden son las siguientes:

a-Convivencia de dos sistemas entre los que el trabajador puede optar: el Régimen Previsional Público, conocido como Régimen de Reparto y el Régimen Mixto de Capitalización Individual en las Administradoras Privadas de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP).

b-La edad de jubilación se extiende a los 65 años para los hombres y a 60 años para las mujeres, con un mínimo de 30 años de aporte.

c-Se implementa un complejo sistema de cálculo de los haberes jubilatorios, con mínimos garantizados por el Estado.

---

<sup>13</sup> Lo Vuolo, Rubén; Barbeito Alberto, "La nueva oscuridad de..." OP. Cit, (p) 125.

<sup>14</sup> Torrado, Susana, *La Herencia del Ajuste. Cambios en la Sociedad y la Familia*, Capital Intelectual, Buenos Aires, Año 2004.(p ) 71,72

d-Se establecen criterios para obtener prestaciones no contributivas a partir de los 70 años.

e-El Estado o las AFJP, aseguran montos mínimos por invalidez o muerte.<sup>15</sup>

Más tarde se autoriza legalmente a los jubilados a seguir trabajando.

Estudios emprendidos por el propio gobierno nacional demuestran que los ancianos son los miembros más relegados en el núcleo familiar y que ese tramo etareo constituye uno de los más importantes bolsones de pobreza.

En 1998, el haber mínimo - percibido por una amplia gama de jubilados – alcanza los 150 pesos, lo equivalía en esa época a 150 dólares (época de la convertibilidad).

Respecto al bienestar, la situación de los ancianos, se degrada notablemente, tanto por el deterioro del sistema previsional como por la situación del mercado de trabajo.

#### **Cuadro Nº 4**

Población de 55-64 años y de 65 años y más, ambos sexos: números absolutos; tasas de actividad; porcentaje de jubilados; porcentaje con cobertura salud. Total de país, años 1991 – 2001.

---

<sup>15</sup> Torrado, Susana, "La Herencia del..." Op. Cit. Pág. 72

INDICADORES	Población 55 a 64 años		Población de 65 y mas	
	1991	2001	1991	2001
Números Absolutos	2667	2788	2893	3588
Tasa Actividad	49,2%	55,5%	16,7%	15,6%
Porcentaje Jubilados	33,1	21,0	75,1	70,5
Porcentaje con Cobertura de Salud	74,8	60,4	88,0	81,3

**Fuente:** Redondo Nélida, 2004

*“Primero cayó la cobertura de las personas aptas para jubilarse. En 1999 el 75% de la población de personas de 65 años y más percibía haberes jubilatorios, mientras que en el 2001 se disminuyó al 70 %”.*<sup>16</sup>

Como resultado de todos estos hechos, la incidencia de la pobreza en la población jubilable aumenta drásticamente.

En Octubre del 2002 el 30 % de los mayores de 65 años son pobres<sup>17</sup> y el 7% indigentes.<sup>18</sup>

Los bajos aportes previsionales y por consiguiente la baja cobertura social que presenta un alto porcentaje de los ancianos en nuestro país y en la Ciudad de Neuquén en particular, constituye uno de los problemas de pobreza más difíciles de resolver, dejando a una amplia franja de personas de 65 años y más en condiciones de riesgo social.

## **1.6 Aspectos ético – legales frente a la vejez.**

<sup>16</sup> Torrado, Susana, “La Herencia del...” Op. Cit. (p.) 74.

<sup>17</sup> Se designa con el termino “**pobreza**” a todas aquellas personas cuyo ingreso mensual no alcanza el costo de la canasta familiar de bienes y servicios.

<sup>18</sup> Técnicamente se definen a las familias como “**indigentes**” cuando su ingreso familiar no alcanza a cubrir sus necesidades más elementales en materia de alimentación. Se trata de un racismo histórico del cual deviene como disvalor agregado la discriminación.

El Derecho a la Ancianidad es una nueva rama incorporada hace tan sólo 25 años, y que se caracteriza tanto por la fragilidad de sus beneficiarios como por su contenido transversal respecto de las ramas jurídicas tradicionales.

El Derecho de la Ancianidad se ocupa de abordar de manera integral las cuestiones jurídicas relacionadas con las personas 60 años o más – o bien que hayan entrado en la edad jubilatoria – en virtud de las características legales especiales.

Se estructura en torno al despliegue de tres principios básicos:

- 1-continuidad vital
- 2-privacidad y
- 3-participación

Este nuevo campo permite la consagración del primer documento jurídico referido particularmente a los derechos de los ancianos. Se trata del **Plan de Acción Internacional de Viena sobre el envejecimiento de 1982**, estableciendo que sus metas principales son:

*“fortalecer la capacidad de los países para abordar de manera efectiva el envejecimiento de su población y atender a las preocupaciones y necesidades especiales de las personas de más edad, y fomentar una respuesta internacional adecuada a los problemas del envejecimiento mediante medidas para el establecimiento del nuevo orden económico internacional y el aumento de las actividades internacionales de cooperación técnica, en particular entre los propios países en desarrollo”<sup>19</sup>.*

Veinte años después, se origina el segundo texto normativo importante para la vejez. Se trata del **Plan de Acción de Madrid de 2002**, el cual retoma algunas cuestiones señaladas por el documento anterior y amplía otras, volviendo a resaltar la necesidad de desarrollar políticas sociales y jurídicas que asuman de manera plena las cuestiones derivadas de los cambios demográficos.

---

<sup>19</sup> Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento, Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Viena, 26 de Julio a 06 de Agosto de 1982, en <http://gerontol/postnuke/docs/planviena.doc>

Concretamente expresa que

*“el envejecimiento de la población pasará a ser una cuestión de primordial importancia en los países en desarrollo que, según se proyecta, envejecerán rápidamente en la primera mitad del S.XXI. Se espera que para 2050 el porcentaje de personas de edad aumente del 8% al 19%, mientras que el de niños descenderá del 33% al 22%. Este cambio demográfico plantea un problema importante en materia de recursos. Aunque los países desarrollados han podido envejecer gradualmente, se enfrentan a problemas resultantes de la relación entre el envejecimiento, el desempleo y la sostenibilidad de los sistemas de pensiones, mientras que los países en desarrollo afrontan el problema de un desarrollo simultáneo con el envejecimiento de la población<sup>20</sup>.”*

El documento propone la implementación de programas de acción, con arreglo a tres orientaciones prioritarias:

- ❖ las personas de edad y el desarrollo
- ❖ el fomento de la salud y el bienestar hasta llegar a la vejez y
- ❖ la creación de espacios propicios y favorables.

*“En el ámbito del **MERCOSUR** no se vislumbra todavía una producción normativa sustentable en materia de derechos, así por ejemplo, en julio del 2003 se desarrolló en Argentina un encuentro que proponía agilizar la concreción del MERCOSUR para la tercera edad y acordar un sistema de Seguridad Social para las Naciones<sup>21</sup>.”*

Falta desarrollar en nuestro país, estrategias de acción política y social, que permitan el sostenimiento de un Derecho de la Ancianidad, de protección integral de las personas de edad. Se trata de comenzar a considerar a la vejez como un *continuo vital*, fomentando la *participación* de las personas de edad en plenitud.

## **2- ENVEJECIMIENTO HUMANO. CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE LA VEJEZ**

---

<sup>20</sup>“Plan de acción internacional de...”, 12 de Abril de 2002, en <http://gerontol/postnuke/pdf/plandeaccion>. 6 de marzo de 2006

<sup>21</sup> Noticia publicada en el Diario “Clarín”, 14 de Julio del 2003

## 2.1 Nacimiento del concepto de Vejez e Inicios del término Gerontología

La preocupación por la vejez como fenómeno social, que caracteriza al S.XX, aparece con el envejecimiento de la sociedad, acentuándose en la segunda mitad de dicho siglo, cuando la población de adultos mayores tiende a aumentar de tal forma que transforma la estructura de las poblaciones.

En el año 1903 el biólogo australiano Elie Metchnikoff es el primero en imprimir el término GERONTOLOGIA, definido como el estudio científico de los asuntos biológicos, psicológicos y sociales de la vejez. Esta palabra proviene de la palabra griega "geront" que significa viejo y "logos" que significa estudio.

Por lo tanto, la Gerontología es la disciplina que estudia sistemáticamente la vejez, el envejecimiento, y las personas viejas desde dos puntos de vista: como la vejez afecta al individuo y como la población vieja o anciana cambia a la sociedad.

A pesar de haber sido acuñado el término en esos años, esta disciplina nace como ciencia en la década de 1940, obteniendo reconocimiento académico alrededor de 1970.

Queda claro entonces que la Gerontología visualiza a la vejez desde tres dimensiones:

- ❖ biológica
- ❖ psicológica
- ❖ social

La vejez desde la **dimensión biológica**, corresponde a los cambios físicos del cuerpo, en general, pulmones, sistema circulatorio, corazón, los que reducen la eficiencia del sistema. Este envejecimiento que en general se manifiesta dentro del organismo, tiene un efecto negativo en el funcionamiento

físico y es universal (acontecen en todas las personas), es decir que se trata del envejecimiento biológico normal.

A pesar de ello el envejecimiento biológico no ocurre para todas las personas de la misma manera, no todos los organismos envejecen al mismo tiempo, y puede comenzar mucho antes que la persona alcance la edad cronológica de 65 años.

La vejez desde la **dimensión psicológica**, se ocupa de los cambios que ocurren en los procesos sensoriales y perceptibles, destrezas motoras, funcionamiento mental (memoria, aprendizaje, inteligencia), la personalidad, etc.

Aquí se puede mencionar:

- El envejecimiento cognitivo: refiere a una habilidad decreciente para asimilar información nueva y la dificultad en aprender nuevas conductas.
- El envejecimiento afectivo: remite a la reducción en las capacidades adaptativas del individuo con relación al ambiente cambiante

Por último, la vejez desde la **dimensión social**, se refiere a los hábitos y relaciones en el ámbito social, es decir, familia, amigos, relaciones de trabajo y dentro de otras organizaciones, como por ejemplo religiosas, recreativas y grupos políticos.

Con el auge de la gerontología social, surge una clara preocupación por la viudez y el retiro de la vida activa, dejando de lado la vejez asociada a enfermedad para pasar a considerarla como una etapa de transición dentro del ciclo vital. Entendiendo por transición el moverse de una etapa del ciclo vital a otra, como un proceso adaptativo y que incluye cambios, que en general las personas transitan con normalidad.

Según las personas envejecen cronológica, biológica y psicológicamente, sus funciones y relaciones sociales también se alteran.

En el presente trabajo el eje de análisis estará centrado en el envejecimiento psicológico y social, haciendo mayor hincapié en este último. Se tratará de tener en cuenta para el análisis posterior las relaciones familiares y extrafamiliares del anciano una vez internado éste en una institución geriátrica.

## **2.2 El envejecimiento Humano. Causas y manifestaciones**

El envejecimiento es un proceso natural, referido a los cambios que se van produciendo en todo ser humano, a través del ciclo de la vida. Es definido como un proceso natural, gradual, lleno de cambios y transformaciones a nivel psicológico, biológico y social.

Hoy en día al hablar de vejez se presta atención a los factores ambientales y sociales que influyen en el proceso de envejecimiento.

### ***Manifestaciones del envejecimiento***

Durante el ciclo de la vida el ser humano llega a la madurez y alcanza la plenitud cuando sus facultades físicas (agilidad, resistencia) y sus facultades intelectuales (análisis, astucia, habilidades, conocimiento, etc), se encuentran en equilibrio.

Al momento en que una de estas facultades se comienza a perder, se inicia el proceso de envejecimiento.

Este cambio se produce en la mayoría de las situaciones en forma lenta e imperceptible, comenzando a notarse cuando ya no se pueden realizar algunas tareas de las que hacían con habitualidad.

Los síntomas que se presentan durante el envejecimiento pueden seguir un esquema más o menos preestablecido que se detalla a continuación, sin que esto se desarrolle en todas las personas y siguiendo no necesariamente este orden:

\* En primer lugar, aparece una reacción motora, caracterizada por movimientos lentos, calculados y a veces inseguros. Muchas personas detienen aquí sus síntomas y no presentan ninguna otra manifestación.

\* En segundo lugar, aparecen deficiencias en los órganos de los sentidos, fundamentalmente oído y vista.

\* En tercer lugar aparecen manifestaciones en la piel, la cual se torna floja, seca y en ocasiones sobrante.

Pero el proceso de envejecimiento no sólo debe ser analizado desde los cambios en el estado de salud sino también en su contexto sociocultural, ya que ello influye en la calidad vida. Dos tipos de cambios relacionados con el envejecimiento tienen una gran importancia sobre las oportunidades sociales de los ancianos: la jubilación obligatoria y la disminución de su capacidad funcional.

Esta situación se produce cuando la mayoría de los ancianos tienen todavía la posibilidad de hacer aportes positivos a la sociedad. Siempre se deben tener en cuenta aspectos de tipo personal; pues mientras para algunos ancianos retirarse del mercado laboral significa el comienzo de una etapa de profunda realización personal en actividades largamente postergadas, a otros les quita la posibilidad de participar en una actividad donde no sólo reciben un sueldo necesario, sino donde encuentran un sentido vital y una identidad social.

La edad cronológica no debe ser el único elemento predictivo de la capacidad laboral de los ancianos. Estas personas necesitan sentir que sus vidas tienen significado y que mediante su trabajo están contribuyendo no sólo

a su bienestar, sino también al desarrollo social, que es responsabilidad de todos aquellos con capacidad de producir.

### **2.3 Mitos acerca de la Vejez<sup>22</sup>**

Los mitos suelen servir de paradigmas familiares, ya sea para mantener el statu quo de la familia o para diagramar modelos de crecimiento y de cambio. En consecuencia, los mitos intentan funcionar en los individuos y en las relaciones familiares, de la misma manera que funcionan los mecanismos de defensa en los individuos.

La vejez es un proceso que está cargada y rodeada de mitos, temores, creencias y concepciones falsas. La idea de vejez en la actualidad y a pesar de los avances científicos, reafirma que no existe una concepción única o definitiva de la misma, sino concepciones que varían de cultura a cultura y transmitidas a través de la historia. Estas concepciones están muchas veces cargadas de historias y leyendas, quedando la imagen de la vejez y de los ancianos expuesta a situaciones míticas.

A continuación, se describen los mitos más frecuentes:

#### **1. Mito de la senilidad:**

Este mito supone que la vejez es un camino cuesta abajo y que las personas una vez llegadas a este período indefectiblemente decaen o se enferman. Se trata de unos de los mitos más frecuentes que asocian vejez a enfermedad. También la asocia con senilidad o deterioro mental.

Es importante descartar esta falsa idea o prejuicio, reconociendo que el envejecer es una parte del ciclo vital y se empieza a envejecer desde el momento del nacimiento.

---

<sup>22</sup> Salgado Sánchez Carmen Delia, "Gerontología Social", Editorial Espacio, 2000, Buenos Aires, (p.).67.

Es necesario dejar en claro que las limitaciones no son enfermedades.

El envejecimiento se trata de cambios normales en el proceso del ciclo vital que les suceden a todas las personas, mientras que las enfermedades son cambios anormales y que no les ocurren a todas las personas.

## **2. Mito del aislamiento social:**

Se asocia muchas veces a vejez con soledad, inactividad, espera pasiva, se trata también de creencias erróneas.

La palabra actividad tiene diferentes usos y no siempre debe estar relacionada a trabajo remunerado. Se trata de acciones, tareas, enseñanza, recreación, uso del tiempo libre.

La concepción del aislamiento tiene sus orígenes en la teoría de la separación, la cual establece que las personas ancianas prefieren aislarse de la sociedad y de la vida. Con algunos estudios realizados, esta teoría queda descartada, no se puede generalizar a toda la población anciana, y si algunas personas ancianas optan por llevar una vida solitaria se trata más bien de una decisión individual y no forma parte de la definición del conjunto.

En general en nuestra sociedad actual las personas mayores de 65 años, ya jubiladas, tratarán de mantener el nivel de actividad al cual estaban acostumbrados en sus diferentes etapas de la vida, cayéndose de esta manera el mito del aislamiento social.

## **4. Mito de la inutilidad:**

*"Esta idea surge o nace de una sociedad capitalista, en la cual se vale por lo que se produce y mientras más se produce más poder se posee"*<sup>23</sup>.

En una sociedad como la nuestra donde la productividad es una medida del valor de la persona, no estar activo en un trabajo remunerado es perder prestigio social. Es la misma sociedad la que va marginando a las personas ancianas al obligarlos a jubilarse o retirarse.

### **5. Mito de la poca creatividad e incapacidad para aprender:**

Si bien es cierto que en la etapa de la vejez, se presentan algunas dificultades para el aprendizaje, como lentitud, pérdida de la capacidad de atención, disminución de la concentración, etc., no hay una incapacidad que impida el aprendizaje.

Si bien se disminuye la agilidad, no se disminuyen las habilidades cognitivas aprendidas a lo largo de toda la vida de la persona. Por otra parte la edad no es una determinante de la creatividad.

### **6. Mito a la asexualidad:**

*"Se expresa muchas veces que pasado los 60 años las relaciones sexuales no son placenteras y que las personas ancianas son asexuadas"*<sup>24</sup>.

Hay algunos términos utilizados en el lenguaje popular que marcan este mito, como por ejemplo "viejo verde".

Más allá de los prejuicios sociales existentes, estudios médicos han demostrado que la mayoría de las personas de edades avanzadas presentan capacidad para mantener potencial sexual en forma activa, es decir, que no desaparece el deseo sexual. El cariño, la calidez y la sexualidad no tiene porque deteriorarse con la edad, y en realidad rompiendo con este mito pueden incrementarse.

---

<sup>23</sup> Salgado Sánchez Carmen Delia., "Gerontología Social", Op. Cit, (p.) 71

<sup>24</sup> Salgado Sánchez Carmen Delia., "Gerontología Social", Op. Cit, (p.) 73

## **7. Mito a la inflexibilidad:**

El imaginario popular asocia a las personas mayores con terquedad, inflexibilidad, no obstante, se destaca que la habilidad que cada persona posee para adaptarse a los cambios va de la mano con las mismas habilidades o destrezas que utilizaban en etapas previas de su vida.

Se afirma que la inflexibilidad de las personas se debe a factores de su personalidad y no están asociados a la vejez.

## **2.4 Ciclo de Vida y Vejez**

Se entiende por **ciclo de vida** a las diferentes etapas evolutivas que necesariamente transitan los seres humanos y las familias a lo largo de sus vidas. El concepto medular a rescatar es la noción de que las familias cambian en su forma y función a lo largo de todo el ciclo vital.

Por lo tanto, dicho ciclo se refiere a aquellos hechos nodales que están ligados a los avatares de la vida de las familias, como por ejemplo, la crianza de los hijos y el alejamiento de ellos del hogar.<sup>25</sup>

Estos acontecimientos producen cambios, donde cada uno de los integrantes de la familia deben buscar la manera de ir adaptándose a las modificaciones que se producen en la organización familiar.

Es cierto que hay familias que se adaptan con más facilidad que otras, no obstante, ni todas se adaptan de la misma forma, ni la misma forma de adaptación se hace efectiva en todas las etapas.

Por otra parte, el ciclo vital también está sujeto a las estrategias que utiliza la familia para afrontar esos cambios.

---

<sup>25</sup> Haley, Jay, "Terapia para resolver problemas", Amorrortu Editorial, Quinta reimpresión, Buenos Aires, 1993.

El **ciclo de vida familiar**, puede dividirse en las siguientes etapas:

- 1-La etapa de galanteo
- 2-La formación de la pareja
- 3-La llegada del primer hijo
- 4-La etapa escolar
- 5-El periodo intermedio
- 6-La adolescencia
- 7-La emancipación de los hijos
- 8-El retiro de la vida activa y la vejez

*"Cada etapa tiene características propias y plantea diferentes necesidades y exigencias. El paso de una etapa del ciclo vital a otra es siempre un momento crítico que trae consigo una serie de cambios. Frente a esta serie de cambios y transformaciones la familia necesita flexibilidad y capacidad de adaptación"*<sup>26</sup>

El análisis se centrará principalmente en la última etapa mencionada.

Los adultos mayores, "abuelos", dentro del grupo familiar y sus familias, no están ajenos a estos cambios y a la forma en que cada familia va resolviendo los conflictos producidos en esta etapa.

Cada pasaje de una etapa a otra trae cambios – como ya se dijo - que pueden convertirse en conflictivos o transitarse con normalidad según cada situación.

Algunas de las variaciones producidas en la etapa de la vejez tienen que ver con:

**a) la sobrevivencia a los años de adultez media y vejez<sup>27</sup>**

---

<sup>26</sup> Belart, Ascensión y Ferrer María, *"El Ciclo de la Vida. Una visión sistémica de la familia"*, Editorial Desclee De Brouwer, Bilbao España, Año 1998, (p.) 27.

<sup>27</sup> Salgado Sánchez Carmen Delia., *"Gerontología Social"*, Op. Cit, (p.) 119

El aumento de la expectativa de vida actual, trae aparejado un incremento en familias de tres y cuatro generaciones. Muchas personas ancianas tienen hijos que también están por entrar en la vejez (entre 50 y 60 años).

Por supuesto que este compartir generacional, no representa para todas las familias lo mismo, para algunas estará asociado, simplemente a la "responsabilidad paterno - filial" y para otros más asociado a una "carga".

Es conocido que la salud se deteriora con la edad, se produce una decadencia gradual y normal en órganos y sentidos, afectando el funcionamiento del ser humano, la movilidad y el desempeño de algunas actividades de la vida diaria, entre otros.

Si bien con la llegada de la vejez se produce un deterioro normal de la salud, este declinar también está asociado a otros factores como por ejemplo: el nivel de educación, los recursos económicos, el género, la nutrición y los sistemas de apoyo formales e informales.

La presencia de sistemas de apoyo en esta etapa se torna de vital importancia para la persona anciana, influenciando la misma en la forma en que anciano y familia, enfrentarán las mermas físicas y psíquicas.

Con esto se quiere destacar que en esta etapa, una de las implicancias más profundas de la **sobrevivencia de la vejez**, son aquellas que afectan la estructura y la función familiar.

En nuestra sociedad, los miembros de las familias que mayor atención demandan son las personas que generalmente sobrepasan los 70 años. Es importante mencionar entonces, que a medida que envejece la población en una sociedad, también envejecen los miembros de las familias.

Por otra parte, estos miembros "adultos mayores" ejercen muchas veces dentro de la familia un rol vital, ya que se convierten en un recurso, cuidando nietos, ayuda en quehaceres domésticos, etc.

***b) el sentido del nido vacío:***

Se trata del sentimiento de ausencia y desánimo que experimentan los padres cuando sus hijos se independizan.

Como ya se mencionara, no todas las familias son iguales si bien transitan por las mismas etapas, no todas lo hacen de la misma manera. Por ello, la época de emancipación de los hijos puede ser para algunos padres un buen momento para dedicarse a todo lo que no fue posible durante la crianza de los hijos. Otros sin embargo, pueden sufrir el contraste al encontrarse solos con la pareja, por primera vez después de muchos años.

La emancipación puede dar lugar en los progenitores a una profunda sensación de vacío y soledad. Muchas veces la partida de los hijos pone de manifiesto un distanciamiento entre la pareja, por ello, al reencontrarse deben volver a organizarse con nuevas normas y reglas.

***c) el retiro del empleo, la jubilación:***

El retiro del trabajo es una conquista social importante que tiene por objeto dar a los ancianos la oportunidad de no tener que trabajar para ganar un salario, pasada una determinada época de sus vidas o un tiempo determinado de trabajo.

Particularmente en nuestro país, una medida cuya intención fue buena, en la práctica tiene consecuencias negativas debido a que coloca a los ancianos en una situación de dependencia o de carencia económica, ya que las pensiones que perciben como jubilados son en general insuficientes para las necesidades, aún las elementales y los hace perder su sentido de identidad social.

Esta situación se produce cuando la mayoría de los ancianos tienen todavía la posibilidad de hacer aportes positivos a la sociedad.

Siempre se deben tener en cuenta aspectos de tipo personal; mientras para algunos retirarse del mercado laboral significa el comienzo de una etapa de profunda realización personal en actividades largamente postergadas, a otros les quita la posibilidad de participar en una actividad donde no sólo reciben un sueldo necesario, sino donde encuentran un sentido vital y una identidad social.

Etimológicamente la palabra "jubilación" viene de "jubilo", que significa alegría. Sin embargo para muchos argentinos el momento de la jubilación representa un punto crítico.

En nuestra sociedad industrial – capitalista - la jubilación viene determinada por la edad cronológica, alrededor de los 65 años se está apto para jubilarse, es decir, que el retiro o jubilación puede concebirse para ésta sociedad como un desempleo aprobado, que generalmente comienza a los 65 años.

A partir de la jubilación es necesario planificar y comenzar a estructurar el tiempo de manera diferente a como se venía haciendo. Es importante reconocer la jubilación como un hecho real, concreto y positivo, y así una vez reconocido comenzar a vivirlo con todos los sentimientos de pérdida o temor que pudieran surgir.

Las personas **jubiladas** transitan por diferentes etapas, ellas son:

- ✚ *Pre –retiro*: Hace referencia al período transitado antes de dejar de trabajar. Se piensa en el retiro como algo lejano y se desarrollan fantasías acerca de cómo será ese retiro. Las preocupaciones giran alrededor del ingreso, la salud.
- ✚ *Luna de Miel*: En el tránsito de esta etapa la persona ya ha dejado el empleo, y transita por un estado de euforia. Se siente fascinada por esta libertad y prepara con entusiasmo actividades nuevas a realizar.

- ✚ *Desencanto o Decepción:* surge una vez pasada la luna de miel. Aquí la persona siente que le falta algo. Transitar por esta etapa implica no saber bien como ocupar el tiempo libre.
- ✚ *La reorientación:* Se trata de buscar opciones más realistas para ocupar el tiempo. En esta etapa la persona puede dedicarse a la realización de actividades de voluntariado.
- ✚ *Estabilidad:* Aquí la persona hace uso de sus propios recursos, acepta sus limitaciones. En esta etapa se ubican dos grupos, por un lado aquellas personas que encuentran otro empleo y vuelven a trabajar y por otro, las que pueden enfermarse e incapacitarse.

Por otra parte, el retiro puede ser voluntario o involuntario:

El primero se refiere a la decisión de retirarse para dedicarse a la realización de actividades fuera del empleo.

El segundo conocido como retiro obligatorio, se trata del retiro producido por falta de salud o por enfermedad, cesantía, despido, etc.

La mayoría de las personas que se retiran involuntariamente tienen alguna enfermedad o condición de salud incapacitante.

En nuestro país, el retiro empobrece a la mayoría de las personas ancianas. Por supuesto que las consecuencias financieras del retiro varían de acuerdo a la clase social. Muchas veces y paradójicamente el retiro y la restricción económica que de él se desprende da origen a la inactividad, el aislamiento, y la soledad.

#### ***d) la etapa de ser abuelo o abuela***

Hoy en día con el aumento de la expectativa de vida y los cambios demográficos, se observa una expansión en las familias donde hijos, padres y abuelos conviven dando lugar al surgimiento de relaciones intergeneracionales de larga duración.

Esta nueva situación fomenta y fortalece el desarrollo de relaciones entre abuelos y nietos.

Las abuelas o abuelos son una parte integral de la familia latinoamericana. Ellos están capacitados para ofrecerle a la familia apoyo en el cuidado de nietos y bisnietos y por consiguiente representan un recurso valioso para la familia.

En la actualidad los adultos se convierten en abuelos o abuelas a menor edad y se resalta que constituyen en general una figura importante para las relaciones familiares.

A pesar de las crisis que las familias van sufriendo a lo largo de la vida, las relaciones afectivas perduran. Tanto es así que las figuras de "abuelos o abuelas", ocupan un lugar importante tanto por presencia como por ausencia.

La relación con los nietos y bisnietos tiene para ellos un significado simbólico, afectivo de mucho peso y gran importancia, en definitiva hacen referencia a su trascendencia como seres humanos.

#### **e) Viudez:**

La viudez en esta etapa del ciclo vital, se transita como un acontecimiento predecible. Se caracteriza por los siguientes efectos:

- una aflicción o duelo
- soledad
- pérdida de compañía y
- cambios en los estilos de vida

La muerte del ser querido coloca al sobreviviente en una situación vulnerable caracterizada por pesadumbre, duelo y angustia.

La pesadumbre se define como un sentimiento de naturaleza psicológica, social y somática que se experimenta como reacción a la pérdida afectiva.<sup>28</sup>

El sentimiento de soledad es un componente del estado de pena.

La fatiga está relacionada a una sensación física de cansancio y pesadez.

Las personas ancianas que quedan viudas, tienen grandes posibilidades de ser institucionalizadas en establecimientos geriátricos.

Un dato relevante es que la viudez es más común en mujeres que en hombres, esto está íntimamente relacionado a la esperanza de vida.

La viudez también afecta las relaciones familiares. En general, en el momento de la viudez los hijos e hijas comienzan a tener encuentros más cercanos con su padre o madre recién viuda. El mudarse a la casa de uno de los hijos/as constituye un recurso muy usado por las familias latinoamericanas.

Muchos ancianos en estado de viudez prefieren seguir viviendo solos, no sólo por el valor a la libertad sino también por el temor a posibles conflictos propios de la convivencia.

La viudez cuando se transita, constituye un cambio en el curso de la vida de las familias, que como experiencia varía entre individuos, familias y culturas.

El tránsito de la viudez puede dividirse en etapas:<sup>29</sup>

✚ Etapa de reconocimiento del evento: Fase que comienza con el funeral e incluye el período inicial de duelo y luto.

✚ Etapa de retraimiento y aislamiento temporario: En ella las personas no participan de actividades, establecen escasos niveles de comunicación con pares y prefieren la soledad.

---

<sup>28</sup> Salgado Sánchez Carmen delia. "gerontología Social", Op. Cit, (p). 144

<sup>29</sup> Salgado Sánchez Carmen Delia. "Gerontologia Social", Op. Cit, (p.) 153

✚ Estado de limbo: en el cual la persona no sabe que hacer y se encuentra con cierta desorientación para la toma de cualquier decisión.

✚ Etapa de Re – involucrimiento: Momento de iniciar las actividades postergadas y enfrentarse al nuevo estado civil.

### **f) los cambios de vivienda:**

Los cambios de vivienda en esta etapa constituyen una fuente importante de inquietud tanto para el anciano que ha quedado viudo como para la familia de éste.

La mudanza implica un desafío adaptativo para las personas ancianas y muchas veces vulnera seriamente la vida de éstas.

Los cambios de vivienda ocurren básicamente de dos formas:

- cuando la persona anciana va a vivir a casa de alguno de sus hijos.
- cuando la persona anciana en forma voluntaria o involuntaria vive en una residencia geriátrica.

Con la institucionalización la persona anciana deja de tener una vida independiente y es percibida como una medida deshumanizante que somete al anciano a la autoridad de un extraño.

En la vida institucional se limita la privacidad, la independencia y el contacto con el mundo exterior.

Muchas veces la institucionalización involuntaria, precipitada y sin previa preparación provoca en la persona anciana una pérdida de orientación espacial o temporal.

Las personas ancianas que viven en una institución geriátrica se adaptan al nuevo ritmo de vida en forma diferente una de otras. Mucho tiene que ver en ello, la capacidad de interacción social de la persona, las experiencias de vida

previa, la satisfacción con la vida, las relaciones familiares y el estado de salud.

***g) el convertirse en dependiente de los hijos:***

Se trata de una de las situaciones más difíciles de asumir en esta etapa de la vida, ya que la misma implica una inversión de roles familiares.

Los padres mayores se convierten en dependientes de sus hijos, en forma relativa o total, en muchas de las actividades de la vida diaria, el adulto mayor comienza poco a poco a perder su autonomía. Se trata de una situación muy difícil de asumir por padres e hijos, que a nivel teórico es muy previsible, pero en la realidad es una situación que sorprende a la familia.

La dependencia en la mayoría de las situaciones se produce en forma paulatina, pudiendo llevar uno o más años hasta la dependencia total.

La mayor crisis aparece cuando ocurre una aceleración del envejecimiento, el descubrimiento de una enfermedad crónica, el fallecimiento de uno de los cónyuges, las dudas sobre el ingreso a una residencia geriátrica.

**2.5 Establecimientos de Larga Estadía. Residencias Geriátricas.  
Historia. Surgimiento.**

En nuestro país organismos estatales y privados se ocupan de la atención de los necesitados, en una acción puramente asistencial y/o paliativa.

En 1823 el Dr. Bernardino Rivadavia funda la Sociedad de Beneficencia de la Capital, concebida dentro de un Plan de Organización de Asistencia, destinado a socorrer a personas indigentes (mujeres, niños y ancianos).

La Historia de los Hogares, comienza cuando en 1926 se crea el primer asilo de ancianos, dependiente de la Sociedad de Beneficencia.

En 1949 se disuelve la Sociedad de Beneficiencia y es creada la Dirección Nacional de Asistencia Social, dependiente del Ministerio de Trabajo y Previsión, estableciéndose entre los fines de su creación "el amparo y socorro de la vejez desvalida".

En 1956 depende del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública y en 1966 del Ministerio de Bienestar Social.

Recién en 1973 con la denominación de Servicio Nacional del Anciano, se reconoce a nivel nacional que el estudio y atención de esta problemática requiere un organismo específico. Es así que se modifica sustancialmente la concepción *protección - asistencial* vigente en el organismo estatal y se comprende que su misión y sus funciones deben orientarse a lo preventivo y promocional.

Cuando se habla específicamente de Residencias Geriátricas o Instituciones Geriátricas, se hace referencia a "un modelo institucional que aparece en Europa en el Siglo XVI, destinado a albergar locos, vagabundos, desviados de la Ley y viejos"<sup>30</sup> .

Estas instituciones, incorporan recién a mediados del S.XX, el concepto de rehabilitación, comenzando a pensarse en la década del 80 en términos de promoción de la salud.

Múltiples son las causas que llevan a hablar de Hogares, en lugar de Asilos, entre ellas:

a. Los avances de la medicina, posibilitan que las personas prolongaran sus vidas.

b. Quienes están con ellos empiezan a prestar más atención a sus necesidades y a buscar maneras de mejorar su modo de vida, comienza a tratarse distinto a los ancianos residentes en los Hogares, pues también se los

---

<sup>30</sup> Zolotow, David Mario, "Los devenires de...", Op. Cit. (p.) 130

separa de otro grupo de personas (por ejemplo de los enfermos mentales y de los discapacitados).

A pesar de los importantes cambios producidos y que modifica profundamente la atención de los ancianos, todavía no se da respuesta integral a toda la problemática de la ancianidad.

Como toda estructura institucional, "el hogar de ancianos", "la residencia geriátrica", mantiene determinadas concepciones y puede configurar sistemas enfermantes donde la pasividad, la despersonalización y el quietismo configuren los rasgos más destacados. A esta tendencia se la conoce como "Hospitalismo Social", y refiere a todos los procesos de pérdidas y separaciones a las que se somete el anciano al ser internado en un geriátrico, siendo esta la modalidad predominante en la actualidad.

## **II. MARCO TEORICO METODOLOGICO**

La metodología de trabajo empleada puede encuadrarse en una investigación de tipo descriptivo – exploratorio con un enfoque cuanti – cualitativo, abordando una población poco estudiada, los ancianos que se encuentran internados en instituciones geriátricas en la Ciudad de Neuquén.

Las variables de estudio seleccionadas para alcanzar los propósitos de conocimiento son:

- I. LA SITUACIÓN SOCIO – FAMILIAR Y DEMOGRÁFICA DEL ANCIANO ANTES DE LA INTERNACIÓN.**
- II. EL PROCESO DE INTERNACIÓN DEL ANCIANO**
- III. LA SITUACIÓN SOCIO – FAMILIAR DEL ANCIANO EN EL GERIÁTRICO.**

Las fuentes de información utilizadas son de:

- **datos secundarios:** documentación, reglamentaciones, resultados de investigaciones anteriores, bibliografía específica del tema, registros oficiales, etc.

- **datos primarios:** entrevistas a informantes claves (administradores de los geriátricos) y se sostuvo entrevistas semi – estructuradas con los ancianos involucrados en la temática estudiada.

Por tratarse de un estudio descriptivo - exploratorio, el tratamiento y análisis de los datos está centrado en determinar la selección de variables y su relación, donde el "tratamiento y análisis de la información se hace mediante procedimientos de la Estadística Descriptiva".<sup>31</sup>

Se trata de efectuar un Análisis Univariado, de incorporar un procedimiento con medidas descriptivas posibles y elaboración de gráficos y cuadros adecuados.

El análisis cualitativo está centrado en el eje exploratorio, siguiendo a Samaja, puede decirse que "el tratamiento y análisis de los datos está centrado en el valor", en aquellas respuestas que los propios actores manifiesten en sus expresiones espontáneas.

El universo de la presente investigación está constituido por los ancianos institucionalizados en geriátricos públicos o privados de la Ciudad de Neuquén en el periodo 2004/2005, con área geográfica de ejecución la Ciudad de Neuquén exclusivamente.

El tipo de muestra, fue intencional, tomando en consideración los siguientes criterios:

- a) Ancianos residentes en instituciones geriátricas en forma permanente.
- b) Ancianos mayores de 60 años y

---

<sup>31</sup> Samaja, J. "Epistemología y Metodología: Elementos para una teoría de la investigación científica", Eudeba edición Ampliada, Buenos Aires, 1994.

c) Ancianos que no padecieran enfermedades que imposibilitaran la obtención de respuesta en los aspectos indagados.

Las entrevistas realizadas a los ancianos institucionalizados se seleccionan tomando en cuenta la técnica de muestreo dirigido, permitiendo controlar la relación entre los objetivos de la investigación y la selección de los casos, sin por ello pretender hacer inferencias de tipo estadísticas aplicables al universo.

Se elige la zona de Neuquén Capital, en virtud de considerar que la cantidad de residencias geriátricas existentes resultarían representativas en la selección y por otro lado, por la posibilidad de acceso a las mismas, facilitando el trabajo de campo.

#### **Identificación de las Unidades de Observación:**

Las Unidades de Observación seleccionadas son:

- a) Los administradores de los geriátricos
- b) Los ancianos

## SEGUNDA PARTE

### 3- VÍNCULOS FAMILIARES Y VEJEZ

#### 3.1 Vínculos - Familia. Relación de Conceptos.

Definir el concepto Vínculo es central, su inclusión en la denominación del presente trabajo indica la importancia del mismo como insumo teórico en el análisis de la temática elegida.

En términos psicoanalíticos, pueden distinguirse tres niveles de vínculo.

En el primer nivel, el afectivo se aborda la necesidad predominantemente elemental de la satisfacción de los deseos más vivos. Este nivel puede denominarse "vínculo del ello".

El segundo nivel, se da fundamentalmente en el marco de los procesos cognitivos y se lo denomina "vínculo del yo". Tiene que ver básicamente con el intercambio de percepciones, pensamientos y sentimientos. Este segundo nivel surge cuando los diferentes miembros de la familia creen que pueden leer los pensamientos de los otros y decir lo que ellos piensan.

En el tercer nivel, "el vínculo del súper yo" se explota la lealtad del individuo vinculado y está asociado a los aspectos éticos de las relaciones. La lealtad y la traición familiar funcionan aquí como sentimientos muy fuertes provocando muchas veces actitudes escapistas o sentimientos de culpabilidad.

En los tres niveles, las partes interactuantes ofrecen mutuamente **modalidades de relación.**

El **vínculo**, por lo tanto forma parte de las relaciones que se establecen entre las personas.

*"Mas allá de las definiciones de la palabra vínculo, se trata del reconocimiento de las significaciones de los otros – o del otro - con quien establecemos la vinculación, es decir las significaciones que crean los otros"*

*respecto de nosotros como interlocutores. Es decir que las conductas de otras personas, sus palabras y discursos no necesariamente significarán para nosotros lo mismo que para quien las emite".*<sup>32</sup>

Una característica que recorta la densidad de la idea de vínculo, reside en que se supone que quien está vinculado con nosotros, está habilitado para "adivinar" nuestros deseos, afectos (sentimientos, emociones, vivencias) y pensamientos.<sup>33</sup>

### **Vínculos y Relaciones Familiares**

Los vínculos que se pueden reconocer en las relaciones familiares, son de diversa índole y tienden a reglar el encuentro entre dos o más personas.

No se trata necesariamente de un encuentro físico, sino también de diferentes modos de vincularse mediatizando la relación al utilizar pensamientos o mensajes simbólicos.

Cuando en un grupo familiar hay ancianos mayores (personas mayores de 75 años y más), los hijos de estos tienen entre 50 y 60 años. El impacto de una relación de este tipo, simplemente por la duración de la misma, implica el análisis de las costumbres familiares, la vida cotidiana, los conflictos reprimidos, las frustraciones, los rencores y las ternuras. Estas relaciones tienen la familiaridad del largo camino recorrido juntos, por lo tanto, las **relaciones** afectivas entre los miembros de la familia, duran y se cristalizan durante muchos años.

El paso del tiempo hace imperceptibles las evoluciones, previsible las relaciones, hasta que la enfermedad, un accidente o un acontecimiento familiar, conducen al grupo familiar a una situación de crisis, de cambio de estructura.

---

<sup>32</sup> Giverti Eva, *La Familia a pesar de todo*, Editorial Noveduc, Buenos Aires, 2005, (p.) 93.

<sup>33</sup> Giverti Eva, *La Familia a pesar de todo*, Editorial Noveduc, Buenos Aires, 2005, (p.) 94.

Se ha mencionado aquí el término **familia**. Puede decirse que se trata de una de las instituciones más universales, a pesar de las diferentes formas según las diversas culturas y los momentos históricos.

El concepto de **familia**, se refiere a

*"un grupo social determinado, constituido por personas vinculadas por la sangre, el matrimonio o la adopción, que casi siempre comparten una residencia común, formas de cooperación económica, ayuda mutua, reproducción y cuidado de la descendencia y por que no de la ascendencia (padres, abuelos, tíos)".<sup>34</sup>*

La **familia** es la institución paradigmática de la humanidad. Un acuerdo único que concierne al hogar, al amor, a la unión sexual y a la convivencia.

*"Es el ambiente social más lleno de contrastes y contradicciones, siendo simultáneamente el refugio donde el individuo se protege de las agresiones del medio exterior, y al mismo tiempo el grupo de más alto grado de estrés. El centro insustituible de seguridad y comprensión y al mismo tiempo el escenario donde más vivamente se representan las rivalidades, las tensiones intergeneracionales, y las pasiones más intensas".<sup>35</sup>*

El ser humano no es sólo un ser individual, sino también y por sobre todo un ser **relacional**. Por eso cuando las relaciones interpersonales se complican, se deterioran o se viven con tensión las personas experimentan sufrimientos de diversa índole.

Es importante aquí considerar a la familia como un sistema, un grupo de miembros interrelacionados entre si, donde cada cambio producido en alguno de sus miembros, inevitablemente afecta a los demás, produciéndose por lo tanto modificaciones en todo el sistema.

Asimismo se trata de un sistema vivo y dinámico en constante transformación con el ambiente, donde vida y cambio van inseparablemente unidos.

---

<sup>34</sup> Cordero Liliana, Cabanallis Silvia, *Trabajo Social con Adultos Mayores*, Editorial Espacio, Buenos Aires, 2003, (p.) 24.

<sup>35</sup> Belart Ascensión-Ferrer Maria, *El Ciclo de la Vida. Una visión sistémica de la familia*, Ed. Desclée De Brouwer, Bilbao, 1998, (p.)25

La característica particular de cualquier sistema vivo es su tendencia al crecimiento: nacer, crecer, reproducir y morir. Por lo tanto, la familia como sistema vivo, está constantemente sometida a cambios, crecimiento y transformación.

### **3.2 La Familia como sostén en esta etapa de la vida.**

La visión que el adulto mayor percibe de la familia, puede estar relacionada con el vivir juntos, el auxilio mutuo, el parentesco, la confianza, la transmisión de valores y los lazos afectivos.<sup>36</sup>

Las relaciones familiares en esta etapa de la vida, tanto como en las anteriores constituye un recurso fundamental.

Para la persona anciana el sistema de apoyo familiar constituye una de las fuentes de satisfacción más importante de la vida.

La familia es el sistema social primario de ayuda, brindando al anciano auxilio material, emocional y social tanto en tiempos normales como en tiempos de crisis.

Se trata de aquella asistencia que implica adquisición de alimentos, medicación, compañía, afecto, limpieza, entre otros propios de la vida diaria.

Cuando los padres llegan a la etapa vital de la vejez, se hace necesario que los hijos asuman un papel más activo en el cuidado de éstos.

En este sentido, se produce una diferencia entre los géneros, es la hija quien se responsabiliza y cuida con mayor fluidez de sus padres ancianos.

---

<sup>36</sup> Cordero Liliana, Cabanallis Silvia, "Trabajo Social con...", *Op. Cit, (p.) 25.*

Es importante aquí detenerse en el análisis de dos conceptos que la autora Sánchez Salgado explica con tanta claridad y que se torna fundamental a la hora de intentar comprender las relaciones familiares en la ancianidad.

Se trata de los conceptos de **reciprocidad y responsabilidad filial**.<sup>37</sup>

El primero de estos conceptos ayuda a comprender la estructura del apoyo familiar. Aquellos hijos que han recibido ayuda económica o emocional por parte de sus padres, tienden a devolver a éstos, de igual manera el apoyo recibido.

El segundo concepto, el sentido del deber filial se mantiene como un valor fuertemente arraigado en la sociedad latinoamericana, se trata del sentido del "deber", de las respuestas que los hijos adultos dan a sus padres mayores.

Este concepto se centra en el sentimiento de incondicionalidad, respeto, compromiso más allá de la expectativa de algún tipo de recompensa o de la historia familiar.

La familia funciona en la mayoría de las instancias como el eslabón más firme y sostenido a la hora de atender, contener y cuidar a una persona anciana. Se complica cuando aparecen los primeros síntomas de demencia senil propia de la edad, o algún otro tipo de enfermedad que requiere de cuidados permanentes.

Aparece así, luego de otros intentos por parte de la familia para cuidar al anciano enfermo, la opción de la institucionalización, debido a la sobrecarga de trabajo de aquellos que se venían ocupando de la asistencia del anciano. La mayoría de las familias hacen cuantiosos esfuerzos para atender al anciano en el domicilio, utilizando el Geriátrico como uno de los últimos recursos.

---

<sup>37</sup> Salgado Sánchez Carmen Delia., "Gerontología...", Op. Cit, (p.) 180

### **3.4 Relaciones familiares en situación de internación geriátrica**

Una de las características más comunes observadas en nuestra sociedad capitalista, es la fragilidad de los lazos sociales, producto del consumismo por el desarrollo tecnológico e informático bajo las leyes del mercado.

Tal situación contribuye a la creación de subjetividades desafectivizadas. No obstante ello, queda expresado en todo el desarrollo de esta investigación que las familias Neuquinas en relación a sus mayores, presentan en su mayoría características de tipo retentiva y no expulsiva. Prueba de ello son las cifras censales presentadas, en donde los ancianos en situación de internación Geriátrica en la Ciudad de Neuquén, constituyen el 2% de la población total de mayores de 65 años.

Como ya se ha mencionado anteriormente, cuando la persona anciana es internada en una institución geriátrica, los roles familiares deben modificarse. Generalmente la familia toma la decisión de la internación en un momento de crisis familiar, "muchas veces tomando decisiones urgentes y casi siempre sin la información adecuada".<sup>38</sup>

Esta circunstancia es vivida en general en forma dramática, tanto para el anciano que debe "adaptarse" a un nuevo lugar, como para la familia, que tiene la sensación en su gran mayoría de "abandonar" al anciano.

En esta instancia, desde el punto de vista conductual, existen distintos tipos de familia:

- ❖ Están aquellas que acompañan al anciano en este proceso, asumiendo una actitud continente.

- ❖ Otras priorizan los intereses personales, por sobre los del grupo familiar o del anciano, generando un vínculo afectivo limitado. En general este tipo de familias se caracterizan por ser exigentes en las demandas hacia la

---

<sup>38</sup> Romano Carlos Alberto, "Gigantes de la Gerontología" en: Sociedad de Geriatria y Gerontología de Córdoba. Presentado en el III Simposium Argentino de Geriatria y Gerontologia. Mar del Plata Octubre 2006. (p.) 5.

institución, brindando escasa colaboración para el logro del bienestar del anciano.

❖ Finalmente, las que asumen una actitud que puede caracterizarse de sobreprotectora, con una excesiva preocupación en todo lo referente a sus miembros, muchas veces estas familias presentan una relación denominada de "apego excesivo" con el anciano, a partir de compensar conflictos culpógenos del pasado. Aquí el anciano generalmente es tratado como un niño y esto lejos de generar bienestar, aumenta su dependencia y pérdida de autoestima.

En todos los casos existe una falta de orientación gerontológica adecuada, tanto para la familia como para el anciano, colocando a la familia en su conjunto en condiciones de fragilidad.

## **4- INSTITUCIONES GERIÁTRICAS**

### **4.1 Concepto y Características de Instituciones Geriátricas**

Se entiende por institución a una organización formal basada en la división del trabajo y responsabilidades, con actividades y rutinas para cada miembro. Tiene objetivos específicos extensibles, con actividades planeadas sistemáticamente.

Cuenta con un espacio físico delimitado (establecimiento). La mayoría de las actividades están previstas y pautadas mediante un conjunto de reglas y normas, es lo que se denomina "lo instituido".<sup>39</sup>

Las instituciones geriátricas, pueden definirse a partir del concepto de instituciones totales, estas abarcan todos los aspectos de la cotidianeidad del

---

<sup>39</sup> Schvarstein, Leonardo, "*Identidad de las Organizaciones: Invariancia y Cambio*", Ed. Paidós, 1992, (p.) 38

paciente, ya que su vida transcurre allí, en la compañía inmediata de otras personas igualmente aisladas del resto del mundo.<sup>40</sup>

Estas instituciones tienden a contener de manera diferenciada dos categorías generales de participantes: el personal y los internos.

Las instituciones totales, presentan ciertas características comunes<sup>41</sup>:

- ✓ Todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar.
- ✓ Cada actividad diaria se lleva a cabo en compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas.
  - ✓ Todas las actividades de la vida diaria están estrictamente programadas.
  - ✓ Existe un manejo de numerosas necesidades humanas mediante la organización burocrática de conglomerados humanos.
  - ✓ Los internos tienen limitados contactos con el exterior.
  - ✓ Los procesos de admisión podrían denominarse de "preparación" o "programación".
  - ✓ En muchas instituciones se prohíbe al principio, el privilegio de recibir visitas, asegurándose de esta manera el corte con su familia, con la intencionalidad de aislar.

## 4.2 Reglamentaciones y Normas Geriátricas

Teniendo en cuenta lo establecido en la *Resolución 390 de fecha 04 de junio del 2001*, del Registro del Instituto Nacional de Servicios para Jubilados y Pensionados, en lo referente a los *requisitos prestacionales para*

---

<sup>40</sup> Goffman, Erving. *"Internados Ensayos sobre la situación social de enfermos mentales"*, Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1961, (p.) 26,27

<sup>41</sup> Campi Adriana y otros. *Proyecto de Extensión: "Asistencia Técnica Grupal a Ancianos pertenecientes a grupos de la Ciudad de Neuquén"*, Informe Final, UNCo Neuquén., Año 1999, (p.) 9

*las Residencias de Adultos Mayores*, establece dentro de sus objetivos, el trabajo integral, a fin de:

*“mejorar o mantener la capacidad funcional y mental mediante actividades de estimulación. Prevenir el incremento de la dependencia, impulsar los vínculos personales de los residentes, facilitando la integración al medio institucional.”*<sup>42</sup>

El principal objetivo no trata sólo de brindar atención y un lugar para vivir a ancianos que lo necesiten, sino que incluyen las palabras **“integración, prevención e impulsar vínculos”**.

Sin embargo, se observa una primera discrepancia entre el objetivo que se persigue desde la normativa y lo que en realidad sucede con los ancianos institucionalizados. Se habla de reglamentación y normas **Gerítricas**, cuando lo ofrecido tiende más a la concepción de **Asilar**, correspondiente a lo que Goffman denomina Instituciones Totales.

*Los Requisitos Prestacionales. Residencias para Adultos Mayores y Residencias para Adultos Mayores con Asistencia Psicogeriatrica*, detalla que los objetivos de la Prestación son<sup>43</sup>:

- Mejorar o mantener la capacidad funcional y mental mediante actividades de estimulación.
- Prevenir el incremento de la dependencia mediante programas adecuados.
- Controlar y seguir terapéuticamente las enfermedades y trastornos detectados.
- **Impulsar los vínculos personales de los residentes, facilitando la integración al medio institucional, así como la redefinición y cambios cuali-cuantitativos de la red social personal tendiente al bienestar bio-psico-social del mismo.**

---

<sup>42</sup> Reglamentación e implementación del Registro de Prestadores del Servicio de Geriátrica del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Buenos Aires, septiembre del 2001; (p.) 11

<sup>43</sup> Ver Anexo 2 de esta obra.

*Según las Normas de Procedimiento para Internación Geriátrica*<sup>44</sup> la internación geriátrica es el recurso que se otorga a aquellas personas que por situaciones de salud (discapacidad física y/o psíquica por patología crónica progresiva o secuelear) requieren una atención integral que su medio no puede brindarles por problemas del grupo familiar (ya sean de orden económico, habitacional, salud física o mental, desintegración o grave conflictiva en el grupo, que pone en situación de riesgo tanto al afiliado como al resto de los integrantes), o sin grupo familiar y con carencia habitacional y/o económica.

El **Objetivo** es proveer residencia transitoria o permanente con asistencia integral, en establecimientos geriátricos (propios, contratados o de bien público o privados sin fines de lucro – sin contrato) a los beneficiarios cuya situación sanitaria y sociofamiliar no permita afrontar la contingencia y cuando la misma no pueda ser resuelta con orientación y tratamiento del equipo interdisciplinario y/o por otras prestaciones vigentes.

Del **Procedimiento**: Ante la detección del caso y su evaluación por los profesionales del área médica y social, si la alternativa adecuada es el ingreso al establecimiento geriátrico el equipo debe realizar las acciones que apunten a:

- Preparación del usuario y su grupo de pertenencia a la nueva situación, para evitar el desarraigo y abandono.
- Hasta tanto se otorgue la prestación se implementará el seguimiento brindando: orientación, contención, y eventualmente otras alternativas de tratamiento.
- Producida la internación, se efectuará el seguimiento, tanto del afiliado como de su grupo familiar y/o de pertenencia por parte del equipo profesional de la institución, con intervención y/o coordinación del equipo técnico profesional de las unidades operativas que así lo requieran.

---

<sup>44</sup> Ver Anexo 3 de esta obra.

### 4.3 Instituciones Geriátricas en la Ciudad de Neuquén

En la Ciudad de Neuquén, funcionan varios tipos de Residencias o Instituciones Geriátricas, en esta investigación, se estudian a dos, cada una representativa de los tipos existentes. Aquellas privadas pero que funcionan bajo derivación de situaciones del PAMI (Geriátrico A), es decir, de gestión estatal; y por otro lado las de gestión privada, aquellas que sólo reciben a particulares, sin la necesidad de realizar trámite en PAMI (Geriátrico B).

A nivel organizacional - institucional en ambas prevalecen las mismas normas y reglas de funcionamiento.

El **Geriátrico A**, es fundado en el año 1982.

El predio se compone de un hall central, una oficina principal, una sala de profesionales denominada gabinete, un loft de enfermería, 25 habitaciones, 15 baños, 2 comedores, y un patio.

Es conducido por el propietario y un administrador. Los pacientes son cuidados por personal auxiliar de enfermería, quienes responden a las órdenes de una supervisora general.

Dentro de la normativa vigente figura el horario de visitas:

- por la mañana de 9:30 a 11:30hs.
- por la tarde de 16:30 a 19:30hs.

El anciano puede ser retirado por su familia o persona a cargo, durante un período no mayor a 30 días corridos, momento en el cual pierde la cobertura de internación otorgada por el I.S.S.J.P (Instituto de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados).

El **Geriátrico B**, tiene sus inicios en el año 1999. Atiende población particular, es decir, que no presenta convenio con el I.S.S.J.P. (Instituto de Seguridad Social de jubilados y Pensionados).

Las familias y los ancianos que deciden internarse allí deben abonar la suma aproximada de \$1500 mensuales, valor aproximado que corresponde al año 2005 (esta suma no incluye pañales, medicación ni artículos de higiene personal)

El predio se compone de una cocina, un comedor, una sala de dirección, 10 habitaciones, un patio delantero y 4 baños.

El geriátrico se encuentra conducido por sus propietarios y una administradora. Realiza una selección de su población, la cual se delimita a partir del diagnóstico del paciente. En general se trabaja con las siguientes problemáticas: demencia senil, alzheimer, demencia leve o moderada y hemiplejía.

Cuenta con una rutina claramente delimitada, a saber:

### **Mañana**

**7:30** aproximadamente comienzan a despertarlos para el inicio del aseo personal.

**9:00** desayuno

**10:30** algunos caminan, pasean por el parque y se hacen controles de rutina.

De **10:30** a **11:30** consumo de colaciones (mate, pan, dulce, postres de leche)

**12:30** almuerzo

**Tarde:**

**13:30** siesta

**16:00** merienda

**17:00** Martes y Jueves: Educación Física

Lunes, Miércoles y Viernes: Terapeuta Ocupacional y control nutricional

**20:00** Cena

**21:00** Ingreso a sus habitaciones.

Resulta importante aclarar que los horarios descriptos en el Geriátrico B, resultan similares a la rutina del Geriátrico A.

## **5- EL CONTEXTO DEL OBJETO DE ESTUDIO: LA CIUDAD DE NEUQUEN.**

### **5.1 Breve desarrollo histórico. Características Demográficas**

La ciudad de Neuquén, está ubicada a la vera de la confluencia de los ríos Limay y Neuquén siendo designada capital del territorio nacional en el año 1904. Está dividida en 43 juntas vecinales, abarcando cada área más de un Barrio.

Por su condición de capital, se asientan en ella organismos estatales de diferentes jurisdicciones (municipal, provincial y nacional), convirtiéndola en los últimos años en la ciudad más importante de la región patagónica.

El fenómeno de explosión demográfico tiene como principal punto de eclosión la capital neuquina, que en treinta años pasa de tener 16.738 habitantes (en 1960) a 167.296 habitantes (en 1991). En el año 1991, el 43% de la población de la provincia se concentraba en su ciudad capital, característica que se mantiene en los años posteriores.<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> Vaccarisi, Maria Elizabeth. Proyecto de Investigación. "Las políticas sociales y la función de legitimación: Análisis del estado Provincial Neuquino". Año 2001. UNCo.

## **5.2 Algunas características de los ancianos en situación de internación geriátrica en Neuquén Capital**

En líneas generales y teniendo en cuenta la experiencia profesional de quien suscribe, los ancianos internados en Neuquén, atraviesan por un proceso de adaptación en términos similares a los descriptos por Goffman, en su texto "Internados".

Existe en Neuquén Capital un aumento considerable de la cantidad de personas que llegan a edades cada vez más avanzadas, algunas de ellas con deterioro en sus funciones cognitivas o motoras, aumentando en forma paulatina el grado de dependencia.

Luego de varios intentos familiares por atender las demandas del anciano, y proveerle un lugar dentro del grupo familiar, surge la idea del geriátrico como un lugar que brinda cuidados necesarios y protección, tanto para el anciano como para la familia de este.

Cuando el anciano ingresa a una residencia geriátrica, debe dejar el ambiente familiar de su casa para internarse en una institución en la cual el entorno es mucho más regulado, formalizado e impersonal. Se trata de cortar con el contexto habitual (barrio, pueblo, ciudad), estos cambios generan en la persona anciana ciertas perturbaciones y desestructuraciones.

El anciano, en general, no tiene posibilidades de tomar decisiones sobre asuntos cotidianos.

La estadía del anciano en la institución es prolongada produciéndose lo que Erving Goffman define como "desculturación", se trata de la pérdida de capacidades fundamentales de comunicarse y cooperar, produciéndose un "desentrenamiento" que lo incapacita temporariamente para encarar ciertos aspectos de la vida diaria.

La mortificación del yo es sistemática, aunque a menudo no intencionada (depresiones, degradaciones, humillaciones y profanaciones).

La barrera que las instituciones totales levantan entre el interno y el exterior marca la primera mutilación del yo.<sup>46</sup>

Siguiendo a Goffman, puede decirse que los ancianos alojados en instituciones geriátricas, a menudo, adoptan formas diferentes de adaptación al ambiente institucional, las mismas pueden clasificarse en:

➤ Una primera forma está marcada por una despersonalización aguda, y/o regresión, se trata de una abstención drástica a la participación activa de la vida de relación.

➤ Una segunda forma, es la que se denomina "colonización", donde el establecimiento significa la totalidad del mundo, constituyéndose en una vida relativamente placentera y estable, con el máximo de satisfacciones que puedan conseguirse dentro de la institución.

➤ Una tercera forma de adaptación al ambiente es la "conversión", donde el interno parece asumir plenamente la visión que el personal tiene de él y se esfuerza en desempeñar el rol del interno perfecto.

---

<sup>46</sup> Goffman Erving, "Internados...", Op. Cit. (p.) 27

## **TERCERA PARTE**

### **6- ANÁLISIS Y RECONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO**

#### **6.1 Introducción**

A los fines de introducir la posterior enunciación de interrogantes que han orientado el trabajo de investigación y la sistematización realizada, se precisa que el análisis de la temática en estudio considera la evaluación desde tres ejes analíticos.

Dichos ejes son:

#### **I. LA SITUACIÓN SOCIO – FAMILIAR Y DEMOGRÁFICA DEL**

#### **ANCIANO ANTES DE LA INTERNACIÓN.**

#### **II. EL PROCESO DE INTERNACIÓN DEL ANCIANO y**

#### **III. LA SITUACIÓN SOCIO – FAMILIAR DEL ANCIANO EN EL GERIÁTRICO.**

El análisis del primer eje se desagrega en dos categorías:

I.1 Perfil Socio – Demográfico.

I.2 Perfil Socio – Familiar del anciano.

El análisis del segundo eje se centra en:

II.1 Los Motivos conducentes a la internación.

II.2 Los Sujetos partícipes en ella.

Finalmente, y una vez producida la internación, con el análisis del tercer eje se indaga en:

III.1 El Mantenimiento del Vínculo anciano – familia.

III.2 La percepción del anciano internado a los términos vejez – familia – geriátrico.

El relevamiento de datos se efectúa en el período Marzo - Septiembre del año 2005, dividido en dos etapas.

a) La primera de ellas con el fin de relevar datos cuantitativos, mediante el uso de la técnica de muestreo dirigido, se hacen efectivas 20 entrevistas a ancianos institucionalizados en dos Residencias Geriátricas de la Ciudad de Neuquén. Como así también entrevistas a los responsables de las mismas.

b) En la segunda etapa se trabaja con el objetivo de completar la instancia cualitativa de la investigación. La población estudiada estuvo conformada 15 personas mayores de 60 años, residentes en dos instituciones geriátricas de la Ciudad de Neuquén. Se considera que la muestra obtenida fue saturada con el total de 15 entrevistas, en virtud de que los ancianos repetían sus respuestas.

El trabajo de campo es realizado en dos instituciones geriátricas de la Ciudad de Neuquén, elección fundada teniendo en cuenta las características de la población atendida: uno de los geriátricos solo trabaja con población derivada del PAMI, mientras que el otro trabaja con población privada.

## **6.2 Desarrollo de las Categorías más relevantes de la investigación:**

### **I- SITUACIÓN SOCIO – FAMILIAR Y DEMOGRAFICA DEL ANCIANO ANTES DE LA INTERNACIÓN.**

#### **I.1 Perfil Socio - Demográfico del Anciano**

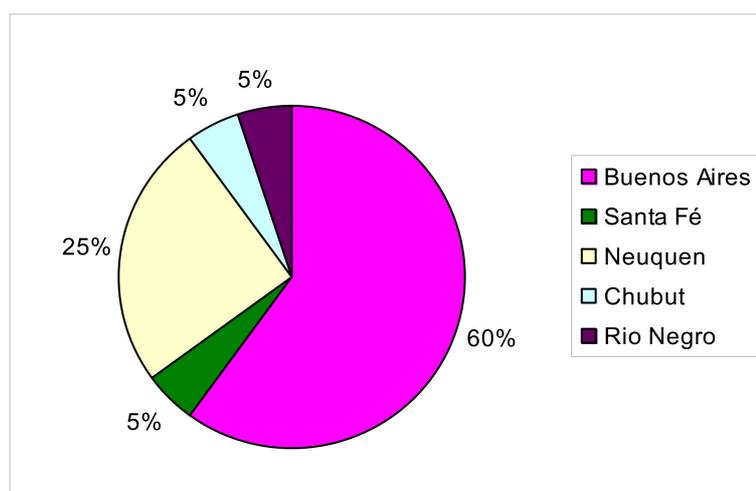
Para evaluar esta variable, se consideran Edad, Sexo, Lugar de Procedencia del anciano y Tiempo de Residencia en Neuquén de aquellos ancianos que provienen de otros lugares o Provincias.

La Edad promedio de las personas entrevistadas es de 75 años.

En cuanto al Sexo se observa que el 70% de los entrevistados son mujeres.

En el Gráfico N° 1 se muestran los resultados obtenidos respecto al Lugar de Procedencia del anciano internado.

**Gráfico N° 1: Lugar de Procedencia del Anciano**



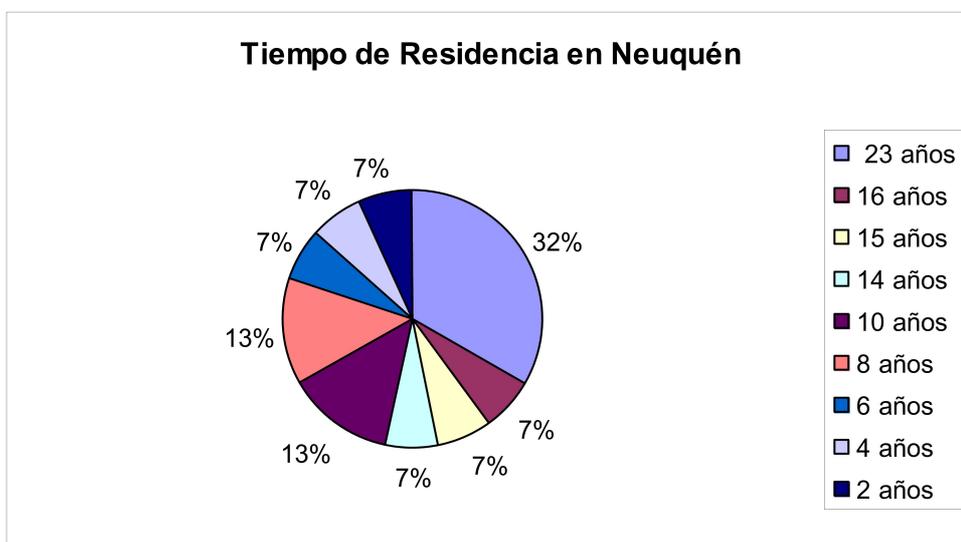
En lo que se refiere a esta propiedad, prevalece que la mayor cantidad de personas ancianas, en este caso particular, provienen de otras Provincias del País, lo que da cuenta de lo mencionado con anterioridad, una inmigración masiva durante la década del 70 y 80<sup>47</sup> producida en la Provincia de Neuquén.

Como se puede apreciar en el Gráfico N° 1, el 60% de los entrevistados proviene de la Provincia de Buenos Aires, y sólo el 25% es de la Provincia de Neuquén. Del 15% restante, un 5% es de la Provincia de Chubut, otro 5% de Santa Fé y el último 5% provienen de la Provincia vecina de Río Negro.

De los 15 ancianos analizados, que proceden de otras Provincias, se indaga acerca del Tiempo de Residencia en la Provincia de Neuquén, obteniéndose los siguientes resultados expresados en el Gráfico N° 2.

<sup>47</sup> Ver página 10 de esta obra

**Gráfico N° 2: Tiempo de Residencia en Neuquén**



Los ancianos internados en Instituciones Geriátricas de la Ciudad de Neuquén, tienen la característica compartida de lo que se conoce como “vejez frágil”, se trata de aquellos ancianos que superan la franja de los 65 años de edad y que además presentan alguna disfuncionalidad en su condición psicofísica. Fragilidad también relacionada al quiebre de lazos afectivos producto casi en su totalidad por el desarraigo producido.

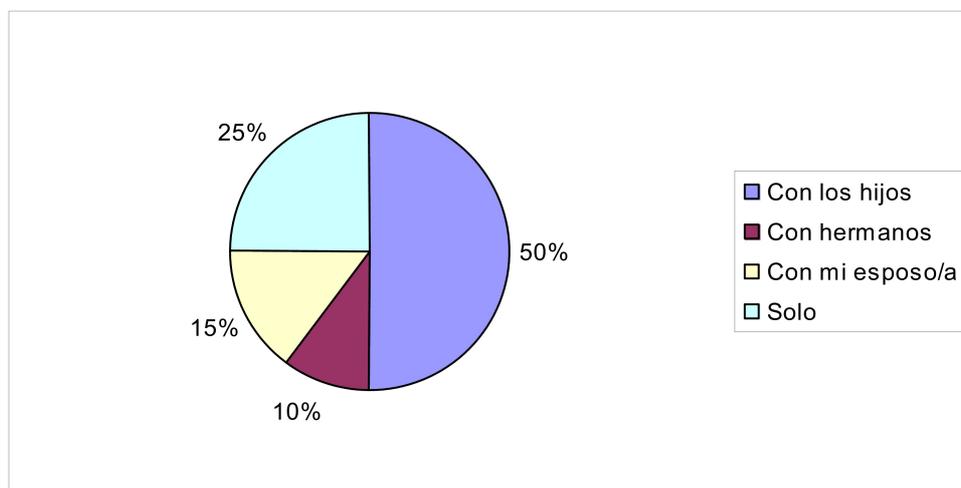
## **I. 2 PERFIL SOCIO - FAMILIAR DEL ANCIANO**

Para evaluar este aspecto, se toman en consideración Estado Civil del Anciano, Grupo de Convivencia previo a la Internación y Motivos de traslado a Neuquén, en aquellos ancianos que provienen de otros lugares.

Respecto al Estado Civil de los ancianos, se obtiene que el mayor porcentaje, el 85% de ellos es viudo/a, el 10% es casado y el 5% restante, soltero.

En cuanto al Grupo de Convivencia del Anciano previo a su internación, surge que el 50% de los entrevistados vivía con sus hijos. El 25% de los ancianos vivía solo, el 15% con sus esposas y sólo el 10% con sus hermanos.

**Gráfico N° 3: Grupo de Convivencia del Anciano previo a la internación**

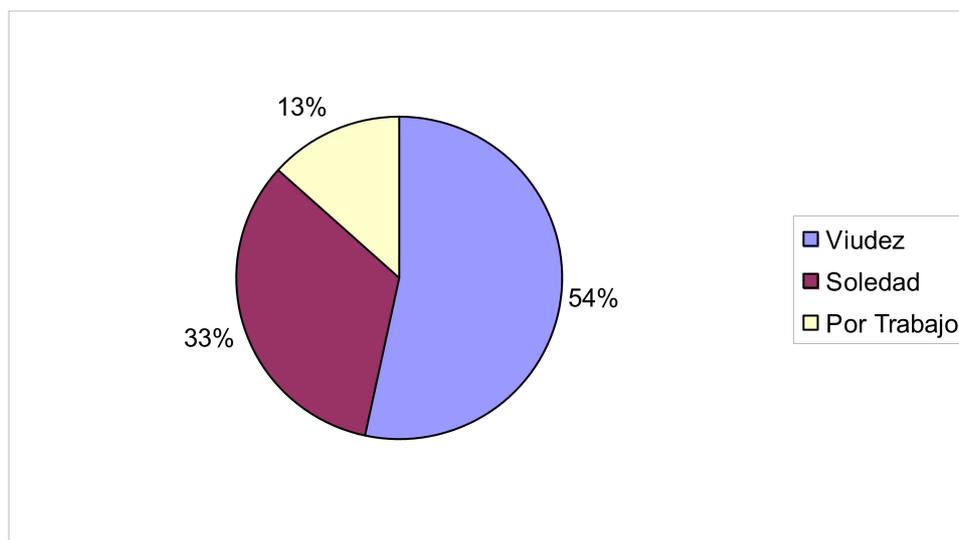


Muchos ancianos han transitado la experiencia luego de vivir solos o con su pareja en otra provincia, el traslado, en éste caso a la provincia de Neuquén, en virtud de vivir en compañía de sus hijos y nietos.

La aceptación por parte de los ancianos de vivir con sus hijos y nietos, luego de haber quedado viudos, en la mayoría de los casos es casi incuestionable. Queda demostrado así, que las relaciones familiares son vitales y fundamentales para la vida y que el sistema de apoyo familiar, en edades avanzadas constituye una de las fuentes de mayor satisfacción, donde la familia sigue siendo la institución social primaria de ayuda inmediata a pesar de su estructura cambiante.

Finalmente de los entrevistados, 15 de ellos provienen de otras provincias, razón por la cual se indagan los Motivos de Traslado a Neuquén, volcándose en el Gráfico N° 4 los resultados obtenidos.

**Gráfico N° 4: Motivo de Traslado del Anciano**



La viudez aparece, no sólo con el mayor porcentaje sino también como principal motivo de la decisión familiar de traslado del anciano a vivir con sus hijos.

El 54% de los entrevistados al quedar viudos decide, o sus hijos deciden que los padres vengán a vivir con ellos, quienes por razones laborales tomaron la determinación de radicarse en la Provincia de Neuquén.

*Según Camdessus (1995)... "para los adultos mayores lo más importante es el acto potencial de relación y ayuda ante una eventual situación de emergencia o crisis, la conciencia de que existe una persona relevante a quien acudir en caso de necesidad"<sup>48</sup>.*

La familia constituye la principal fuente de protección, donde los adultos mayores acuden en una primera instancia.

En la investigación realizada se visualiza que el anciano comienza a ocupar un lugar central, "de privilegio", pero transitorio dentro del grupo familiar a partir del fallecimiento del cónyuge quedando familia y anciano en una situación de gran complejidad, difícil de resolver en los primeros meses.

A modo de ejemplo:

<sup>48</sup> En Cordero Liliana y Cabanillas Silvia, "Trabajo Social con..." Op. Cit. (p.) 31

*"lo único que tengo son a mis hermanas, cuando me quedé viuda me vine".*

*"mi hijo, cuando enviudé me trajo a Neuquén"*

*"me trajo a Neuquén mi hermana, cuando enviudé"....no tengo hijos".*

*"Cuando enviudé, mi hija me trajo con ella a Rincón de los Sauces"*

*"no sé, a veces me parece imposible que tenga 84 años, imagínese que yo vivía en Bs. As y me trajeron a Neuquén después que enviudé por 8 días, y ahora vivo acá lejos de lo que es mío".*

## **II EL PROCESO DE INTERNACIÓN**

Como ya mencionara anteriormente la población anciana en el país está en aumento, y con ello también la cantidad de Hogares, Residencias o instituciones que se dedican a albergar esta población, cuando la familia ya no puede o no sabe hacerse cargo de ellos.

El aumento de la esperanza de vida, la disminución de la natalidad y el descenso de la mortalidad son algunas de las causas de este fenómeno nacional e internacional.

La "institucionalización" consiste en formar parte de una "institución". Se la considera como un recurso en función de su modalidad, permitiendo satisfacer las necesidades básicas de los individuos.

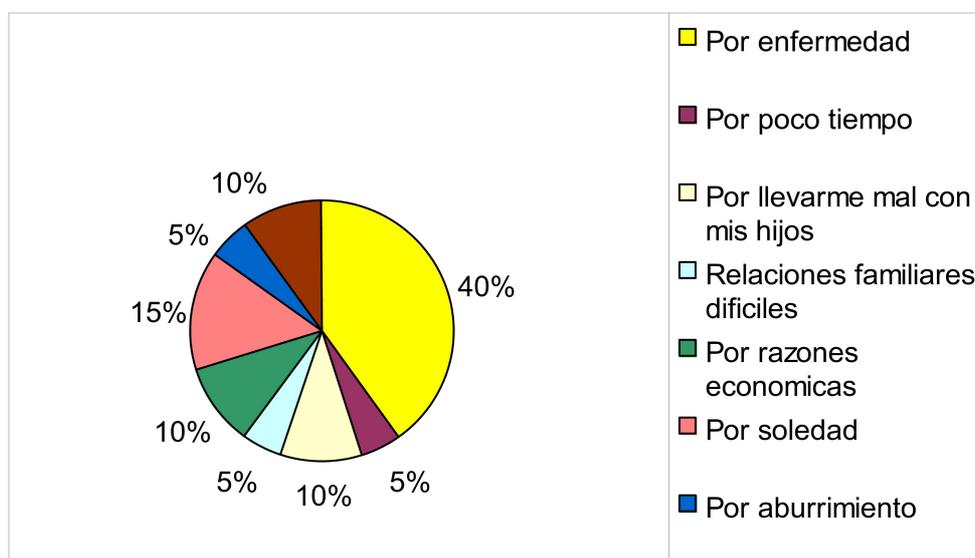
Cuando se habla de una institución, se piensa en una organización más o menos formal, en un lugar determinado, con ordenamiento de tiempos y responsabilidades, de acuerdo con algunos objetivos compartidos.

### **II.1 Institucionalización del Anciano**

Esta variable es evaluada mediante los indicadores referidos a los Motivos para la Internación del Anciano, y a los Sujetos Partícipes en la Decisión de la Internación, incluyendo o contemplando la Participación del Anciano en esa Decisión.

En cuanto a los **Motivos conducentes a la internación** los resultados se vuelcan en el Gráfico N° 5

**Gráfico N° 5: Motivo de la Internación del anciano**



De acuerdo a las entrevistas realizadas, surge que el mayor porcentaje (40%), coincide que la decisión de la internación geriátrica, surge con la aparición de la enfermedad del anciano y después de haber probado varias soluciones de cuidado domiciliario que han resultado ineficaces. Muestra de ello es lo expresado por los entrevistados:

*“estoy acá porque mi hijo no quería que viva sola, ya que tengo varias caídas., se intentó que una señora me cuide en casa, pero siempre me caía justo cuando ella se iba.”.....“vivir con mi hijo, no, porque el matrimonio debe estar solo”.*

*“Vivía con mi hija hasta que me enfermé”.*

*"mis hijos me trajeron con la intención de que iba a ser por poco tiempo, hasta que ellos terminen la casa, pero...ya ves hace unos cuantos años que estoy".*

Es así que por una cuestión económica y de comodidad familiar se decide que la internación es lo más adecuado para la familia. Como se ve para tomar esta decisión siempre se piensa en términos familiares, rara vez en el anciano.

La familia ingresa al Geriátrico a sus mayores con más edad y deterioro en su salud física o mental cuando no les es posible tenerlos en la casa.

La internación funciona como el último recurso que adopta la familia. La mayoría ellas, han intentado otras alternativas de solución previa a la decisión de internación.

Llega de un punto en el que éstos intentos de solución (llevarse a los padres a vivir con ellos, contrato de personal para el cuidado de ancianos, etc.), se agotan y se necesitan buscar nuevas alternativas para resolver la demanda que genera la responsabilidad del cuidado de un anciano enfermo.

Un menor porcentaje, el 15%, manifiesta que el motivo de internación geriátrica surge por una sensación de soledad por parte del anciano. Aún viviendo con hijos y nietos éstos por razones laborales o de estudio se encuentran casi todo el tiempo fuera de la vivienda.

Le sigue un 15% que dice haber decidido la internación por tener problemas de relación con los hijos; ejemplo de ello es el relato de alguno de los ancianos:

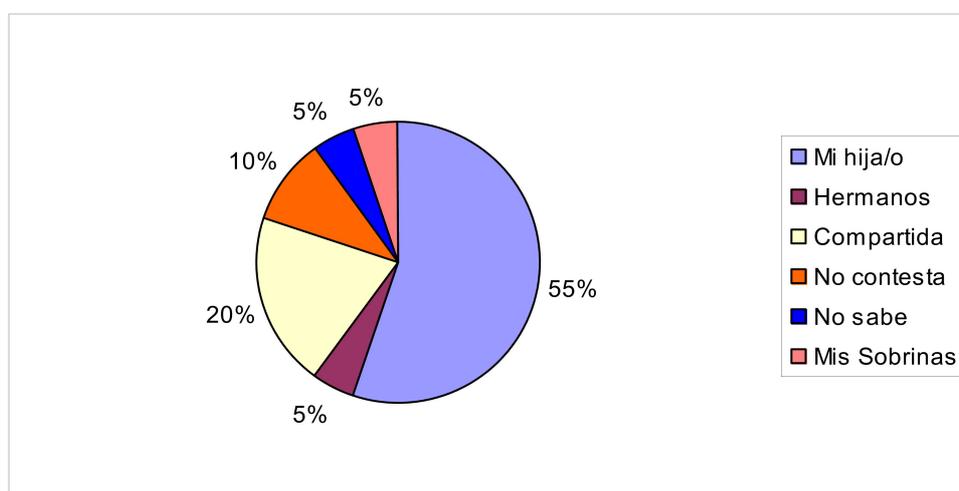
*"viví con mi hija, pero viste como es medio nerviosa.....yo no viví mucho tiempo con ella, estaba en un lugar que se paga, e iba los domingos, espérate no me acuerdo.....con quien estaba yo..." silencio.*

Otro 10% comenta que la internación surge por la aparición o aumento de las dificultades económicas familiares. El 10% restante se distribuye de la

siguiente manera, un 5% manifiesta que la internación fue pensada como transitoria y el 5% restante plantea que la internación fue motivada por aburrimiento del anciano en el hogar.

En cuanto a los **Sujetos Partícipes en la Decisión de Internación**, los resultados se muestran en el Gráfico N° 6.

**Gráfico N° 6: Sujetos partícipes en la decisión de internación**



En el 55% de los casos analizados, son los hijos quienes toman la decisión de la internación de sus padres. Muestra de ello es lo expresado por los entrevistados:

*“me pusieron acá porque mi nuera trabajaba, no se de quien fue la decisión,.....es un lugar muy triste, muchos enfermos todo el día, hay que tener mucha voluntad”.*

*“yo no lo decidí, me trajeron, pero no estoy arrepentida porque estoy acompañada” “lo decidió mi hija....yo acá no me meto con nadie”*

En un 20% de los casos, la decisión es compartida. Ejemplo de ello es:

*"si...la decisión la tomamos entre los tres, mi señora, mi hijo y yo, después de mi ACV, tengo paralizados los miembros derechos y mi señora tiene 82 años y no me podía atender, y conseguimos por PAMI ingresar al Geriátrico".*

*"...Llegamos a la conclusión de que era lo más conveniente..."*

*"la decisión de internarme fue compartida, mi hija hizo los trámites, yo conocí el lugar el primer día que me vinieron a dejar...fue medio triste hasta que me adapté"*

Un 10% de los entrevistados no contesta la pregunta; un 5% dice no saber de quien es la decisión de que el estuviera internado. A modo de ejemplo, uno de los ancianos plantea:

*"...vos sabes que no sé, pero de pronto acá me encontré..., sola y lejos de lo que es mío..."*

El 10% restante se trata de aquellos ancianos que no tienen hijos o son solteros entonces la decisión de la internación se divide, un 5% manifiesta que la decisión fue de sus hermanos y el 5% restante que la decisión fue de sus sobrinos.

Como puede apreciarse, en la mayoría de las situaciones presentadas los ancianos no participan de la decisión de internación. Los ancianos conocen el lugar donde transitarán los últimos años de sus vidas una vez alojados allí.

Se puede inferir que la mayoría de los ancianos son internados contra su voluntad, recurriéndose si es necesario en algunos engaños (que es por poco tiempo hasta que se reponga, hasta que consigan quién cuidarlo, etc.).

Por el contrario, en pocas situaciones, los ancianos asumen la determinación de su propia internación en forma voluntaria o con un real conocimiento del alcance de la misma.

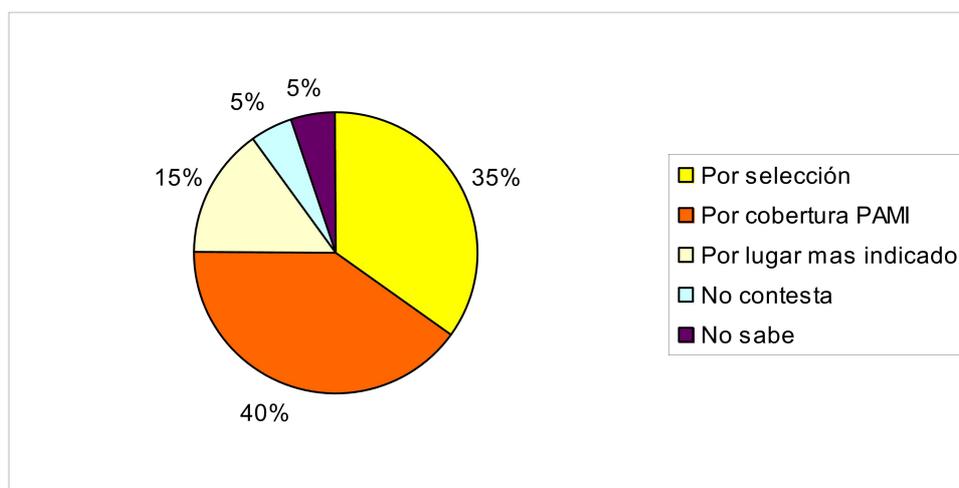
## II. 2: SELECCIÓN DE LA INSTITUCIÓN – GERIATRICO.

Esta variable toma forma en tanto en la Ciudad de Neuquén, se observa la existencia de dos tipos de Residencias Geriátricas. Una de ellas de orden público y otras de gestión privada.

Los indicadores seleccionados son **Motivo en la Elección del lugar para la Internación del Anciano y los Sujetos Partícipes en la Selección.**

El primer indicador se puede apreciar en el Gráfico N° 7

**Gráfico N° 7: Motivo en la elección para la internación del Anciano**



El 40% de los ancianos entrevistados coincide en que la elección del geriátrico estuvo dada porque PAMI sólo mantiene convenio con ese Geriátrico en la Ciudad de Neuquén. En consecuencia, no hay elección posible, sólo se ofrece una posibilidad en Neuquén Capital.

El 35% de ellos, manifiestan que la elección del lugar fue realizada, según comentarios de sus hijos, por selección. PAMI ofrece - como se dijera - una sola opción en la Ciudad de Neuquén y dos posibilidades muy cerca de allí, a unos 15 kilómetros aproximadamente cualquiera de ellas de la Capital

Neuquina. Una en la localidad de Centenario (provincia de Neuquén) y otra en la localidad de Cipolletti (provincia de Río Negro). Esa oferta se hace por parte de PAMI, básicamente por dos razones:

1- Dependiendo del lugar de residencia de la familia del anciano muchas veces queda más cercano a su domicilio particular algún otro Geriátrico ubicado fuera de la Ciudad de Neuquén.

2- Porque en el Geriátrico perteneciente a la Ciudad de Neuquén no siempre hay vacantes, razón por la cual, se le deben ofrecer otras alternativas a la familia.

Un 15% dice que según la evaluación realizada, creen que se trata del lugar más indicado.<sup>49</sup>

Dentro del 10% restante, un 5% no contesta y el otro 5% desconoce como fue la elección.

En general la familia del anciano, visita el lugar y pide información especialmente referida al aspecto material de supervivencia y los costos económicos que le requerirá.

En mucha menor medida, detalles referidos a la atención ofrecida y a los servicios que el anciano recibirá por fuera de lo médico, es decir, esparcimiento, recreación, actividades que le permiten transitar allí los días de una manera más activa y participativa. Lejos queda la idea de rehabilitación.

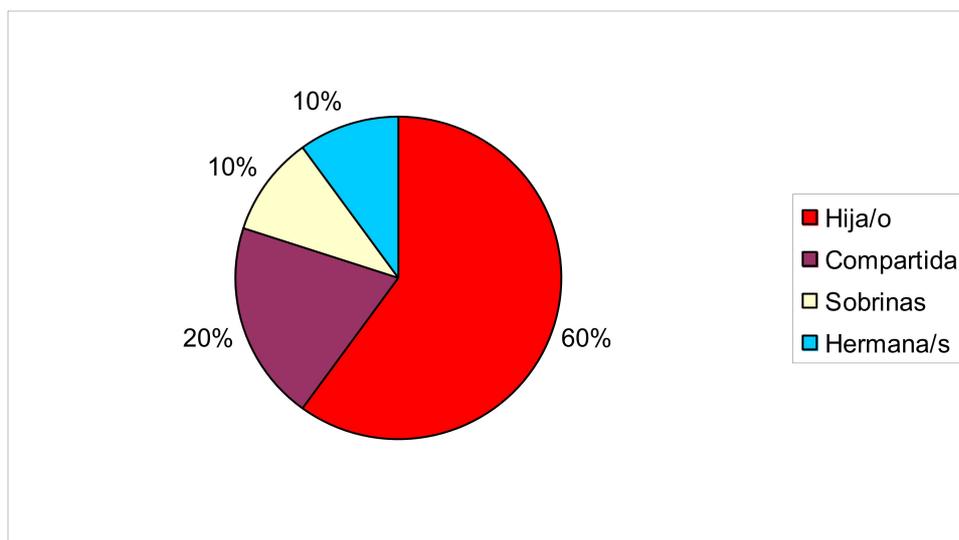
Según lo observado y registrado es siempre un solo familiar el encargado de esta tarea quedando en amplia mayoría de las situaciones estudiadas el anciano interesado por fuera de esta decisión.

En cuanto a los sujetos partícipes en la selección, cuyos resultados quedan reflejados en el Gráfico N°8, se obtiene que:

---

<sup>49</sup> Se aclara que al realizarse preguntas abiertas, se respeta en esta investigación las precisiones semánticas utilizadas por los propios protagonistas.

**Gráfico N° 8 Sujetos partícipes en la selección**



Sólo en el 20% de los casos la decisión en la selección es compartida. El 80% de los ancianos entrevistados, no participa de la selección del geriátrico, son sus hijos / as, nueras, hermanos/as y sobrinos/as los que eligen el lugar. Muestra de ello es lo expresado por los ancianos:

*"no sé de quien fue la elección, mía no. A mi no me consultaron, sólo me trajeron".*

*"yo no decidí, me trajeron, pero no estoy arrepentida porque estoy acompañada, lo eligió mi hijo".*

*"mis hijos, lo conocí cuando llegué".*

*"la decisión de internarme fue mía, pero este lugar lo eligieron ellos, mis hijos".*

*"mis sobrinas, y no me gusta... a nadie de los que está le gusta....pero....qué se le va a hacer".*

Como se deja ver en el Gráfico N°8 la mayor parte de las veces el anciano no es protagonista de su internación, son sus familiares más directos quienes deciden la internación. Esto implica que no existe, para el anciano la realización de un proceso de adaptación previo.

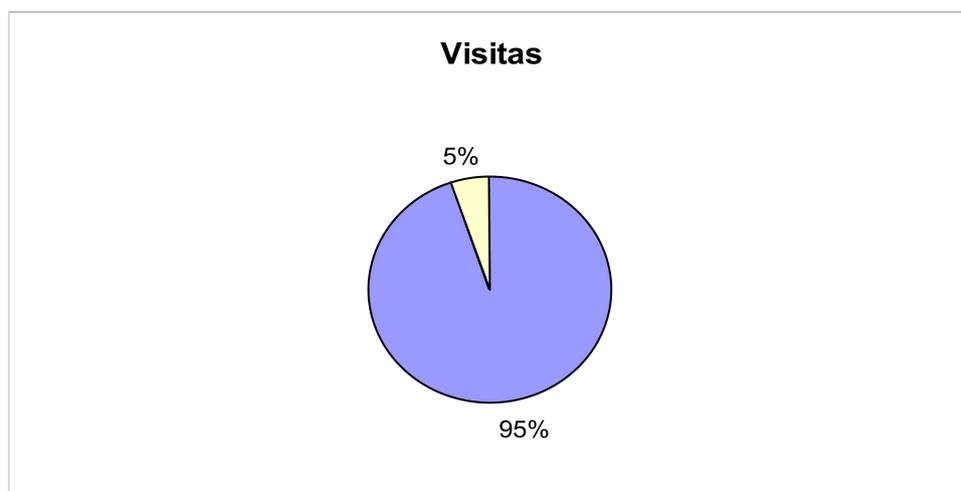
### III. SITUACIÓN SOCIO – FAMILIAR DEL ANCIANO EN EL GERIATRICO.

#### III. 1 Mantenimiento del Vínculo familia

Los indicadores seleccionados para esta variable, tienen que ver con La Existencia de Visitas del Anciano Internado, la Frecuencia de las mismas y el Tiempo de Internación.

Los resultados del primer indicador quedan volcados en Gráfico N° 9.

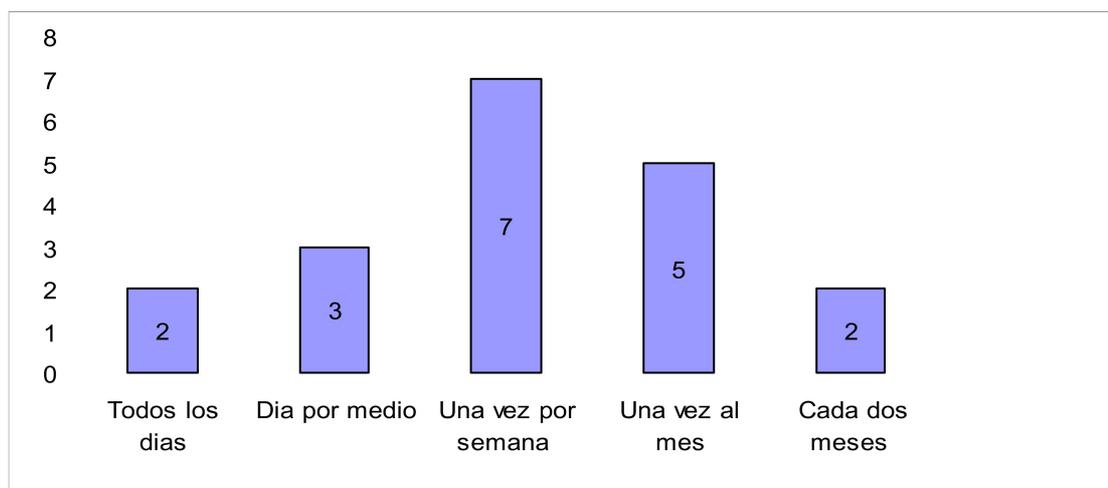
**Gráfico N° 9: Existencia de Visitas de Familiares**



El 95% de los ancianos alojados en las residencias geriátricas seleccionadas para la investigación, recibe visitas de sus familiares más directos (hijos / as, hermanos / as, nueras y en ultimo lugar y con escasa presencia los nietos). El 5% manifiesta no recibir visitas.

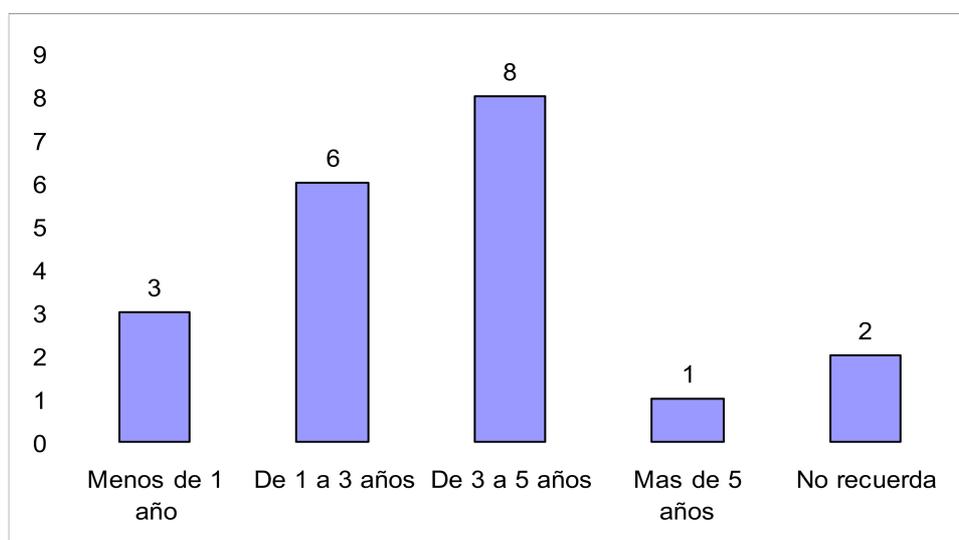
En relación al segundo indicador, **Frecuencia de Visitas**, el resultado queda claramente expresado en el Gráfico N° 10.

**Gráfico N° 10: Frecuencia de Visitas – en valores absolutos**



El tercer indicador está relacionado con el **Tiempo de Internación del Anciano**, el resultado se muestra en el Gráfico N° 11.

**Gráfico N° 11: Tiempo de internación – en valores absolutos**



### III. 2 PERCEPCION DEL ANCIANO

#### INTRODUCCIÓN:

En esta segunda etapa de trabajo, se realiza un estudio cualitativo con el objetivo de dar cuenta de la propia percepción que los ancianos internados en residencias geriátricas poseen de tres palabras relevantes en este estudio.

Elas son:

### **Vejez, Geriátrico y Familia**

La población en estudio se conforma de 15 personas mayores de 60 años, residentes en instituciones geriátricas de la Ciudad de Neuquén. Se considera que dicha muestra es representativa del total, en virtud de que se produjo una saturación de la misma identificada por la repitencia en las respuestas.

El tipo de muestra fue intencionado, tomando en consideración los siguientes criterios:

- a) Ancianos residentes en instituciones geriátricas en forma permanente.
- b) Ancianos mayores de 60 años
- c) Ancianos que no padecieran enfermedades que imposibilitaran la obtención de respuesta.

La edad promedio de los ancianos entrevistados es de 85 años, el sexo es en su mayoría femenino y el estado civil predominante es viudos/as.

Como se menciona anteriormente, esta instancia de trabajo, se desarrolla metodológicamente presentando el análisis de las representaciones sociales

que los propios ancianos internados tienen acerca de tres ejes relevantes para esta investigación:

### **Vejez, Geriátrico y Familia.**

En los tres ejes se intenta conocer el núcleo central y los elementos periféricos alrededor de los cuales se plasman en forma precisa las ideas y sentimientos de los sistemas de representación estudiados.<sup>50</sup>

El comienzo de la entrevista tiene tres partes.

En la primera pregunta del instrumento, se recurre a la técnica de asociación de palabras con uno o varios términos inductores, a partir del siguiente fraseo *"Si le digo (término inductor correspondiente a cada estudio).....vejez, geriátrico, familia.... ¿Qué palabra o palabras se le ocurren? Dígame aquellas palabras que espontáneamente se le vayan ocurriendo"*.<sup>51</sup>

Luego se indaga la significación de las palabras asociadas a través del siguiente fraseo: *"Cuando usted dice...palabras asociadas. ¿Qué quiere decir con esa palabra?"*

En tercer término se pregunta por el nivel de importancia asignado a las palabras asociadas a través del siguiente fraseo: *"De todas las palabras que usted mencionó, indíqueme cual es la que considera mas importante... (Con relación al término inductor)"*.

Se presenta cada análisis por separado. El orden de presentación de los temas se corresponde con el de la realización de los estudios.

La guía de preguntas contiene preguntas abiertas y cerradas.

Como se mencionara anteriormente se le solicita a cada persona que asocie palabras, a partir de la expresión inductora, en este caso **"vejez"**.

#### **Cuadro Nº 5: Palabras asociadas al término Vejez**

PALABRAS ASOCIADAS	TOTAL DE MENCIONES DE CADA PALABRA
Ocaso	1

<sup>50</sup> Kornblit, Ana Lía, *"Metodologías cualitativas en ciencias sociales"*, Ed. Biblos, 2004, (p.) 91

<sup>51</sup> Kornblit, Ana Lía, *"Metodologías..."* OP.Cit, (p.) 96.

Canas	1
Cosas que no puedo hacer	4
Limitación	2
Sabiduría	2
Tercera Edad	1
Valer menos	2
Ancianidad	1
Edad avanzada	1

De lo expresado en el Cuadro N°5, puede analizarse que los resultados obtenidos a partir de las palabras asociadas por al anciano, pueden sintetizarse en:

1. Valoraciones positivas
2. Valoraciones negativas y
3. Descripciones

Dentro de las valoraciones positivas, sólo dos ancianos la asocian con "sabiduría".

Las valoraciones negativas, están representadas por un grupo de seis ancianos que lo asocian a "cosas que no puedo hacer", "valer menos y "limitación".

El anciano internado en una residencia geriátrica siente que su vida está siendo reglada, reglamentada, cambiada, donde otros dicen y deciden lo que allí adentro está establecido hacer y lo que está establecido no hacer.

Rutinas, horarios y hasta una forma de alimentación diferente.

Se sienten "limitados" en sus acciones cotidianas, descubriendo, transitando y acomodándose en un mundo nuevo, y poco valorados desde sus saberes y sus conocimientos.

En lo descriptivo, un total de cinco ancianos lo asocia con "tercera edad", "ancianidad", "ocaso", "canas" y "edad avanzada".

### Cuadro 6: Palabras Asociadas al término Geriátrico

PALABRAS ASOCIADAS	TOTAL DE MENCIONES DE CADA PALABRA
No pensar	1
Desmoralizador	1
Impedimentos	1
Asilo	2
Casa distinta	1
Disgusto	2
Perdida	2
Lugar donde estoy	1
Terminación de la familia	2
Cautiverio	1
Todo arreglado	1

Como se puede apreciar todo lo que aquí aparece esta relacionado con un sentimiento negativo, de pérdida.

De los 15 ancianos entrevistados, ocho ancianos utilizan con la misma fuerza o intensidad, el término “asilo, disgusto, pérdida, y terminación de la familia”, para definir el término Geriátrico.

Aparece la concepción de asilar, y con ella todo lo que contempla: autoritarismo, reglas, cronificación del personal y macroinstitución.

En el resto de las respuestas se repiten los sentimientos negativos, es llamativo que ninguna de las respuestas pudiera rescatar algún sentimiento positivo.

### Cuadro 7: Palabras Asociadas al término Familia

PALABRAS ASOCIADAS	TOTAL DE MENCIONES DE CADA PALABRA
Alegría	2
Refugio	2
Esperanza	1

Amor	2
Unión	1
Comunicación	1
Contención	1
Ilusión	1
Padre/Madre/Hijos	1
Indispensable	1
Ejemplo	2

Aquí sí aparecen todos los sentimientos positivos y alentadores.

Con la misma intensidad ocho ancianos, mencionan los términos “alegría, refugio, amor y ejemplo”.

Para los ancianos la familia está asociada a todos aquellos sentimientos positivos y muchas veces idealizados. Se trata de un sentimiento superior, en relación, a los sentimientos provistos por otros miembros del grupo familiar.

Se trata para ellos del sentimiento de estar juntos, de la comunicación fluida, de la ilusión y la contención.

Estos sentimientos percibidos desde la visión del adulto mayor, pueden constituir una red de sostén que el anciano guarda en su interior y que le permite, aunque si bien, con cierta idealización sobrellevar la lejanía de sus seres queridos.

En un segundo momento del trabajo de investigación, según lo explicado con anterioridad, se solicita a cada uno de los entrevistados que definan cada palabra asociada. Se opta por agrupar las palabras asociadas por los entrevistados, según afinidad de la categoría.

**Categoría: VEJEZ**

**Cuadro 8: Definición de cada palabra mencionada al hablar de Vejez.**

ANÁLISIS	RELEVAMIENTO	RELEVAMIENTO
CATEGORÍA	DEFINICIÓN DE LA CATEGORÍA	PALABRAS ASOCIADAS EN LA

		ENTREVISTA
Ocaso	Abarca expresiones que denotan que el sujeto se encuentra en permanente decadencia, declinación	“desmoralizador, no poder realizar lo que uno quisiera”
Limitación	Se trata de aquellas limitaciones asociadas a lo físico o lo mental.	“ausencia de libertad”
Sabiduría	Abarca expresiones relacionadas con el conocimiento, con la habilidad	“tercera edad, cantidad de años, lo que da la experiencia, tiempo”
Valer menos	Esta relacionado con “normalidad” Término naturalizado en la sociedad capitalista	“.....Que trabajo da esa vieja”
Ancianidad	Muchos años, periodo de la vida	“punto de llegada, senilidad, ser abuelo/a, años vividos buenos o malos
Cosas que no puedo hacer	Impedimentos	“ necesitar de otros, para las tareas más simples”

Las definiciones de cada categoría, al igual que las palabras asociadas, son las realizadas por los ancianos. Lo que aquí se muestra es un resumen de ello, dado que muchas se repiten, con lo que se continúa trabajando por asociación de palabras.

Es claro aquí que en esta etapa del ciclo de vida, se produce una disminución de múltiples áreas (fuerza, flexibilidad, coordinación, nutrición, resistencia, visión, actividad cognitiva, entre otros), cierto es también que en muchos casos estas disminuciones van llevando a la persona paulatinamente a la discapacidad, acelerando en muchas personas el tiempo de institucionalización.

Los ancianos hacen una clara definición de la vejez, vinculada al "valer menos", a las "limitaciones" propias de la edad, a "ocaso" y a "cosas que no puedo hacer". Cuatro puntos relevantes para definir esta etapa de la vida. Términos que se mezclan en esta sociedad occidental, en la que los valores de la vejez son relegados por los valores que da la juventud y la belleza física.

Es significativa la definición que da uno de los ancianos internados al hablar de vejez, haciendo referencia a que "se vale menos" y esto es "normal" en una sociedad en donde se vale por lo que se produce (capitalismo).

También surge el concepto de "ancianidad", ligado a la experiencia, los años y la condición de ser abuelo/a. Siguiendo a Sánchez Salgado<sup>52</sup> quien afirma que

*"los abuelos y las abuelas son una parte integral de la familia latinoamericana por la multiplicidad de funciones sociales que pueden desempeñar"*

Lo que se rescata por ellos mismos, es la condición de "abuelitud", que en muchos casos han transitado y cumplido activamente antes de su ingreso en una institución geriátrica, ayudando a sus hijos en la crianza de los nietos, haciendo de intermediario ante alguna dificultad, ayudando en las tareas cotidianas del hogar.

Cuando el abuelo/a deja de ser una ayuda en el hogar para convertirse muchas veces pasado los 70 años en una "carga" familiar las relaciones tienden a distanciarse y estos tienden a estar menos involucrados en las actividades propias de la vida diaria familiar.

Con el incremento de alguna enfermedad y la consecuente pérdida de autonomía, el abuelo/a va perdiendo el rol que se le asignara previamente a nivel familiar, quedando paulatinamente más periférico y perdiendo la función primaria de ser abuelo/a.

---

<sup>52</sup> Sánchez Salgado Carmen Delia, "Gerontología...", OP.Cit. (pp.) 138, 139 y 140

## Categoría: RESIDENCIA O GERIÁTRICO

**Cuadro 9: Definición de cada palabra mencionada al hablar de Geriátrico.**

ANÁLISIS CATEGORÍA	RELEVAMIENTO DEFINICIÓN DE LA CATEGORÍA	RELEVAMIENTO PALABRAS ASOCIADAS EN LA ENTREVISTA
No pensar	Es un lugar donde solo uno ve transcurrir el tiempo. Está todo controlado, todo a horario.	“horario, tiempo”
Desmoralizador	Lugar donde uno esta solo, acompañado por otros que uno no conoce y que están peor que uno	
Impedimentos	Cuando uno viene acá, es porque no se puede valer solo	“ayuda”
Asilo	Internado con atención, personas que te ayudan.	“rutina pesada, ver pasar el tiempo, todos los días exactamente igual”. “estar con extraños”
Casa distinta	Nueva adaptación	“costumbres nuevas”
Disgusto	Uno se la pasa...llorando, triste...	“sin cariño”
Terminación de la Familia	Con la implementación de los geriátricos no hay mas abuelos en las familias	“acompañamiento de otros”
Cautiverio	Uno se siente prisionero. No sos dueño de nada.	“estar en manos de otro”. “cosas que no te pertenecen”
Todo arreglado	Existe una rutina para todo: levantarse, comer, bañarse, vestirse, hacer gimnasia.	“costumbre, hábitos” “hacemos cosas sin pensar”

Los términos utilizados por los ancianos internados en Geriátricos de la Ciudad de Neuquén para definir el término INSTITUCION GERIATRICA, están más relacionados a la concepción primaria del concepto de “asilar”, que a la concepción actual del concepto “gerontológico”. Aparecen con mucha

fuerza definiciones asociadas a lo "reglado", "reglamentado", a la "rutina", "la habitudad" y al "hacer cosas sin pensar".

Siguiendo a Goffman en su texto "Internados", con estas definiciones podría pensarse que los ancianos internados en instituciones geriátricas neuquinas, sienten con respecto a ese lugar, lo que este autor define como Institución Total, donde lo que rodea al anciano es regulado, formalizado e impersonal.

El anciano no tiene posibilidades de tomar decisiones sobre lo que acontece cotidianamente en ese lugar. Las actividades que se ofrecen están más pensadas para cumplir con los objetivos institucionales que para evaluar necesidades e intereses reales del anciano que allí reside.

Los geriátricos aquí descriptos, tienen características propias, donde la pasividad, la despersonalización y el quietismo van configurando los rasgos más destacados por el anciano allí alojado.

Por otra parte, el trato ofrecido, es vivido como una muestra clara de despersonalización, utilizando los términos de "abuelo o abuela", y no el nombre propio.

Aquellos adultos mayores que les ha tocado tener que transitar su vejez en residencias o geriátricos, deben pasar por una doble adaptación; la primera aquella propia de la edad que se encuentran transitando donde deben asumir los cambios y pérdidas que se producen como natural del estadio vital y aquellos cambios por lo que fue y ya no es, por lo que tuvo y dejó de tener, por lo que pudo y ahora tiene limitaciones para hacer.

En estos Geriátricos sólo se satisfacen aquellas necesidades que tienen que ver con lo fisiológico dejando de lado las necesidades más superiores, relacionadas con el amor y la autoestima. De esta manera y paulatinamente se va perdiendo la preocupación por estas necesidades, produciéndose una regresión y por consiguiente una "excesiva preocupación por las necesidades

primarias, es decir, por la comida, el funcionamiento de sus intestinos, el sueño y el cansancio”. Esto va llevando progresivamente a un mayor deterioro personal.

**Categoría: FAMILIA**

**Cuadro 10: Definición de cada palabra mencionada al hablar del término familia**

ANÁLISIS	RELEVAMIENTO	RELEVAMIENTO
CATEGORÍA	DEFINICIÓN DE LA CATEGORÍA	PALABRAS ASOCIADAS EN LA ENTREVISTA
Alegría	Asociado al lugar de refugio, lugar que brinda cariño	“esperanza”.....”me lo paso esperando que pare el auto y me vengan a ver....”, “compañía, cariño”.
Refugio	Se trata de una casa que ampara, que cuida. ....Compañía de familiares	“unión, alegría”
Esperanza/ Ilusión	Ilusión es vivir, esperanza es una sensación, un estado de ánimo que nos ayuda a seguir	“cuando veo a mis nietos, siento que estoy vivo y que viviré 100 años”.
Amor	Relacionado con conocer al otro, las necesidades del otro, y tratar de satisfacerlas.	“afecto, cariño, y compañía.
Contención	Todos relacionados, lazos, interrelación a través de los lazos familiares. La familia es un grupo de personas que se aman, pelean y contienen	“comunicación”
Indispensable/ Ejemplo	La familia es indispensable para la vida, es un ejemplo.	“las palabras convencen, pero el ejemplo arrastra”

Queda demostrado en este cuadro que los ancianos internados en instituciones geriátricas, presentan sentimientos positivos hacia el concepto de familia, relacionado con “el refugio”, “la alegría”, “el amor”, “la esperanza” y “la contención”.

Siguiendo palabras de Camdessus<sup>53</sup> puede decirse que para los adultos mayores, "la importancia de la familia es muy superior a la que le dan a la cohorte del grupo de edad al que corresponden y se refugian en ella para buscar auxilio, compañía, cooperación y asistencia".

Para los adultos mayores, lo más importante es la familia, con ella ven a sus descendientes otorgándole un papel cargado de expectativas que no siempre los miembros de la familia pueden cumplir, a pesar de ello, el anciano internado en una residencia geriátrica, visualiza a una familia muchas veces ausente pero idealizada desde múltiples valoraciones positivas, pues fueron ellos quienes de alguna manera formaron esta familia que hoy les toca definir.

Por otra parte, en esta etapa de la vida, a pesar de la lejanía familiar que puede presentar el anciano que se encuentra internado, la familia ocupa un rol significativo, donde es importante saber que puede contar con ella en momentos de crisis o de necesidad vital.

## **7-CONCLUSIONES**

---

<sup>53</sup> En Cordero Liliana y otros, "Trabajo Social con..." Op. Cit (p.) 29

## **7.1 Conclusiones Parciales:**

La población de adultos mayores tanto a nivel mundial, nacional como provincial – como ya se mencionara – presenta una tasa de crecimiento sostenida.

Escenario que implica comenzar a ocuparnos de este grupo poblacional, especialmente en términos de considerar y asumir que el proceso del envejecimiento es una etapa más del ciclo vital, con sus propias particularidades.

El propósito del presente trabajo es ofrecer una aproximación en relación a la situación en que se encuentran los ancianos internados en Residencias o Geriátricos en la Ciudad de Neuquén.

Las preguntas o interrogantes que guiaron y permitieron avanzar sobre las conclusiones parciales en esta investigación están relacionados con, ¿Cuál es la población que ingresa en las Residencias o Instituciones Geriátricas?, ¿Cuál es la situación familiar previa a la decisión de internación del anciano?, ¿Quiénes son partícipes de esta decisión y cuáles son los motivos más prevalecientes para tomar esa decisión?, ¿Existen otras vías posibles de contención de la persona anciana previa a la internación?, ¿Cómo son las relaciones familiares a partir del alejamiento del anciano del núcleo familiar?, y ¿Cómo visualiza y percibe el anciano internado los conceptos de vejez, familia y geriátrico?.

Para dar respuesta a estos interrogantes, se han seleccionado una serie de variables de estudio que han permitido llevar adelante esta investigación. Ellas son:

- 1- Situación socio – familiar y demográfica del anciano antes de la internación.**
- 2- Proceso de internación del anciano.**
- 3- Situación socio – familiar del anciano en el geriátrico.**

Respecto a la **Situación socio – familiar y demográfica del anciano antes de la internación**, su análisis permite que sea caracterizada en los siguientes términos:

En cuanto al **perfil socio demográfico**, se observa que:

- ✓ El promedio de edad de los ancianos estudiados es de 75 años.
- ✓ Existe predominio del sexo femenino entre los ancianos que residen en los Geriátricos de la Ciudad de Neuquén.
- ✓ El 75% de los ancianos proviene de otras Provincias: Buenos Aires, Santa Fé, Chubut y Río Negro.
- ✓ De ese 75%, el 32% de ellos residen en la provincia de Neuquén desde hace aproximadamente 32 años. El período de residencia, en el resto varía entre los 15 años y los 2 años.

En cuanto al **perfil socio – familiar del anciano**, los datos muestran que:

- ✓ La mayoría de los ancianos que residen en los geriátricos de la Ciudad de Neuquén, son viudos. Situación que origina el traslado del anciano, que ha enviudado, a la provincia de Neuquén.
- ✓ Cuando se produce la viudez en la etapa de la vejez, se decide que la persona que ha quedado sola o solo, se acerque a vivir con los hijos. Ello implica que los ancianos tienen que trasladarse a vivir con ellos, al lugar donde estos residen, en este caso Neuquén Capital.

Un fenómeno asociado a la viudez, en consecuencia, es el desarraigo socio – afectivo. El anciano no solo pierde a su pareja, sino que pierde su cotidianeidad.

El fallecimiento de un ser querido genera a nivel familiar cierta vulnerabilidad en los que quedan. Ante esto, surge la decisión del "encuentro" del "reagrupamiento" como una de las alternativas posibles para superar o

sobrellevar la ausencia, muchas veces sin que el anciano sea consultado en sus deseos.

Generalmente, en esta decisión, no se tienen en cuenta todos los cambios que se generarán dentro del seno familiar.

Agrupamiento familiar que muchas veces involucra la convivencia de tres generaciones, con las consecuentes dificultades o conflictos.

Los padres mayores se convierten en dependientes de sus hijos, en forma relativa o total, en muchas de las actividades de la vida diaria, el adulto mayor comienza poco a poco a perder autonomía. Se trata de una situación muy difícil de asumir por padres e hijos, que a nivel teórico es muy previsible, pero en la realidad es una situación que sorprende a la familia.

La dependencia en la mayoría de las situaciones se produce en forma paulatina, pudiendo llevar uno o más años hasta la dependencia total.

En cuanto **al grupo de convivencia preexistente al proceso de internación**, surge que:

- ✓ El 75% de los ancianos, vive con algún familiar directo, mayoritariamente unidos por lazos sanguíneos.
- ✓ El 25% restante, antes de ser internado, vive solo.

Este compartir generacional, no representa para todas las familias lo mismo, para algunas estará asociado, simplemente a la "responsabilidad paterno – filial" y para otros más asociado a una "carga".

El segundo eje de análisis, refiere al **Proceso de internación del anciano**, habiéndose seleccionado para su evaluación los motivos que conducen a la internación, los sujetos partícipes en la decisión, incluyéndose la participación del anciano.

En el 40% de los casos estudiados, **los motivos conducentes a la internación del anciano en una residencia o geriátrico**, están vinculados a la aparición de una enfermedad incapacitante.

Cuando aparecen los primeros signos de enfermedad en la persona anciana, surge también y casi simultáneamente las primeras dificultades para que el anciano continúe cumpliendo los roles que hasta ese momento cumplía.

Consecuentemente, a nivel familiar se deben generar nuevas reglas y nuevos reacomodamientos, en donde el anciano ya no es más quien colabora con el grupo familiar para su subsistencia cotidiana, sino que pasa a ser quien necesita ayuda y cuidados diarios.

Cabe recordar que estos miembros "adultos mayores" ejercen muchas veces dentro de la familia un rol vital, ya que se convierten en un recurso, cuidando nietos, ayudando en quehaceres domésticos, etc.

La nueva estructura relacional que numerosas familias han logrado construir, se fragmenta y deben inevitablemente buscar nuevas formas de convivencia, con un diferente reordenamiento de los roles, iniciando así una nueva etapa.

Cabe destacar que, fuera de los mitos o creencias existentes, generalmente la familia busca, adopta y prueba diferentes estrategias para que el anciano continúe viviendo con ellos, a pesar de su enfermedad.

Esta opción – la de la internación – se vincula con el aspecto económico y con la relación existente entre el anciano y su grupo de convivencia.

No todas las familias responden de la misma manera a estos cambios, se trata de negociar e innovar en nuevas respuestas que permitan encadenar la estructura pasada con lo que esta por venir.

Si el anciano tiene más hijos, es el momento en que la familia se reúne, para tomar decisiones en conjunto. Siempre es uno de los hijos quien asume el

cuidado de su padre o madre anciano y enfermo (responsabilidad filial), pero las decisiones pueden tomarse en conjunto.

Una solución habitual es la contratación de una persona para el cuidado diario del anciano. Cuando deja de dar el resultado esperado, comienza a aparecer la idea de la internación geriátrica como una posible salida.

En cuanto a **los sujetos que participan en la decisión de internación** los resultados muestran que, en el 55% de los casos estudiados son los hijos quienes determinan la internación de sus padres, en un 10% es tomada por familiares (hermanos – sobrinos) y solo en un 20% ella es compartida por el anciano.

En definitiva, el 80% de los ancianos estudiados no participa de la decisión de internación, valor que se ubica dentro de los parámetros obtenidos en otras investigaciones.

La indagación revela que la decisión de internación está cargada de sentimientos de culpabilidad y sensación de abandono, por parte de quienes participan de ella.

En numerosas ocasiones es llevado al geriátrico empleando argumentos como "se trata de una clínica", "es por poco tiempo, hasta que se recupere", "le van a hacer un chequeo y después vuelve a la casa"; los mecanismos de engaño son variados.

La cuestión de fondo, resultante de esas conductas, es el desconocimiento por parte del anciano acerca del lugar donde transitará los últimos días de vida.

Este lugar no solo remite a la noción de espacio físico/material sino como espacio social. Así el anciano – por ejemplo - no puede decidir con quien compartir la habitación o que pertenencias llevar. En la mayoría de las

instituciones geriátricas está todo pautado, y los elementos personales, paradójicamente no forman parte de la cotidianeidad.

Esta forma de funcionamiento institucional, vulnera profundamente el apego afectivo que la mayoría de los adultos mayores presentan a sus bienes personales.

Cada anciano asume estos cambios y pérdidas en forma diferencial. Aquí cobran relevancia las estrategias que cada sujeto ha desplegado para adaptarse a otras situaciones de su vida anterior. Esto se vincula con la personalidad, con aspectos referidos a lo caracterológico individual, rasgos que le han permitido sortear diferentes situaciones de su vida pasada.

La tercera variable, está relacionada con la **Situación socio – familiar del anciano internado en el geriátrico**, para su análisis, se tienen en cuenta diferentes aspectos:

En cuanto al **mantenimiento del vínculo anciano – familia**, los resultados destacan que:

- ✓ El 95% de los ancianos internados en residencias o geriátricos en la ciudad de Neuquén, es visitado por algún familiar directo. (hijos, nietos, sobrinos, hermanos). El 5% restante no recibe visitas.
- ✓ El 37% es visitado una vez por semana, un 26% lo es una vez al mes y un 16% es visitado día por medio. Con el menor porcentaje de casos aparecen las frecuencias extremas, todos los días (10,5%) y cada dos meses (10,5%).
- ✓ El tiempo de internación que registra mayor frecuencia es de 3 a 5 años con un 40% y le sigue con un 30%, de 1 a 3 años.

Por último, el otro aspecto considerado es **la percepción** que posee el anciano internado **respecto a la vejez, la familia y el geriátrico**.

La percepción del concepto de **vejez** expresada por el anciano en situación de internación geriátrica, está asociada a: valoraciones positivas, valoraciones negativas y descripciones.

La mayoría de las respuestas se agrupan en torno a las valoraciones negativas, siguiendo las descriptivas, y en último lugar aparecen las valoraciones positivas.

Las apreciaciones negativas están representadas en "cosas que no puedo hacer". En lo descriptivo se presentan con la misma intensidad los términos "tercera edad", "ancianidad", "ocaso", "canas" y "edad avanzada". Solo dos ancianos asocian la palabra vejez a "sabiduría".

La visión que el anciano internado en una residencia Geriátrica tiene de sí mismo está relacionada con mayor fuerza a términos que involucran limitaciones, asociado casi paradójicamente a la sabiduría y al valer menos.

Esta percepción se vincula con nuestra sociedad actual, en donde los ancianos están incluidos en ella, pero desde un lugar pasivo. Por otro lado, los entrevistados asocian la vejez como el lugar de la "sabiduría que dan los años", pero como no están en condiciones de producir no se los tiene en cuenta y por consiguiente se produce esta sensación de "valer menos", de "incapacidad", produciendo un sentimiento de profunda contradicción en el sujeto anciano.

También se lo asocia a la ausencia de libertad, de no poder realizar lo que desea, a un punto de llegada. En definitiva, dan testimonio de la pérdida de autonomía que supone la tercera edad en una situación de internación.

En contraposición, la percepción del concepto de **familia** que poseen los ancianos estudiados, está relacionado exclusivamente a sentimientos positivos. Con la misma intensidad 8 (ocho) ancianos la asocian a: "alegría, refugio, amor y ejemplo".

Como puede apreciarse desde su visión, la familia está asociada a la alegría, el amor, el lugar de refugio, la unión y la comunicación. El anciano necesita crear esta red ya que le permite formar una imagen o concepción idealizada de su familia.

En la cotidianeidad esa red, si bien existe dentro de los grupos familiares, no se entrama tan idealizada sino más bien que se va tejiendo con ajustes y cambios recíprocos por parte de quienes pertenecen a ella.

Podría argumentarse teniendo en consideración las expresiones vertidas por los ancianos internados respecto al término inductor **Familia**, que se trata de un concepto de suma importancia o de una relevancia superior en relación a las expresiones que utilizan para definir el término inductor **Residencia o Geriátrico**.

Para los ancianos la familia está asociada al lugar que brinda cariño, amparo, cuidado, ilusión de vivir juntos, al estado de ánimo que los ayuda a seguir, al conocimiento de las necesidades del otro para tratar de satisfacerlas, puesto que plantean que ***la familia es indispensable para la vida***.

Finalmente, las percepciones del concepto de **Residencia Geriátrica**, que manifiesta el anciano internado, se asocian mayoritariamente a sentimientos negativos o de pérdidas.

Así 8 (ocho) ancianos entrevistados emplean con la misma fuerza o intensidad los términos "asilo, disgusto, pérdida, y terminación de la familia". Le siguen "No pensar", "impedimento", "desmoralizador", "casa distinta", "cautiverio", "todo arreglado", "lugar donde estoy"

Es interesante analizar aquí que los propios usuarios, los ancianos internados en residencias geriátricas, entrevistados durante esta investigación, hacen referencia con el término GERIATRICO a la condición de asilar, de pérdida de intimidad, de masificación, de privación de libertad.

Hablan de "lugar donde estoy", como pérdida de espacios propios y personales, como el lugar en el que se vive "acompañado por otros que no conozco", los ancianos sienten agredida su intimidad.

Percepción que se condice con lo observado en cuanto al funcionamiento institucional. En ella la persona anciana pierde su identidad, todos son designados como "abuelo/abuela", acompañado de un importante control y sentimiento de soledad.

## **7.2 Conclusiones Generales:**

El envejecimiento es un fenómeno universal, un proceso inevitable. El crecimiento poblacional implica más ancianos, pero también más ancianos enfermos constituyendo grupos altamente vulnerables.

La preocupación por la vejez como fenómeno social, que caracteriza al siglo XX, aparece con el envejecimiento de la sociedad, acentuándose en la segunda mitad de dicho siglo, cuando la población de adultos mayores tiende a aumentar de tal forma que transforma la estructura de las poblaciones.

La población de la Argentina es una población envejecida, con un alto porcentaje de personas de 60 años y más. En 1990 esta porción de la población alcanzaba a un 13%. Esta situación resulta de la combinación del descenso de la fecundidad, que se inició en el comienzo del siglo XX y del descenso de la mortalidad.

En nuestro país y en Neuquén capital, las cifras indican que el 2% de los mayores de 60 años se encuentran internados en residencias geriátricas

La historia de los geriátricos en Neuquén es muy reciente, comienzan a desarrollarse en la década del 80, e incrementándose en éstos últimos diez años

En el desarrollo de esta investigación, se analiza la situación predominante de los ancianos internados en los Geriátricos existentes en la Ciudad de Neuquén, en cuanto a su perfil demográfico, los factores que influyeron en la internación del anciano y las características familiares pre y post internación. Asimismo, y como se mencionara a lo largo del desarrollo de este trabajo, se considera de suma importancia y relevancia la indagación acerca de las percepciones que los usuarios de estas instituciones, poseen en relación a tres términos inductores vejez, geriátrico y familia.

Los resultados obtenidos muestran la importancia de profundizar el conocimiento de esta franja etarea, particularmente de aquellas personas ancianas que se encuentran en situación de internación geriátrica.

Se ha detectado a partir de las entrevistas realizadas que en las instituciones geriátricas analizadas de la Ciudad de Neuquén, aún predomina la concepción de asilar, más allá de que se realicen intentos por avanzar a la concepción gerontológica.

Paradójicamente este tipo de instituciones que deberían cuidar de las personas ancianas, fortalecer sus vínculos y fomentar el contacto con otros, especialmente con su grupo familiar, no lo hacen o lo hacen deficitariamente.

En esta obra cobra relevancia la concepción de asilar, estando estrechamente vinculada con las características centrales de lo que Goffman define como institución total, porque es factible afirmar que la residencia o geriátrico es una institución total.

Se trata de instituciones cuyo entorno se encuentra reglado, reglamentado, donde las actividades de la vida diaria se presentan reguladas, formalizadas y son impersonales. El anciano que allí ingresa generalmente deja de ser llamado por su nombre para ser "el abuelo" o "la abuela".

En general se produce una desconexión con el contexto habitual – barrio, grupo de amigos -, el residente – en este caso el anciano – comienza a tener

una vida marcada por la rutina y por la habitudad, el debe adecuarse a las pautas organizacionales, que definen su cotidianeidad desde que se despierta hasta que se duerme.

Por lo tanto y como puede observarse queda lejos la idea gerontológica, focalizada en la preocupación puesta en lo biológico, psicológico y social como un todo.

Se continúa funcionando desde la concepción primaria de asilar. La atención que reciben los ancianos internados es estas instituciones es en su gran mayoría despersonalizada. Estas instituciones en su forma de "asilar", satisfacen solo y con un fuerte predominio las necesidades fisiológicas y de seguridad física, habitacional, comida y vestimenta.

Aparece aquí una primera e importante discrepancia con el principal objetivo puesto de manifiesto en lo establecido en la Resolución 390 del año 2001, del *Registro del Instituto Nacional de Servicios para Jubilados y Pensionados* en lo referente a los requisitos prestacionales para las Residencias de Adultos Mayores en donde se establece un trabajo integral a fin de mejorar, mantener, prevenir, facilitar e impulsar vínculos.

Algunos factores que explicarían este funcionamiento estarían vinculados con las dificultades económicas originadas en la demora en el pago de la prestación de servicios por parte del INSSJyP con los diferentes prestadores. A ello se suma la escasa capacitación del personal y la ausencia de estrategias que permitan comenzar a brindar un mejor servicio.

Por otra parte, y al mismo tiempo, los geriátricos u hogares de ancianos, constituyen un sin número de mitos populares tendientes a fijar el destino final de nuestros mayores.

Funciona lo conocido, los mitos populares y la concepción personal que cada "empleado" tiene acerca de esta etapa de la vida. Queda lejos la idea de trabajo institucional compartido e integrado.

Dentro de los mitos más frecuentes se destacan:

- ✓ El mito del aislamiento social, asociando vejez a soledad, a espera pasiva;
- ✓ El mito de la poca creatividad, donde si bien es cierto que en esta etapa de la vida el aprender se torna más lento, no existe una incapacidad dada por la vejez que le impida a las personas aprender; y
- ✓ El mito de la asexualidad, el cual queda demostrado básicamente en la escasa o nula privacidad de la que gozan nuestros mayores en estas instituciones geriátricas.

La concepción del aislamiento tiene sus orígenes en la teoría de la separación, la cual establece que las personas ancianas prefieren aislarse de la sociedad y de la vida. Con algunos estudios realizados, esta teoría queda descartada, no se puede generalizar a toda la población anciana y si algunas personas ancianas optan por llevar una vida solitaria se trata más bien de una decisión individual y no forma parte de la definición del conjunto. La investigación realizada demuestra que en los geriátricos estudiados no se ha incorporado esta nueva teoría.

Más allá de los prejuicios sociales existentes, estudios médicos han demostrado que la mayoría de las personas de edades avanzadas presentan capacidad para mantener potencial sexual en forma activa, es decir, que no desaparece el deseo sexual. El cariño, la calidez y la sexualidad no tiene porque deteriorarse con la edad, y en realidad rompiendo con este mito puede incrementarse.

Los motivos de ingreso a la institución son diversos, predominan razones de enfermedad (40%), le siguen problemas de relación con el grupo familiar de convivencia (15%) y por soledad pese a vivir con su familia (15%). En el primer caso la internación se produce luego de haber agotado otras instancias posibles de cuidados domiciliarios.

La posibilidad de la internación geriátrica como última instancia, surge con el objetivo de encontrar "un lugar donde alojar y cuidar al anciano enfermo". Como ya se mencionara oportunamente, esta decisión es tomada por algún miembro de la familia, con escasa o nula participación del anciano interesado, utilizando en numerosas ocasiones engaños para concretar el ingreso del anciano al geriátrico.

Con la institucionalización la persona anciana deja de tener una vida independiente, sometiendo al anciano a la autoridad de un extraño. En la vida institucional se limita la privacidad, la independencia y el contacto con el mundo exterior.

Muchas veces la institucionalización involuntaria, precipitada y sin previa preparación provoca en la persona anciana una pérdida de orientación espacial o temporal.

La elección de cual va a hacer el lugar en donde el anciano transitará los últimos años de su vida, en el 40% de los casos estudiados se limitó a considerar una sola institución, por ser la única con la que PAMI tiene convenio. En consecuencia no hay elección posible ya que solo se ofrece una sola posibilidad.

La mayoría de las veces la familia interesada y el anciano quedan en lista de espera, por lo cual el momento de la internación es incierto. Cuando se presenta la posibilidad del ingreso, la familia se encuentra transitando en forma apresurada un camino de decisiones, sentimientos, preguntas y respuestas, en donde el anciano en un 60% queda excluido de tal decisión y elección.

La familia se descubre transitando un mundo nuevo, con escasa información o sin la información adecuada y teniendo que tomar una decisión en forma urgente ó apresurada. En general solo piden información referida al aspecto material de supervivencia y a lo referente a costos económicos.

Dentro de las Reglamentaciones y Normas que establece el PAMI para el funcionamiento de los Geriátricos, y el ingreso de un anciano al mismo, en el orden del procedimiento aparecen tres ítems<sup>54</sup> claramente desarrollados pero con escasa o nula concreción, como se mostrara en los párrafos anteriores. Se trata a grandes rasgos en:

- ✓ Preparar al usuario y a su grupo familiar en esta nueva situación.
- ✓ Realizar seguimiento, orientación y contención hasta que se otorgue la presentación.
- ✓ Producida la internación, seguimiento del afiliado y del grupo familiar coordinando con unidades operativas.

Concretada la internación, se detecta que el 95% de los ancianos recibe visitas de sus familiares. De los veinte ancianos entrevistados, siete son visitados una vez por semana, en general los días domingos. En la situación opuesta se encuentran cinco ancianos que son visitados solo una vez al mes. Los ancianos esperan con mucho deseo la visita de algún ser querido, esto no siempre es posible y origina consecuentemente una carga importante de ansiedad, frustración y culpabilidad.

Al analizar las expresiones dadas por los propios ancianos que residen en forma permanente en estas Residencias Geriátricas, queda demostrado en primer lugar que la **Familia** constituye el acto mas importante de relación, de transmisión de valores, de amor y de lazos afectivos. Se observa en un número importante de casos que el anciano internado, mantiene una concepción "idealizada" respecto de su real funcionamiento, independientemente de las razones que lo llevaron a la internación. Cuando el anciano ingresa a un geriátrico se cortan los lazos afectivos sociales que hasta el momento mantenía, reduciendo la red social.

Para los adultos mayores lo más importante es la familia, en ella ven la proyección de sus descendientes (hijos, nietos y bisnietos), donde en general

---

<sup>54</sup> Ver página 46 de esta obra.

se proyectan también expectativas en relación a los roles que cada uno debería cumplir en torno al núcleo familiar. No debemos olvidar que ellos de alguna manera formaron esta familia que hoy les toca definir.

La relación con los nietos y bisnietos tiene para ellos un significado simbólico y afectivo de mucha importancia, en definitiva hacen referencia a su trascendencia como seres humanos.

No se puede dejar de tener en cuenta que esta concepción está asociada a lo caracterológico de cada sujeto, con los años vividos y con las relaciones familiares previas al ingreso a la institución.

Las personas ancianas que viven en una institución geriátrica se adaptan al nuevo ritmo de vida en forma diferente una de otras. Mucho tiene que ver en ello, la capacidad de interacción social de la persona, las experiencias de vida previa, la satisfacción con la vida, las relaciones familiares y el estado de salud.

En segundo lugar, en relación al término **Geriátrico**, se evalúa que los ancianos allí alojados depositan todos los términos negativos relacionados a características propias de las denominadas instituciones totales. Se trata de un espacio físico - social delimitado, en donde la mayoría de las actividades están pautadas, predeterminadas, configurando el mundo de lo instituido como espacio habitual, rutinario.

Las tareas del personal en su conjunto se desarrollan en forma autónoma, tratando de evitar la participación conjunta de actividades, evitando la coordinación, por lo tanto se incrementan las dificultades de comunicación entre el personal.

La participación de los ancianos en las actividades propuestas en general es escasa. Apreciándose que los responsables de su ejecución lo hacen en forma automática, rutinaria, sin la promoción de estímulos que posibiliten una

real participación por parte del anciano. Los ancianos presentan escaso contacto con el exterior.

En términos de los propios ancianos, aparece con mucha fuerza "lo rutinario, el disgusto, la casa distinta, la pérdida, el asilo, los impedimentos, y la terminación de la familia". Se trata de elementos que constituyen lo que se conoce como "hospitalismo social", donde la pasividad, la despersonalización, las pérdidas de las relaciones sociales en el afuera y las separaciones de los seres queridos forman parte no solo de las principales características sino del propio sentir de nuestros mayores internados.

En tercer lugar, los ancianos internados en los Geriátricos de Neuquén capital, en su mayoría definen la **Vejez** desde valoraciones negativas utilizando términos relacionados al "valer menos", a "limitaciones" y a "cosas que no puedo hacer". Por supuesto que estas definiciones toman fuerza en tanto forman parte de lo definido al comienzo de estas conclusiones, en donde lo normado, reglado y reglamentado forma parte de la vida cotidiana de nuestros mayores internados.

La vejez es la última etapa de la vida de una persona, envejecer es un proceso complejo y continuo, que ocurre a partir del nacimiento y durante toda la vida de los seres humanos. Si bien se pueden presentar cambios generales hay algunos que son particulares y ocurren de manera diferente en cada una de las personas. Autores como Delia Sánchez Salgado y Marcelo Piña Morán entre otros, hablan de un proceso diferencial para la vejez y plantean que cada persona envejece de acuerdo a como ha vivido.

Cuando se trata a un anciano como un enfermo, asimilando estos conceptos erróneamente, se tiende a debilitar al enfermo y en consecuencia el anciano reduce su iniciativa de actividad y de participación con otros, produciéndose un círculo vicioso entre anciano y cuidador difícil de romper.

A los cambios y deterioros físicos y psicológicos propios de la edad, que inevitablemente atraviesan las personas, en este trabajo se suma la situación

de internación y el alejamiento de los lazos afectivos familiares produciendo en la mayoría de las situaciones la agudización del envejecimiento cognitivo y afectivo.

Si bien estos tres términos estudiados en forma aislada proporcionan una vasta gama de respuestas, cobran relevancia en su relación mutua.

El término fortalecimiento de vínculos aparece en esta obra citado en todas las reglamentaciones y normas para el ingreso del anciano en una institución geriátrica, a pesar de ello nos encontramos lejos de comenzar a cumplimentar este requisito, puesto que queda aquí demostrado que este tipo de instituciones tienen la característica básica de cerrarse hacia sí mismas, con un claro predominio del estilo asilar, horarios, rutinas, vida pautada y planificada cotidianamente para todos de la misma forma. No existe una apertura de los Geriátricos hacia fortalecer lazos familiares una vez ingresado el anciano, poniendo muchas veces obstáculos en los horarios de visita de familiares.

Esta investigación en torno a una situación particular – los ancianos internados en geriátricos de la Ciudad de Neuquén – ha puesto en evidencia la presencia de políticas estatales deficitarias para la protección de familiares y ancianos en situación de fragilidad y la ausencia de alternativas a la institucionalización de larga estadía.

### **7.3 Recomendaciones y nuevos interrogantes acerca de la temática.**

Los resultados obtenidos en esta investigación constituyen una primera muestra, pudiendo presuponer que esta situación en mayor o menor medida se repite a lo largo del país.

Basada en los hallazgos de este trabajo, se rescata la necesidad de comenzar a instrumentar estrategias de acción, en forma conjunta entre todos los involucrados, desde una planificación situacional, a fin de dar inicio a una

nueva concepción paradigmática de lo que implica transitar la vejez en instituciones geriátricas.

Una estrategia a nivel de política interna, se propone como uno de los desafíos a tener en cuenta para comenzar a transformar estas instituciones, para avanzar de una concepción de asilar a una concepción de promoción de la salud.

Se trata de trabajar con la singularidad de cada sujeto, fomentando el armado o entramado de redes sociales. Pensar en el anciano como un sujeto de necesidades y de plenos derechos para establecer sus propios vínculos.

La singularidad significa, que cada anciano que reside en una institución geriátrica sea tratado en forma personalizada, llamado por su nombre, tener en cuenta sus necesidades, sus pedidos particulares, respetando sus enojos, sus sonrisas, su historia anterior.

En síntesis, es fundamental que los proyectos de residencias geriátricas no estén sólo relacionados con la supervivencia, la subsistencia y la atención sanitaria, sino que den un lugar central a la valoración de esta etapa de la vida desde un rol activo y participativo.

En relación a los nuevos interrogantes y a la creación de mecanismos institucionales que faciliten la efectiva promoción, prevención y control de las instituciones geriátricas, en post del fortalecimiento de los vínculos entre nuestros mayores y sus familias, pueden agruparse en dos dimensiones:

❖ **Relacionados a lo vincular – familiar:**

¿Se pueden minimizar desde el Trabajo Social, las percepciones negativas que el propio anciano posee del concepto de vejez? ¿Cuál sería el camino, y la metodología empleada?; ¿Se modificaría el procedimiento que utiliza la familia para internar a su "abuelo/a" en una Residencia Geriátrica de contar con atención y seguimientos psicosociales previos a la toma de

decisión?; ¿Cuál es el acompañamiento individual y familiar que se necesita cuando se debe internar a una persona anciana?; ¿Este tipo de tratamientos fortalecería el vínculo entre el anciano y su familia?

❖ **Relacionados a los mecanismos institucionales:**

¿Se puede pasar de la concepción de asilar a la gerontológica? ¿Qué factores o aspectos subyacentes obstaculizan este pasaje?; ¿Cómo influiría dicho cambio en el ámbito del personal, de los familiares y del propio usuario?; ¿Cuál sería el rol del trabajador social frente a esta posibilidad de cambio?

Estos y otros interrogantes forman parte de una segunda etapa de investigación, esperando que los mismos se conviertan en insumos para modificar una realidad, individual, familiar y social llena de mitos y significaciones negativas.

## **8- BIBLIOGRAFÍA**

1. ANDRER EGG, Ezequiel. "Metodologías del Trabajo Social". Editorial El Ateneo. Buenos Aires. Año 1982.
2. ANDOLFI, Mauricio. "Terapia Familiar – Un enfoque Interaccional" – Editorial Paidós. Buenos Aires. Año 1984.
3. BELART Ascensión - FERRER Maria. "El Ciclo de la Vida. Una visión sistémica de la familia" - Desclee De Brouwer. Bilbao. Año 1998.
4. BERGER, Peter y LUCKMANN, Thomas. "La construcción social de la realidad". Amorrortu Editores. Madrid, 7º reimpresión. Año 1984.
5. CAMDESSUS Brigitte. "Crisis Familiares y Ancianidad" - Editorial Paidós. Año 1995.
6. CORDERO Liliana, CABANALLIS Silvia. "Trabajo Social con Adultos Mayores" - Editorial Espacio. Buenos Aires. Año 2003
7. DABAS, Elina. "Redes. El lenguaje de los vínculos" - Editorial Paidós. Buenos Aires. Año 1995.
8. FISHMAN Adriana y SLUTZKY Leonardo. Revista Argentina de Gerontología y Geriatria. Año 2001.
9. GIVERTI, Eva. "La Familia a pesar de todo" - Noveduc editorial. Buenos Aires. Año 2005.
10. HALEY, Jay. "Terapia no Convencional" - Amorrortu Editores. Buenos Aires. Año 1980.
11. HALEY, Jay. "Terapia para Resolver Problema" - Amorrortu Editores. Buenos Aires. Año 1993.
12. IACUB, Ricardo. "Proyectar la vida" - Editorial Manantial. Buenos Aires. Año 2001.
13. KORNBLIT, Ana Lía. "Metodologías Cualitativas en ciencias sociales" – Editorial Biblos. Buenos Aires. Año 2004.
14. LACAN, Yacques. "La Familia" - Editorial Argonauta. Biblioteca de Psicoanálisis. Barcelona. Año 1978.
15. LAING, Ronald. "El Cuestionamiento de la Familia". Paidós. México. Año 1994.

16. LO VUOLO, Rubén; BARBEITO, Alberto. "La nueva oscuridad de la política social. Del estado populista al neoconservador" – Editores Niño y Dorila. Buenos Aires. Año 1994.
17. MUCHINIK, Eva. "Envejecer en el Siglo XXI" - Lugar Editorial. Buenos Aires. Año 2006.
18. SALGADO SÁNCHEZ Carmen Delia. "Gerontología Social - Editorial Espacio Buenos Aires. Año 2000.
19. SAMAJA, J. "Epistemología y Metodología: Elementos para una teoría de la investigación científica", Eudeba Edición Ampliada, Buenos Aires. Año 1994.
20. SLUSKI, Carlos. "Migración y Conflicto familiar". Artículo de la Revista Terapia Familiar N° 6 Diciembre de 1980. Buenos Aires.
21. SCHVARSTEIN, Leonardo. "Identidad de las Organizaciones: Invariancia y Cambio" – Editorial Paidós. Año 1992.
22. TORRADO, Susana. "La Herencia del Ajuste. Cambios en la Sociedad y la Familia". Capital Intelectual, Buenos Aires, Año 2004.
23. VACCARISI, Maria Elizabeth. Proyecto de Investigación. "Las políticas sociales y la función de legitimación: Análisis del estado Provincial Neuquino". Año 2001. UNCo.
24. WATZLAWICK, Paul. "Teoría de la Comunicación Humana". Editorial Herder. Buenos Aires. Año 1997.
25. WATZLAWICK, Paul. "Cambio". Editorial Herder. Buenos Aires. Año 1997.
26. ZOLOTOW, David Mario. "Los Devenires de la Ancianidad". Editorial Lumen. Buenos Aires. Año 2002.

## **9- ANEXOS**

### **INDICE DE CUADROS:**

#### **Cuadro N° 1:**

Datos Poblacionales en personas de 75 años y más en Países Americanos con Porcentajes años 1997 con proyección 2025 .....	9
---	---

**Cuadro N° 2:**

Población de menos de 60 años y más de 60 años 1970- 1980 – 2000. Provincia de Neuquén .....	11
--	----

**Cuadro N° 3:**

Población por Grupos de Edad Departamento confluencia .....	11
---	----

**Cuadro N° 4:**

Población de 55 – 64 años y de 65 y más. Total del país años 1991 – 2001 .....	15
--	----

**Cuadro N° 5:**

Palabras asociadas al término vejez .....	72
---	----

**Cuadro N° 6:**

Palabras asociadas al término geriátrico .....	73
--	----

**Cuadro N° 7:**

Palabras asociadas al término familia .....	74
---	----

**Cuadro N° 8:**

Definición de cada palabra mencionada al hablar de vejez .....	75
--	----

**Cuadro N° 9:**

Definición de cada palabra mencionada al hablar de geriátrico .....	77
---	----

**Cuadro N° 10:**

Definición de cada palabra mencionada al hablar de familia .....79

## **INDICE DE GRAFICOS:**

### **Gráfico N° 1:**

Lugar de Procedencia del Anciano .....56

### **Gráfico N° 2:**

Tiempo de Residencia en Neuquén .....57

### **Gráfico N° 3:**

Grupo de Convivencia del Anciano previo a la Internación .....58

### **Gráfico N° 4:**

Motivo de Traslado del Anciano .....59

### **Gráfico N° 5:**

Motivo de la Internación del Anciano .....61

### **Gráfico N° 6:**

Sujetos Partícipes en la decisión de internación .....63

### **Gráfico N° 7:**

Motivo en la elección para la internación del Anciano .....65

### **Gráfico N° 8:**

Sujetos Partícipes en la selección .....67

### **Gráfico N° 9:**

Visitas .....68

**Gráfico N° 10:**

Frecuencia de visitas .....69

**Gráfico N° 11:**

Tiempo de internación .....69

**Anexo 1**

**Modelo de "Acta de elección de establecimiento Geriátrico por el Beneficiario Usuario"<sup>55</sup>**

<sup>55</sup> Fuente: Reglamentación e Implementación registro de Prestadores del Servicio de Geriátrica del I.S.S.J.P. Buenos Aires. Año 2001.

Lugar..... Fecha.....

En el día de la fecha se entrevista al Sr/Sra .....  
(responsable legal)....., y cuyo vínculo con el/la afiliado/a  
es el de....., y por la presente acta, deja constancia que elige  
para la internación geriátrica del beneficiario el siguiente establecimiento:

ESTABLECIMIENTO GERIATRICO	DIRECCION	CIUDAD Y LOCALIDAD	CANTIDAD DE VACANTES

Firma.....

Aclaración.....

Documento N°.....

## Anexo 2

### Requisitos Prestacionales. Residencias para Adultos Mayores con asistencia psicogerontológica.<sup>56</sup>

<sup>56</sup> Reglamentación e implementación del Registro de Prestadores del Servicio de Geriátrica del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Buenos Aires, septiembre del 2001.-

### **Perfil Prestacional:**

La visión integral del ser humano requiere que se aborden no solo sus aspectos sintomáticos, sean éstos residuales, transitorios o progresivos, sino rescatar todo aquello que formó parte de su identidad y que puede resurgir aún a través de expresiones limitadas.

La vejez está caracterizada por cambios en las tres áreas: cuerpo – mente – mundo externo. Como en otras etapas de la vida, ésta determina una crisis vital acompañada por duelo. Para ello se requerirá de un equipo multi e interdisciplinario que realice un tratamiento integral, privilegiando la estimulación de las capacidades y la resocialización del anciano.

### **Objetivo de la Prestación:**

- Mejorar o mantener la capacidad funcional y mental mediante actividades de estimulación.
- Prevenir el incremento de la dependencia mediante programas adecuados.
- Controlar y seguir terapéuticamente las enfermedades y trastornos detectados.
- Impulsar los vínculos personales de los residentes, facilitando la integración al medio institucional, así como la redefinición y cambios cuali y cuantitativos de la red social personal tendiente al bienestar bio –psico-social del mismo.

## **Anexo 3**

### **Normas de Procedimiento para internación geriátrica.<sup>57</sup>**

---

<sup>57</sup> Reglamentación e implementación del Registro de Prestadores del Servicio de Geriatria del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Buenos Aires, Septiembre del 2001.-

**1- Introducción:** La internación geriátrica es el recurso que se otorga a aquellas personas que por situaciones de salud, requieren de una atención integral que su medio no puede brindarles por problemas del grupo familiar, o sin grupo familiar y con carencia habitacional y/o económica.-

**2- Objetivo:** Proveer residencia transitoria o permanente con asistencia integral, en los establecimientos geriátricos (propios, contratados o de bien público o privados sin fines de lucro), a los beneficiarios cuya situación sanitaria y sociofamiliar no permita afrontar la contingencia y cuando la misma no pueda ser resuelta con orientación y tratamiento del equipo interdisciplinario y/o por otras prestaciones vigentes.-

**3- Normas Específicas - Procedimiento :**  
Ante la detección del caso, y su evaluación por los profesionales de las áreas médica y social, si la alternativa adecuada es el ingreso a establecimiento geriátrico el equipo deberá realizar las acciones que apunten a :

- ✚ Preparación del usuario y su grupo de pertenencia a la nueva situación
- ✚ Hasta tanto se otorgue la prestación, se implementará el seguimiento brindando orientación, contención
- ✚ Producida la internación, se efectuará el seguimiento, tanto del afiliado como de su grupo familiar y/o de pertenencia por parte del equipo profesional de la institución con intervención o coordinación del equipo técnico profesional de las unidades operativas que así lo requieran.-

