

# **Universidad de Palermo**

## **Trabajo Final Integrador**

### **Facultad de Ciencias Sociales**

**Carrera: Lic. en Psicología**

#### **Caso L**

**Autora: Romero, Marine**

**25/01/12**

## 1. Introducción

El presente trabajo tiene por objetivo describir cómo el anciano afronta el duelo de un ser querido y los cambios psicosociales que va atravesando. Esto se realiza a través de la integración teórico- práctica durante las 320 horas que se han llevado a cabo en residencia geriátrica asistida y de rehabilitación para adultos mayores.

Es un modelo de residencia geriátrica ya que cuenta con múltiples actividades y personal muy idóneo. Están atentos y pendientes de la atención de cada residente ejerciendo un vínculo responsable y afectuoso con la familia, ya que para los profesionales de la institución la familia es la base fundamental para que el paciente pueda desarrollar su tratamiento. La institución se encuentra ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Los pacientes que se encuentran en la institución ingresan por propia voluntad o por decisión de sus familiares. En la mayoría de los casos los pacientes ingresan por decisión de algún familiar, generalmente de hijos o hermanos del mismo. En este caso L ingreso por decisión de sus hijos, ella estaba atravesando la pérdida de su esposo, y debería adaptarse a esta nueva etapa y también al ingreso a la institución, la que pasaría hacer su nuevo hogar. Los terapeutas no solo van a intervenir a nivel psicológico sino también social. El tema al que nos referimos hace mención al duelo y las diferentes etapas por la cual atraviesa toda persona y su adaptación como una parte más de la vida.

La institución cuenta con múltiples actividades, y servicios algunas de ellas son:

Actividades:

Actividades de recreación

Talleres de estimulación cognitiva

Taller de computación

Taller de inglés

Servicios:

Lavandería

Peluquería

Profesionales de la salud (Médicos, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Kinesiólogos).

Durante la realización de los talleres, lo primordial es la estimulación del área cognitiva de los residentes, esto se hace de acuerdo a las capacidades y limitaciones de cada paciente.

El personal especializado trata de estimular otras áreas como la sensorial, motriz, y afectiva. Los terapeutas ocupacionales y enfermeras están especializadas en el tema como también Médicos, Psicólogos, y Trabajadores Sociales.

Cada residente cuenta con una historia clínica en la cual se registra la evolución diaria y tiene como fin mantener informados a todos aquellos profesionales que se encuentran encargados de sus cuidados.

## **1.1 Objetivos**

### **1.2 Objetivo General**

Describir el proceso de duelo de una residente de un geriátrico, y el aporte que el mismo le brindará por la pérdida de su esposo.

### **1.3 Objetivos Específicos**

- Describir el proceso de duelo que está atravesando la paciente antes de ingresar a la institución.
- Describir los cambios psicosociales que se llevaron a cabo después de haber ingresado a la institución.
- Analizar qué tipo de duelo, normal o patológico se manifiesta en la paciente.

## **11. Marco teórico**

### **2.1 Vejez y Envejecimiento**

Existen distintas concepciones de la vejez. Hay una vejez cronológica que en realidad se basa en la edad del retiro del ámbito laboral, entonces a partir de los 65 años se es viejo. Existe una vejez funcional que utiliza la palabra viejo como sinónimo de incapaz o limitado. También es erróneo pues la vejez no significa incapacidad (Antuña, 2001).

Como sugiere Antuña (2001), la vejez como cualquier otra etapa posee su propia funcionalidad, surgen de las deformaciones y mitos sobre la vejez, más que los reflejos de deficiencias reales. La vejez constituye una etapa más de la experiencia humana y por lo tanto puede ser positiva.

Como sostiene Salvarezza (1988), existen distintos tipos de envejecimiento. El ser que envejece debe hacer un esfuerzo extra, porque al contrario del niño o del adulto, debe adaptarse no solamente al medio, sino además a su propia vejez.

Se observa una gran resistencia de las personas en admitir el envejecimiento de las capacidades intelectuales, el envejecimiento físico o la disminución de la sexualidad, entre otros problemas con los que se encuentra la persona de la tercera edad. (Salvarezza, 1988).

El envejecimiento es una más de las etapas del ciclo vital. Y en ella se producen una serie de cambios físicos, psicológicos, y sociales. Estos cambios no se producen en el mismo momento y grado en todas las personas mayores, ya que se trata de un proceso dinámico, de tal forma que el envejecimiento tiene diversas trayectorias (Losada, 2004).

El envejecimiento normal o primario ocurre como consecuencia del paso del tiempo y se puede diferenciar del envejecimiento patológico aunque a veces es difícil establecer la diferencia entre ambos (Losada, 2004).

Desde la perspectiva de Losada (2004) el envejecimiento normal constituye la vejez saludable, carente de enfermedad o de alteraciones biopsicosociales. La mayor parte de las personas mayores no están enfermas (ya que la vejez no es una enfermedad). En algunos casos en esta etapa vital pueden aparecer patologías propias y características, como por ejemplo descenso en las capacidades y potencialidades funcionales, disminución de los reflejos, y reducción general de los ritmos biológicos.

Las causas de la vejez saludable deben buscarse en factores genéticos, hereditarios, medioambientales, psicosociales, y culturales. La baja ingesta calórica, el clima cálido con pocas variaciones, la actividad física, el mantenimiento de los estímulos sensoriales, la prevención de la ansiedad, el estrés, actividad social, y cultural adecuadas y la evitación de tóxicos colaboran para poder llegar a un envejecimiento normal, saludable, y exitoso (Losada, 2004).

El autor afirma que en el envejecimiento patológico la probabilidad de enfermar durante la vejez con sus consecuencias negativas es mayor debido a que las defensas disminuyen. Las enfermedades agudas son de corta duración pero tardan más en curarse y muchas se complican. La enfermedad crónica es de larga duración y se asocia a una limitación funcional residual y acumulativa (Strejilevich, 2003).

La agresión biológica no es la única causa de disminución de la resistencia orgánica en los mayores; la soledad, el aislamiento, la marginación, la falta de un espacio social, la ausencia de obligaciones, el exceso de tiempo libre tienen tanta importancia como los factores biológicos. Este envejecimiento patológico en gran medida puede ser prevenido, según expresa Strejilevich, (2003).

Según Strejilevich (2003) el envejecimiento satisfactorio lo obtienen aquellas personas mayores que favorecen la promoción de su salud (física, psicológica) fomentando su autonomía, mediante la práctica de ejercicio o el entrenamiento de sus capacidades cognitivas, mejorando su autoestima, manteniendo hábitos de vida saludable, de forma que eviten en la medida de lo posible la dependencia y el aislamiento.

Los hábitos saludables y forma positiva en su calidad de vida, hacen posible que los adultos mayores se encuentran en mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales experimentando por tanto, un envejecimiento óptimo. (Strejilevich, 2003).

Según Strjilevich y Bustin (2005), el aumento de la expectativa de vida determinó el crecimiento exponencial de patologías dependientes de la edad, como las demencias, generando una nueva epidemia. En la tercera edad existe un gran número de sujetos que se quejan de que su memoria no es más la de antes. Los olvidos son muy frecuentes en el envejecimiento normal, pero son también característicos de las etapas iniciales de los síndromes demenciales.

Como sostiene Salvarezza (1988), hay dos formas de enfocar la problemática de la vejez y ambas se contraponen:

- 1) Teoría del desapego: El adulto mayor reduce su interés vital por alguna de sus actividades.
- 2) Teoría del apego: Es el aceptar las declinaciones propias de la edad pero sin renunciar a un interés activo.

#### Teoría del desapego

Explica que a medida que el sujeto envejece se produce una reducción de su interés vital por las actividades y objetos que lo rodean, esto va generando un alejamiento de toda clase de interacción social.

Este proceso no sólo pertenece al desarrollo normal sino que es deseado y buscado por el anciano apoyado en sus capacidades sensoriomotrices. Este alejamiento afectivo lo hace confrontarse con situaciones que le plantean problemas. Cuando no pueden encontrarle una solución se generan cuadros de angustia.

Los puntos sobresalientes de la teoría de desapego son:

- Es un proceso universal que ocurre en cualquier cultura y tiempo histórico.

- Es un proceso inevitable porque está apoyado en procesos psicobiológicos.
- Es intrínseca, no está determinada por una variable social.

### Teoría de apego

Todo ser dentro del contexto humano es viable en relación con los otros seres y su separación o aislamiento va en contra de su propio ser. Lo ideal es conservar en una edad avanzada pasiones, seguir persiguiendo fines que den un sentido a nuestra vida. El secreto de un buen envejecer estará dado por la capacidad que tenga un sujeto de aceptar y acompañar las declinaciones propias de la edad sin insistir en mantenerse joven a cualquier precio, pero sin renunciar a una lucha activa para tratar de obtener el máximo de satisfacción (Salvarezza, 1988).

## **2.2 Actitudes del Anciano frente a la muerte de un ser querido**

Según Herrera (1981) analiza las actitudes que una persona puede adoptar ante la finitud de la vida, se sostiene que ellas están determinadas por el concepto que ese individuo tenga de la muerte, un concepto que ese sujeto ha ido configurando y modificando a lo largo de su desarrollo evolutivo. Por lo tanto, es en la vejez cuando se llega a aceptar la muerte como un proceso natural o algo inevitable, y depende del modo en que la persona haya envejecido.

Según Urraca (1985), las personas ancianas no sólo tienen una percepción de la muerte propia sino que a lo largo de su existencia habrán tenido mayores contactos con personas que han muerto, como parientes, amigos, familiares directos.

Para Thomas (1991), la muerte del otro se convierte para el anciano en el punto de partida sobre el cual imagina o fantasea acerca de cómo será su propia muerte. Así es como se explica el querer saber cómo vivieron la muerte sus compañeros, su interés por saber si sufrieron, si fallecieron dignamente (Thomas, 1991).

Para Salvarezza (1998) la muerte del cónyuge es la que despierta mayor ansiedad en el anciano; esta muerte representa para el mismo no sólo la pérdida emocional y afectiva ligada a la desaparición de una persona a la que puede haber estado profundamente unido durante un largo período de tiempo, sino también la ruptura del rol de esposo o esposa.

Los ancianos lo comienzan a expresar con cuadros de depresión y ansiedad, de desorientación, de falta de sentido y de propósito de vida. Las enfermedades previas puede hacer que el anciano prevea con anterioridad la posibilidad de que la muerte de su compañero ocurra en un futuro próximo (Salvarezza, 1998).

Para Borntein, Clayton y Halikas (1973), el impacto que la muerte ejerce sobre la salud y el equilibrio del anciano hace que éste sea capaz de desarrollar estrategias de afrontamiento que le permiten superar este estado, sobre todo cuando se le presta la ayuda precisa.

Se infiere, según Roberto y Stanis (1994) que una vez que el anciano tiene que afrontar la pérdida de un ser querido lo hace con mucha más eficacia de lo que él mismo habría esperado, debido a que pone en marcha y utiliza recursos tanto internos como externos de los que no tenía conocimiento o no valoraba como útiles con anterioridad.

En efecto las circunstancias personales y las redes de apoyo social y emocional con las que cuente el anciano van a representar un factor decisivo y determinante de las actitudes, la intensidad y las características del impacto que la muerte de los demás pueda ejercer sobre él mismo. Cuando el cónyuge muere los amigos suelen constituir para los ancianos la principal fuente de compañía y bienestar (Roberto y Stanis 1994).

Por ello, cuando uno de los integrantes de la pareja muere aparece en la otra persona no sólo un sentimiento de pérdida unido a una toma de conciencia del propio envejecimiento y a la actualización del conocimiento de la propia mortalidad, sino también suele adquirir una mayor valoración de la vida (Roberto y Stanis 1994).



### 2.3 Duelo y etapas del duelo

Según Krassoievitch (1998) cualquier pérdida durante las diferentes etapas de la vida puede provocar un proceso intrapsíquico que, si es normal, tiene una finalidad adaptativa y recibe el nombre de duelo.

Como sostiene Salvarezza (1998) el duelo normal es el proceso psicológico que es transitado ante la pérdida de un objeto amado. La pérdida es una reacción que se acompaña de pena y puede ser seguida o no por el establecimiento de una nueva relación de objeto y esto puede ser acompañado de un cierto grado de identificación con el objeto perdido. Todo proceso de duelo se caracteriza por la pena o la tristeza. En cambio el duelo patológico se caracteriza por la dificultad de aceptar la pérdida y una reacción desmedida ante esa imposibilidad.

Sostiene que el anciano puede presentar diferentes tipos de pérdidas como la muerte del cónyuge, el alejamiento de los hijos, el cambio de domicilio, la jubilación y pérdidas económicas, entre otras. Analiza que las personas que han sufrido pérdidas significativas durante la infancia son susceptibles de responder a situaciones de pérdida con un duelo patológico y por lo tanto podrían presentar una enfermedad psiquiátrica, o puede constituirse en un verdadero síndrome depresivo, su persistencia entorpece la capacidad adaptativa del individuo, muchas veces lo imposibilita para hacer frente a los hechos de la vida y lo toma vulnerable a situaciones traumáticas. Algunas personas se instalan en un estado de tristeza, retraimiento y temor sobre todo cuando el duelo no ha sido tratado (Salvarezza, 1998).

También explica que el proceso de duelo patológico suele estar acompañado de síntomas que se expresan a través del cuerpo llamadas somáticas como pueden ser las dolencias gastrointestinales, cardiovasculares, sexuales ( Salvarezza, 1998).

Según sostiene Salvarezza (1988) el concepto de duelo implica un proceso dinámico complejo que comprende la personalidad del individuo y abarca de un modo consciente e inconsciente todas las funciones del yo, sus actitudes, defensas y las relaciones con los demás.

“ Mishara y Riedel (1984) describen diferentes etapas (...) “

- Al enterarse de la pérdida, el individuo empieza por negarla, posteriormente la acepta, primero a nivel intelectual y después a nivel emocional.
- Una vez aceptada la pérdida, el sujeto presenta un sentimiento desagradable semejante al miedo o la angustia ante la perspectiva de un futuro sin la presencia del objeto perdido.
- Aparece el deseo de volver a ver a la persona desaparecida y se presentan recuerdos referentes a la persona perdida.
- Se expresa enojo y sentimientos de culpa, no es raro que ese enojo sea dirigido hacia el difunto y que se incremente por dificultades económicas reales. En ocasiones existen motivos justificados para sentir molestia hacia los allegados, alejamiento de unos, asedio de otros despertado por la perspectiva de una herencia.
- Se presenta además el sentimiento de haber perdido algo de sí mismo. Es comprensible que después de una larga convivencia, el cónyuge que sobrevive se sienta incompleto o desgarrado en su intimidad. Algunas viudas expresan este sentimiento conservando intocables las pertenencias del fallecido, reservando el lugar que ocupaba el difunto en la mesa del comedor. Otras veces la misma sensación se manifiesta por extrañeza o incluso rechazo, al realizar tareas que le correspondían a la persona que falleció, como son las actividades domésticas para algunos viudos.
- Se describen también fenómenos de identificación con el objeto desaparecido, como es la adopción de actitudes y conductas que el difunto tenía en actividades que el sobreviviente se ve forzado a llevar a cabo.
- Puede decirse al respecto que la duración y la expresión del duelo varían en forma importante de acuerdo con los individuos y la cultura. En segundo lugar

es indudable que enviudar a una edad avanzada después de una relación muy prolongada lleva en si mismo algo irreparable.

Mishara y Riedel (1984) afirman que pueden existir diferentes características del duelo:

Describe tres grados de expresión del dolor en un duelo, que tienen una duración similar en todos los sujetos. Durante el primer período, que dura una o dos semanas el dolor es intenso y persiste todo el tiempo. Posteriormente, durante el segundo período de alrededor de un mes el dolor es todavía intenso y los momentos de sufrimiento son más frecuentes que los de calma. En el tercer período, que dura aproximadamente un año, el dolor es intenso y frecuente pero se va minimizando.

Las personas que por motivos de su personalidad o por presiones del entorno se hallan imposibilitadas para expresar su sufrimiento tienen mayores dificultades para atravesar el proceso de duelo (Mishara y Riedel 1994).

#### **2.4 Actitudes del anciano frente a su propia muerte**

Según Salvarezza (1998) las actitudes del anciano frente a su propia muerte se clasifican en:

- Actitud de indiferencia: “a todos nos puede pasar y ya soy demasiado mayor. “
- Actitud de temor: quizá no tan ligada a la muerte como todo aquello que la precede (“temo al dolor, al sufrimiento inútil”).
- Actitud de descanso: experimentado por personas que han sufrido mucho en su vida o que padecen una enfermedad crónica. La muerte es esperada como el final de los sufrimientos.
- Actitud de serenidad: el anciano tiene conciencia de haber vivido una existencia plena, de haber sido útil a los demás.

Para Marshall (1978), ante la muerte no cabe duda de que el miedo y la ansiedad son las dos emociones más importantes y con una mayor capacidad de influencia sobre la vida de las personas. Se llega a afirmar que los ancianos aceptan mejor que los sujetos de otras edades la muerte.

Según Kálish (1976), la menor intensidad del temor a la muerte en las personas mayores podría justificarse como consecuente de tres circunstancias:

- La disminución del valor que socialmente hoy se les da a sus vidas y que el propio anciano también asume y comparte, haciéndole reconocer lo precario de su futuro y las limitaciones que progresivamente le esperan a todos los niveles. (afectivo, económico). La pérdida de valor se acrecienta más al observar la escasa repercusión que la muerte de otros ancianos tiene sobre las personas que los rodean. Particularmente esto es así en los ancianos que residen en instituciones.
- Los ancianos van asumiendo que se acercan al límite, es decir, tienen la sensación y el conocimiento de que ya han vivido lo suyo cuando les correspondía.
- Lo que se ha llamado la socialización de la muerte, término que presupone que el sujeto se hizo a la idea de que se ha ido aproximando su hora a medida que iba viendo morir a los demás.

Según Urraca (1980) el hecho de que el anciano tenga una mayor conciencia de que ha de morir, lo tenga más asumido y con ello esté en mejores condiciones de abordar el tema en sus relaciones interpersonales, no implica necesariamente que no sienta el mismo temor y ansiedad ante la idea de su muerte que la que siente cualquier otra persona.

Thomas (1976) afirma que para los ancianos el miedo a morir es más intenso que el mismo miedo a la muerte., y que esto es así especialmente en lo referido a la

obsesión por no morir en soledad., el miedo a ser abandonado sin cuidado., a no ser atendido a tiempo o a ser encontrado en estado de descomposición.

Otros factores que determinan las actitudes del anciano ante su propia muerte según Herrera (1981) son:

- Entre los 65 y 95 años de edad se suele dar la aceptación de la muerte como algo inevitable.
- Entre los 85 a 95 años aumenta notablemente el porcentaje de aceptación, parece que la proximidad de la muerte puede conllevar un mayor grado de aceptación.
- A medida que aumente la edad cronológica la muerte se considera como algo que deprime.
- y luego aparece la idea de que la muerte es el final inevitable de la vida y que nadie podrá impedirlo.

Las personas ancianas tienen las mismas actitudes ante la muerte que las personas de otras edades, aunque poseen por lo general, un sentido más real y concreto de que el tiempo de vida es para ellos más limitado que para los más jóvenes (Herrera, 1981).

Herrera (1981) opina que existen diferentes variables y actitudes a tener en cuenta frente a la muerte como:

- La edad: ésta parece representar uno de los factores más importantes existiendo diferencias a nivel intergrupales entre ancianos y otros grupos de edad e intragrupales estableciendo diferencias dentro del rango de edad.
- El estado civil: se ha constatado que los ancianos casados muestran una mayor ansiedad ante la muerte que los viudos o los solteros. Parece ser así por la mayor

preocupación por la situación tanto económica como emocional en la que pueda quedar el cónyuge una vez que el sujeto haya fallecido.

- La religiosidad: Sostiene el autor que a mayor nivel de religiosidad existe una menor ansiedad ante la muerte; considera que esto es debido al apoyo emocional y a que las creencias religiosas ayudan a afrontar el miedo.

Koenig (1988) señala las características de la muerte según la religiosidad:

- Las asociaciones entre creencias religiosas y menor ansiedad ante la muerte se daban en los sujetos de mayor edad (75 y 94 años).
- En aquellos ancianos más involucrados en la comunidad religiosa se manifestaba una menor ansiedad ante la muerte.
- Los ancianos manifestaban menor ansiedad ante la muerte que los sujetos de menor edad.
- En las mujeres, tanto las creencias como la actividad religiosa estaban más relacionadas con la ansiedad ante la muerte que los hombres.

En contraposición a lo dicho anteriormente Templer (1970) no encuentra ninguna relación entre ansiedad ante la muerte y religiosidad. Esto se debe a que en la sociedad actual la religión no da sentido a las demás facetas de la vida, sino que tiende a segregarse de las mismas.

Allport (1950) explica que las diferencias más destacadas entre ancianos y otros grupos de edad parece centrarse en la necesidad de diferenciar entre las dimensiones de la religiosidad intrínseco/ extrínseco.

El hombre religiosamente intrínseco es aquel que considera la religión como un fin en sí misma. En cambio el hombre con una religiosidad extrínseca es aquel que es

religioso porque la religión le es útil para conseguir otras cosas tales como posición social, amistades, apoyo (Allport, 1950).

Siguiendo este enfoque, Urraca (1982) sostiene que aquellos ancianos con una orientación religiosa más intrínseca presentan menor temor a su propia muerte, mientras quienes muestran una religiosidad extrínseca tienen mayor temor y ansiedad ante su propia muerte.

Se observa que en este período evolutivo es frecuente la aceptación de la muerte y una mayor conciencia de que se acerca la propia. Lo que no es tan evidente y no está generalizado es que los ancianos deseen esa muerte, no valoren sus vidas o no sientan el mismo temor o ansiedad que los más jóvenes ante la idea de dejar de ser (Urraca, 1982).

## **2.5 Institucionalización de los ancianos**

Según Salvarezza (1998) la institucionalización no debe tenerse en cuenta como la opción principal para la satisfacción de las necesidades del anciano con graves problemas de dependencia. Un problema que dificulta la permanencia del anciano en su propio hogar es la soledad, esto ocurre con la pérdida de la pareja, la soledad puede llegar a convertirse en el peor enemigo.

El autor analiza que junto a la soledad las condiciones de la vivienda pueden ocasionar problemas adicionales. En algunos casos la casa puede haber quedado demasiado grande para una sola persona y en otros puede resultar incómoda o insegura. (Salvarezza, 1998).

Herrera (1981) afirma que quienes viven en instituciones geriátricas manifiestan menor temor a la muerte y actitudes más positivas ante la misma. Pero a partir de los 85-95 años estas diferencias se minimizan y aparece un mayor grado de aceptación ante la muerte independientemente de que los ancianos estén institucionalizados o residan con sus familias.

Antequera (1993) realizó un trabajo en la que se comparó las actitudes ante la muerte en dos residencias de ancianos caracterizadas por políticas y recursos asistenciales bien diferenciados y no se obtuvieron diferencias que fueran significativas en lo que respectaba a la ansiedad ante la muerte.

Como sostiene Matse (1975), los ancianos institucionalizados reaccionan ante la muerte de sus compañeros de manera uniforme, y las actitudes van a depender del grado y del tipo de relación que mantuviera con él, de la personalidad del fallecido, y de las circunstancias de su muerte.

Matse (1975), sostiene que la muerte es peor soportada cuando el fallecido era una persona alegre y jovial, también cuesta más trabajo soportarla cuando es una muerte repentina que cuando el sujeto padece una larga enfermedad.

Para Ferrero (1998), el rápido crecimiento de las residencias geriátricas constituye una de las características que marca el ritmo de los tiempos que nos tocan vivir. La atención de los ancianos en las instituciones se profesionaliza cada vez más, estando en manos de asistentes sociales, acompañantes terapéuticos y personal de cuidados especiales, dejando de lado lo que está más relacionado con lo afectivo y familiar.

El anciano muchas veces prefiere ingresar a una institución por el miedo o temor a la soledad existiendo causas muy variadas y de diversos tipos que los llevan a la misma (Ferrero, 1998).

Según Ferrero (1998) dichas causas se pueden reunir en tres grupos:

- Causas físicas: representan el 75% del total de las institucionalizaciones, entre ellas se encuentran las consecuencias de los accidentes cerebro vasculares, las discapacidades motoras, los procesos con déficit cognitivo, los trastornos sensoriales, la diabetes.



- Causas psicológicas: dentro de este grupo encontramos los temores a morir abandonado, trastornos sicóticos crónicos, neurosis y trastorno de personalidad.
- Causas sociales: la falta de cobertura médica domiciliaria, abandono familiar, falta de seguridad social.

En referencia al párrafo anterior se produce un desequilibrio familiar debido a los cuidados especiales del adulto mayor y a su rehabilitación. La recuperación debe llevarse a cabo en una institución que facilitaría el reestablecimiento de las funciones disminuidas (Ferrero, 1998).

Las internaciones breves con fines de rehabilitación son a veces la antesala de la internación definitiva ya que en muchos casos se pierde la capacidad de habitar la propia casa. La institucionalización se produce en la mayoría de los casos cuando la persona a cargo del cuidado del adulto mayor se agota emocional, o financieramente más que en relación a un empeoramiento de su estado de salud (Ferrero, 1998).

Se debe diferenciar el cuidado familiar del cuidado en familia, en el cual se intentan resolver las necesidades del anciano sin deteriorar el nivel de vida de los restantes miembros del núcleo (Ferrero, 1998).

Gran número de ancianos que padecen trastornos físicos, psicológicos o sociales nunca ingresan a un geriátrico, lo que nos permite pensar que quizás sea la manera en que se enlazan otros factores la que define el destino vital del adulto mayor. (Ferrero, 1998).

Ferrero (1998) sostiene que en las instituciones todas las actividades se desarrollan en un mismo lugar, no existe separación espacial, una misma autoridad rige para todo, las personas están acompañadas por otras personas, las actividades están programadas y la secuencia de la misma es impuesta a través de normas explícitas y del personal especializado.

El plan de actividades responde a los objetivos de la institución sin discriminar necesidades específicas y personales. La actividad principal del personal que trabaja en

estas instituciones es la vigilancia controlar que todos hagan lo que se les exige y evitar que se perturbe el clima de tranquilidad. Se realizan salidas solo o acompañado por familiares o amigos, en situaciones como cumpleaños, festividades, feriados (Ferrero, 1998).

La mayoría de los ancianos no salen a pesar de tener con quien hacerlo. Algunas causas son la imposibilidad por parte del anciano en función de sus condiciones físicas (pacientes postrados), dificultades en la deambulaciòn que puede hacer difícil el traslado para la familia, la creencia por parte de la familia de que la institución le brinda al adulto mayor todo lo que necesita, además del tiempo que conlleva salir con un adulto mayor, poder adaptarse a su ritmo, tiempos e intereses (Ferrero,1998).

Los residentes tienden a ser dóciles y sumisos, viven más en el pasado que en el futuro y muestran escasa respuesta en relación a los demás, según expresa Ferrero, (1998).

## **2.6 Terapia Ocupacional en Geriatría**

Según Llera (2008), la terapia ocupacional es una disciplina de salud cuyo objetivo primordial es hacer que el individuo lleve adelante su desarrollo personal de manera saludable a la vez que mantiene una relación satisfactoria con su entorno.

Busca que la persona mantenga un grado de desempeño satisfactorio en las ocupaciones de la vida diaria ayudándola a que pueda establecer objetivos realistas en su proceso de recuperación. La principal función es la capacitación del anciano para que de una respuesta apropiada a sus propias necesidades, con el fin de que su vida sea satisfactoria y productiva ( Llera,2008).

Llera (2008) sostiene que la disfunción ocupacional del individuo es el problema central que atiende la terapia ocupacional, los terapeutas se ocupan de cómo la enfermedad provoca una dificultad en el desarrollo de patrones saludables de ocupación. La ocupación es parte de la condición humana, las personas no pueden desarrollarse como seres humanos cuando están privados de ella.

La disfunción reduce la calidad de vida, es origen de sufrimiento, y la persona llega a perder su sentido de competencia e incluso de identidad, implica una disfunción vital, ya que la continuidad y el sentido global de la vida se ven amenazados (Llera,2008).

La ocupación es un requisito para la salud, la privación de la posibilidad de desarrollar ocupaciones de forma satisfactoria amenaza la salud mental y física de las personas. Cuando la enfermedad, el trauma u otros factores alteran la participación en la ocupación, la falta de de capacidad funcional puede originar una mayor patología (Llera,2008).

Llera (2008) afirma que para poder dar una explicación a las dinámicas de la disfunción, los terapeutas ocupacionales han de evaluar y valorar los componentes que están afectados, ya que la naturaleza de la disfunción ocupacional es multidimensional porque existen factores biológicos, psicológicos, sociales, espirituales y ambientales que interactúan de forma compleja.

El objetivo central de la terapia ocupacional, en cualquier dispositivo de atención al anciano, es atender las necesidades de cada usuario en materia de mejora de su salud y de desarrollo personal, sirviendo de apoyo a la persona para la consecución de dicha mejora. (LLera, 2008).

### Programas de prevención

Según Llera (2008) los profesionales tienen como finalidad mantener en condiciones óptimas el estado funcional del anciano el mayor tiempo posible. Estos programas se desarrollan prioritariamente en los hogares y centros de jubilados. El terapeuta puede colaborar en estos programas desde los diferentes centros y hospitales de día, o las unidades hospitalarias o residencias geriátricas.

## Programas de asistencia domiciliaria

La práctica de la terapia ocupacional en el domicilio se diferencia en que el terapeuta no se encuentra en un espacio propio, sino que es el invitado del anciano (Llera, 2008).

Las intervenciones en el domicilio se dirigen a prevenir caídas y accidentes y a adaptar el entorno para prevenir la incapacidad funcional y la dependencia, debido a la complejidad de las alteraciones funcionales que conllevan enfermedades como por ejemplo, un accidente cerebro vascular o la enfermedad de Parkinson. En estos casos la familia desempeña un papel vital en la facilitación del proceso terapéutico.(Llera, 2008).

Según Llera (2008) a los miembros de la familia se les debe dar la oportunidad de demostrar su implicación en la rehabilitación del paciente siempre con el consentimiento del anciano. Los familiares pueden ser instruidos en la secuencia de las actividades motoras que ayudarán a la recuperación y a proporcionar asistencia cuando la rigidez del paciente entorpece la realización de las actividades. La posibilidad de proporcionar refuerzo y apoyo les brinda la oportunidad de mantener un contacto físico y reforzar su relación con el paciente. Por otra parte las enseñanzas y guías que se proporcionan a los cuidadores durante el programa de rehabilitación ayudarán a asegurar una actitud más positiva ante las habilidades funcionales del anciano.

Dentro de los programas domiciliarios se tiene en cuenta los dedicados a enfermos terminales. La terapia ocupacional puede proporcionar ayuda a la hora de ofrecer el máximo grado de comodidad y seguridad del entorno en el hogar tras el alta hospitalaria (Llera, 2008).

Llera ( 2008) sostiene que las áreas de asistencia incluirán la educación de los cuidadores en las formas más seguras de movilización y ayuda, proporcionar el equipo adecuado, barras de apoyo, sistema adaptado de teléfono, con el fin de lograr la máxima independencia , facilitar la silla de ruedas mas adecuada en caso de necesidad y promover la actividad y los contactos sociales el mayor tiempo posible.

Cuando la enfermedad interrumpe la actividad y la persona experimenta una pérdida del sentido de la vida, la terapia ocupacional puede brindar oportunidades de nuevas experiencias, ayudar a la persona a adaptarse a los cambios en la ejecución de las tareas y recuperar el equilibrio mediante actividades llenas de significado ( Llera, 2008).

### Unidades de hospitalización

Para Llera (2008) en una unidad de hospitalización geriátrica son varios los miembros del equipo que participan tanto en la valoración como en la planificación de los cuidados y el alta. Dentro de este equipo, el terapeuta valorará la capacidad funcional para realizar las actividades de la vida diaria y la capacidad actual de adaptación al medio.

Según Llera (2008), el propósito de la valoración inicial será establecer la relación entre el terapeuta y el paciente, identificar las áreas problemáticas básicas, tener una idea sobre las necesidades y los deseos del anciano y la familia o los cuidadores, y determinar la necesidad de otras valoraciones más específicas y profundas. Durante el tratamiento se realizara una valoración continua de la situación del paciente según la evolución del proceso.

Llera (2008) explica que la valoración ante el alta depende de si el terapeuta conoce el lugar al que va a ser derivado el paciente; si es así se pueden valorar las habilidades funcionales específicas que el anciano necesitará para manejarse en dicho medio.

Llera (2008) señala que en caso de que el anciano señale su preferencia por vivir solo, será prioritario hacer una valoración detallada de las actividades de la vida diaria y la función cognitiva para determinar si puede llevar adelante una vida segura o si necesitará algún servicio de apoyo domiciliario.

También quedarán determinados el equipo y las ayudas técnicas que precisará en el momento del alta, así como las indicaciones específicas para su uso. Los elementos

recomendados con más frecuencia consisten en útiles para la seguridad y la independencia en el aseo y el baño, así como pequeños instrumentos y algunos consejos para la preparación de los alimentos, la comida, los cuidados personales, y las actividades de ocio (Llera,2008).

Para Llera (2008) algunos aspectos a tener en cuenta para una mejor calidad de vida de los residentes consiste en:

- Realización de un tratamiento rehabilitador.
- Recibir ayuda para la comida, actividades del hogar o actividades de la vida diaria.
- Que se instruya al cuidador sobre cómo asistir al paciente y ayudarlo a que conozca y comprenda sus capacidades y limitaciones.
- Proveer consejos o instrucciones escritas.
- Buscar ayudas técnicas ya sean comercializadas o de elaboración casera.
- Valorar la situación de la casa para efectuar posibles adaptaciones.

El establecimiento de un programa de seguimiento sería el último peldaño dentro del proceso de hospitalización; el seguimiento requiere ponerse en contacto con todas las personas y profesionales implicados antes de que el paciente deje la unidad y el compromiso de todas las partes implicadas en llevarlo adelante ( Llera, 2008).

#### Unidad geriátrica de agudos

Según Llera (2008) el paciente es enviado a terapia mediante una hoja de prescripción en la que se refleja el diagnóstico base y las áreas problemáticas, requiriendo la valoración del paciente y solicitando un tratamiento específico.

Por el escaso tiempo del que dispone el terapeuta en la unidad geriátrica de agudos, éste debe establecer los objetivos más importantes para el paciente y su familia. Una vez identificada la capacidad de autocuidado, cognitiva y adaptación del paciente, debe decidirse que tipo de programa hay que iniciar, que necesitará tras el alta, y observar de qué manera se puede facilitar este proceso (Llera,2008).

La planificación del alta en una unidad geriátrica de agudos según Llera (2008) debe incluir:

- Educación e información sobre la enfermedad.
- Una lista de observaciones a la familia para el cuidado y tratamiento del paciente.
- Recomendaciones para el uso de ayudas técnicas.
- 4) Indicaciones para los servicios de atención donde es derivado el paciente.
- 5) Visita domiciliaria, que incluirá seguridad del entorno y un informe de los cambios recomendados.

#### Unidades de media y larga estancia

Llera (2008) explica que, aunque la rehabilitación del paciente debe iniciarse en los cuidados agudos, es en el ámbito de las unidades de media y larga estancia donde va a tener más preponderancia.

El paciente anciano necesita tener reconocimiento de los beneficios que puede aportarle el programa de rehabilitación, para la cual necesita que se le proporcione información relevante para que comprenda la relación entre sus problemas funcionales y

las técnicas de tratamiento utilizadas. Los programas de terapia ocupacional van a ser similares a los proporcionados en un hospital de día (Llera, 2008).

### Hospitales y centros de día

Llera (2008) menciona que los cuidados diurnos son desde su inicio uno de los más útiles recursos comunitarios para el tratamiento de ancianos con incapacidad, y estima que comparten en gran medida los programas ofrecidos por la terapia ocupacional.

Un programa de día engloba actividades de la vida diaria, terapias cognitivas, y psicológicas, actividad física, y movilidad general, así como sesiones didácticas, todas con un carácter grupal en general., ya que la socialización es una parte importante del tratamiento (Llera,2008).

El papel del terapeuta ocupacional es ayudar a que la persona desarrolle su potencialidad como individuo, habilidades o destrezas todo ello a través de la planificación, participación, valoración de las ocupaciones ayudando a la persona a la reorientación de objetivos.

Las sesiones de actividad física ayudarán a mejorar la movilidad articular, la fuerza muscular, y la resistencia general (Llera,2008).

Para los individuos con dificultades específicas se debe llevar a cabo un entrenamiento individual en las actividades de la vida diaria, con personal idóneo. El terapeuta podrá ayudar a los pacientes a generalizar las destrezas aprendidas durante el grupo de terapia, aplicándolas a sus circunstancias específicas (Llera,2008).

Llera (2008) confirma que en todo programa de tratamiento se debe incorporar, distintas técnicas y modelos, es decir experiencias que faciliten el desarrollo y la mejora de las siguientes áreas:

- Realización de las actividades de la vida diaria.



- Poder y sentimiento de dominio y control.
- Adaptación a los cambios, situaciones de pérdida y dolor.
- Comprensión de las situaciones de enfermedad.
- Manejo de ansiedad.
- Mejora de la comunicación y de las relaciones con la familia.
- Identificación y validación de los sentimientos.
- Conocer los recursos comunitarios y la forma de acceder a ellos.
- Actividades de ocio, participación y diversión.
- Incremento de la autoestima.

El límite de las actividades lo imponen el interés del paciente y la imaginación del terapeuta. También, dentro de los programas de cuidados diurnos se destacan aquéllos dirigidos a pacientes con demencia; en este caso el tratamiento se centrará en ayudar al paciente y a sus cuidadores a mantener el máximo grado de comodidad y dignidad durante el curso de la enfermedad, maximizando la función y mejorando la calidad de vida dentro de las capacidades funcionales del paciente en cada momento (Llera, 2008).

Llera (2008) también hace mención de los:

#### Programas de activación

Para Llera (2008), éste es un servicio ofrecido a los individuos que no pueden mantener un modelo satisfactorio de actividad de forma independiente, con el fin de motivarlos y proporcionarles la oportunidad de desarrollar y acrecentar sus intereses.

Puede desarrollarse en un centro de día, en residencias u hogares. Un programa de activación eficaz promueve actividades dentro del esquema trabajo-ocio-descanso, respondiendo a las necesidades y los deseos de los participantes y fomentando los roles sociales (Llera, 2008).

Este programa para que sea válido y productivo no basta con que haya una persona que promueva y lleve adelante las actividades, sino que es necesario implicar a los participantes en cada una de las fases del proceso de planificación, desarrollo y valoración (Llera, 2008).

### Programas de cuidados continuados

Según Llera (2008), el terapeuta ocupacional ofrece un programa equilibrado que además de combinar actividades sociales, intelectuales, domésticas, físicas y personales se trabaja de forma individual sobre el déficit funcional que presente el paciente.

Según Salvarezza (1998), la red de apoyo informal como la familia, vecinos, ha funcionado como el soporte a la necesidad de cuidados continuados y a largo plazo.

Una de las opciones que toma en cuenta el autor al margen de la institucionalización es el desarrollo y la organización de recursos formales de apoyo, dirigidos a ayudar a los cuidadores, (estos constituyen la base del sistema de apoyo informal). (Salvarezza, 1998).

## **111. Metodología**

### **3.1 Tipo de estudio:**

Descriptivo- Estudio de caso.

### **3.2 Participante:**

Una paciente mujer de 82 años internada en una residencia geriátrica, ingresada por primera vez desde hace un mes y medio por el fallecimiento de su cónyuge.

Sus familiares toman la decisión de ingresarla a la institución para que se sienta contenida por los profesionales de la misma, ya que la residente se encontraba deprimida, aislada, y sin contacto social con personas de su edad.

La paciente presenta un buen estado físico sin antecedentes de enfermedad. Una vez ingresada a la institución, a través del tiempo se concluye que transita un duelo normal.

### **3.3 Instrumento y procedimiento:**

El método para la recopilación de la información fue realizado a través de los datos obtenidos por los profesionales y el registro de la misma se hizo mediante un cuaderno de observaciones.

Se realizó entrevistas entre la residente y los profesionales que permitió ver a la paciente desenvolverse en distintas actividades permitiendo observar su conducta o rasgos más característicos.

También se recopiló información mediante la lectura de la historia clínica de la paciente, donde se detalla el desarrollo semanal y mensual de las actividades de la institución y las problemáticas de la residente. Mediante esta información se pudo realizar el presente trabajo.

## **1111. Desarrollo**

### **4.1 Descripción del proceso de duelo antes de ingresar a la institución**

Durante el transcurso de este período sus hijos llevaron a L a realizar algunas entrevistas con la Psicóloga. De las entrevistas realizadas con la profesional antes de ingresar a la institución surge dicha información.

L nació en Polonia y llegó al país en plena revolución del treinta, tenía cursada su escuela primaria completa, vivía con sus padres y dos hermanos. Su mamá era ama de casa y modista, su papá era zapatero. Trabajaba en una fábrica y también en su casa, era un señor alegre y respetado por todos sus vecinos.

L ayudaba a su mamá en las tareas de la casa junto a su hermana mayor N, quien también colaboraba en los trabajos de costura.

El hermano de ambas estudió el secundario y al terminar su tío le consiguió un empleo en la parte administrativa de una empresa, ya que era perito mercantil.

L colaboraba en su casa con la limpieza y su mamá como premio la había anotado en el club de barrio, en el cual aprendió a nadar e hizo grandes amistades, con las cuales también salía en su adolescencia.

En esa época los bailes se realizaban en las casas y en las mismas se organizaban también guitarreadas. Generalmente los padres iban a buscar a sus hijas a la casa de sus amigas, y ellas de vez en cuando a la tarde iban al cine o a tomar el té en alguna confitería cerca de la casa.

En una primavera L conoció en el cumpleaños de una amiga a un muchacho, P que la impactó por su amabilidad, caballerosidad, y buen aspecto.

Comenzaron a encontrarse en una plaza en la que disfrutaban del paisaje. Luego siguieron saliendo durante un tiempo que le sirvió para conocerse mejor, y en esa misma plaza fue que él le declaró su amor, y fue correspondido por ella.

Luego le compró y le regaló una rosa que aún L tiene guardada entre las páginas de un libro. Esa rosa significó el comienzo de una historia de amor. Pasados unos meses, P pidió la mano de L y pasaron a ser novios formalmente.

Cumpliendo el año P le pidió matrimonio a su novia, se casaron, y luego compraron su casa en frente de esa plaza, lugar lleno de recuerdos para ambos, donde había comenzado su gran historia de amor, que L nunca olvidará.

Tuvieron tres hijos dos varones y una mujer; el hijo mayor y la hija viven en Brasil, y su hijo menor vive en Buenos Aires. Todos ellos están casados, y tienen hijos. Los nietos de L están orgullosos de la abuela que tienen, ya que está muy actualizada y su actitud es jovial.

La Psicóloga N afirma que L cuenta con el secreto de un buen envejecer ya que acepta las declinaciones propias de la edad sin insistir en mantenerse joven a cualquier precio esto concuerda con (Salvarezza, 1988).

También la Psicóloga concuerda con lo expresado por Losada (2004) al presentar L un envejecimiento normal que implica cambios graduales, psicológicos, y sociales asociados a la edad, que ocurren como consecuencia del paso del tiempo.

Pasados los años P, comenzó con problemas de salud, al principio eran dolores estomacales, y decaimiento que fueron atribuidos a estados de ansiedad. Con el tiempo se profundizó la dolencia y comenzaron a realizarle estudios.

Su salud fue empeorando y después fue hospitalizado. Esto no coincide con Losada (2004) que el envejecimiento normal es carente de enfermedad, y como P presentó diferentes síntomas no concuerda con lo expresado anteriormente.

Tampoco tuvo un envejecimiento satisfactorio como plantea Strejilevich (2003) por no tener autonomía e independencia física, y no mantener hábitos de vida saludable.

L relataba que cuando su esposo estaba internado primero se despedía con un beso, luego con un beso en la frente, y una semana después le apretaba el hombro y luego la mano. A medida que pasó el tiempo L comenzó a alejarse de su esposo.

L fue tomando una distancia progresiva de la cual no era consiente. La residente temía por la vida de su esposo, ya que ésta de ahora en más se iría deteriorando hasta llegar a un final poco feliz.

Como explica Salvarezza (1988) en la teoría del desapego existe una reducción de los intereses que a uno lo rodean y se va generando un alejamiento en la interacción social.

Esto es lo que fue sintiendo L a medida que los días pasaban, este alejamiento se produce al no encontrar una solución al problema.

Su Psicóloga expresa que L estaba atravesando momentos de angustia y ansiedad; y para soportar este dolor tan grande iba a ocultarle a su esposo lo que sucedía, por lo tanto cada vez que su esposo preguntaba por su estado de salud y a su vez por el diagnóstico médico, tanto los hijos como L le ocultaban la realidad.

Ellos habían hecho como un pacto de silencio para no manifestarle a P la gravedad de su estado. Esto lo hacían para tranquilizarlo, ya que él estaba siempre pendiente de su esposa e hijos.

A pesar de todo P tenía conciencia de que su estado empeoraría y llegó a tener la percepción de su propia muerte. Esto coincide con lo mencionado en el marco teórico según Urraca (1985), que afirma que la muerte es un proceso natural y los ancianos tienen una mayor percepción de su propia muerte y más contactos con personas que han muerto como parientes, amigos o familiares.

Por medio de las entrevistas que tuvo L éstas le permitieron afrontar con mayor fortaleza el momento que iba a atravesar. Como sostiene Borntein (1973) las personas desarrollan estrategias que favorecen salir de una forma más positiva de esta situación ya sea el poder hablar o reflexionar sobre la problemática en cuestión.

En las mismas sesiones L empezó a comentar su estado de ánimo, su abatimiento, y su tristeza, al pensar que pronto se quedaría sola ya que en su esposo no veía ninguna mejoría.

En otras sesiones se pudo notar que en L existía una falta de energía y concentración, como lo mencionó su hijo, y un poco de irritabilidad ya que al hacerle algunas preguntas ella parecía sentirse molesta.

También L comentaba que tenía alteraciones en el sueño, ya que en los mismos veía el transcurso de su vida como en una película donde poco a poco se iría apagando la llama del amor, al llegar la etapa final de su esposo.

Los problemas del sueño suelen manifestarse en L como dificultad para dormirse, despertarse en el medio de la noche, o despertarse demasiado pronto.

Con frecuencia L soñaba con su esposo y sentía una tristeza enorme al comprobar que P estaba internado en el hospital.

La Psicóloga N tuvo una entrevista con sus hijos ya que ellos estaban muy preocupados por su madre, en la que les comento que L estaba atravesando un duelo anticipado.

Este es un momento en el que, tanto el paciente como su familia se preparan para un cambio. El cambio es un proceso natural que ayuda al individuo a prepararse para el cierre emocional y físico al producirse el deceso de la persona querida.

Los síntomas que manifestó L fueron: pérdida de apetito, irritabilidad, insomnio, llanto, indecisión sobre qué hacer, cambios de humor, y estados de ansiedad.

Como expresa Salvarezza (1998) antes de la pérdida se comienza a sentir ansiedad. L no solo presentó una pérdida emocional sino también afectiva, ante la ruptura del rol de esposa.

Luego de transcurrido el tiempo llega el día del fallecimiento de su esposo. La residente se encontró abatida por esta situación que sabía que en algún momento

llegaría. L sabía que la muerte plantea retos adaptativos que requieren reorganizaciones familiares a corto o largo plazo.

L nos comentaba que ninguna persona está preparada para enfrentar la muerte de un ser querido, y que siempre los familiares tienen la esperanza de que la persona amada se recupere.

#### **4.2 Describir los cambios psicosociales que se llevaron a cabo después de haber ingresado a la institución.**

Como sostiene Salvarezza (1998) la soledad puede ser el peor enemigo; esto es lo que le sucedió a L cuando al perder a su pareja perdió su equilibrio. Su casa le resultaba demasiado grande para vivir en soledad.

Como los hijos, nueras y nietos por razones laborales no podían ocuparse plenamente de L, la Psicóloga le aconsejó que pusieran una persona que se ocupara de ella durante el día.

Otra opción era, internarla en una institución donde encontraría profesionales especializados para su atención y personas de su misma edad con las cuales podría relacionarse.

De estas dos opciones sus hijos por el temor de que algunos días la persona que debería cuidar a su madre se ausentara, eligieron la institucionalización de L la cual aceptó sin ofrecer resistencia.

La Psicóloga dió por terminadas las sesiones ya que sería atendida y contenida por los profesionales del hogar.

L ingresó a la institución en pleno proceso de duelo y como se menciona en el marco teórico según Mishara y Riedel (1984) atravesó por las diferentes etapas del duelo.



L coincide con la primera etapa del proceso de duelo que comienza por la negación de la pérdida.

También coincide con la segunda etapa del duelo al aceptar la pérdida primero a nivel intelectual y luego emocional.

La tercera etapa también fue presentada por L al tener recuerdos de la persona desaparecida y representación de hechos del pasado.

En la cuarta etapa L coincide al presentar enojo o sentimientos de culpa.

La residente manifestó en la quinta etapa del proceso de duelo sentimientos de haber perdido algo de sí misma y le resultaba difícil deshacerse de las pertenencias de su esposo.

No coincide con la sexta, ni la séptima etapa del proceso de duelo, según la profesional pareciera no manifestar conductas del difunto ni tener una duración prolongada del duelo.

L comenzó a ver la muerte como un proceso natural, esto coincide con el autor Herrera (1981) que afirma que en los ancianos se manifiesta un mayor grado de aceptación de la muerte.

L con respecto a su propia muerte presenta como menciona Salvarezza (1998), una actitud de indiferencia ya que “es algo que nos toca a todos”, y que algún día sucederá.

También la residente presenta una actitud de serenidad ya que tiene conciencia de haber vivido una existencia plena y de haber sido útil a los demás antes y ahora.

Kalish (1976), que expresa que los ancianos tienen la sensación y el conocimiento de que han vivido lo suyo cuando les correspondía.

Al momento del ingreso de L a la Institución los profesionales indagan acerca de sus habilidades, gustos, y preferencias con el fin de ver en qué taller se iba a sentir más a gusto.

Los profesionales de la institución están capacitados para contener a los nuevos pacientes que ingresan ya que están asistidos por Psicólogos, Médicos, y Terapistas. Mediante entrevistas la paciente podía hablar de lo que le estaba sucediendo y de cómo se sentía por la pérdida de su compañero de toda la vida.

Para la paciente fue difícil ingresar al hogar ya que se desapegaba de su casa, sus costumbres, y su vida cotidiana. Pero su hijo la convenció para ingresar a la institución porque allí se iba a sentir acompañada y cuidada.

Tenía que adaptarse a estar en un lugar nuevo, debería relacionarse con diferentes residentes de su edad, también tendría que compartir una habitación, respetar los horarios de la institución y las diferentes actividades que se realizan en la misma.

Ella recordaba que su esposo, antes de la internación en el hospital había estado en este hogar visitando a un amigo, y L comentaba que su esposo le decía que cuando las visitas de los familiares de los residentes se iban, ellos quedaban muy tristes y angustiados.

L se fue adaptando e integrando a sus compañeros, tiene muy buena relación con ellos y ayuda al que lo necesita.

Participó de las actividades que se realizan los distintos días de la semana, como por ejemplo talleres de jardinería, manualidades, y taller de computación.

En todas las instituciones el plan de actividades responde a los objetivos de la misma como afirma Ferrero (1998), una misma autoridad rige para todos, y las actividades están programadas y al mando del personal especializado.

En el taller de computación, según la profesora, L aprendió muy rápido y es perseverante con lo que se propone, le gusta estar informada de lo que ocurre en el país

y en el exterior y se pasa varias horas leyendo los periódicos y conectándose con sus familiares.

También participó del taller de música, la música sirve como terapia, y en el caso de L ella mencionaba que le traía recuerdos de la vida pasada.

Con la música se expresan diferentes emociones y a L la lleva a encontrarse con parte de su vida, sus recuerdos, y su historia.

Los diferentes tipos de música estimulan a L a veces hacia la nostalgia y otras hacia la alegría; también representan diferentes emociones, que a veces suelen estar contenidas o guardadas en lo profundo del alma.

De la observación realizada durante la pasantía L es una persona jovial, que participa en casi todos los talleres.

L lleva adelante su desarrollo personal de manera saludable esto coincide con lo que señala Llera (2008) al afirmar que el objetivo primordial de la terapia ocupacional es hacer que el individuo mantenga una relación satisfactoria con su entorno.

En el taller de cocina realiza bizcochuelos, que en ciertas ocasiones se convierten en tortas para festejar algún cumpleaños, también invita a los demás residentes a compartir dicha torta junto con una taza de tè o mate cocido. Todo esto está supervisado por personal idóneo donde predomina un clima de armonía y tranquilidad.

Esto coincide con Ferrero (1998) estableciendo que el personal que trabaja en los talleres no sólo controla lo que hacen los residentes sino que evita que se perturbe el clima de tranquilidad.

En el taller literario L participa en la declamación de las diferentes poesías. En el taller de gimnasia L presta atención a su profesora y realiza los movimientos correspondientes, al igual que cuando juegan a la pelota y la pasan de residente en residente y hacia la profesora.

A nivel grupal se pasan videos con diferentes temáticas de la tercera edad y en forma conjunta con la Psicóloga, cada uno dà su opinión, puntos de vista, y se comparten sentimientos y críticas. L participa con entusiasmo teniendo siempre algo que comentar o acotar acerca de la película en cuestión.

Según el informe realizado por Psicólogos y trabajadores sociales de la institución la residente presenta asistencia mínima.

La Psicóloga deja informes sobre la evolución semanal de la paciente y por la participación de las entrevistas realizadas con L y a veces con sus familiares.

Las sesiones duran cuarenta minutos y en ciertas ocasiones en la conversación con los familiares la profesional indaga acerca de los vínculos.

L esta orientada en tiempo y espacio, està lucida y jovial. Tiene un excelente temperamento y no tiene problemas en establecer vínculos.

Su actitud es proactiva, y desde su ingreso a la institución ha ido entablando buenas relaciones con sus pares y con el personal.

A veces suele manifestar momentos de angustia y melancolía al recordar su reciente pérdida, a pesar de saber que la muerte es el final inevitable de la vida y que nadie podrá impedirlo, como menciona Herrera (1981).

Añora a sus hijos que viven en Brasil, sostiene muy buena relación con su hijo menor y nietos quienes están muy pendientes de su adaptación.

Acepta las consignas sin problemas y se ha ido adaptando al ritmo cotidiano y pautas institucionales.

En la institución, L se ha ido resocializando en forma espontánea siendo muy compañera y solidaria con los demás, tiene buen carácter, es optimista, y participa de las actividades propuestas como salidas y eventos.

Esto coincide con lo expuesto por Ferrero (1998) al expresar que los residentes pueden salir solos, acompañados por familiares o amigos, mientras presenten la autorización correspondiente.

En una de las reuniones con el hijo de la residente, psicólogos, médicos, y trabajadores sociales, analizan como muy positivo el periodo de adaptación, su resocialización, y su participación en actividades propuestas.

Su hijo valoriza el cambio que ha experimentado su madre, ya que refiere que en su casa estaba muy aislada, y desconectada socialmente.

Los hijos que viven en Brasil la contienen y mantienen comunicación fluida con ella por medio de Internet y la ponen en conocimiento de todos los eventos y noticias que ocurren en el ámbito familiar.

Esto antes no lo podía realizar, por no tener conocimientos de computación, y porque era más difícil para ella realizar llamadas telefónicas o esperar a que su familia se comunicara. En este momento el contacto es directo.

La residente expresa que se siente contenida y adaptada socialmente a la institución y a sus pares.

#### **4.3 Analizar el tipo de duelo, normal o patológico que se manifiesta en la paciente**

En el caso clínico que estamos analizando, L había llegado a la institución en un estado de tristeza, angustia, y una falta de interés por las actividades de la vida cotidiana que ella estaba acostumbrada a realizar.

En las entrevistas con la Psicóloga la residente manifestaba que su vida ya no tenía sentido y que extrañaba mucho a su esposo y se sentía perdida sin él.

La Psicóloga de la institución afirma que L sentía temor por no poder cuidarse ella misma, y que no se siente capaz de vivir sin la persona que ha perdido, también la

profesional afirma que tener la capacidad de sentir el dolor es importante para que el duelo se realice, ya que sin dolor no hay duelo.

Como menciona Salvarezza (1998) el proceso de duelo se caracteriza por pena o tristeza este es el sentimiento que presenta L.

También expresa la terapeuta que el duelo es un proceso lento y doloroso con gasto de tiempo y energía psíquica, que debe transcurrir hasta aceptar la realidad.

Elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración.

La profesional menciona que transitar el duelo es aprender a vivir, a tomar decisiones, a desempeñar tareas que antes hacía el fallecido, aprender nuevas formas de relación con familiares y amigos, aprender un nuevo sentido del mundo y de uno mismo.

Debido a la evolución de L y según lo mencionado por Salvarezza (1998), puede decirse que la residente transitó un duelo normal ya que a pesar de su tristeza por haber perdido a su esposo la elaboración del proceso fue favorable.

El duelo normal es un proceso psicológico que es transitado por la pérdida del objeto amado. Según el mismo autor las personas que se instalan en un estado de tristeza y retraimiento es porque su duelo no ha sido tratado, esto no ocurrió en L ya que expresa que se sintió contenida por los profesionales.

También Krassoievitch (1998) sostiene que el duelo es normal cuando tiene una finalidad adaptativa.

En cambio en el duelo patológico, según Salvarezza (1998) se observa dificultad de aceptar la pérdida, y es una reacción desmedida ante esa imposibilidad. También en este proceso se pueden presentar diferentes síntomas como dolencias, síndromes depresivos que entorpecen la capacidad adaptativa del individuo llevándolo a situaciones traumáticas.

L fue capaz de recordar al fallecido, aprendió a vivir sin él, pudo dejar el pasado y pudo invertir de nuevo toda su energía en la vida y en los vivos.

Los profesionales indican que la persona que cree que todo pasa rápido como si nada hubiera pasado, no transita esta etapa satisfactoriamente ya que se necesita la lección a través del dolor acompañada de ciertas emociones como la tristeza, rabia, miedo, impotencia, y desesperación para atravesarla.

La terapeuta en las entrevistas que tuvo con el hijo de la residente remarca que tener un espacio para pensar y reflexionar sobre lo que se está viviendo, muchas veces es suficiente para que el paciente se sienta mejor. Esto estimula la elaboración y aceptación de la pérdida.

El proceso de duelo es normal cuando después de cierto tiempo se supera esa pérdida sin necesidad de tratamiento, y la persona vuelve a tener equilibrio emocional.

La Psicóloga le recomienda a L ir al cementerio ya que es una forma de enfrentar la realidad de la muerte.

La residente siempre trata de estar con una sonrisa a pesar de que ir al cementerio le produce dolor.

L nos contaba que una de las cosas que aprendió de la vida es a sonreír por más que estemos tristes, porque la sonrisa es salud y te llena el alma. Y además la risa es contagiosa y con eso podemos alegrar a otras personas que están viviendo la misma situación, y que puedan aprender a sobrellevarla mejor.

## **V. Conclusión**

El presente trabajo final de integración surge de haber realizado la residencia en una residencia geriátrica, con el fin de poder describir un caso clínico sobre el duelo.

L antes de ingresar a la institución según la Psicóloga que la estuvo atendiendo y conteniendo en esta situación atravesó por un duelo anticipado preparándose para la partida de su esposo.

El duelo es una etapa por la cual todos pasamos en algún momento de nuestra existencia.

L a pesar de estar contenida por sus familiares debido a la ocupación de cada uno de ellos permanecía en la casa muchas horas sola.

L había ingresado en un estado de aislamiento, depresión y sin ganas de seguir viviendo; ella relataba que su esposo era todo en su vida, y sin él ya la vida no tenía sentido.

En este momento para la residente lo más importante son sus hijos y nietos, y sabe que por ellos tiene que salir adelante ya que sus hijos quieren que esté bien y que de a poco se vaya adaptando a la nueva situación que le toca vivir.

A medida que pasó el tiempo la residente se pudo ir adaptando a las normas de la institución y a tener contacto con sus propios compañeros y con los profesionales.

Según sus propias palabras, L trata de mantener la cabeza ocupada y no pensar, además de ver que no es la única que está transitando esa realidad.

Reconoce que otros residentes tienen una mejor o peor realidad que ella, ya que M, su amiga, no solo perdió a su esposo sino que también perdió a su hijo mayor.

Ella reconoce que en la institución está muy contenida y se siente muy cómoda. Los profesionales de la institución sostienen que siempre están muy cerca de los dolientes y familiares y al tener conocimiento científico del duelo y experiencias vitales del dolor humano, están en condiciones de ayudar y consolar a las personas que pasan por el trance de perder a un ser querido.



Los terapeutas facilitan que L pueda tener momentos y oportunidades para exteriorizar sus emociones y preocupaciones como sus problemas sociales, facilitando su comprensión y ofreciéndole ayuda personal.

Mishara y Riedel (1984) L ha transitado un duelo normal pasando por las diferentes etapas, como la negación, la aceptación, los recuerdos, el enojo, y el sentimiento de haber perdido algo de sí misma, y pudo evolucionar notablemente.

De lo expuesto anteriormente se puede extraer que el duelo normal se desarrolla cuando la persona alcanza los niveles de bienestar emocional, el duelo puede ser muy doloroso pero a su vez es un proceso de curación si al reconocerlo se lo acepta y se permite su expresión.

No es posible evitar el duelo pero las reacciones ante el mismo pueden ser diversas. El proceso de duelo son emociones, representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida afectiva.

L antes de ingresar a la institución había atravesado un duelo anticipado, en este proceso de cambio pudo prepararse para un cierre emocional y físico al producirse la muerte de la persona amada.

Propiciar la expresión emocional además de las vivencias de tristeza es importante para atravesar este período en forma normal.

De lo expuesto se puede extraer que L tiene un envejecimiento satisfactorio como indica Strejilevich (2003) ya que sus hábitos de vida saludables fomentan su autonomía y mejoran su autoestima.

Con respecto a la socialización L junto con los demás residentes del hogar realiza algunas salidas a estancias, donde pueden pasar un día de campo.

Ver carreras de sortijas, el ordeño de vacas, degustar los diferentes dulces preparados en la misma, y pasar un día juntos compartiendo las diferentes actividades con los demás residentes del hogar.

A L, por su favorable estado de salud, le permiten salir a visitar a su hijo; esto lo hace habitualmente una vez al mes.

Otros ancianos no salen a pesar de tener con quién hacerlo, y algunos están imposibilitados como los pacientes postrados y se hace difícil el traslado pero igual realizan salidas acompañados por el personal de la institución como lo expresa Ferrero (1998).

Con respecto a las perspectivas de L hacia la institución a pesar de que esta cuenta con múltiples actividades estima que podrían agregar clases de teatro donde los residentes puedan expresar sus emociones a través del lenguaje corporal.

También clases de yoga y meditación o clases de tejido al crochet, para poder realizar bufandas para sus nietos, esarpines para donar a instituciones que lo necesiten, o poder realizar diferentes prendas para ella o los residentes.

A pesar de que habría suficiente información como para realizar este trabajo me hubiese gustado encontrar aún más sobre el duelo normal por esta razón considero lo dicho como una limitación.

Otra de las limitaciones es que al ser una residencia de categoría no es accesible a personas de bajo nivel económico.

Una de las críticas a tener en cuenta es hacer participar del taller de musicoterapia a residentes con un grave deterioro cognitivo o en estados de somnolencia, otros residentes con un buen estado de salud disfrutaban de esta actividad con placer.

De las charlas con la residente podemos citar como otra crítica a la institución que la confitería que se encuentra en el hogar cobra todo lo extra adicional a la cuota mensual, ya que al ser una institución de alto poder económico debería estar todo incluido y al servicio de los residentes como atención a los mismos.

En conclusión, con respecto a esta etapa del ciclo vital que es la vejez, para un anciano no hay nada mejor que estar incluido en alguna tarea que les guste como ocurre con L cuando realiza los talleres, se siente útil y rodeada de sus afectos.

Según sostiene Antuña (2001), la palabra “viejo” se la toma como sinónimo de incapaz o limitado y esto no es así ya que la vejez no significa incapacidad; esto no coincide con L ya que ella está muy actualizada y no presenta limitaciones.

A los ancianos no se los debe discriminar, se los debe respetar y amar, ya que ellos son las huellas del camino recorrido en el pasado, son los pasos del camino en los adultos del presente y el sendero del futuro.

## V1. Bibliografía

Allport, G. (1950). *The individual and his religion*. Nueva York: Mcmillan.

Antequera, R. (1993). *Actitudes de los ancianos ante la muerte*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla.

Antuña, L. (2001). *La vejez*. Italia: Torna Agli.

Bleger, J. (1963). *Psicología de la conducta*. Buenos Aires: Paidós.

Bornstein, P Clayton, P & Halikas, J (1973). The depression of widowhood after thirteen months. *British Journal of Psychiatry*, 122, 561-566.

Ferrero, G. (1998). *Envejecimiento y vejez*. Buenos Aires: Atuel.

Herrera, R. (1981). El problema de la muerte en la tercera edad desde la perspectiva psicológica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 36(4), 719-727.

Kalish, R. (1976). Death and dying an a social context. *Handbook of aging and the social sciences*. Nueva York: Van nostrand.

Koenig, H. (1988). Religious behaviors and death anxiety in later life. *The Hospice Journal*, 40(1), 3-24.

Krossoievich, M. (1998). *Psicoterapia geriátrica*. México: Fondo de Cultura Económica.

Losada, A. (2004). Las personas mayores. *Observatorio de Personas Mayores*, 1, 557-577.

Llera, F. (2008). *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. España: Elsevier Masson.

Marshall, V. (1978). *The denial concept in Canadian and American death and dying research*. Congress of Gerontology, Agosto, Tokio.

Matse, J. (1975). Reactions to death in residential homes for the aged. *Omega*, 6, 819, 21-32.

Mishara, S. & Riedel, R. (1984). *El envejecimiento*. Paris: Puf.

Roberto, K. & Stanis, P. (1994). Reactions of older women to the death their close friends. *Omega*, 29(1), 17-27.

Salvarezza, L. (1988). *Psicogeriatría, teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.

Salvarezza, L. (1998). *La vejez*. Buenos Aires: Paidós.

Strejilevich, L. (2003). *Neurogeriatría, Neurogerontología*. Barcelona: Prous Sciens.

Strejilevich, S. & Bustin, J. (2005). *El tratamiento farmacológico en psiquiatría*. Buenos Aires: Medica Panamericana.

Templer, D. & Dotson, E. (1970). Religious correlatos of death anxiety. *Psychological Reports*, 26, 895- 897.

Thomas, L. (1976). *Antropologie de la morte*. Paris: Payot.

Thomas, L. (1991). *La muerte una lectura cultural*. Buenos Aires: Paidós.

Urraca, S. (1980). *Actitudes de la muerte, preocupación, ansiedad, temor y religiosidad*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Urraca, S. (1982). Actitudes ante la muerte y religiosidad. *Informes de Psicología 1*, 3-41.

Urraca, S. (1985). Estudio evolutivo de la muerte. *JANO*, 653, 43-54.