

Universidad de Palermo
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

Las relaciones interpersonales entre residentes ancianas
institucionalizadas en un Hogar

Autor: Elisa Reina Kohen

Tutor: Dr. Ramón M. Gutmann

Fecha de entrega: 7 de Junio de 2012

Índice

| | |
|--|----|
| 1 | |
| 1. Introducción..... | 4 |
| 2 | |
| 2. Objetivos..... | 4 |
| 2.1. Objetivo General..... | 4 |
| 2.2. Objetivos Específicos..... | 4 |
| 3 | |
| 3. Marco teórico..... | 5 |
| 3.1. Conceptualización de vejez..... | 5 |
| 3.2. Teorías Gerontológicas..... | 7 |
| 3.2.1. Teoría del Desarrollo Psicosocial..... | 7 |
| 3.2.12. Teoría del Medio Social o Socioambiental..... | 17 |
| 3.2.13. Teoría de la Estratificación Social o Etárea..... | 17 |
| 3.2.2. Teoría del Desapego..... | 8 |
| 3.2.3. Teoría de la Actividad..... | 10 |
| 3.2.4. Teoría de la Continuidad..... | 12 |
| 3.2.5. Teoría de los Roles..... | 12 |
| 3.2.6. Teoría del fracaso social (Social breakdown)..... | 13 |
| 3.2.7. Teoría de la Subcultura..... | 14 |
| 3.2.8. Teoría de la Selectividad Socioemocional (SST)..... | 15 |
| 3.2.9. Selección, Optimización, Compensación (SOC)..... | 16 |
| 3.3. Las Redes y el Apoyo Social en la vejez..... | 18 |
| 3.3.1. Red Social..... | 19 |
| 3.3.2. Funciones de la red social..... | 20 |
| 3.3.3. Apoyo social..... | 22 |
| 3.4. Asilos y Residencias para Adultos Mayores..... | 23 |
| 3.4.1. La Institucionalización..... | 24 |
| 4 | |
| 4. Metodología..... | 29 |
| 4.1. Tipo de Estudio..... | 29 |
| 4.2. Muestra/Participantes..... | 29 |
| 4.3. Instrumentos..... | 29 |
| 4.4. Procedimiento..... | 29 |
| 5 | |
| 5. Desarrollo de los Objetivos Específicos..... | 30 |

| | |
|---|-----------|
| 5.1. Integración de los Objetivos Específicos (Objetivo General)..... | 34 |
| 6 | |
| 6. Conclusión..... | 36 |
| 7 | |
| 7. Referencias bibliográficas..... | 41 |
| 10. Anexo 3: | 64 |

1. Introducción

El presente trabajo surgió en el marco de la Práctica Profesional V. La misma se realizó en un centro de ancianos cuya propuesta es la asistencia integral, renovadora para los adultos mayores y sus familias.

La metodología de trabajo que se plantea en el Hogar, es de carácter interdisciplinario, con una mirada integral sobre el adulto mayor.

Durante la práctica profesional que constó de 320 horas, se realizaron entrevistas individuales a tres residentes mujeres adultas mayores, que viven en la institución desde su inauguración . De ellas, dos provenían del otro Hogar de Ancianos y la tercera ingresó al Hogar hace un año. Las tres fueron asignadas por la directora y coordinadora del Servicio Social, , junto con la psicóloga de piso.

Las residentes se encuentran en el primer y segundo piso del Hogar y los encuentros se efectuaron diariamente en el living de sus respectivos pisos o bien en su habitación. A partir de las observaciones realizadas, tanto las interacciones con otras residentes como con el personal de la institución, surgió el interés por desarrollar el tema “Las relaciones interpersonales entre residentes ancianas institucionalizadas en un Hogar.”

Esta elección temática representa un primer contacto personal con los adultos mayores. Las observaciones realizadas relativas a la dinámica de estas interacciones fueron haciéndose cada vez mas significativas y mas claras a medida que las entrevistas se sucedían y crecía la confianza entre las entrevistadas y la pasante.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

- Describir las relaciones interpersonales en residentes institucionalizadas de Hogar de Ancianos.

2.2. Objetivos Específicos

- Describir las relaciones interpersonales entre las residentes institucionalizadas y otros residentes del Hogar de Ancianos.
- Describir las relaciones interpersonales entre las residentes institucionalizadas y las enfermeras y/o personal del Hogar de Ancianos.
- Describir las relaciones interpersonales entre las residentes institucionalizadas del Hogar y la pasante de la Universidad de Palermo.

3. Marco teórico

Hacia fines del siglo XX, se han realizado entrevistas a diversos individuos a quienes se les preguntaba cuáles eran, según ellos, los mayores logros o inventos del siglo. Una gran variedad de respuestas surgían cómo: la llegada del hombre a la luna; la aparición de la televisión, primero en blanco y negro y luego en color; la sucesiva modernización y mayor confort de los automóviles o la aparición de Internet, hasta que fue vislumbrado que debía ser el impacto de haber arribado a una mayor longevidad.

De hecho, tan sólo en el transcurso de un siglo, se han agregado veinte a treinta años en la expectativa de vida. Es decir, por primera vez en la historia de la humanidad, la mayoría de los individuos nacidos en países con razonable desarrollo llegará a una vejez prolongada.

Esto se pudo lograr no solo por los progresos en el campo de la medicina sino también por otras variables de orden socio económico y cultural (Carstensen & Turk-Charles, 2007).

3.1. Conceptualización de vejez

La *vejez* es un tema complejo y muchas veces conflictivo, no solamente para el propio anciano, sino también para quienes abordan profesionalmente el trabajo con este grupo etéreo como son los médicos, los psicólogos, los asistentes sociales, las enfermeras, los docentes de talleres y los miembros de sus redes sociales, a saber hijos, colegas, etc. (Salvarezza, 2005).

Según Thomas (1992), la vejez, es un estado biológico, psicológico y social que se alcanza a cierta altura de la vida y que varía de acuerdo a la época, el lugar y el contexto social.

¿Cuándo se define a una persona como viejo? Kalish (1983) sostiene, que hay diversas maneras de definirse *viejo*;

A) En términos cronológicos, por ejemplo cuando un individuo alcanza los sesenta y cinco años, o más.

B) En términos de sus cambios físicos, al presentar mayor fragilización y vulnerabilidad.

C) En el plano de lo psicológico con la aparición manifiesta en sus cambios de comportamiento; capacidad cognitiva y mnémica.

Asimismo, se lo puede definir en términos de ideas, conceptos y relaciones con los demás. No pocas veces el viejo es considerado hostil hacia las generaciones más jóvenes, con un estilo más conservador, que opone resistencia a los cambios sociales y que se irrita fácilmente.

En términos de los roles sociales, se suele considerar viejo a un individuo al alcanzar la jubilación o el retiro, o en ciertas culturas cuando está institucionalizado en una residencia para ancianos, o alcanza el status de abuelo.

Cuando se plantean cuestiones acerca de la concepción de vejez, diversos autores difieren respecto de la misma. Entre ellos están quienes señalan que la vejez es un proceso y no un período determinado de la vida (Álvarez, 1998).

Para algunos, la vejez es un cambio irreversible y desfavorable, una declinación de las funciones vitales, que está ligado al paso del tiempo que concluye inevitablemente en la muerte (De Beauvoir, 1970).

Kalish (1983), sostiene que la vejez, si bien es natural e inevitable, es un proceso que puede ser favorable o desfavorable. Ser viejo, anciano o persona de edad, es un estado en este proceso y sucede de manera natural e inevitable como la niñez y la infancia y esta ineluctablemente vinculado a la personalidad de la persona.

La vejez como proceso implica un entrecruzamiento de factores tanto particulares como subjetivos de cada ser humano y su propia historia, y, a pesar de las características culturales, sociales, e históricas, tienen un punto común a todas las personas, que es la marca de la vejez que cada uno lleva a lo largo de toda la vida (Álvarez, 1998).

Griffa y Moreno (2005) aducen que el proceso de envejecimiento es producto de la interacción entre el estilo de vida del individuo, los agentes biológicos que generaron el debilitamiento del organismo y los componentes fisiológicos utilizados como mecanismos defensivos.

Por eso, Salvarezza (2005) propone que para poder comprender los complejos e intrincados fenómenos que se presentan en el proceso de envejecimiento y las diversas conductas que emergen de ellos y sus manifestaciones, debe tenerse en cuenta los factores biológico, psicológico, y social.

3.2. Las Teorías Gerontológicas (Gutmann, 2008)

Las teorizaciones gerontológicas, dan cuenta de la variedad de fundamentaciones existentes para explicar el envejecimiento y la vejez.

3.2.1. Teoría del Desarrollo Psicosocial

La Teoría del Desarrollo Psicosocial creada por Erikson (1968/2005), se enmarca dentro del área psicológica del envejecimiento. Esta teoría propone ocho etapas o crisis psicosociales que el individuo atraviesa desde su nacimiento hasta que se convierte en anciano. Estas fases, están determinadas por la relación del individuo en crecimiento y la realidad social.

El último estadio del desarrollo psicosocial corresponde al de la vejez. El autor la ha identificado como una etapa distinta ya que los hijos crecen y se convierten en adultos, algunos se casan y tienen hijos; es probable que enviude por el fallecimiento de alguno de los cónyuges; o sufran la muerte de algún amigo, quedando de esta manera solos, viudos y padeciendo el luto o duelo. También, pueden padecer algunas personas un deterioro físico o mental con lo cual necesite ser institucionalizada (Erikson, 1963). Por ello, es que la vejez en muchos casos es considerada como una fase en la que los roles y

las funciones sociales van desapareciendo; o las actividades sociales se reducen y en la que el individuo se va paulatinamente aislando o alejando de la sociedad.

Como afirma en sus estudios Erikson, la crisis esencial que predomina en la transición a la etapa de la vejez, es la crisis de la integridad del ego versus desesperanza. La primera es el fruto de las siete etapas vitales, y va madurando de forma progresiva en las personas que envejecen. Es la aceptación de la humanidad más que de su propio yo, el ciclo de la vida es algo que debía ser. El fracaso de ésta, la no aceptación de su vida dará como resultado al sentimiento de desesperación; esto es el sentimiento de que el tiempo es finito como para recomenzar e intentar otro tipo de vida que lleve a la integridad (Erikson, 1968/2005; Salvarezza, 1985).

Si la persona logra la aceptación de la integración y la crisis se resuelve, nace la fortaleza de la sabiduría; el aceptar que se está acercando al final de la vida y poder hacer una evaluación de la misma.

Si la desesperanza acompaña a la vejez surge el desdén, o sea, el sentir desprecio hacia uno mismo o la de los otros por la propia debilidad y esto traerá como consecuencia la amargura (Erikson, 1963).

Se considera al envejecimiento como un proceso, que si bien se inicia en el nacimiento, adquiere relevancia a partir de la mediana edad (Erikson, 1968/2005; Salvarezza, 1985).

3.2.2. Teoría del Desapego

Cummings y Henry (1961), postulan la Teoría del Desapego (Disengagement Theory) también llamada desvinculación, desarraigo, no compromiso, retraimiento o separación.

La misma postula que las personas mayores desean reducir sus actividades y sus relaciones sociales, sintiendo satisfacción cuando lo logran; y considera que a medida que se envejece, se va produciendo una disminución de las capacidades sensoriales y musculares, y a causa de las mismas, comienza a reducirse el interés por las actividades vitales y de los objetos que rodean al anciano, lo cuál produce una desvinculación de este de la sociedad. Esta disminución les permitiría no sentir frustración frente a su nueva realidad (Iacub, 2001).

Además, aparece un incremento de la preocupación por sí mismo y se sienten cada vez menos comprometidos emocionalmente con los problemas ajenos.

Es imperioso que las personas ancianas se aparten de la sociedad, debido a la declinación ineludible de sus facultades y por la proximidad inevitable de la muerte (Cummings & Henry, 1961).

De acuerdo a estos autores, este proceso de desconexión, que se produce de manera gradual, pertenece al desarrollo normal del sujeto y es buscado por el anciano debido a la disminución de sus capacidades (Salvarezza, 2005).

El desarraigo le permite al mayor redistribuir sus energías centrándose en menos objetos pero de mayor significación para él.

El desapego, es un proceso por el cual la persona va alejándose de manera gradual de sus roles y actividades que ha ocupado en la sociedad. Sus necesidades psicosociales básicas cambian de una participación activa a una contemplación más inactiva y el significado de la vida se modifica ante la proximidad de la muerte.

Este apartamiento progresivo, es el paso previo para afrontar el futuro. Por lo tanto se producen en la interacción social tres consecuencias posibles:

- Limitación en la cantidad de objetos con los que se contacta
- Menor interacción con los mismos
- Centración en el “sí mismo”

Salvarezza (2005), sostiene que para poder comprender esta teoría, se deberá tener en cuenta qué:

- El retiro es un proceso universal (puede suceder en cualquier cultura y tiempo histórico)
- Al estar basado en procesos psicobiológicos, es un proceso inevitable
- Es funcional, no está condicionado ni determinado por variable alguna.

Esta teoría ha sido objeto de numerosas críticas a partir de 1963. Varios estudiosos sostenían que una gran cantidad de personas mayores no se retiran de la sociedad, ni tampoco existe consenso social referido a que si este desarraigo o descompromiso es frecuente o si genera algún beneficio para el individuo como para la sociedad (Maddox, 1964; Hochschild, 1975).

Los autores de la teoría del desapego han argumentado que en esta etapa de la vida, las personas mayores, tienen relaciones sociales menos frecuentes y aquellos que no se alejan de la sociedad pertenecen a un grupo insatisfecho o a una elite.

Algunos autores plantean que la sociedad es la responsable del alejamiento de las personas de su vida activa (Hochschild, 1975; Mishara & Riedel, 1986). El retiro de la actividad social, no es necesariamente una elección personal del individuo sino que puede ser que la sociedad no le haya ofrecido oportunidades para mantenerse activos socialmente (Birren & Bengston, 1988).

Hochschild (1975), critica la idea de que el retiro es un fenómeno universal, inevitable e intrínseco a la edad. Ésta aduce que factores del tipo fisiológicos, la personalidad, la manera de interactuar, la situación de vida y los roles sociales son determinantes de la separación.

3.2.3. Teoría de la Actividad

Esta teoría tiene una perspectiva totalmente diferente a la Teoría del Desapego, por eso surge como contraposición propuesta originariamente por Havighurst (1963) y luego elaborada por Maddox (1973), la cuál sostiene que las personas mayores deben permanecer activas tanto tiempo como sea posible, buscando reemplazar aquellas actividades que por algún deterioro lógico de la edad, ya les sea imposible de realizar.

Ya sea por la jubilación, o por el crecimiento de los hijos, se van perdiendo los roles y se van produciendo vacíos, por ende de lo que se trata no es de desapegarlos, más bien la idea es de que puedan generar nuevos roles, más actividades, puedan desarrollar su potencial.

Havighurst (1963) afirma que cuanto más activas se mantengan las personas, mayor satisfacción sentirán en sus vidas y mejor adaptados se hallarán en su ambiente social.

Por ende, esta teoría propone que para que el viejo mantenga un sentido del yo positivo, debe reemplazar los roles sociales que ha perdido en su vejez.

También, sostiene que para que un adulto mayor pueda enfrentarse a las pérdidas asociadas a la vejez, debe preservar una moral significativa para ella, vigilar e ir aumentando su autoestima, debe darse una restitución de roles o actividades perdidas.

Señala que las necesidades sociales y psicológicas de mantenerse activos son las mismas tanto para los adultos mayores como para los que transitan la mediana edad.

Diversas investigaciones han comprobado que cuanto más actividades despliegue la persona según avancen los años, mayor va a ser su grado de satisfacción con su vida y resistirá mejor los efectos desmoralizantes de salir de los roles obligatorios que se priorizan en la vida adulta.

Envejecer positivamente requiere de los mayores mantener un nivel de actividad similar a la mediana edad o reemplazar roles o actividades.

Lemon, Bengston y Peterson (1972) han comprobado que dependiendo del tipo de actividad o rol que realice la persona mayor, ya sea del tipo formal (realizar actividades voluntarias), informal (interactuar con amigos y familiares), o del tipo solitario o independiente (leer, ver televisión o realizar algún pasatiempo) existe relación directa entre el bienestar y la actividad.

Asimismo, estos investigadores han encontrado evidencias de que la actividad en sí no tiene relación con la satisfacción vital de la persona mayor.

La ausencia de actividad está relacionada a bajos niveles de felicidad, poco sentido de suficiencia y a un ajuste inadecuado a la vida en esta etapa (Maddox, 1973).

Una de las críticas a esta teoría es, que no explica el por qué ciertas personas son felices estando pasivas y otras eligen disminuir su nivel de actividad a medida que se envejece.

Neugarten (1987), hace una distinción con respecto a las teorías del desarraigo y de la actividad, sostiene que ambas caen en el error de postularse como modelos óptimos del envejecimiento, y que al hacerlo están excluyendo ciertos aspectos no menores como, el tipo de personalidad previa, la actividad, el ejercicio de los roles sociales, la manera de lograr satisfacción, entre otras cosas. Lo que conducen a ambas teorías a centralizar el envejecimiento en un solo aspecto.

Luego de décadas de investigación sobre el tema del desapego, se sabe que el mismo no es ni natural ni inevitable, y cuando esto sucede es por la falta de oportunidades que la sociedad le brinda al adulto mayor para que pueda continuar de manera comprometida ejerciendo su rol ante la sociedad.

3.2.4. Teoría de la Continuidad

Esta teoría que se asocia a Neugarten (1964), está basada en la premisa de que los individuos a lo largo de las diferentes etapas que transita en la vida van desarrollando actitudes, metas, hábitos, valores y comportamientos que retienen en cierta manera en la vejez.

Según la misma, la edad avanzada no implicaría forzosamente un cambio drástico en la vida de las personas, sino que existiría una tendencia a mantener una continuidad, una extensión de la vida previa.

Tanto los hábitos, como los gustos y estilos personales adquiridos, se siguen manteniendo durante la vejez. El mejor pronóstico de la conducta de un individuo sigue siendo su comportamiento anterior. La pérdida de las funciones sociales o actividades se maneja mediante la consolidación y redistribución de las mismas.

Se asume que los roles sociales perdidos no necesitan ser suplidos. La experiencia de vida producirá ciertas predisposiciones relacionadas a estilos de vida y preferencias personales que la persona intentará sostener si le es posible.

3.2.5. Teoría de los Roles

Rosow (1967) como principal contribuyente de esta teoría establecía que, a lo largo de la vida, las personas desempeñan diversos roles sociales que tienen gran influencia en el autoconcepto y autoestima personal.

Debido a los cambios y avances de la tecnología y a la modernización que se somete a los adultos mayores, se ve afectado su lugar en la sociedad y se los arriesga a una pérdida de roles.

Señalaba que en muchas sociedades se alcanzaba el status a través de la ocupación y el trabajo que realizaba la persona y la vejez podría convertirse en una etapa de la vida sin roles socialmente aceptados como prestigiosos.

Esta teoría argumenta que la modificación de roles no depende únicamente de lo que la sociedad concede según la edad, sino que también está limitado por las circunstancias cambiantes en las edades del individuo.

Algunos cambios que se enfrenta el adulto mayor y que influyen en la pérdida de roles (Rosow, 1967):

- Cambios en el control de la propiedad
- Cambios en la tecnología o conocimientos estratégicos
- Cambios en la productividad (automatización)
- Cambios en los patrones de dependencia
- Cambios en los lazos de parentesco: familia extensa por nuclear

El autor señala que los objetivos que impone la sociedad impiden al mayor formar parte de la misma (ej. La jubilación compulsiva).

3.2.6. Teoría del fracaso social (Social Breakdown)

Kuypers y Bengston (1973) desarrollaron esta teoría también conocida como *Colapso o Derrumbamiento Social*. Se refiere al proceso por el cual las personas vulnerables psicológicamente, reciben mensajes negativos de su entorno social los cuales a su vez son absorbidos a la imagen propia del adulto mayor.

Estos autores señalan que esta interacción negativa explicaría los problemas del envejecer en nuestra sociedad. También argumentan que el síndrome del derrumbamiento social, podría emerger en algún momento de la vida de la persona mayor.

Se cree que este proceso comienza cuando el senescente está en una situación de vulnerabilidad causada por la pérdida de sus roles sociales y luego continúa cuando es vista y considerada como una persona dependiente de su medio externo.

Esta consideración de la persona anciana como dependiente puede provenir tanto de los profesionales de la salud, como de la familia en sí y provocaría en el individuo una mayor fragilidad por la internalización de la percepción negativa de sí mismo.

3.2.7. Teoría de la Subcultura

Rose (1965) desarrolló esta teoría y sostiene que la subcultura se generaría cuando los individuos que pertenecen a una categoría de edad particular interaccionan más entre sí que con los miembros de otras.

Este autor, considera que existe una afinidad positiva (creencias e intereses en común) que se establecen en las personas mayores de 65 años, especialmente con aquellos que se mantienen activos y saludables como para interactuar entre sí. Esta interacción está motivada, por que sienten que hay bastante discriminación étnica y prefieren vincularse con las personas de su misma generación.

Rose comprueba que cuanto más se excluya socialmente a las personas mayores, más diferenciados del resto van a estar y por ende constituirían una subcultura.

La condición material de jubilado o retirado beneficia:

- La identificación como un grupo
- Las personas mayores creen sus propias normas y valores, como parte de la subcultura
- Limita una buena integración a la sociedad en general.

La teoría ha sido objeto de críticas entre ellas las de Minkler y Estes (1991), quienes afirman que las personas de edad avanzada, no comparten una conciencia grupal participativa fuerte en ciertas actividades.

No se puede hablar de subcultura homogénea cuando un adulto mayor de 65 años fue socializado completamente en otra época que otro de 90 años.

3.2.8. *Teoría de la Selectividad Socioemocional (SST)*

En la gerontología social se ha encontrado que la interacción social disminuye a medida que se avanza con la edad (Harvey & Singleton, 1989; Lawton, Moss & Fulcomer, 1987; Lee & Markides, 1990). Este descubrimiento echaba abajo los modelos teóricos que sostenían que las pérdidas motivadas por la edad eran las causantes.

Sus explicaciones se basaban en juicios como:

- La gente vieja se deprime y por eso se retira de la vida social
- Tienen poco para ofrecer en los intercambios sociales y de esta manera se debilitan las relaciones
- Sus amigos mueren
- Están demasiado enfermos o afectados cognitivamente para mantener amistades
- Están emocionalmente disminuidos y socialmente apartados, preparándose para la muerte.

Carstensen (1992) ha elaborado la Teoría de la Selectividad Socioemocional que explica como las personas mayores consideran el tiempo que tienen por delante y fijan sus metas de acuerdo a ello, sin padecer ningún impedimento en mantener sus relaciones sociales e invierten el tiempo que les queda por delante en la gente que más le interesa.

El cambio en las redes sociales, no implica una pérdida, sino que tiene que ver con un cambio motivacional en las metas sociales. A medida que se envejece, y se toma conciencia de que el tiempo es finito, las motivaciones sociales se modifican.

Cuando el tiempo se percibe como algo abierto, se le da más importancia a las metas relacionadas con el futuro y con la información, en cambio cuando es más limitado las metas emocionales se tornan más significativas e importantes.

La autora sostiene que la cercanía emocional con sus relaciones más íntimas, como familia y amigos se hace más estrecha en los últimos años. También, aduce que prácticamente no aparecen diferencias en el número de amistades íntimas en las personas mayores como en las de mediana edad.

Se asume que la pérdida de la mayoría de las relaciones sociales es voluntaria y no debido a el fallecimiento de familiares y amigos (Lang, 2000).

Por último, las personas mayores describen sus experiencias con mayor complejidad que los más jóvenes, así como también han demostrado tener una mayor diferenciación, balance y control sobre sus emociones. (Gross et al, 1997).

3.2.9. Selección, Optimización, Compensación (SOC)

El modelo SOC de envejecimiento exitoso o positivo propuesto por Baltes y Baltes (1990) está basado en los procesos de adaptación satisfactorios a los cambios vitales.

Según este modelo, hay tres estrategias o mecanismos de regulación claves que apuntan al envejecimiento productivo de la persona mayor: *Selección, Optimización y Compensación*. Estas pueden darse de manera activa o pasiva, externa o interna, consciente o inconsciente:

1) La Selección, se refiere a elegir metas o las mejores habilidades que tiene la persona mayor y desarrollar compromisos con ellas, guiando la atención y la energía, y aportando significado y sentido a la vida (Freund & Baltes, 2000; Staudinger, 1999). Como sostienen Baltes y Baltes (1993), conservar algunas habilidades es selectivo.

2) La Optimización, implica identificar, adquirir, aplicar y perfeccionar los medios o recursos necesarios que tiene el adulto mayor para lograr las metas relevantes.

3) La Compensación, cuando surgen déficits y flaquezas se reemplaza con otras habilidades para mantener el nivel de funcionamiento dado. Los procesos centrales implican reemplazar medios e implementar otros nuevos (por ejemplo, una silla de

ruedas o un bastón para compensar una dificultad motora) o impulsando recursos internos no utilizados con anterioridad (por ejemplo, entrenar la musculatura para mantener el equilibrio) o pidiendo ayuda externa cuando la persona lo requiere.

Iacob (2002), sostiene que este modelo pretende demostrar como aumentan los resultados favorables y disminuyen los desfavorables del funcionamiento individual.

Estudios realizados por Freund y Baltes (2000), han demostrado que las personas mayores que utilizan de manera deliberada y concentrada habilidades de selección, optimización y compensación se observan aumentos en los indicadores de bienestar subjetivo.

3.2.10. Teoría del Medio Social o Socioambiental

Esta teoría entiende que los factores que provienen del medio ambiente social van a influir en el nivel de actividad en el que participe la persona mayor (Gubrium, 1973).

Hay dos contextos en los que se maneja y van a influir la persona mayor, el individual y el social. El individual engloba aspectos como la salud, la situación económica, etc. En cuanto a lo social abarca factores o normas que inciden en la actividad, considerando a la norma como resultado de una constante interacción social cambiante a la que pertenece el anciano. Ello puede llegar a desencadenar resultados favorables o desfavorables en su adaptación a la vejez.

3.2.11. Teoría de la Estratificación Social o Etárea

La teoría de la estratificación social, intenta explicar como la sociedad con su carácter dinámico y estructural, influye sobre la vejez.

La teoría de Riley (1971), se basó en estudios observacionales sobre grupos etáreaos sucesivos a lo largo del tiempo, o sea, examinó el movimiento o flujo de las cohortes de nacimiento o generaciones a través del tiempo.

Un grupo de personas que nacieron en el mismo tiempo histórico y envejecieron juntos, con características propias de género, edad, tamaño y clasificación por clase social. Personas que interactúan como miembros de una cohorte, de una generación y no como individuos únicos.

La misma acuerda en cierto punto con la Teoría de los Roles de Rosow (1967), que sostiene que a cada grupo de edad le corresponde determinado rol social, ya que a cada edad se le asigna al sujeto un determinado rol en la sociedad y al estar estratificados por clase y edad, favorece las situaciones de desigualdad.

Esta teoría supone que la desigualdad relativa del anciano en cualquier tiempo y contexto cultural e histórico va a depender de:

- Las experiencias típicas vividas que atravesó a lo largo de su vida causado fundamentalmente por los cambios mentales y físicos;
- Las experiencias del momento histórico que le tocó vivir como miembro del grupo etáreo del que forma parte.

Factores como las guerras, los fuertes cambios económicos y tecnológicos, las catástrofes, etc. moldean sus experiencias de envejecer comparado con la experiencia del grupo etáreo que le precede o le sigue.

Riley estudia, examina y señala que las cohortes más jóvenes son las que marcan o determinan la dirección del cambio intergeneracional, privilegiando así a los más jóvenes.

Se critica a esta teoría por analizar solo la edad y no tener en cuenta la importancia de la apariencia física, el tiempo en el que el anciano ha pertenecido a una posición social y el nivel de funcionamiento físico, psicológico y social que, como sostienen Hooyman y Asuman Kiyak (1994), deben ser tomados en cuenta en cualquier teoría del envejecimiento.

3.3. Las Redes y el Apoyo Social en la vejez

Las *relaciones interpersonales* y el *apoyo social*, conforman los aspectos más importantes y fundamentales para el bienestar subjetivo de los seres humanos a lo largo de todo su ciclo vital (Orley & Kuyken, 2002; Ryan & Deci, 2002). Estos autores sostienen que hay cuatro áreas básicas: a) relaciones familiares; b) relaciones sociales y de amistad; c) la participación en actividades de la comunidad; d) las relaciones personales en el entorno laboral.

En los adultos mayores, con la llegada de la jubilación, desaparece el área de las relaciones en el trabajo, mientras que se mantienen las demás áreas restantes que son modificadas de manera significativa por ésta área (estar más tiempo en su casa) (Martínez – Vizcaíno & Lozano, 1998).

Algunos teóricos de diversas disciplinas han considerado a la vejez, desde una visión negativa aunque real como una etapa de déficits. El envejecer conlleva a una mayor probabilidad de enfermar, déficits en algunas funciones psicológicas, pérdidas o disminuciones sensoriales.

Asimismo, las leyes laborales obligan al adulto mayor a retirarse de sus funciones, independientemente de las capacidades de la persona y con ello, su actividad social se modifica. Además de la falencia económica de ese grupo de edad debido a la ínfima jubilación que recibe (Fernández Ballesteros, 1991).

La autora, quién difiere de estos expertos en vejez y postula un envejecimiento competente y positivo, sostiene que el área de la afectividad es lo que más se ve afectado en las personas mayores debido al debilitamiento de sus redes sociales como la pérdida de sus seres queridos y en algunos casos quedando en completa soledad o abandonadas.

Cohen y Syme (1985) sostienen que las relaciones sociales son fundamentales para el ser humano, ya que favorecen el desarrollo psicológico y social, además de cumplir una función de protección frente a las enfermedades.

3.3.1. Red Social

El constructo *red social*, se consolida desde la óptica sistémica planteada por Bateson (1976) quién sostiene que las fronteras del individuo no se limitan solo a la piel, sino que incluye todo lo que esté relacionado con el sujeto en su interacción; su familia nuclear o extensa, sus amistades, relaciones de estudio, de trabajo, etc. (Sluzki, 1996).

Este autor plantea que la red social personal es la suma de todas las relaciones significativas que percibe un sujeto y están diferenciadas del resto de la sociedad. Esta red en forma de mapa contiene a todas las personas con las que interactúa de mayor a menor grado y contribuye fundamentalmente a su propio reconocimiento como individuo y a su imagen de sí:

- Familia
- Amigos
- Compañeros de estudio o laborales
- Relaciones comunitarias (centro de jubilados, iglesia, etc.).

La red se puede evaluar en función de:

- Sus características estructurales (tamaño o número de relaciones, frecuencia de contacto, proximidad física, densidad, composición o distribución, dispersión, homogeneidad o heterogeneidad, atributos de vínculos específicos y tipo de funciones).
- Las funciones de los vínculos (compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos, regulación social, ayuda material y de servicios y acceso a nuevos contactos).
- Atributos del vínculo (funciones prevaletes, multidimensionalidad, reciprocidad, intensidad o compromiso de la relación, frecuencia de los contactos y la historia de la relación).

3.3.2. Funciones de la Red Social

El tipo de intercambio interpersonal que prevalece entre los individuos que conforman la red determina las funciones de los vínculos:

- *Compañía social*: Efectuar actividades en conjunto o estar el uno con el otro compartiendo la rutina cotidiana.
- *Apoyo emocional*: Intercambios que refieren una actitud emocional positiva, empatía, comprensión, estímulo, simpatía, apoyo; poder contar emocionalmente

con el otro, confianza e intimidad. Este tipo de relación se da en las relaciones y amistades cercanas e íntimas.

- *Guía cognitiva y consejos*: Son las interacciones cuyo objetivo es compartir información social y/o personal, determinar expectativas, y suministrar modelos de rol.
- *Regulación o control social*: Tiene que ver con las normas sociales de interacción que recuerdan y reafirman las responsabilidades y funciones, y a la vez, permite la neutralización de la violencia y de las frustraciones. La regulación social llevaría a la resolución de conflictos.
- *Ayuda material y de servicios*: Se refiere a la ayuda y a la cooperación específica de uno o varios profesionales, especialmente de la salud.
- *Acceso a nuevos contactos*: Alude a la posibilidad de contactar otras personas o generar nuevas redes sociales que hasta ese momento no formaban parte de su círculo.

Al analizar la red social en la etapa de la vejez, Sluzki (1996) sostiene que se pueden observar tres factores cuyos efectos:

- Contraen la red social del anciano, o sea sus vínculos se reducen por muerte, migración o debilitamiento de los miembros.
- Disminución progresiva de las motivaciones y oportunidades para renovar la red social.
- La declinación de la energía necesaria para mantener los vínculos activos, disminuye la posibilidad de conservar la red social.

La Red Social, alude a la estructura de las relaciones, en cambio el Apoyo Social, está relacionado con las funciones específicas de dichas redes. Vincularse socialmente,

fortalece los recursos de apoyo en la persona, por lo que la falta de integración, es considerada incompatible con el bienestar (Hernandis, 2005).

3.3.3. *Apoyo social*

Caplan (1974), definió el *Apoyo social*, como los lazos entre los individuos y entre los individuos y grupos que permiten, promover el dominio emocional, dar consejos y brindar feedback sobre el desempeño y la propia identidad.

El apoyo social es definido por Lopata (1973) como la relación que gira en el dar y el recibir asistencia (emocional o material), la cual es tomada como muy significativa para preservar la integridad física, social y psíquica del receptor de la ayuda.

Kahn y Antonucci (1980) definen al apoyo social como transacciones interpersonales que implican asistencia, afecto y afirmación.

El apoyo social se lo puede entender como un interjuego de elementos claves como el sentimiento de afecto, la afirmación y la ayuda que favorecen a las relaciones interpersonales. Los individuos que no cuentan con estos elementos, son aquellos que están más predispuestos o vulnerables a alguna forma de trastorno mental, físico y social (Shanas, 1979b; Thoits, 1982; Zarit, Pearlin & Schaie, 1993).

Si bien la vejez es una etapa de la vida en la que se caracteriza por las pérdidas tanto a nivel personal como social esto genera una disminución en el tamaño de la red social, y por lo tanto se produciría una importante merma en la actividad social; sin embargo, se ha demostrado que el apoyo social no necesariamente se reduce, esto tiraría abajo la imagen clásica del viejo como un individuo inactivo, dependiente, desasistido, aislado, etc. (Aiken, 2001; Gracia, 1997; Gracia, Herrero & Musitu, 2002; Salzinger, 1993). Por el contrario, se ha encontrado que un alto porcentaje de adultos mayores continúan vinculándose con sus familiares de los que reciben y/o proporcionan apoyo (Instituto Nacional de Servicios Sociales [INSERSO], 1982,1990; Hanson & Sauer, 1985; Sundström, 1994).

Diversos estudios realizados, coinciden en que los hijos son los principales receptores y proveedores de apoyo emocional (confianza, orientación, compañía, etc.) y material (realización de los quehaceres de la casa, ayuda económica, etc.) (Sussman, 1976).

Trabajos realizados por Antonucci y Jackson (1990), afirman que el apoyo de la familia es muy importante durante los momentos de crisis del anciano, principalmente durante el curso de la enfermedad crónica.

Asimismo, vincularse e interactuar con amistades puede servir de herramienta para que el individuo se integre en la comunidad, dándole un sentido de pertenencia y evitando de este modo situaciones y sentimientos de aislamiento (Birren, 1996; Crohan & Antonucci, 1989; Gracia & Herrero, 2004).

Es muy importante para el senescente interactuar y mantener relaciones afectivas con otras personas ya sea de manera íntima o distante puesto que fortalece y refuerza las relaciones sociales y ayuda a la integración social del individuo que sostiene su autonomía personal. Conservar este tipo de relaciones es fundamental para mantener la evaluación y calidad de su vida que muchas veces le proporcionarían alivio en situaciones críticas (Sanchez Salgado, 2005; Antonucci & Jackson, 1990).

Los apoyos sociales actúan como sostenedores de los efectos perjudiciales de la enfermedad. Tener un sistema de apoyo sólido y seguro produce en la persona una más rápida recuperación de la enfermedad que la de aquellos que no lo tienen.

Para Caplan (1974), los sistemas de apoyo actúan como defensa de las enfermedades y ayudan a que el individuo se reconozca como único, a la vez que le enseña a comprender que es un sujeto con ciertas necesidades especiales y que otras personas que pertenecen al sistema de apoyo pueden ayudarlos con asistencia física, ayuda material, compartir actividades, interacción íntima que permite la expresión de sentimientos o preocupaciones y la participación social que le va a permitir a la persona interactuar con otros con el fin de pasar momentos agradables como, divertirse, relajarse y entretenerse.

3.4. Asilos y Residencias para Adultos Mayores

El *Asilo* se lo define como un establecimiento benéfico en el que se amparaba y brindaba atención paliativa a las personas de edad avanzada que se encontraban desprovistas del apoyo familiar, económico, habitacional y que por su salud o edad estaban marginados o excluidos socialmente. Años más tarde su denominación fue reemplazada por el de *Hogar* (Somma, 1993; Instituto de Migraciones y Servicios Sociales [IMSERSO], 2000).

Se lo diferencia de las *Residencias* ya que estas forman parte de una red de servicios comunitarios que brindan al adulto mayor contención para preservar o reestablecer las relaciones con el medio del cuál procede. Asimismo, se sigue manteniendo la condición de ofrecer asistencia como instituciones de servicio público que tienen las Residencias (IMSERSO, 2000).

Barenys (1991) sostiene que en las Residencias de adultos mayores conviven un grupo de personas que provienen de diversos lugares y orígenes, cada uno cargando con su historia de vida, sus ideas, costumbres, gustos y deseos a los que es difícil a veces ubicar y que tienen contacto físico de manera resignada, y que se intenta conformen una “familia”, olvidando los condicionamientos de su pasado, el vacío que le genera la situación actual y el derrumbamiento de un proyecto futuro.

3.4.1. La Institucionalización

Antes de hablar de institucionalización, se deberían diferenciar los conceptos de *Institución*, *Institucionalización* y *Ancianos Institucionalizados*.

Fernández (1995) sostiene que una Institución es un centro destinado a servir de lugar de residencia a personas adultas mayores; la Institucionalización refiere al hecho de vivir en este centro y los Ancianos Institucionalizados son las personas que residen en él.

La institucionalización del viejo, constituye un verdadero switch point en el quehacer gerontológico. Pasar de su hábitat conocido y querido (como su propio hogar) al ámbito de una institución genera grandes implicaciones tanto psicológicas como sociales, como el proyecto de vida del anciano que se comenzaría a modificar a partir de su ingreso (Lew, 1993).

Las personas mayores de 65 años cuentan con dos alternativas una es seguir viviendo en su propia casa y la otra es mudarse a una Residencia (Fernández Ballesteros & Zamarrón, 2005).

La mudanza en si ya supone un nuevo desafío que implica adaptarse a su nuevo hogar y que pueden llegar a afectar la vulnerabilidad del anciano con riesgo de hasta precipitar la muerte.

Lehr (1988), plantea que existen dos tipos de cambio de la vivienda en las personas mayores. Uno es mudarse dentro de la misma comunidad o sea, cambiar la unidad residencial a casa de familiares, a una vivienda más pequeña o más económica o a otro barrio. Este tipo de cambio generalmente es voluntario y a pesar de que requiere una adaptación, no genera daño alguno; y el otro tipo de cambio es ir a vivir a una institución. En estos casos las personas dejan de tener un estilo de vida independiente y en muchos casos esta decisión es involuntaria.

Si bien algunos tienen la posibilidad o la libertad de elegir, a otros, no les queda otra opción que ser llevados a una residencia para ancianos, ya sea por que tienen una o más afecciones o enfermedades crónicas y discapacitantes, o por la falta de contención psicológica, económica o social (Lew, 1993; Matusevich, 1998).

Se han realizado estudios referentes a sistemas de apoyo y se ha comprobado que la presencia o ausencia de seres significativos en la vida de las personas determinan su ingreso en las instituciones (Horowitz, 1985; Sanchez, 1994).

También se ha demostrado en estudios realizados en Estados Unidos respecto a llevar a una persona a una institución en contra de su voluntad y cuando ésta está mentalmente alerta, que puede generar efectos perjudiciales en la misma (Brody, 1977).

La persona percibe la institucionalización como una medida deshumanizante que somete al viejo a la autoridad de un desconocido no deseada por él. Estar institucionalizado para muchos ancianos es perder la privacidad, la independencia y el contacto con el afuera.

Estar institucionalizado, puede generar en el anciano actitudes negativas, además si no se lo prepara previamente o si se realiza de manera contraria a su voluntad puede llevar a provocar una pérdida de la orientación temporal o espacial (Lehr, 1988).

Nallim (1993) sostiene que las causas para la institucionalización pueden estar relacionadas con:

- *Causas físicas o médicas:* Accidentes cerebro-vasculares, Parkinson, artrosis graves, secuelas de fracturas, trastornos visuales y auditivos, diabetes. Estas causas representan el 75% de las institucionalizaciones (Matusevich, 1998).

- *Causas psicológicas*: Miedo a morir en completo desamparo, sensación de representar un estorbo para los demás, déficits cognitivos como las demencias, trastornos psicóticos, trastornos afectivos, neurosis y trastornos de la personalidad.
- *Causas de tipo socio cultural*: Abandono familiar, familias incontinentes, problemas en la convivencia, de índole habitacional, no hay espacios en la casa familiar para el senescente, falta de seguridad social o la falta de cobertura médica domiciliaria.

Aquí es donde la familia toma la decisión de buscar un hogar para internar al anciano.

Nallim (1993), además agrega que muchas veces es el propio anciano el que busca o toma la decisión de ir a una residencia y esto podría deberse a diversos motivos:

- *A nivel psicológico*: El viejo busca seguridad, seguridad ante la concientización de fallas en la memoria (Firevicius, 1993), estabilidad para aliviar su soledad, estar acompañado con personas de su misma edad. Recibir atención y apoyo.
- *A nivel físico*: Demanda de ayuda, concientización por las caídas, déficits físicos, que implican requerimientos de atención personalizada.
- *A nivel habitacional*: La persona mayor vive en condiciones habitacionales inadecuadas, falta de vivienda propia.
- *A nivel económico*: Problemas por los ingresos insuficientes que no le permite sostenerse para vivir sólo o alquilar su propio espacio. Imposibilidad del viejo de poder pagarse una ayuda de personal que lo asista en su domicilio.
- *A nivel familiar o social*: La imposibilidad de vivir con sus propios hijos debido a los problemas de convivencia.

Esto puede llegar a desencadenar problemas de índole psicológica, ya que si bien la persona tomó la decisión de internarse, la pérdida más importante y que le generaría crisis es el estar alejado de su núcleo familiar.

En el caso del viejo institucionalizado contra su voluntad, las consecuencias psicológicas y físicas se traducen en crisis de desadaptación, hostilidad, actividades negativistas, trastornos físicos como la pérdida de peso, negarse a comer, a asearse, conductas depresivas, agresividad, etc.

Antonuccio (1993), clasifica diferentes tipos de institucionalizaciones:

- La internación domiciliaria (el paciente es cuidado por su propia familia);
- Hospitales de agudos (en salas específicas de geriatría se atienden a pacientes con crisis agudas);
- Centros y hospitales de día y las instituciones de larga estadía en donde generalmente al paciente en su situación irreversible se lo interna casi de por vida.

Lo que se procura es que la persona sea institucionalizada como último recurso, tratando de prolongar el cuidado del viejo la mayor cantidad de tiempo posible en su ambiente social, en su hogar, intentando mantenerlo integrado con su familia y esto va a depender del nivel de máxima autonomía o de máxima dependencia de la persona mayor (IMSERSO, 2000).

Para Salvarezza (1993), la decisión de internar o no al anciano va a depender de las circunstancias, y a veces no hay otra opción que realizarlo. El costo que implica para la familia que interviene en esta decisión, es muy grande.

Este tipo de situaciones, generan un desequilibrio en el funcionamiento cotidiano de la familia debido a que el adulto mayor comienza a depender y a necesitar de atención y de cuidados especiales, como la rehabilitación o la higienización, lo cuál comienza a ser una carga o una molestia.

Esto puede llegar a producir una situación ambivalente en los familiares, por un lado proteger al viejo y por el otro, no poder integrarlo a una sociedad que lo excluye (Nallim, 1993).

Existe una especie de aceptación general de que la recuperación tiene que llevarse a cabo en una institución que les facilitaría las cosas en relación al reestablecimiento de sus funciones (Matusevich, 1998).

Firevicius (1993), plantea que la vida institucional es una problemática compleja y conflictiva y que se debería tomar desde distintos abordajes multidisciplinares. Es importante trabajar la revalorización interna y la integración social de la persona anciana internada como así también la incentivación para la realización de actividades y la motivación.

Siguiendo a Firevicius (1993), es importante que el anciano conozca sus limitaciones y a la vez sus capacidades, entre ellas la capacidad de decisión (el día de baño, con quién compartir mesa, participar o no de las actividades colectivas).

Si bien la mayoría de la población anciana puede desenvolverse de manera adecuada en el día a día, pudiendo realizar sus actividades habituales por si mismos (bañarse, viajar, etc.), la dependencia, tiene una mayor relevancia e impacto social, ya que se ha extendido la expectativa de vida y las personas viven más años (Montorio Cerrato & Losada Baltar, 2005).

De acuerdo con Rodríguez y Monserrat (2002), en investigaciones realizadas, las principales causas de la dependencia son: padecer problemas de salud crónicos, roturas de cadera y las demencias. Los aspectos psicológicos como la autoestima, la autoeficacia o los estados depresivos y el entorno físico y social de la persona también puede contribuir a mantener la situación de dependencia (Montorio Cerrato & Losada Baltar, 2005).

Por último, Salvarezza (1993) plantea dejar de usar al geriátrico como depósito y buscar el aspecto de la rehabilitación dentro de las instituciones. Está demostrado que las internaciones breves con fines de rehabilitación, son generalmente la antesala de la internación definitiva, ya que el viejo comienza a perder la habilidad de poder vivir y desenvolverse dentro de su propio hogar y ambiente social (Matusevich, 1998).

4. Metodología

4.1. Tipo de Estudio

El tipo de estudio que se realizó es Descriptivo.

4.2. Muestra/Participantes

Se trabajó con tres residentes adultas mayores de un Hogar, quienes fueron asignadas por la coordinadora y directora del Servicio Social del Hogar junto con la psicóloga de piso.

S de 78 años, M de 82 años y J de 88 años respectivamente que viven en el 1er y 2do piso de la institución.

S y J se encuentran en el 1er piso y M reside en el 2do piso

4.3. Instrumentos

Entrevista semiestructurada: El propósito de la misma fue indagar y obtener información acerca del modo de relacionarse e interactuar de cada una de las residentes del Hogar con otros residentes, acompañantes terapéuticos, terapeutas ocupacionales, enfermeras, psiquiatra, médicos y la pasante a través de los relatos de las mismas. Se diseñó una entrevista para tal fin .

Observación: Se observó el modo que tienen de relacionarse y de interactuar con otros residentes, acompañantes terapéuticos, terapeutas ocupacionales, psiquiatra, médicos y enfermeras a través del comportamiento para con los otros. Se observó la conducta cotidiana que utilizan los profesionales en el trato directo con las residentes .

4.4. Procedimiento

Se trabajó con tres ancianas residentes del Hogar, con quienes se acordaron una serie de encuentros individuales de cuatro veces por semana con una duración de 50 minutos aproximadamente dependiendo de las necesidades de cada una.

Se realizaron entrevistas y observaciones individuales a las residentes. Se observó la conducta cotidiana y reiterada que se utiliza en el trato directo con las residentes.

Durante las entrevistas y observaciones, se trabajó en áreas de interrelación e interacción:

- Como se relacionaban y qué trato tenían con otros residentes
- Como se relacionaban y qué trato tenían con los acompañantes terapéuticos, terapeutas ocupacionales, psiquiatra, médicos y enfermeras
- Como se relacionaban e interactuaban con la pasante
- Se observó la manera que tienen de dirigirse hacia los demás (si son demandantes, exigentes, gritan, etc.)
- Se observó la manera que tienen de recibir a la pasante y de despedirse
- Se observó si se generaba algún tipo de vínculos con otros residentes.

Cabe señalar que, la información recogida de las entrevistas fue variando de acuerdo al momento que estaban atravesando las mismas, pero que seguían teniendo una cierta coherencia respecto a lo que pensaban y sentían.

Los criterios utilizados para analizar las relaciones interpersonales, están fundamentados por las Teorías Gerontológicas y la Fundamentación Teórica de Sluzki.

5. Desarrollo de los Objetivos Específicos

Con el objetivo de describir las relaciones interpersonales e interaccionales entre las residentes ancianas institucionalizadas del Hogar , se recabó información a través de una serie de encuentros pautados que se realizaron con cada una de las ancianas. Se las invitó a que hablen de su vida y de su estancia en el Hogar, de su condición de residente, de la percepción de sus relaciones con los otros, de sus necesidades y sensaciones sobre el trato, la higiene, alimentación, cuidados profesionales y sus sensaciones de pertenencia al Hogar.

Erikson (1963), sostiene que la vejez puede identificarse como una etapa distinta y última en el desarrollo del ciclo vital. En esta etapa de la vejez ya los hijos son adultos, están casados y tienen sus propios hijos; también han enviudado o nunca se han casado y han quedado al cuidado de algún familiar.

Algunos ancianos, pueden padecer algún tipo de deterioro mental o físico, por lo que pueden llegar a requerir la institucionalización. En el caso de M, luego de enviudar, y la imposibilidad de ser atendida por su hija y de valerse por sí misma, debido a la amputación de ambas piernas, tuvo la necesidad de ser llevada primeramente al Hogar .

Si bien S vivía sola y trabajaba y tenía sus propios ingresos económicos, los cambios constantes del estado de ánimo junto a varios intentos de suicidio, requirieron de la intervención y decisión del psiquiatra y de sus sobrinos, de internarla de manera involuntaria en un Hogar de ancianos.

En el caso de J, la pérdida de su marido deterioró su salud. Aumentaron los niveles de azúcar en la sangre, sufrió varias caídas por su artrosis. A causa de ello necesitó movilizarse en silla de ruedas. Por no poder quedarse ni valerse por sí misma y debido a la merma en sus ingresos, los hijos decidieron llevarla en contra de su propia voluntad al Hogar.

Debido a la relocalización (cambio de vivienda) la persona ingresante a un Hogar de ancianos, señala Sánchez Salgado (2005) que al institucionalizar a la persona, ésta deja de tener un estilo de vida independiente y muchas veces esta decisión es involuntaria, como se observan en estos casos.

Con relación a como se sienten en el Hogar, puede inferirse de los relatos de S y de J, que transmiten malestar e insatisfacción con la vida que llevan cotidianamente. En cambio en M, si bien coincide en las sensaciones de malestar e insatisfacción, también denota asimismo indiferencia y resignación.

Asimismo, se puede observar en las ancianas desesperanza y niveles de desprecio hacia los demás residentes, con lo que siguiendo la teoría de Erikson (1963) esto llevaría a la amargura a las mismas, apartándose de los otros y de las actividades sociales y sumergiéndose en quejas y reclamos hacia los demás.

Se pueden encontrar coincidencias respecto al desarraigo forzoso que experimentaron, la separación y pérdida de sus objetos con los que se mantenían en contacto, la disminución de la interacción con el afuera y el aumento de la centración por sí mismas, sin embargo, si bien existen discrepancias, aparece cierta preocupación por lo que les pasa a sus compañeras de habitación.

Para Cummings y Henry (1961), el desapego, es una situación normal, buscada por el viejo. En el caso de las tres residentes, esto no es así. La familia no puede hacerse

cargo de cuidarlas y contenerlas; por la pérdida de su condición de autoválidas necesitan ayuda, con lo cuál recurren a la institucionalización lo cual genera un desarraigo de su propio medio.

En tanto S manifiesta haber tenido una vida social muy activa, el hecho de permanecer soltera y sin hijos, para Matusevich (1998) es una condición poco deseable, ya que al ir asomándose al final de la vida viviendo en un Hogar de ancianos, es considerado como la consecuencia de una vida mal llevada. Por lo tanto, si bien recibe (con poca frecuencia) la visita de algún familiar o amiga, la soledad es un factor significativo que le genera un aumento de la dependencia y un disconformismo hacia los profesionales y el Hogar.

Se observa en las tres residentes la manifestación de un estado de ánimo negativo, algunos signos depresivos, hostilidad y la pérdida de la orientación en tiempo y espacio, especialmente en M como consecuencia de estar institucionalizada tanto tiempo. Como sostiene Lehr (1998), la institucionalización puede generar en la persona mayor actitudes negativas, y puede llevar a provocar una pérdida de la orientación temporal espacial.

Para finalizar, también se puede observar la falta de interés de generar interacción alguna con otros residentes, catalogándolos de enfermos, dementes o viejos aburridos.

Respecto a la interacción entre las ancianas y los profesionales del Hogar , se han realizado observaciones acerca de cómo se relacionaban y que trato tenían con los profesionales, como así también la manera que tienen estos de vincularse con las residentes (Anexos 2 y 3).

Las relaciones sociales son una fuente proveedora de ayuda y apoyo a las personas mayores. Se puede observar que las tres ancianas encuentran en las acompañantes terapéuticas y en las terapeutas ocupacionales mayor contención y apoyo a diferencia de los médicos, enfermeras y la psiquiatra que se limitan a atenderlas cuando tienen tiempo o el día del chequeo.

De las tres residentes, S, es la más afectada, por lo que busca llamar la atención de los profesionales de cualquier manera, para recibir afecto y cubrir ese vacío que le genera la soledad y el sentimiento de abandono por parte de su familia y de su entorno.

También se puede observar y analizar a través de sus relatos cierta ambivalencia, (sentimientos de amor y odio) hacia los profesionales, especialmente hacia la médico de

piso y la Psiquiatra. Esto está directamente relacionado con el estado de conformidad o disconformidad en el que se encuentre la anciana. S se siente descuidada por la psiquiatra y esto le genera una sensación de desamparo e inseguridad.

Havighurst (1963), sostiene que si las personas mayores que se mantienen activas, más satisfechos se sienten en la vida, y su autoestima aumentará y más adaptados se encontrarían en su ambiente social. Para que el mismo tenga un sentido del yo positivo debería reemplazar partes de los roles sociales perdidos. Lamentablemente esto no se ha observado en las tres ancianas, ya que al estar institucionalizadas y al ser dependientes de otros, las conllevaría a aislarse y a perder el interés en actividades que realizaban anteriormente.

Si bien se encuentran viviendo en el Hogar, la institución busca integrarlas socialmente mediante la realización de actividades, sin embargo, se observa una disminución importante en la red social de las mismas y esto las torna más vulnerables tanto física como psicológicamente. La falta o ausencia de actividades recreativas, produce la inactividad en las residentes ancianas, quienes solo se limitan a estar en una actitud expectante mientras transcurre su vida (Somma, 1993).

. Por momentos se la puede observar con cierto interés por participar de las actividades e interactuar con otras residentes, pero al estar limitada en su movilidad y por el miedo a sentirse abandonada u olvidada “en algún lugar del Hogar”, tiende a aislarse y quedarse en su piso, sumida en una actitud de desesperanza y tristeza.

En cuanto a su relación con los profesionales, J trata de pasar desapercibida ante los médicos y enfermeras. Tienen una mala relación con la enfermera de la mañana, ya que por la diabetes la médica le ha prohibido comer dulces. Por ello durante el desayuno se genera tensión y discusiones con la enfermera y con el servicio de mesa por el control de los alimentos que ingiere.

Se puede observar en la médica del primer piso y en la psiquiatra actitudes de evitación hacia S ya que constantemente demanda atención por cualquier motivo, ya sea por un malestar, insatisfacción o quejas. Lo que remite a Antonuccio (1993), respecto a la conducta de alejamiento o de rechazo, donde el profesional evitaba todo contacto con el paciente y cuando este lo requería, lo atendían de manera rápida y superficial.

A su vez M, a diferencia de J y S, tiene buena relación con todos los profesionales de su piso, especialmente con un médico, quién es muy afectuoso con ella y atiende a

todas sus necesidades. También tiene una buena relación con las terapistas ocupacionales y con la acompañante terapéutica. La anciana no es demandante y acepta su situación con resignación.

En conclusión, se puede observar que las tres ancianas coinciden en la dependencia hacia el personal de la institución, debido a la inmovilización de M y J y al estado de ánimo depresivo de S. Desde los cuidados personales (cuidados relacionados con la alimentación, el vestido, la higiene), los cuidados médicos, de enfermería y la rehabilitación; traslados y desplazamientos (Firevicius, 1993).

Con el objetivo de describir la interacción entre las tres residentes y la pasante, se puede inferir que la misma fue recibida y aceptada con entusiasmo por S y J y con alguna reticencia por M.

La relación con las residentes se basó en el respeto y buen trato mutuo, respetando los tiempos, entendiendo y escuchando las necesidades de cada una, logrando un buen vínculo y rapport, como asimismo una comunicación efectiva. El propósito de la intervención tenía por finalidad que las mismas mejoren en su interacción con su ambiente social en el Hogar.

La pasante brindó herramientas para contenerlas y motivarlas a realizar actividades, acompañando a J al coro, ayudándola a quedarse sola, a perder su miedo a ser abandonada, y poder manejarse por sus propios medios dentro del Hogar.

Con relación a S se trabajó la aceptación, tener pensamientos positivos, un mayor control de su impulsividad, mejorar el trato con los otros y participar en ciertas actividades; en M, debido a su apatía, se trabajó al principio desde lo lúdico (juego de cartas, dados y crucigramas) logrando una buena comunicación empática y culminando con diálogos prolongados.

Con ello y siguiendo a Sluzky (1996) respecto a las funciones de los vínculos que conforman la red social, la pasante brindó compañía social (acompañando a las ancianas a las actividades), apoyo emocional (empatía, comprensión, entendiendo su situación emocional), guía cognitiva y consejos, (trabajando con S el buen trato hacia los demás) y ayudando a las residentes a aumentar su red vinculándose entre ellas y con otros residentes.

5.1. Integración de los Objetivos Específicos (Objetivo General)

Con el fin de describir las relaciones interpersonales en las residentes institucionalizadas del Hogar de Ancianos (objetivo general), se realiza un análisis de los tres objetivos específicos.

A partir de las descripciones y relatos obtenidos y de las observaciones realizadas a las tres ancianas que viven en el Hogar, se puede concluir que las mismas fueron institucionalizadas de manera involuntaria y como sostiene Nallim (1993), pueden ser por causas físicas o médicas, como en el caso de M (diabética, tiene problemas auditivos y amputadas ambas piernas); J (diabética, artrosis y cataratas); y causas psicológicas en el caso de S (varios intentos de suicidio, bipolaridad, problemas de cadera) y por razones socio económicas. En los tres casos cuentan con familias escasamente contenedoras.

Respecto a como se sienten en el Hogar, M demuestra cierta indiferencia a la vez que resignación por la vida que lleva, S y J transmiten malestar, insatisfacción y desesperanza, con lo cuál aparece el resentimiento y el desánimo para realizar actividades, como así también pueden tener conductas hostiles, depresivas y transmitir agresividad hacia otros residentes o profesionales, como se observa en S y poco menos en J.

Según Neugarten (1964) habría una continuidad a medida que la persona transita las diferentes etapas de la vida y no existirían grandes cambios en los hábitos, gustos y estilos personales durante la vejez, con lo que se podría decir que no sucede así en las ancianas institucionalizadas, ya que el encierro las lleva a la despersonalización, a la pérdida de valores y a no tener proyectos u objetivos en la vida.

Respecto a las relaciones interpersonales, se ha observado que las ancianas mantienen buena relación con algunos residentes aunque no mantienen relación de amistad estable,

Al estar viviendo en el Hogar durante tanto tiempo, las ancianas han sufrido la pérdida de sus roles sociales y esta va a afectar en el autoconcepto y en el autoestima Rosow (1967), asimismo, se va a observar lo que Kuypers y Bengston (1973) llamaron fracaso social por la situación de vulnerabilidad psicológica y dependencia de su medio (cuidadores, enfermeras y médicos) en la que se encuentran J, S y M.

Por último, y a partir de las descripciones y observaciones de la pasante se puede concluir que se trabajó con las residentes en un clima de empatía, logrando una buena alianza e interacción comunicacional.

De todo ello, puede señalarse que tanto S como J lograron movilizarse con relativa autosuficiencia e independencia y buscan interactuar con otras residentes e integrarse en las actividades que les generen satisfacción, también, se observa en S una disminución de su agresividad. Asimismo persiste en sus reclamos de atención por parte de la psiquiatra y la médica. M, a su vez no busca tanto el intercambio ni una mejor integración social.

Se debe tener en cuenta que si bien se han observado cambios en las ancianas, especialmente en J y S, es solo un recorte de la información que se recogieron durante las entrevistas ya que estas fueron variando a lo largo del tiempo, pero han mantenido cierta coherencia respecto de lo que pensaban y sentían.

6. Conclusión

El presente trabajo ha pretendido realizar una descripción de las relaciones interpersonales en residentes ancianas institucionalizadas en un Hogar.

Haber participado de estas entrevistas en el Hogar, ha permitido a la pasante trabajar de manera interdisciplinaria en ámbitos tanto a nivel comunitario como social; de este modo se pudo observar el funcionamiento del mismo a la vez que poder interactuar y trabajar con tres residentes ancianas. Y es con ellas y a través de sus relatos que se ha observado como se comportaban en su vida cotidiana y como era el trato de o hacia los profesionales.

Lo significativo del presente trabajo ha sido poder interactuar con adultos mayores, escuchar y observar como se relacionan en su ambiente cotidiano. De allí se puede concluir que si bien la institución cuenta con recursos para que la persona pueda disfrutar de sus últimos años brindándole una mejor calidad de vida, contención y apoyo, a veces, no alcanza a llenar el vacío que deja el desarraigo o el desapego de sus afectos y de los objetos que las rodeaban en el pasado.

La institución ofrece al adulto mayor una gran variedad de actividades sociales, rehabilitativas, recreativas, y talleres (computación, canto, danza, teatro, cocina, etc.) pero está en el residente el deseo de participar.

Cabe destacarse que las ancianas con las cuales se trabajó habían ingresado al Hogar con deterioros psíquicos y/o físicos que requerían de la institucionalización para una mejor atención, contención y cuidado, con lo cual como sostienen (Lew,1993; Matusevich, 1998) al ser separadas de su ambiente conocido y querido de manera no voluntaria y al estar institucionalizadas, desencadenaría serias implicaciones tanto psicológicas como sociales que afectan y modifican su proyecto de vida como es el estar alejadas de sus afectos.

Como proyecto futuro se podría considerar en trabajar con ancianas con problemas similares que voluntariamente decidieron la autointernación, para observar si las consecuencias son las mismas o si podría llegar a encontrar diferencias.

Se ha visto en diversos estudios realizados, que la familia es la principal proveedora de apoyo emocional y material (Sussman, 1976; Antonucci & Jackson, 1990) en el caso de las residentes con las que se trabajó provenían de familias incontinentes.

Como ya hemos visto, las redes sociales de las ancianas institucionalizadas, (Sluzki, 1996); están conformadas por las enfermeras, acompañantes terapéuticos, terapeutas ocupacionales y cuidadores. Todos cumplen (en menor o mayor medida) la función de compañía y apoyo emocional, consejos, control social, ayuda y servicios. Asimismo esta función la cumplen los profesionales a cargo del Servicio Social, en este caso los asistentes sociales y los psicólogos.

Es habitual observar en el Hogar, especialmente en el primer y segundo piso, problemas en la convivencia, a nivel vincular e interaccional, conflictos en temas de nutrición, por ejemplo.

Se observa un alto grado de dependencia (minusvalidez, demencia, etc.), disconformidad y resentimientos. También se ha observado que la pérdida de autonomía desmotiva a las ancianas a la realización de actividades, aunque lo cierto es que al participar de algún juego o actividad no impuesto o la visita de familiares, amigos, voluntarios y la pasante, generarían bienestar en las mismas como se ha comprobado en investigaciones anteriormente mencionadas por (Lemon, Bengston & Peterson, 1972;

Havighurst, 1963) que sostienen que existiría relación directa entre el bienestar y la actividad.

El Hogar está considerado como una gran residencia que alberga a más de 250 adultos mayores, el objetivo del mismo es conformar una “gran familia”, aunque como sostiene Barenys (1991) se intenta generar una convivencia impuesta y a veces no deseada por los ancianos.

Asimismo cabe destacar que se encuentran desbordados para atender a las necesidades de los ancianos por la falta de personal. De ahí surgen conflictos, quejas e insatisfacciones de las ancianas hacia los profesionales y se establece una dependencia tanto física como emocional. Aquí surge la pregunta si la insatisfacción y la queja son por la falta de personal o debido a sus propias carencias de afecto a nivel vincular, o por ambas razones.

La anciana institucionalizada va perdiendo su independencia, los valores y ciertos hábitos van desapareciendo. Hay una tendencia a la resignación y a la apatía. El rol social en la institución se pierde o se modifica. Es interesante observar que sucede con el anciano institucionalizado, como se vincula e interactúa; como sus roles y valores cambian.

Si la teoría de la actividad (Havighurst, 1963; Maddox, 1973) vincula la actividad social con la satisfacción, el rol del anciano inserto en la sociedad es diferente al del anciano dentro de un geriátrico; se observa una devaluación de ese rol, por el abandono del papel que cumplía en la comunidad. Lo que daría como resultado bajos niveles de felicidad y poco sentido de suficiencia (Maddox, 1973).

Las ancianas se encuentran dentro de una comunidad de mayores, y al estar institucionalizadas, están excluidas socialmente por lo tanto conforman como sostiene Rose (1965) una subcultura, con sus nuevas afinidades, intereses y necesidades.

Se suele sostener que a medida que la persona envejece, sus relaciones interpersonales se reducen, Esto se ha visto claramente en el Hogar, especialmente con la muestra con la que se trabajó. Las ancianas solo reciben visitas esporádicas de algún familiar y las amistades se fueron diluyendo con el tiempo (Harvey & Singleton, 1989; Lawton, Moss & Fulcomer, 1987; Lee & Markides, 1990).

Carstensen (1992) en su teoría de la selectividad socioemocional sostiene que las personas mayores son altamente selectivas en sus relaciones. Sin embargo, si bien se

puede observar cierta predisposición y motivación por parte de las ancianas de entablar alguna nueva amistad, estas son abortadas al darse cuenta de las limitaciones psíquicas o físicas de sus compañeros (ACV, Alzheimer, Delirium, etc.), y esto da como resultado el aislamiento y el resentimiento.

En otro orden de cosas, es importante destacar que una de las dificultades que surgieron al momento de realizar este trabajo se originó al observar la gran cantidad de teorías que hablan sobre el estudio del adulto mayor no institucionalizado, apuntando a un envejecimiento competente y positivo y la mas escasa bibliografía acerca de las relaciones interpersonales en ancianos institucionalizados.

También se ha encontrado material acerca de evaluaciones de Residencias que sería deseable aplicar con mayor asiduidad a la Institución.

En el transcurso de esta pasantía, han reestructurado al Hogar, redistribuido y mudado de habitación a las ancianas en tres oportunidades esto ha generado en las mismas, malestar, angustia, resentimiento, problemas de readaptación y desorientación temporal y espacial. Al ser personas con escasos recursos, comparten la habitación sin posibilidad de elección y afinidad con otros que tienen problemas de salud severos como (ACV, Alzheimer, problemas en el habla, etc.).

Esta reestructuración ha producido en las ancianas estados de mucho nerviosismo con lo cuál ha dificultado por momentos la realización de las entrevistas. Por eso como sugerencia posible sería tomarles a los residentes o familiares un “Cuestionario de Satisfacción del Residente y/o familiares de escasos recursos” y de esta manera evitar las angustias y malestares de los mismos y brindarles la posibilidad de elección.

El rol del psicólogo en este ámbito geriátrico, se encuentra poco valorado, no es muy claro el papel que juega y en muchos casos es reemplazado por counselors, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y acompañantes terapéuticos. Por eso, siguiendo a Antonuccio (1998) sería conveniente la incorporación de psicólogos en el Hogar, que cumplan una función clara de tratar los problemas emocionales en la vejez, trastornos de conducta (ansiedad, agresividad, depresión, negativismo, etc.) observados en las tres ancianas.

7. Referencias bibliográficas

- Aiken, L. R. (2001). *Aging and later life: Growing old in modern society*. Springfield III: Charles C. Thomas.
- Alvarez, M. del P. (1998). El concepto de vejez. En G. A. Ferrero (Comp.), *Envejecimiento y vejez nuevos aportes* (pp. 15-16). Buenos Aires: Atuel.
- Antónucci, T. & Jackson, J. (1990). Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: Una perspectiva del transcurso de la vida. En L. L. Carstensen & B. A. Edelstein (Eds.), *Gerontología clínica: Intervención psicológica y social* (pp. 129-148). Barcelona: Martínez Roca.
- Antonuccio, O. N. (1993). Patologías más frecuentes en las instituciones y su manejo. En Asociación Gerontológica de Buenos Aires, Cuadernos de Gerontología. *Seminario: La institucionalización y sus costos* (pp. 47-50). Buenos Aires: AGEBA.
- Antonuccio, O. N. (1998). Enfoque terapéutico en psicogeriatría. En G. A. Ferrero (Comp.), *Envejecimiento y vejez nuevos aportes* (pp. 221-230). Buenos Aires: Atuel.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes & M. M. Baltes (comps.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Barenys, M. P. (1991). *Residencias de ancianos: análisis sociológico*. Barcelona: Fundación Caixa de Pensions.
- Bateson, G. (1976). *Mind and nature*. New York: Dutton.
- Birren, J. E. & Bengston, V. L. (1988). *Emergent theories of aging*. New York: Springer Publishing Company.
- Birren, J. E. (1996). *Handbook of the psychology of aging*. London: Academic Press.
- Brody, E. (1977). *Long-Term care for older people*. New York: Human Sciences Press.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publications.
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7, 331-338.
- Carstensen, L. L. & Turk-Charles, S. (2007). El envejecimiento humano: ¿Por qué incluso las buenas noticias se toman como malas? En L. Aspinwall & U.

- Staudinger (Eds.), *Psicología del Potencial Humano*, 6, (111-123). Buenos Aires: Gedisa.
- Cohen, C. & Syme, J. (1985). Social network, stress, adaptation and health. *Research on aging*, 7, 409-431.
- Crohan, S. E. & Antonucci, T. C. (1989). Friends as a source of a social support in old age. En R. G. Adams & R. Blieszner (Eds.), *Older adult friendship: Structure and process*. London: Sage.
- Cummings, E. & Henry, W. E. (1961). *Growing Old: The Process of Disengagement*. New York : Basic Books Inc.
- De Beauvoir, S. (1970). *La vejez*. Buenos Aires : Sudamericana.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*, (segunda edición). New York: Norton.
- Erikson, E. H. (2005). Factores psicológicos en el envejecimiento. En L. Salvarezza, *Psicogeriatría: Teoría y clínica*, (segunda edición) (pp.59-60). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1968).
- Ey, H.; Bernard, P. & Brisset, Ch. (1969). *Tratado de psiquiatría*. Madrid : Toray-Mason.
- Fernández, R. (1995). *Sistema de evaluación de Residencias de Ancianos SERA*. Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Fernández Ballesteros, R. (1991). Hacia una vejez competente: un desafío a la ciencia y a la sociedad. En M. Carretero, J. Palacios & A. Marchesi (Eds.), *Psicología Evolutiva III, Adolescencia, Madurez y Senectud*, 7, (pp. 239-240). Madrid: Alianza Psicológica.
- Fernández Ballesteros, R. & Zamarrón M. D. (2005). Vivir en una residencia: Algunas expectativas. En L. Salvarezza (comp.), *La vejez: una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Firevicius, H. (1993). Problemática de la Vida Institucional. En Asociación Gerontológica de Buenos Aires, Cuadernos de Gerontología. *Seminario: La institucionalización y sus costos* (pp.97-99). Buenos Aires: AGEBA.
- Freund, A. M. & Baltes, P.B. (2000). The orchestration of selection, optimization, and compensation : An action-theoretical conceptualization of a theory of development regulation. En W.J. Perrig & A. Grob (comps.), *Control of human behavior, mental processes and consciousness* (pp. 35-58). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.

- Gracia, E., Herrero, J. & Musitu, G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis.
- Gracia, E. & Herrero, J. (2004). Determinants of social integration in the community: An exploratory analysis of personal, interpersonal and situational variables. *Journal of community and Applied Social Psychology*, 14, 1-15.
- Griffa, M. C. & Moreno, J. E. (2005). Teorías acerca del proceso de envejecimiento. En *Claves para una Psicología del Desarrollo: Adolescencia- Aduldez- Vejez*, (primera edición) (Vol.2) Buenos Aires: Lugar.
- Gross, J. J., Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Tsai, J., Skorpen, K. & Hsu, A. Y. C. (1997). Emotion and aging: Experience, expression, and control. *Psychology and Aging*, 12, 590-599.
- Gubrium, J. F. (1973). *The myth of the golden years: a socio-environmental theory of aging*. Springfield III: Charles S. Thomas.
- Gutmann, R. M. (2008). Las Teorías Gerontológicas. Power Point de la cátedra de *Psicología Evolutiva II* de la Universidad de Palermo.
- Hanson, S. M. & Sauer, W. J. (1985). Children and their elderly parents. En W. J. Sauer & R. T. Coward (Eds.), *Social support and the care of the elderly: Theory, research and practice*. New York: Springer.
- Harvey, A. S. & Singleton, J. F. (1989). Canadian activity patterns across the life span: A time budget perspective. *Canadian Journal of aging*, 8, 268-285.
- Havighurst, R. (1963). Successful Aging. En R. William, C. Tibbitts & W. Donahue (Eds.), *Processes of Aging*, 1, New York: Atherton Press.
- Hochschild, A. (1975). Disengagement theory: A critique and proposal. *American Sociological Review*, 40 (5), 553-569.
- Hooyman, N. R. & Asuman Kiyak, H. (1994). *Social Gerontology: A Multidisciplinary Perspective*. Boston: Allyn y Bacon.
- Horowitz, A. (1985). Sons and daughters as caregivers to older parents: Differences in role performance and consequences. *The Gerontologist*, 25 (4), 612-617.
- Iacub, R. (2001). *Proyectar la vida: El desafío de los mayores*. Buenos Aires: Manantial.
- Iacub, R. (2002). La post-gerontología : Hacia un renovado estudio de la gerontología. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34.

- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (2000). *Personas Mayores y Residencias: Un modelo prospectivo para evaluar las residencias, Tomo 1*. Madrid: IMSERSO.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales (1982). *La investigación social sobre la tercera edad: análisis de la situación actual 1982*. Madrid: IMSERSO.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales (1990). *La tercera edad en España: Necesidades y demandas*. Madrid: IMSERSO.
- Kahn, R. L. & Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles and social support. En P. B. Baltes & O. G. Brim (Eds.), *Lifespan development and behavior*, 3, (pp. 253-286).
- Kalish, R.A. (1983). *La vejez: Perspectivas sobre el desarrollo humano*. Madrid: Pirámide.
- Kuypers, J. & Bengston, V. (1973). Social breakdown and competence. A model of normal aging. *Human development*, 16 (3), 181-201.
- Lang, F. R. (2000). Endings and continuity at social relationships: Maximizing intrinsic benefits within personal network when feeling near to death. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17, 155-182.
- Lawton, M. P., Moss, M. & Fulcomer, M. (1987). Objective and subjective uses of time by older people. *International Journal of aging and Human Development*, 29, 171-188.
- Lee, D. J. & Markides, K. S. (1990). Activity and morality among aged persons over an eight-year period. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 45, 39-42.
- Lemon, B.; Bengston, V. & Peterson, J. (1972). An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *Journal of Gerontology*, 27(6), 511-523.
- Lerh, U. (1988). *Psicología de la senectud: proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona: Herder.
- Lew, N. (1993). La Decisión de Internar. En Asociación Gerontológica de Buenos Aires. Cuadernos de Gerontología. *Seminario: La institucionalización y sus costos* (pp.14-17). Buenos Aires: AGEBA.
- Lopata, H. Z. (1973). *Widowhood in an American city*. Cambridge: Schenkman Publishing Company.
- Maddox, G. (1964). Disengagement theory: A critical evaluation. *The Gerontologist*, 4 (1), 80-82.

- Maddox, G. (1973). Themes and issues in sociological theories of human aging. *Human development*, 13, 17-27.
- Martínez – Vizcaino, V. & Lozano, A. (1998). *Calidad de vida en ancianos*. Cuenca: Universidad de Castilla – La Mancha.
- Matusevich, D. (1998). Envejecimiento e institucionalización geriátrica. En G. A. Ferrero (Comp.), *Envejecimiento y vejez nuevos aportes* (pp. 119-121). Buenos Aires: Atuel.
- Minkler, M. & Estes, C. (1991). *Critical perspectives on aging: The political and moral economy of growing old*. New York: Baywood.
- Mishara, B.L. & Riedel, R.G. (1986). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Morata
- Montorio Cerrato, I. & Losada Baltar, A. (2005). Provisión de cuidados y apoyo social informal: una visión psicosocial de la dependencia. En S. Pinazo Hernandis & M. Sanchez Martinez (Dir.), *Gerontología. Actualización, Innovación y Propuestas* (pp.491-493). Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Nallim, F. (1993). La Decisión de Internar. En Asociación Gerontológica de Buenos Aires. Cuadernos de Gerontología. *Seminario: La institucionalización y sus costos* (pp.23-26). Buenos Aires: AGEBA.
- Neugarten, B. L. (1964). *Personality in middle and late life: empirical studies*. New York: Atherton Press.
- Neugarten, B. L. (1987). The Kansas City studies. En G. Maddox (Comp.), *The Encyclopedia of Aging*. New York: Springer Publishing Co.
- Orley, J. & Kuyken, W. (1994). *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Pinazo Hernandis, S. (2005). El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores. En S. Pinazo Hernandis & M. Sanchez Martinez (Dir.), *Gerontología. Actualización, Innovación y Propuestas* (pp.221-250). Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Riley, M. (1971). Social gerontology and the age stratification of society. *The Gerontologist*. 11 (1), 79-87.
- Rodriguez, G. y Monserrat, J. (2002). *Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia*. Madrid: IMSERSO
- Rose, A. (1965). *Older people and their social world*. Philadelphia: F. A. David.
- Rosow, I. (1967). *Social Integration of the Aged*. London: Free Press.

- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2002). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well – being. *Annual Review Psychology*, 52, 141-166.
- Salzinger, S. (1993). The role of social networks in adaptation throughout the life cycle. En M. S. Gibbs, J. R. Lachenmeyer & J. Sigal (Eds.), *Community psychology and mental health*. New York: Gardner Press.
- Salvarezza, L. (1985). El concepto de narcisismo en la vejez y su conexión con las depresiones, trabajo inédito presentado ante el jurado para proveer el cargo de profesor titular de la cátedra *Tercera edad y vejez* en la Facultad de Psicología, UBA.
- Salvarezza, L. (1993). Patologías más frecuentes en las instituciones y su manejo. En Asociación Gerontológica de Buenos Aires. Cuadernos de Gerontología. *Seminario: La institucionalización y sus costos* (pp.50-53). Buenos Aires: AGEBA.
- Salvarezza, L. (2005). *Psicogeriatría: Teoría y clínica*, (segunda edición). Buenos Aires: Paidós.
- Sánchez, C. D. (1994). The informal support system of the Hispanic elderly. En M. Sotomayor (Ed.), *In triple jeopardy: Aged Hispanic women: Insights and experiences*. Washington D.C.: National Hispanic Council on Aging.
- Sánchez Salgado, C. D. (2005). *Gerontología Social*. Buenos Aires: Espacio.
- Shanas, E. (1979b). The family as a social support system in old age. *The Gerontologist*, 19 (2), 169-174.
- Sluzki, C. (1996). *La terapia de red, frontera de la práctica sistémica*. Buenos Aires: Paidós.
- Somma, N. (1993). Los múltiples rostros de las instituciones de larga estadía para ancianos. En Asociación Gerontológica de Buenos Aires. Cuadernos de Gerontología. *Seminario: La institucionalización y sus costos* (pp.75-77). Buenos Aires: AGEBA.
- Staudinger, U. M. (1999). Social cognition and a psychological approach to an art of life. En F. Blanchard-Fields & T. Hess (comps.), *Social cognition, adult development and aging* (pp. 343-375). New York: Academic Press.
- Sundstrôm, G. (1994). Care by families: An overview of trends. En OCDE (Social Policy Studies N° 14), *Caring for frail elderly people: New directions in care*. Paris: OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico).

- Sussman, M. (1976). The family life of older people. En R. H. Bintock & E. Shanas (Eds.), *Handbook of Aging and Social Sciences* (pp. 53-60). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Thoits, P. A. (1982). Life stress, social support, and psychological vulnerability: Epidemiological considerations. *Journal of Community Psychology*, 10, 341-362.
- Thomas, L. V. (1992). *La cuestión del envejecimiento: perspectivas psicoanalíticas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Zarit, S. H.; Pearlin, L. I. & Schaie, K. W. (1993). *Caregiving systems: Informal and formal helpers*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

