



Universidad de la República
Facultad de Psicología
Trabajo Final de Grado

Una mirada sobre el transcurrir de la vejez en residenciales: el impacto de la pandemia y los aspectos afectivos que se juegan en el proceso.

Estudiante: Leticia Buelmo, 3.641.986-9

Tutora: Adriana Rovira

Revisora: María Carbajal

Montevideo, junio 2022

Resumen	2
Introducción	3
Capítulo I: Transitando la vejez	
1.1 Envejecimiento, una fase del desarrollo.....	4
1.2 El envejecer como un proceso.....	6
1.3 Concepciones sobre la vejez.....	7
1.4 Datos en nuestro país.....	10
Capítulo II: Necesidad de cuidados en la vejez	
2.1 El rol de la familia ante el cuidado.....	11
2.2 El cuidado en crisis.....	13
2.3 Cuando se necesita de un cuidado permanente.....	14
Capítulo III: La vida en un residencial	
3.1 Residenciales o instituciones de cuidado a largo plazo.....	16
3.2 Residenciales y la irrupción de la Pandemia.....	22
3.3 Cómo pueden impactar las carencias afectivas y de contacto en este contexto.....	27
Reflexiones finales	32
Referencias bibliográficas	34

Resumen

Esta monografía está enmarcada en el trabajo final de grado de la Licenciatura de Psicología de la Universidad de la República

Como punto de partida, haré un breve recorrido por diferentes términos, conceptos y preconcepciones de lo que implica envejecer. A lo largo de la historia, la percepción sobre la vejez ha sufrido diferentes transformaciones, exigiendo cambios de posturas frente a una población marcadamente envejecida. Las configuraciones familiares han ido cambiando, y el rol de cuidado que históricamente recaía sobre la mujer, pasó a ser tarea de las instituciones. Estos cambios socioculturales, han ido desencadenando en que una proporción cada vez mayor de la población de personas mayores, deban transitar sus días en residenciales o instituciones de cuidado a largo plazo, alejados de sus lugares de pertenencia (hogares, barrio, etc.). Lo que a su vez determina cierto grado de desvinculación y de distanciamiento de sus afectos, con las repercusiones que esto conlleva a nivel tanto físico como emocional.

A partir de marzo del 2020, ante la irrupción de la pandemia, todas estas realidades se han visto incrementadas, fomentando y acentuando el aislamiento que esta población ya venía padeciendo. Debido a las medidas de aislamiento instauradas por el Ministerio de Salud Pública, la pérdida de contacto y distanciamiento social pasaron a ser de carácter obligatorio, con lo que esto implica desde el punto de vista afectivo, para la persona que se encuentra en estado de vulnerabilidad.

Palabras clave: envejecimiento, cuidado, residenciales, pandemia, afectividad.

“Para que la vejez no sea una parodia ridícula de nuestra existencia anterior no hay más que una solución: seguir persiguiendo fines que den un sentido a nuestra vida”

S. de Beauvoir

Introducción

El presente trabajo, surge a partir del interés que me ha guiado desde el comienzo mismo de mi formación, el tema del envejecimiento. Intentando comprender cómo se ven afectadas las vidas de estas personas al tener que habitar dentro de residenciales. Cómo impacta, desde el punto de vista de lo emocional y afectivo, el llegar a necesitar y depender de otros para su cuidado, lo que los lleva en algunos casos a institucionalizarse.

Haré un breve recorrido sobre la teoría del curso de vida, el proceso de envejecimiento, las concepciones negativas que se tienen sobre el mismo y como se ha ido dando un cambio de paradigma, que pone el foco en el envejecimiento desde una perspectiva más positiva.

Al mismo tiempo, veremos cómo se ha ido desdibujando el rol de la familia ante el cuidado hacia la persona mayor y cómo ha variado a lo largo de la historia, provocando la llamada “crisis del cuidado”. Cambiando las circunstancias y los actores encargados de proveer estos cuidados, afectando directamente la vida de las personas mayores.

Así, en última instancia, llega el momento en el que es necesario decidir el ingreso de la persona a un residencial, ante la imposibilidad de la familia de ser quienes provean estos cuidados y las ausencias por parte del Estado a la hora de compartir estas responsabilidades. Con todo lo que ello implica en el desarrollo biopsicosocial de la persona mayor y las pérdidas afectivas que se van dando en el proceso, situación que sin dudas se ha visto agravada dentro del contexto de pandemia.

Dado que la irrupción del Covid-19 en nuestro país, ha presentado un gran desafío en todos los ámbitos de la vida, hemos tenido que adaptarnos y rearmarnos para en principio luchar y luego aprender a convivir, con una amenaza que hasta ahora nos era desconocida. Dejando de ser el aislamiento una decisión en muchos casos personal, dependiendo de los intereses de cada persona mayor; para transformarse en una obligatoriedad para toda la población, pero fundamentalmente para ésta franja etaria. Exigiendo a los residenciales un despliegue de herramientas y estrategias, además de una infraestructura adecuada, para afrontar la situación.

Capítulo I

Transitando la vejez

1.1 Envejecimiento, una fase del desarrollo

Generalmente se considera que el proceso de envejecimiento está determinado por la edad cronológica, cuando en realidad como todo proceso del ciclo vital es influido por múltiples factores. Esto lleva a que no nos encontremos con “una vejez”, sino con diferentes tipos de “vejeces”, hay tantas formas de envejecer como personas, que no se relacionan únicamente con la edad, sino que también dependen del estilo de vida, el entorno (familiar, profesional, clase social, género, etc.) y las elecciones que se han ido realizado hasta ese momento. Claramente, en este proceso influyen además los factores ambientales, así como también el contexto sociocultural al que cada persona pertenece y fundamentalmente a las relaciones de clase y de género.

Así en la década del 70 surge la teoría del curso de vida, que analiza las diferentes etapas en la vida de las personas. Aunque en latinoamérica, los primeros indicios se verán recién alrededor de los años 90, nutriéndose de varias disciplinas tales como: la demografía, psicología, sociología, biología, etc.

Entendiendo que “El eje (...) del enfoque del curso de vida es analizar cómo los eventos históricos y los cambios económicos, demográficos, sociales y culturales moldean o configuran tanto las vidas individuales como los agregados poblacionales denominados cohortes o generaciones.” (Blanco, 2011, p. 6) Dando cuenta de cómo los diferentes eventos que van sucediendo en la vida de las personas, tanto a nivel individual como social dentro de un contexto, determinan cómo llegamos a envejecer.

En nuestro país en el año 2016 se aprueba la Ley N° 19430, en el artículo 2 define el envejecimiento como un “Proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio.” Coincidiendo esta definición, con la visión a la que apunta la teoría.

Esta teoría del curso de vida, nos ayuda a entender cómo el pasado y el presente van configurando nuestro futuro a lo largo de los diferentes momentos vitales y cómo estos procesos contribuyen en nuestro estado general desde una perspectiva más integral. Las personas, no deberíamos estar tan preocupadas y enfocadas en cómo el paso del tiempo nos va haciendo cada vez más viejos, sino en cómo vamos pasando ese tiempo.

La definición de la OMS y la OPS, pone énfasis en cómo la forma en la que transcurre este proceso del curso de vida, tiene repercusiones sobre nuestra salud:

El enfoque del curso de vida se entiende como la relación dinámica de las exposiciones previas a lo largo de la vida con los resultados de salud posteriores y los mecanismos por los cuales las influencias positivas o negativas dan forma a la trayectoria humana y al desarrollo social, lo que tiene un impacto en los resultados de salud de la persona y la población. (OMS/OPS, s.f.)

Este enfoque, nos permite visibilizar el proceso de envejecimiento de una forma más abarcativa, dado que nos encontramos con que a lo largo del tiempo, los estudios que se han realizado sobre el tema, han sido enfocados en una visión biomédica del mismo, dejando de lado tanto lo psicológico, como lo social; que también se ve afectado e influye en el desarrollo de las personas como parte del proceso.

Afortunadamente las visiones y posturas sobre la vejez han ido cambiando, en un momento se representaba a las personas mayores desde una pluralidad, como una persona carente de autonomía en sus decisiones, ubicado en un lugar de fragilidad y dependencia. El nuevo paradigma, enfocado en los derechos humanos de todas las personas, cambia la forma en la que se abordaba el envejecimiento, alejándose de la visión de la vejez desde un punto de vista deficitario. Considerando a la persona mayor como un sujeto de derechos, un sujeto de deseo, capaz de tomar sus propias decisiones; en muchos casos sin necesidad de cuidados y si así fuera respetando su autonomía e independencia, tanto como sea posible.

A este respecto, el 15 de junio del año 2015 se aprobó en la Organización de Estados Americanos (OEA) la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores:

Resaltando que la persona mayor tiene los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas, y que estos derechos, incluido el de no verse sometida a discriminación fundada en la edad ni a ningún tipo de violencia, dimanar de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano; (...) Reconociendo que la persona, a medida que envejece, debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económica, social, cultural y política de sus sociedades... (OEA, A. G., 2017, p. 65)

La Convención marcó un antes y un después, reafirmando a las personas mayores como sujetos de derechos, exigiendo una mayor participación por parte del Estado.

Siguiendo los planteos de Huenchuan en defensa de éstos derechos:

Hace falta crear canales institucionales de participación en los asuntos que afectan a las personas de edad y superar las dificultades de acceso a la información pública, puesto que solo con el involucramiento de los propios afectados la construcción y la protección de los derechos serán reales y efectivas. (Huenchuan, 2013,p. 142)

El autor rescata, que ha sido de suma importancia el surgimiento de organizaciones de personas mayores que han salido en defensa de sus propios derechos, como es el caso de REDAM en nuestro país.

1.2 El envejecer como un proceso

La etapa del envejecimiento, ha tenido diversos cambios a través de las diferentes épocas y culturas, las visiones sobre éste proceso han ido variando y transformándose a lo largo de la historia, lo que no quiere decir que estas transformaciones sean siempre positivas y hayan marcado una evolución. Podemos ver que a lo largo de la historia las personas mayores para determinadas culturas, eran y aún continúan siendo considerados sabios, capaces de transmitir sus conocimientos a las generaciones venideras, por lo tanto eran venerados y ocupaban un lugar de prestigio dentro de su población; mientras que para otras, la vejez era vista como una enfermedad y sinónimo de debilidad y decrepitud, realidad con la que tristemente aún hoy nos seguimos encontrando.

Para complejizar aún más estas cuestiones, más adelante en el tiempo, nos encontramos con un cambio cultural que comienza a sobrevalorar la belleza y juventud por sobre todo, dándole prioridad a la apariencia física y estética. Llevando a una desvalorización del proceso de envejecimiento, pasando incluso a ser socialmente mal visto verse viejo.

Por tanto, no es de extrañar, que el envejecimiento a pesar de ser un proceso ineludible del ciclo vital, sea un tema al que se ha dado poca relevancia a lo largo del tiempo. Ya sea, a la hora de implementar políticas públicas y políticas sociales, así como al destinar presupuestos para cubrir sus necesidades, las personas mayores han quedado desplazados muchas veces al último lugar en las agendas gubernamentales.

En las últimas décadas, ha habido un cambio debido al paulatino aumento en la esperanza de vida de las personas a nivel mundial y más específicamente en Uruguay que es considerada una de las poblaciones más envejecidas, según datos demográficos, la más envejecida de latinoamérica. Por tanto, a través de diferentes organismos y organizaciones se ha puesto sobre el tapete el envejecimiento como un problema que necesita atención y

contención, teniendo en cuenta que las cifras de personas mayores están en constante crecimiento y en igual proporción las necesidades a cubrir para garantizar una vida plena y una vejez digna para esta población.

Siendo necesario deconstruir la percepción negativa que existe sobre el proceso de envejecer, fundada en una serie de estereotipos y mitos que se tienen sobre esta etapa, muchas veces por falta de información y por concepciones que se han ido transmitiendo a lo largo de la historia, de generación en generación, que le dan una connotación negativa al hecho de ser viejo; con una visión prejuiciosa del proceso. Entendiendo, según la definición de la Real Academia Española (RAE) que el prejuicio es la acción y el efecto de juzgar, agregando que es una opinión previa y tenaz, por lo general desfavorable, de algo que se conoce mal.

A este respecto, Salvarezza afirma que "...los viejos en nuestra sociedad son discriminados por su edad. Esto se llama viejismo y corresponde definirlo simplemente como el prejuicio y la discriminación consecuente que se lleva a cabo contra los viejos". (Salvarezza, 1991, p. 50)

Abandonar los prejuicios ya instalados sobre el envejecimiento, es un ejercicio que cada uno de nosotros debe realizar en el día a día, para desmitificar y desarticular esas lógicas instaladas culturalmente.

Desde hace unas décadas para rebatir estas concepciones surge una visión que apunta hacia un envejecimiento saludable. Para ello se intenta abordar el tema desde el ámbito de la Salud, apuntando a la prevención y promoción, que abarca no solo lo que respecta a la salud física y psicológica, sino a lograr un estilo de vida acorde que también incluye los aspectos sociales, en lo que hace a la mejora en la calidad de vida de la persona mayor. Para ello, se hace hincapié en fomentar un estilo de vida más activo, partiendo de la buena alimentación y la actividad física, como también buscar el bienestar a nivel psicosocial. Propiciando además que la persona mayor sea partícipe en la toma de decisiones en lo que concierne a su propia salud. Esto plantea un reto para las políticas públicas, en la búsqueda de medios y herramientas que les permitan alcanzar estos objetivos, que propicien las condiciones adecuadas para afrontar las necesidades de esta población.

1.3 Concepciones sobre la vejez

En principio, debemos alejarnos del estereotipo del viejo que en general se ha tenido durante largo tiempo. Si pedimos a un niño y hasta a un adolescente que nos haga una descripción o ilustre a una persona vieja, seguramente será alguien con el cabello blanco, la piel arrugada, ropa desgastada por el tiempo, con una postura encorvada y un bastón; sentado en una mecedora o caminando a un paso muy lento. Hablando de malos modos y hasta con el ceño fruncido y con mal talante, un “abuelito/a gruñón/a”. Esta es la imagen impuesta y transmitida a través de generaciones, no solo socialmente, sino también a través de los medios audiovisuales (películas, dibujos animados, etc.)

Una imagen de vejez, que es sinónimo de enfermedad, de deterioro, decrepitud. Describiéndolos a partir de calificativos como: viejo loco, alunado, terco, malhumorado. Concibiéndolos como sedentarios, asexuados, solitarios, rutinarios, aislados, sin interés ni capacidad para aprender cosas nuevas y totalmente dependientes y faltos de proyectos. Una visión sumamente deficitaria de la vejez.

Aunque en las últimas décadas, el tema del envejecimiento ha adquirido una mayor relevancia notándose un incremento en el número de elaboraciones teóricas al respecto, todavía sigue corriendo con cierta desventaja, si lo comparamos con la cantidad de páginas y espacios que se dedican desde los medios de comunicación, a teorizar sobre otras etapas del desarrollo de las personas.

La vejez es una construcción social, por tanto comenzamos a asumir que estamos envejeciendo, desde el momento en que los otros que son parte de nuestro entorno, nos reconocen como viejos. “El sentimiento abstracto de envejecer nace, por tanto, de la mirada del otro.(...) son secuencias al mismo tiempo sociales e individuales las que lo reformulan a nuestra conciencia: aniversarios, una separación, ver crecer a los hijos, (...) etc.” (Le Breton, 1990, p.149)

El hecho de envejecer, implica la elaboración de un duelo signado de un número significativo de pérdidas, tales como la juventud, pérdidas afectivas, actividad laboral, salud, independencia, autonomía; así como pueden verse disminuidas las relaciones familiares y sociales. Esto trae consigo, la necesidad de realizar un proceso de adaptación a los cambios que generalmente se vive como algo doloroso, llevando a la persona mayor a la búsqueda de nuevos roles dentro de la familia y de la sociedad. Provocando que se autoperciban y a su vez sean vistos incluso por parte de la sociedad, como personas improductivas. Quedando ubicados, dentro de algunos contextos familiares y sociales como una carga, afectando su autoestima.

Estas cuestiones, llevan a que se tenga una connotación negativa sobre esta etapa de la vida. Esta concepción que se tiene sobre la vejez, se debe en parte a que es construida socialmente como algo homogéneo obviando la singularidad de cada sujeto. Además de la existencia de prejuicios en torno a ella, siempre relacionados con el deterioro físico y la pérdida de funciones. Pero el envejecimiento no es una enfermedad, por eso se debe hacer énfasis en que no es un proceso homogéneo, los síntomas que van apareciendo pueden ser si producto de una determinada enfermedad, pero no son propios de la vejez. Ocurre que lógicamente, en esta etapa el riesgo de enfermar es mayor, debido al desgaste propio del organismo.

Todos nosotros en el transcurso de nuestras vidas, vamos interiorizando estas visiones negativas sobre el proceso de envejecer, por tanto no es de sorprender que incluso las propias personas mayores desde sus discursos, intenten mantenerse a distancia de esta idea de lo que es ser viejo, quien no ha oído a alguna persona mayor decir: "...viejos son los trapos...". Llegando incluso a que al toparse con otras personas de su generación que les devuelven esa imagen negativa de la vejez, prefieran distanciarse, considerando que aún no forman parte de ese grupo.

Esta autopercepción negativa que la persona mayor tiene sobre la vejez, sin dudas se ve influenciada por las construcciones sociales existentes sobre el proceso, puede llegar a afectar su autoestima e influenciar la forma en la que asume incluso su autocuidado, pudiendo llegar a afectar su salud física y psicológica. Llevándolos en muchos casos, a ocupar ese "rol", a actuar y vivir en función de cierta "normalidad" esperable a esa edad, según los estereotipos establecidos.

En las sociedades actuales, en las que nos encontramos inmersos en el consumo, sumado a la explosión de los avances tecnológicos, que ya son algo cotidiano y necesitamos de cierta adaptación, muchas personas mayores van quedando rezagadas. Para estas sociedades consumistas, lo desgastado, lo viejo; va perdiendo valor, es material de descarte y esto se ha comenzado a aplicar a la vida de las personas. Esto ocurre en la actualidad con nuestros viejos, sumado al hecho de que ya no son consideradas personas activos para la sociedad, al haber terminado su etapa productiva dentro del ámbito laboral.

Si nos detenemos a pensar, toda etapa del ciclo vital tiene pérdidas y ganancias, así como también renunciadas, rupturas. Se necesita de una adaptación al entorno, a la rutina; cambios en los hábitos, en las formas de relacionarse. Nos exige dar lugar a lo novedoso, a dejarnos sorprender. La diferencia con la vejez es que en muchos casos es como si se cerrara toda perspectiva a futuro. Pasamos nuestras vidas deseando que llegue el momento de jubilarnos, oímos frases como: "...estoy deseando jubilarme para no hacer nada...";

“...cuando me jubile me voy a sentar a mirar la tele todo el día...”; incluso en esos pensamientos, pareciera que ya luego de jubilarnos laboralmente, lo hiciéramos también como personas insertas en una sociedad, con capacidad de decisión, participación e injerencia en la realidad que nos rodea. Por tanto, cuando la jubilación se materializa, a muchas de estas personas mayores, les lleva a reforzar esa autopercepción negativa y esa imagen de improductividad que tienen de sí mismas.

Como en otros escenarios de la vida, creo que la clave está en el acceso a la información, en reforzar los programas de prevención y promoción en salud, para que ya no estén tan centrados en lo que hace a la salud desde el aspecto biomédico. Dándole la misma relevancia al aspecto psicosocial de la misma, intentando educar a las propias personas mayores en cuanto a estrategias para su autocuidado no solo físico sino también intelectual. Reforzando el hecho de que son personas con derechos, que deben ser oídos y respetados, para así lograr alcanzar una autopercepción positiva de sí mismos. Con el objetivo de ver esta etapa de la vida, como una oportunidad para la búsqueda de nuevas actividades, proyectos, etc.; con expectativas y ganas de hacer cosas nuevas, como ocurre en otras etapas del desarrollo. Para intentar alejarlos de esa concepción que se tiene de la vejez relacionada con la finitud.

1.4 Datos en nuestro país

Uruguay cuenta con una población cada vez más envejecida, esto se debe a que se ha ido alargando la esperanza de vida de las personas. Lo que trae aparejado, cambios tanto a nivel demográfico, social, político y económico. Según datos arrojados por el censo de población del año 2011 realizado en el país, se ha podido apreciar un descenso en los índices de natalidad y como contrapartida, se ha visto un incremento en proporción de personas mayores de 50 años. Dando como resultado que el 14,1% de estos, son personas de 65 años o más. Agregando como dato, que esto ocurre en mayor número al sur del Rio Negro, siendo Lavalleja el Departamento más envejecido del país hasta ese momento. (INE 2011)

Por otro lado, Berriel y Pérez (2006) plantean que es la población más envejecida de América Latina y se proyecta que para el año 2050 se llegará a un porcentaje del 25% de mayores de 60 años, aumentando la población de personas mayores de 80 años. Esta situación, a pesar de presentar resultados alentadores en cuanto a que cada vez se va extendiendo más la esperanza de vida de las personas, trae consigo la aparición de una

prevalencia en las enfermedades crónicas y neurodegenerativas, haciendo necesario que se pongan en práctica nuevas estrategias para afrontarlo y dar contención a esta población.

Según datos del Sistema Nacional de Cuidados (SNC) a partir del censo 2011, "...más del 97% de las personas adultas mayores reside en viviendas particulares, ya sea en casas, apartamentos u otras, y por lo tanto, menos del 3% lo hace en viviendas colectivas. Dentro de estas últimas, solamente el 2.49% vive en residenciales para ancianos."(Thevenet, 2013, p. 7) Los que residían en residenciales, sumaban a la fecha un total de 11.560 personas de ambos sexos.(Thevenet, 2013)

Por otra parte según Burnet y Márquez (2016) ocurre que existe una mayor prevalencia en la esperanza de vida de las mujeres por sobre los hombres, por lo que se habla de una feminización del envejecimiento. Implica que las mujeres han ganado años de vida, pero el costo es un aumento en la cronicidad de las enfermedades que presentan, que van deteriorando su salud.(Huenchuan, 2013) Este aumento del envejecimiento de la población en general, se debe en gran medida, a los avances en la medicina y la farmacología y los cambios de hábito de la población, así como también a las políticas sociales aplicadas en el ámbito de la salud.

Capítulo II

Necesidad de cuidados en la vejez

2.1 El rol de la familia ante el cuidado.

Podemos decir, que la mayoría de las personas mayores viven solas o con su pareja , en otros casos también con sus hijos (Monteiro y Paredes,2016) manteniendo aún su autonomía e independencia. Entendiendo la diferencia entre éstos términos, ya que la autonomía refiere a la capacidad de tomar sus propias decisiones, mientras que la independencia refiere a la capacidad de realizar determinadas acciones por sí mismo.

A partir de los 75 años aumenta la prevalencia de dependencia, debido a la existencia de enfermedades crónicas. Lo que lleva a que, ineludiblemente algunas de estas personas mayores, necesitan de cuidados ya que se da un aumento de la dependencia. Muchas son las definiciones de cuidado con las que podemos encontrarnos, sin que se logre llegar a un consenso general, en su mayoría se centran más en las acciones que se deben llevar a cabo en torno a las prácticas, no todas incluyen lo afectivo como parte fundamental de estos cuidados, aunque esté implícito. Siguiendo los planteos de Batthyany:

...el cuidado designa la acción de ayudar (...) a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana. Engloba, por tanto, hacerse cargo del cuidado material, que implica un trabajo, del cuidado económico, que implica un costo económico, y del cuidado psicológico, que implica un vínculo afectivo, emotivo, sentimental. El cuidado puede ser brindado de manera honoraria o benéfica por parientes, en el contexto familiar, o puede ser realizado de manera remunerada en el marco de la familia o fuera de él. (Batthyany, 2015,p. 91)

La necesidad de cuidado, afecta tanto la vida de la persona mayor como a su entorno más próximo, Carbajal y Berriel (2014) mencionan que en nuestro país las funciones de cuidado se encuentran familiarizadas, quedando generalmente dentro de la esfera doméstica. A partir de ese momento las familias adquieren un papel de relevancia, siendo las encargadas de crear redes de contención, de pensar y desplegar estrategias para hacer frente a estas prácticas de cuidado.

La familia cumple una función de sostén a la hora de brindar cuidado en la etapa de envejecimiento, siendo la proveedora de herramientas y recursos tanto materiales como afectivos, recalcando la importancia de éstos últimos, que harán posible cubrir las necesidades que vayan surgiendo en torno a la persona mayor.

El cuidado aparece como una tarea feminizada, salvo raras excepciones ya que se le atribuye este rol particularmente a la mujer en función del género, siguiendo un mandato social. Según plantea Julve Negro (2006) por una perspectiva de género que ha sido construida socialmente, que queda en evidencia a través de cómo ellas se han vinculado a ese cuidado a lo largo de toda su vida y de como es visto el cuidado realizado por ellas desde el afuera. Ubicando a lo largo de la historia a la mujer madre, hija, esposa, hermana, etc.; en ese rol de cuidadora. Siempre dentro del ámbito del hogar, sin que esta tarea cotidiana y sin límite de horario, sea reconocida, en muchos casos, tanto desde la familia misma, como desde la sociedad. "En términos generales, el cuidado se puede concebir como una actividad femenina generalmente no remunerada, sin reconocimiento ni valoración social." (Aguirre, 2007, p.191) Pasando el cuidado a formar parte de esa especie de acuerdo tácito intrafamiliar que las lleva a asumir ese rol.

Batthyany (2015) plantea, que aún en los casos en los que la tarea es llevada a cabo fuera del hogar y remunerada, en su mayoría aún continúa siendo realizada por mujeres.

Dentro de las familias, el cuidado de los mayores se ha basado hasta el momento en el tiempo y el trabajo de las mujeres, dada su menor integración en el mercado

laboral remunerado, y el tiempo y el esfuerzo requeridos que no permiten en muchos casos su compatibilidad con el desarrollo de una profesión.(Puga, 2002, p. 134)

Lo que también ocurre, es que en los casos en los que la mujer desempeña trabajo remunerado fuera del hogar, por realizar las mismas tareas que el hombre percibe un sueldo menor que este. A pesar de ser algo por lo que se viene luchando desde hace mucho tiempo, en pleno siglo XXI, no se ha logrado la equidad en lo que respecta al salario de hombres y mujeres. Por tanto, esto en muchos casos sopesa a la hora de decidir quien abandona su trabajo para dedicarse a las tareas de cuidado de un familiar.

El lugar de la mujer en el cuidado, según Palomo (2014) parte de las relaciones de género, en el que el rol de parte de las cuidadoras implica según la autora un “deber” que abarca tanto lo moral, como lo afectivo “empático”. Con un cuidado que desde lo moral parte desde el amor y es administrado de forma desinteresada, dejando de lado el cuidado de sí mismas. En generaciones anteriores, para la mujer esta situación era algo cotidiano.

Por otro lado, vemos que gracias a que la población en general alcanza una mayor esperanza de vida, así como también se menciona anteriormente, las mujeres son la población más longeva, siguiendo los planteos de Puga (2002) hoy en día estas familias están conformadas por varias generaciones de mujeres. Esto conlleva a que, muchas de estas cuidadoras sean personas de 65 años y más, que quedan al cuidado de sus mayores. Estas mujeres, se encuentran en la situación de tener que cuidar a otro, con el desgaste tanto físico, psicológico y emocional que implica la tarea, dejando de lado muchas veces su bienestar y los cuidados que su propia salud requiere. Generando en muchos casos, una sobrecarga y haciéndolas más propensas a sufrir afecciones como estrés, por lo que tanto su salud física como la psíquica podría verse debilitada.

2.2 El cuidado en crisis

Afortunadamente en las últimas décadas, el lugar que ocupa la mujer se ha ido transformando, logrando la inserción en el ámbito laboral, realizando tareas remuneradas que le otorgan un mayor grado de independencia. Hecho que aún no las deslinda de las tareas domésticas aunque en el mejor de los casos puedan ser compartidas con algún otro integrante de la familia, al igual que las prácticas de cuidado. Generando grandes dificultades, a la hora de articular el trabajo remunerado con el trabajo doméstico no remunerado. Estas mujeres trabajan muchas horas fuera de casa, logrando independizarse económicamente, esto también contribuye en la disminución que se ha venido dando en los índices de natalidad. Debido a que en la actualidad, se ha visto un descenso en la cantidad

de hijos que estas mujeres deciden tener, en comparación a décadas anteriores. Por lo que nos encontramos con familias más pequeñas, compuestas por un menor número de integrantes. Provocando al mismo tiempo, que aparezca una disminución en lo que hace a las prácticas de cuidado a nivel familiar. Este nuevo escenario, explica de alguna manera una nueva realidad para nuestro país:

Uruguay se enfrenta a lo que se denomina una crisis de cuidado, que pone en duda el sostenimiento de la distribución actual de cuidados, caracterizada por la sobrecarga en las familias y en las mujeres. Esta crisis está configurada por un aumento de las necesidades de cuidado y una reducción de la oferta disponible para satisfacerlo, generando un déficit de cuidados.(Batthyany et al.,2014,p.76)

Al creciente envejecimiento de la población, mencionado anteriormente, sumado a la inserción de la mujer en el ámbito laboral, debemos agregarle que se ha dado un cambio en las estructuras y en las dinámicas familiares. Nos encontramos con un debilitamiento de los lazos familiares ya que un gran número de las llamadas familias biparentales se separan debido al aumento en el número de divorcios, lo que ha dado lugar al surgimiento de hogares monoparentales con mujeres a su cargo, además de otras configuraciones familiares. Sumado a lo anterior, también se dan situaciones de distanciamientos en los vínculos entre los integrantes de la familia debido a mudanzas, emigración, etc. Estos cambios en el volumen, los roles y las dinámicas familiares, hacen que el cuidado desde la familia se torne cada vez más dificultoso. Saliendo el tema del cuidado de dentro del ámbito familiar, para pasar a transformarse en un riesgo social, que hace necesaria una respuesta por parte del Estado.

2.3 Cuando se necesita un cuidado permanente

La situación de cuidado se complejiza aún más cuando se transforma en una necesidad y una demanda constante por parte de la persona mayor hacia su cuidadora, dando como resultado una pérdida de autonomía tanto de quien necesita del cuidado, como de quién lo proporciona. Pasando la persona mayor, a ser alguien que depende del cuidado de otro de forma permanente.

En el capítulo 20 del Decreto N° 356/016, se describe la dependencia como:

...estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidades de asistencia y/o ayuda a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y lo referido al cuidado personal.(Decreto N° 356/016, 2016)

Cabe destacar en este punto, que la dependencia es una situación que afecta a personas de todas las edades por diferentes circunstancias de la vida, en este caso en base a los intereses de esta monografía, me voy a centrar en las personas mayores.

Puga puntualiza que también “... se puede ser dependiente y mantener cierta autonomía, cierta libertad de elección, de decisión y de acción.” (Puga,2002, p. 52). Considero que lo más probable, es que se pierda primero la capacidad de acción antes que las otras dos, ya sea por una imposibilidad física o por seguir los mandatos de quien le brinda el cuidado; quedando ubicada la persona mayor en una situación de dependencia.

Paredes y Pérez mencionan que “La detección de dependencia alcanza al 16% de la población adulta mayor uruguaya y a un 6% de personas con dependencia severa a moderada presentándose como el grupo más vulnerable.” (Paredes y Pérez, 2014, p.11). En un caso más severo, la dependencia puede deberse a la existencia de una discapacidad física o mental que le imposibilita el desarrollo normal de actividades.

En la comunidad científica existe un acuerdo muy extendido en evaluar los grados de dependencia funcional según dos tipos de actividades: las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Las ABVD implican las capacidades más elementales para la vida independiente y de autocuidado de una persona. Son acciones dirigidas hacia la propia persona y tienen un alto grado de automatización, adquiriéndose tempranamente en la vida. La pérdida de estas funciones llevan a que la persona no pueda sobrevivir si no cuenta con alguien que lo asista. En cambio, las AIVD se consideran un medio para efectuar una acción más compleja. En ese sentido, tienen una mayor dependencia de las pautas culturales y del entorno de la persona, requiriendo un mayor control cognitivo para ejecutarlas. (Paredes y Pérez, 2014,p.28)

Como vemos, el espectro que abarcan las diferentes situaciones y necesidades, es amplio, ya que van desde la dependencia leve a la dependencia severa. “La dimensión de la discapacidad concierne a comportamientos considerados esenciales, como comunicarse, desplazarse, alimentarse, etc.” (Puga, 2002, p. 52) Con sus diferentes niveles de afectación y de forma singular en cada persona.

Debido a la crisis y al déficit mencionado anteriormente en lo que respecta al cuidado, se torna evidente la necesidad de encontrar soluciones para cubrir estas prácticas. Por lo que se crea en el año 2015, la Ley N° 19353 el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) que busca:

...generar un modelo corresponsable de cuidados, entre familias, Estado, comunidad y mercado. Aún más corresponsable especialmente entre varones y mujeres, para que uruguayas y uruguayos podamos compartir equitativamente nuestras responsabilidades de cuidados, apuntando así a superar la injusta división sexual del trabajo que históricamente y aún hoy caracteriza a nuestra sociedad (Plan Nacional de Cuidados, 2015, p.5)

El artículo 2 plantea que dicha ley,

...tiene por objeto la promoción del desarrollo de la autonomía de las personas en situación de dependencia, su atención y asistencia, mediante la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), como conjunto de acciones y medidas orientadas al diseño e implementación de políticas públicas que constituyan un modelo solidario y corresponsable entre familias, Estado, comunidad y mercado. (Ley N° 19353, 2015, s.p.)

Estableciendo de esta forma al cuidado como un derecho, al que todas las personas mayores deberían poder acceder y que deja de ser competencia únicamente de la familia, tal como especifica la Ley involucrando a otros actores. Comenzando a transformar así, el modelo familiarista de cuidado que se venía dando hasta entonces.

Capítulo III

Residenciales o instituciones de cuidado a largo plazo

3.1 Una alternativa ante la necesidad de cuidados.

Este tipo de establecimientos, surgen a los efectos de sustituir en parte, los cuidados que antes eran responsabilidad exclusivamente de la familia, como hemos mencionado principalmente de las mujeres. En nuestro país, la aparición de instituciones de cuidado a largo plazo, siguiendo a Aguirre (2018) se ubica décadas antes de la independencia del país, los primeros se encontraban en Montevideo, en ese momento se albergaban allí personas de todas las edades y con diferentes padecimientos, incluyendo en este grupo también a las personas desocupadas.

El proceso histórico, económico y científico, fue determinando el diseño y la infraestructura de los Hogares. Inicialmente, a partir de un contexto económico favorable y en base al modelo asistencial predominante en la época se edificaron estructuras con una capacidad aproximada a los 100 cupos. (Núñez y Alvarez, 2019, p.18)

Este modelo asistencialista, fue el primer indicio de que las personas mayores como población en aumento comienzan a hacerse más visibles, siendo cada vez más notoria la necesidad de tomar medidas de contención para ocuparse del envejecimiento como posible problema a tratar desde todas las esferas. Las autoras plantean que más adelante se empezará a abordar el envejecimiento desde un enfoque socio-sanitario.

Resulta de suma importancia, que se investigue y se tenga la información suficiente de la población sobre la que se desea intervenir, dándoles voz a los propios destinatarios, para así conocer sus necesidades, así como también sus demandas. Dentro de este grupo al que pertenecen las personas mayores, a pesar de que pueden llegar a compartir cierto tipo de problemas de salud, no debemos de olvidar en ningún momento que partiendo de su singularidad, las necesidades no serán las mismas para cada uno de ellos/as.

En Uruguay el tema del envejecimiento comienza a cobrar relevancia, surgiendo desde hace algunas décadas leyes y decretos que apuntan a resguardar la salud y el bienestar de las personas mayores. En 1982 se realiza el primer Congreso de Gerontología y Geriátrica bajo la denominación "Hogares de ancianos", posteriormente se realizaron más congresos en el país centrados en el tema, Aguirre (2018) menciona, que fué recién en 1998 cuando se aprobó la primera ley concerniente a los "hogares de ancianos" N° 17.066, aportando normativas, reglamentaciones y posibles sanciones, que se han ido adaptando a lo largo del tiempo permitiendo regularizar el funcionamiento de los establecimientos privados que alojan personas mayores. El capítulo II a través de sus artículos, contribuye a que podamos entender un poco más la etimología de las palabras:

Artículo 2 Los establecimientos privados a que refiere la presente ley son aquellos que ofrecen a adultos mayores vivienda permanente o transitoria, así como alimentación y otros servicios de acuerdo con el estado de salud de los beneficiarios.
(...)

Artículo 3 (...) Dichos establecimientos se denominarán "hogares" cuando, sin perseguir fines de lucro, ofrezcan vivienda permanente, alimentación y servicios tendientes a promover la salud integral de los adultos mayores.

Artículo 4 (...) Se denominarán "residencias", los establecimientos privados con fines de lucro que ofrezcan vivienda permanente, alimentación y atención geriátrico-gerontológica tendiente a la recuperación, rehabilitación y reinserción del adulto mayor a la vida de interrelación. (Ley N° 17066, 1998, s.p.)

En cuanto al requisito de contar con un médico geriatra, esto representa un desafío difícil de cumplir para nuestro país, que no cuenta con un número significativo de estos especialistas, como para cubrir cada institución. Dado que, según afirma Sermedico (2014) siguiendo datos aportados por la cátedra de la Universidad de la República a diario El País, hasta la fecha en Uruguay se contaba con un médico geriatra por cada 6.500 personas mayores de 65 años. La presidenta de la Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriatría (SUGG) en ese momento Gaciela Acosta, planteaba por otra parte, que no todos los adultos de más de 65 años deben ser atendidos por geriatras, sino sólo aquellos considerados "frágiles o vulnerables y aquellos que tienen patologías crónicas invalidantes". (citado por Sermedico, 2014, párr.5) Partiendo de esta declaración, queda en claro que cubrir estos puestos resulta de suma importancia, para un correcto seguimiento de la salud de quienes viven en residenciales, quienes son atendidos generalmente, por profesionales que cubren puestos de medicina general.

En 2012, como mencionan Bettyany et al. (2014) se crea en nuestro país el Instituto Nacional del Adulto Mayor (Inmayores) en el MIDES, cuyo cometido es ser el organismo encargado de tratar los temas relacionados con envejecimiento y vejez, a través de políticas públicas adecuadas, destinadas a proteger a las personas mayores. Enfocadas en atender las demandas de esta población, de forma de garantizar al mismo tiempo su cuidado desde una perspectiva de derechos. Dado que muchas veces estos se han visto vulnerados, debido a que esta población ha sido invisibilizada durante mucho tiempo, tanto desde los organismos estatales como por gran parte de la sociedad civil. Más aún si pensamos en las personas mayores que se encuentran dentro de un residencial.

Es de suma importancia, que se intenten afianzar los derechos ya adquiridos en este campo, ya que no debemos olvidar que en esta etapa de la vida, las personas en muchos casos son víctimas de abandono, como así también de diferentes tipos de abuso, violencia y maltrato, lo que los convierte en una población sumamente vulnerable.

En lo que refiere a la regulación dentro de estas instituciones, nuestro país incorpora la Ley N° 19430 en el año 2016, de aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, describiendo a esta población como:

Aquella que reside temporal o permanentemente en un establecimiento regulado sea público, privado o mixto, en el que recibe servicios socio-sanitarios integrales de calidad, incluidas las residencias de larga estadía, que brindan estos servicios de atención por tiempo prolongado a la persona mayor, con dependencia moderada o severa que no pueda recibir cuidados en su domicilio. (Ley N° 19430, 2016, s.p.)

En referencia al perfil de los usuarios, debido al hecho de que estamos ante una feminización del envejecimiento, los residenciales de larga estadía reciben a un mayor número de mujeres que de hombres. Según plantean Nuñez y Alvarez (2019) en cuanto al ingreso a Hogares de ancianos, mientras que el hombre ingresa a edades más tempranas, la mujer por el contrario, lo hace a edades más avanzadas, lo que demora su institucionalización.

El promedio de edad de las personas que viven en los centros es de 76.1 años, observando importantes diferencias por sexo, siendo el promedio de edad de las mujeres de 79.7 años mientras que el promedio de los varones es de 70.4. Este resultado es consistente con el hecho de que la esperanza de vida de las mujeres es superior a la de los varones para cualquier edad que se considere. De este modo, podemos caracterizar a la población de los centros como fuertemente feminizada y levemente envejecida. (Thevenet, 2013, p 9)

El Sistema Nacional de Cuidados incorpora en el 2016, la regulación de los residenciales para las personas mayores, a partir del decreto N° 356/016 que reglamenta las leyes mencionadas anteriormente. Dicho decreto considera persona mayor a todo aquel de 65 años o más, haciendo la salvedad de que si el MSP lo estima necesario, los establecimientos podrán recibir a personas mayores de edad aunque aún no tengan 65 años; si su “estado social o psico-físico” lo amerita, a excepción de personas con trastornos psiquiátricos severos o adicciones. Realizar el seguimiento y garantizar las condiciones de funcionamiento de estos establecimientos, compete al Ministerio de Salud y al Ministerio de Desarrollo Social.

Con respecto a los residenciales Aguirre (2018) menciona que al año 2018 según datos del MSP, de un número de 943 de estas instituciones, sólo 18 de ellas tenían la habilitación para estar funcionando. Según el Decreto N° 356/016 en el artículo 8 especifica que el “proceso de habilitación constará de tres etapas: a) certificado de registro, b) certificado social emitido por el Ministerio de Desarrollo Social y c) constancia de habilitación final.”(Decreto N° 356/016, 2016). Por lo que, resulta sorprendente que existan establecimientos funcionando sin haber pasado por estas instancias o habiéndolo hecho sin recibir la habilitación correspondiente.

Estos datos evidencian una ausencia en los controles por parte de los organismos estatales que deberían realizar un monitoreo constante de las instituciones. Quedando las personas mayores en una situación de vulnerabilidad aún mayor dentro de estas. Al mismo tiempo es necesaria una capacitación adecuada de los cuidadores y quienes trabajen en la institución, enfocada desde una perspectiva de derechos.

Estas cifras resultan sumamente preocupantes, dado que la esperanza de vida de las personas mayores dentro de un residencial disminuye, siguiendo los planteos de Rothera et al. (2002) en un estudio realizado en un Centro Médico de Nottingham, donde examinan la esperanza de vida de personas dependientes de cuidado dentro de estas instituciones; durante un período de 2 años sobre un total de 1888 personas, encontró una supervivencia media de 541 días. Mencionando, que quizás esto se deba a que estas personas probablemente están allí por tener un alto grado de discapacidad y una salud más deteriorada.

Por otro lado, Van Dijk et al. (2005) mediante un estudio realizado en 522 residenciales en la ciudad de Missouri, establece sobre la mortalidad dentro de instituciones, que se asocian a las enfermedades crónicas (demencia, cáncer, insuficiencia cardíaca, etc.) con la mortalidad a 1 año del ingreso de la persona mayor a la institución, aunque aclaran que además influyen otras variables en los índices de mortalidad y no únicamente la enfermedad. Ya que su estudio, se centra en las enfermedades pero también abarca el sexo, edad y las actividades de la vida diaria. Llegando también a la conclusión, de que es mayor el porcentaje de fallecimientos de hombres que de mujeres. Por tanto, esta diferencia de género se mantiene, al igual que ocurre fuera de las instituciones de larga estadía.

Estos estudios y aportaciones son de suma importancia a la hora de implementar estrategias dentro de los residenciales que apunten a contrarrestar los índices de mortalidad, mediante las mejoras en las prácticas de cuidado, las formas de actuar ante tal o cual enfermedad detectando falencias y riesgos, así como también en los diagnósticos y tratamientos a implementar, para que se pueda garantizar una mejor calidad de vida para las personas que residen allí.

En la actualidad en Uruguay existe un gran número de residenciales de larga estadía, acorde a la demanda que ha tenido la necesidad de cubrir las prácticas de cuidado de mayores de 65 años, población que como se mencionara en párrafos anteriores, ha crecido considerablemente, encontrándonos incluso con establecimientos con una larga lista de espera para el ingreso. No es de sorprender, que en la lógica de la productividad y el capitalismo que vivimos en las sociedades de hoy, las nuevas generaciones no tengan tiempo ni espacio para las personas mayores en sus vidas, esto conlleva a que ingresarlos

en un residencial aparezca como la mejor opción. Aunque tristemente, en algunos casos, más que interés por proporcionarles cuidados adecuados, se parece más a un abandono y hasta a un olvido dentro de la institución, de una población que se pretende invisibilizar.

Como resultado de un proyecto realizado en Argentina, donde se mencionan las pérdidas que sufre la persona mayor tras la internación en un residencial, Lucía Billoud describe como:

El proceso de internación es vivido como un momento de expropiación de relaciones sociales –con la familia, vecinos, amigos-, derechos –de autodeterminación, independencia- y despojo de trayecto vital que venían desarrollando hasta la internación., como punto de inflexión y de ruptura identitaria con su yo anterior. (Lucía Billoud, 2017,p.3)

No es menor el hecho de que la persona mayor, pasa de vivir en un entorno que le resulta familiar, a un entorno desconocido para él. Implica dejar atrás su vida tal y como la conocía, sus lugares de pertenencia. Por ello, resulta difícil intentar ponerse en la piel de una persona mayor que ingresa por primera vez a un residencial. Para muchos de ellos/as puede resultar traumático ese primer encuentro, más aún si no es su propia decisión dar ese paso. Estas instituciones tienen una lógica de reclusión, se cierran las puertas y la persona en la mayoría de los casos, pierde el control sobre sus decisiones, sobre su propia vida.

De un momento a otro, deben cambiar sus hábitos y adaptar sus costumbres, horarios, rutinas, a las preferencias de los demás residentes y de la institución misma; en cosas tan cotidianas como comer, asearse, ver un programa de televisión o escuchar la radio en un espacio en común, entre otras. Sintiendo que ya no es libre de entrar y salir (en caso de que físicamente aún pueda desplazarse) a su antojo. Quedando al mismo tiempo, ubicados en un lugar de infantilización y cosificación, en el que, en la mayoría de los casos no se les permite realizar hasta las tareas más sencillas, pudiendo generar un sentimiento de inutilidad e incompetencia.

Sumado a todo lo anterior, implica para ellas el reconocerse a sí mismos en la vejez de los otros, toparse cara a cara con la realidad de que se es un viejo más allí dentro, conviviendo con el deterioro, el sufrimiento y la pérdida de algunos de sus congéneres lo que, a su vez, provoca ciertos cambios y dinámicas en el relacionamiento. Podemos percatarnos de cómo a través de esta cosificación a la que hacíamos referencia, las personas mayores son despojadas de su condición de sujeto deseante y de deseo, se les impone una determinada forma de ser, de estar y de envejecer.

Podríamos decir que se espera que al envejecer, la persona se mantenga dentro de ciertos “parámetros de normalidad” establecidos culturalmente y esperados desde la sociedad y la propia institución en la que se encuentra. Cuando en realidad tienen el derecho de decidir seguir viviendo su propia vida a su manera. Y recalco el “seguir”, en contraposición a esa postura que la ve como un momento de la vida en el que las personas ya no tienen sueños, proyectos ni aspiraciones, hecho que muchas veces se da por sentado al estar institucionalizado.

Como consecuencia, esto podría llevar a que las relaciones interpersonales entre las personas mayores dentro de la institución sean escasas, debido a los diferentes intereses y necesidades que cada uno de ellos presenta y al grado de interés de cada uno/a de integrarse e interactuar dentro del grupo de residentes, esto podría llevarlos a aislarse.

Por ello resulta de suma importancia que la institución apunte a la integración de sus residentes, a través de talleres y actividades que fomenten y posibiliten estos espacios de intercambio colectivo e interacción; teniendo siempre presente que lo fundamental es la protección de los derechos humanos de acuerdo a la Convención (OEA, A. G., 2017). Partiendo de una visión más holística del cuidado, que no se enfoque como ocurre generalmente solo en las personas como pacientes que necesitan de tratamientos médicos. Requiere de un diseño de estrategias que tiendan a humanizar la vida en los residenciales, no solo apuntando a cubrir las necesidades de los residentes, sino también logrando que la capacitación del personal sea un requerimiento ineludible.

Los modelos de cuidado con los que nos encontramos en la mayoría de los residenciales hoy, se centran en el servicio, cuando en realidad deberían adaptarse a un modelo ya existente y reconocido internacionalmente, con el cuidado centrado en la persona.

Esta metodología está basada en la creencia profunda de que ninguna persona es igual a otra y todos tenemos distintos intereses, necesidades y sueños, y, por tanto, la individualización debe ser y de hecho es, el valor central de los servicios que prestan apoyos a las personas. (López, et al,2004,p.2)

Apunta a fomentar la autonomía de las personas mayores, alejándose de la visión deficitaria del envejecimiento, buscando que la persona logre reconocer y potenciar sus capacidades, recibiendo apoyo de sus cuidadores y la institución que habiliten el desarrollo de estas capacidades. Respetando siempre los derechos y la dignidad de las personas mayores, partiendo de un cuidado más personalizado, en el cual la institución debería adaptarse a las necesidades y deseos del residente y no a la inversa, como ocurre generalmente. El cuidado centrado en la persona, afectará de forma positiva su realidad, su cotidianeidad, haciéndoles partícipes en la toma de decisiones con respecto a su vida.

3.2 Residenciales y la irrupción de la pandemia

El contexto de pandemia que se está atravesando, llevó a que en nuestro país en marzo de 2020, aparecieran los primeros casos de Covid-19. A partir de ese momento, las personas mayores de 65 años fueron catalogadas como “población riesgo”, llevándolos a permanecer en cuarentena en sus casas, evitando salir tanto como fuera posible, para no correr el riesgo de exponerse al virus. Provocando desconcierto y mucho temor entre la población en general, pero más aún en las personas que entraban dentro de esas franjas etarias. El mundo entero centró su mirada sobre esta población, que hasta entonces pasaba casi inadvertida.

A partir de ese momento, en nuestro país se acentuaron los controles por parte del MSP en las instituciones, quedando al descubierto infinidad de irregularidades en muchos residenciales. Saliendo a la luz, que muchos de estos lugares no cuentan con la habilitación necesaria del MSP para estar funcionando, como así tampoco la habilitación que se requiere de bomberos, que brinde ciertas garantías en cuanto a la seguridad de las personas residentes en caso de presentarse un siniestro.

Por otra parte, en muchos casos existe hacinamiento, deterioro y carencias edilicias en sus instalaciones que no respetan las recomendaciones en cuanto a “... niveles de accesibilidad, iluminación, calefacción (...) nivel de higiene. (...) ciertos espacios a fin de preservar la seguridad en la movilidad de las personas mayores referidas a dormitorios, baños, equipamiento.” (Núñez y Alvarez, 2019, p.21) Las autoras plantean que dentro de estas recomendaciones se incluye también la existencia de lugares de esparcimiento (patios, espacios verdes, etc.). Esta serie de recomendaciones, son necesarias para garantizar la integridad física y emocional de las personas que se encuentran allí.

Un aspecto positivo de la pandemia, ha sido el aumento de controles, se pudo evidenciar además, la existencia de un gran número de establecimientos que operan desde la clandestinidad, vulnerando aún más los derechos de estas personas mayores. Sin contar siquiera con personal calificado, tanto desde el punto de vista cualitativo, como cuantitativo. En cuanto a los recursos humanos el decreto 356/016 capítulo VI, artículo 19, estipula:

El personal a cargo del cuidado de personas mayores deberá ser exclusivo para dicha función, respetando los siguientes ratios:

a) En turnos diurnos, 1 (uno) por cada 10 (diez) residentes autoválidos y 1 (uno) por cada 5 (cinco) residentes con dependencia.

b) En turnos nocturnos, 1 (uno) por cada 20 (veinte) residentes autoválidos y 1 (uno) por cada 10 (diez) residentes con dependencia.(Decreto 356/016, 2016)

Estos requerimientos no son atendidos por muchas de estas instituciones, más aún quienes trabajan desde la clandestinidad. Quedando los cuidadores, a cargo de un número de personas mayores que desbordan sus capacidades y posibilidades de atención, encontrándonos muchas veces ante casos de negligencia.

Estamos, como ha sucedido en otras oportunidades, ante una situación de desprotección de muchas personas mayores, que debieran de estar amparados por el Estado, pero en la mayoría de los casos vemos que esto no sucede.

La hipótesis de una vida que, porque es precaria y vive amenazada, porque está expuesta a una vulnerabilidad existencial, pudiera o debiera, jurídicamente o como quiera que sea, verse completamente salvaguardada y protegida, no es más que una fantasía de omnipotencia. (Lorey, 2016, p. 34)

Demás está decir, que estas situaciones no deberían de estar ocurriendo, no debería de ser una “fantasía de omnipotencia”, como lo describe la autora. Se hace necesario que se aumenten los controles por parte del Estado a estas instituciones, de forma de que se protejan y garanticen los derechos de estas personas. Dado que, hay quienes se encuentran allí sin contar con el apoyo y la contención de sus familias y por ello no hay forma de que denuncien situaciones de maltrato, negligencia, etc.

Estas situaciones se han potenciado ante la imposibilidad de visitar a los residentes con regularidad, debido a los protocolos sanitarios. Quedan desprotegidos, a merced de cuidadoras y de dueños de residenciales que lo que hacen en muchos casos, es velar por sus propios intereses.

Para describir estas situaciones, podemos recurrir a Butler (2009) quien en su texto, plantea dos conceptos: precariedad y precaridad, menciona que existen diferencias entre estos términos. La precariedad, lo que hace es dejar en evidencia que para poder subsistir debemos tener cubiertas ciertas necesidades, ya sean económicas, de relacionamiento social, vivienda, entre otras; la carencia de éstas nos ponen en una situación de indefensión, nos vuelve vulnerables y propensos a morir en cualquier momento. Haciendo necesaria una respuesta de parte del gobierno para ayudar a amortiguar estas situaciones. El concepto de precaridad para la autora, describe todo aquello que es asignado políticamente y nos coloca en esa condición de vulnerabilidad, lo utiliza dándole un sentido centrado en la existencia, un sentido ontológico.

Ambos conceptos, aplican para describir las experiencias de envejecimiento que padecen las personas a quienes les toca transcurrir sus últimos años en estas instituciones, en desmedro muchas veces de su salud. Quedando en algunos casos, expuestos a diferentes tipos de abusos y maltrato físico y psicológico, pudiendo llegar a correr riesgo su integridad física y mental.

Por otro lado Butler (2006) hace un análisis sobre la vulnerabilidad de las personas, preguntándose qué es lo que hace que determinadas poblaciones queden expuestas a ella, "...que es lo que hace que una vida valga la pena" (Butler, 2006,p. 46) y otras no, que una vida sea reconocida y otra ignorada. Estas diferencias, quedan en evidencia cuando desde los organismos estatales, no se ocupan de dar visibilidad y atender las necesidades y requerimientos de éstas poblaciones.

Cabe destacar en este punto, que las personas mayores, no solo dentro de una institución vivencian estas situaciones, también puede ocurrir dentro de su ámbito familiar; como así también, en el contexto social en el que viven.

Lo indignante de toda esta situación, es que quizás en los ámbitos privados de los residenciales sea difícil de regular, a menos que surja alguna denuncia por parte de un tercero. Lo esperable, es que estas instituciones, velen por la seguridad, el bienestar y la integridad física y psicológica de sus residentes. Por lo que se espera por parte del Estado un control más estricto de estas instituciones, que se vean obligados a cumplir con las leyes y requerimientos tanto en la infraestructura, como en la atención integral a los residentes.

A raíz de esto, me pregunto en qué punto se está fallando desde los organismos encargados de fiscalizar estos lugares, cuáles son las estrategias desde las que se debería intervenir; qué nuevas medidas se deberían implementar por parte del Estado para corregir esta situación. Partiendo de que lo que se ha hecho hasta el momento parece no ser suficiente, ya que nos encontramos con que son pocos los residenciales que tienen la habilitación del MSP para permanecer en funcionamiento, en proporción al número de instituciones existentes.

La Pandemia ha dejado al descubierto estas irregularidades en muchos residenciales quedando claro que existe una mercantilización en torno al cuidado. Pasando éste a ser concebido desde una lógica empresarial, donde las personas pasan a ser vistos ya no como residentes, sino más como clientes; priorizando en muchos casos la ganancia antes que el cuidado, quebrantando así los derechos tanto de los residentes, como de sus familias.

Ante estas situaciones, comienzan a aparecer términos como abandono, vulnerabilidad, riesgo, etc. para describir la cotidianeidad de quienes viven en estas instituciones. Cobrando visibilidad esta población como sujetos de derechos que están siendo vulnerados ante ausencias por parte de los controles del Estado. Al mismo tiempo, ocurre como en otras tantas situaciones, que las personas de menores recursos son las más perjudicadas, por no

poder acceder a establecimientos de mejor calidad debido a sus elevados costos. Debiendo conformarse con vivir en determinadas instituciones, aún a sabiendas de que las condiciones no están del todo dadas y por tanto sus necesidades y demandas no serán cubiertas de forma adecuada, partiendo de la infraestructura, hasta las necesidades básicas.

En el contexto de Pandemia, las condiciones descriptas anteriormente se han complejizado. Encontrando situaciones, que han aumentado el riesgo y han llevado a que se propague el virus entre los residentes dentro de la institución, debido al hacinamiento que imposibilita seguir los protocolos en las habitaciones y espacios compartidos y las medidas de higiene inapropiadas, haciendo en algunas instituciones imposible aplicar las medidas de distanciamiento impuestas por el MSP.

De igual forma no podemos dejar de lado la repercusión en la afectividad que implican estas medidas, ya que la irrupción de la pandemia no ha hecho más que empeorar la situación de quienes viven en un residencial, debido a los protocolos restrictivos que incluyen medidas de aislamiento y pérdida de los vínculos entre sus residentes, actividades y espacios compartidos, los ha colocado en un lugar de mayor indefensión.

Coincidiendo con lo encontrado en diversas bibliografías, una encuesta realizada por Montgomery et al. (2020) entre personas mayores que viven en un residencial durante la pandemia bajo restricciones de contacto, revela que el aislamiento social y la sensación de soledad que tienen las personas mayores, producen un deterioro en su salud, provocando un aumento en los índices de enfermedades e incluso mortalidad, argumentando que la “angustia emocional” aumenta estos factores de riesgo.

De un estudio piloto realizado en Hong Kong, por Ho, K. et al (2022) se desprende, que las personas dentro de los residenciales se sintieron más vulnerables y disminuyó su autopercepción, al tiempo que aumentó su sensación de soledad. Sumando el temor de que no solo a ellos les pueda suceder algo, sino también sufrir la pérdida de algún integrante de su familia. En líneas generales se desprende de sus testimonios, que experimentaron mucha ansiedad y “una visión pesimista de su futuro”.

Uno de los entrevistados menciona:

Las actividades grupales se cancelan y mi familia no puede visitarme. El tiempo libre es realmente perturbador. No tengo nada que hacer todos los días, pero mi mente no está en paz. Cada información sobre COVID-19 me pone ansioso. Sin actividades familiares y grupales, mantengo la ansiedad dentro de mí. Guardo silencio y lo soporto. Mi impresión durante los últimos meses es de soledad. (Ho, K. et al, 2022,sp.)

Creo que este testimonio abarca el sentir de la mayoría de los residentes que vieron reducidos, como mencione anteriormente, además de sus visitas, sus encuentros en espacios comunes. Sumado al temor por contraer la enfermedad y las consecuencias que esta podría implicar para su salud, siendo la “población de riesgo”.

Por otro lado, otro de los entrevistados menciona:

Mi casa está aquí. Las enfermeras son muy buenas. Están preocupados por mi sensación de estar atrapado todos los días. Me abrazan. Hablan conmigo. Me animaron a salir dentro de esta casa, claro, con mascarilla (risas). No me siento ansioso aquí. Me siento amado. (Ho, K. H. M. et al, 2022, sp)

En este testimonio a diferencia del anterior, podemos vislumbrar como para muchos la falta de vínculos con el exterior y el apoyo familiar, es suplido por el personal del residencial; aunque este no es un caso que haga a la generalidad de las situaciones que se viven dentro de las instituciones, ya que como describe el residente el personal empatiza con su situación y se comportan de forma afectiva, más allá de los protocolos y restricciones.

Maslow (1943) menciona que hay determinadas necesidades básicas que las personas deben tener satisfechas, entre ellas: las necesidades fisiológicas, necesidad de seguridad y una vez que estas se logran satisfacer aparece la necesidad de amor, afecto y pertenencia a un grupo; de no ocurrir así, para la persona se acentuarán estas falencias, dándose según dicho autor, casos de inadaptación y psicopatologías.

Podemos ver a través de las entrevistas realizadas por Montgomery et al. (2020) como las personas mayores consultadas, señalan cómo transcurren sus días a partir de la aparición de la pandemia. La mayoría señala extrañar mucho a sus familia y amigos (haciendo referencia a quienes habitan con ellos/as en el residencial) se preguntan porque no pueden visitarlos utilizando tapabocas, si el personal tiene una vida fuera y están entrando y saliendo todos los días. La descripción que más aparece y parecería ajustarse a la situación, es que se sienten “prisioneros” allí dentro, encerrados la mayor parte del día (sino toda) en sus habitaciones, sin poder circular por los espacios comunes, así sea al aire libre, comiendo solos en sus habitaciones y sin poder conversar entre ellos.

Otra frases recurrentes son: “me siento triste”, “me siento deprimido”, “ansioso”. Algunos mencionan también pérdida de apetito y haber perdido peso en los meses que lleva la pandemia. Hay quienes dicen extrañar los abrazos y las caricias. Se nota la desesperanza y resignación en muchas de las declaraciones.

Creo que ante una realidad tan desconocida para todos, las familias incluso hicieron lo que creyeron más pertinente para cuidar a sus familiares mayores, en algunos casos la opción fué retirarlos de los residenciales ante la presencia de los primeros brotes de Covid

en la institución. Mientras otras familias, por el contrario, decidieron ingresarlos sintiendo que estaban más seguros que conviviendo con ellos en sus hogares, ya que al salir a trabajar e incluso convivir con niños y adolescentes, podrían estar más expuestos al virus, pero esto implicó alejarlos de su cotidianeidad y sus afectos.

3.3 Cómo pueden impactar las carencias afectivas y de contacto en este contexto.

En esta etapa de la vida, muchas personas mayores se encuentran solas, sin personas con las que contar, sin vínculos afectivos. Pichon-Riviere, plantea que “El vínculo es siempre un vínculo social, aunque sea con una persona; a través de la relación con esa persona se repite una historia de vínculos determinados en un tiempo y en espacios determinados” (Pichon-Riviére,1985, p.47). Son estos vínculos los que nos van configurando como sujetos sociales con determinadas formas de pensar, sentir y actuar, con una historia que nos precede y nos identifica, en un espacio y un tiempo compartido y los efectos y afectos que se juegan en esa relación. A través del vínculo se produce subjetividad, nos van formando y a la vez transformando.

En la actualidad debemos sumarle el contexto de pandemia, que trajo consigo la obligatoriedad de mantener un distanciamiento social, que afectó principalmente a las personas mayores que quedaron ubicados como la población más vulnerable ante el virus, debiendo implementarse necesariamente medidas para contenerlo.

En nuestro país, debieron adoptarse por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP) una serie de protocolos para la vida dentro del residencial, en determinado momento se prohibió el ingreso de las visitas para los residentes. Más adelante volvió a permitirse el ingreso, requiriendo la implementación de determinadas normas para recibir visitas, entre ellas:

El familiar deberá utilizar doble tapaboca y sobre túnica para poder realizar la visita.

El residente deberá usar doble tapaboca, siempre y cuando no tenga contraindicación del uso del mismo, ni este le produzca trastorno psicoconductual.

Se recomienda disponer de un área exclusiva cerca de la puerta de entrada y donde no circulen residentes en forma habitual, para el recibimiento de visitas. Esta área deberá tener la ventilación adecuada y amplitud para que se pueda mantener la distancia de 2 metros entre el residente y su familiar. (...) No estará permitido el saludo con contacto: abrazo, beso o apretón de manos. (MSP,2021,p.3)

Medidas que al mismo tiempo hicieron énfasis en la prohibición de contacto físico, con todo lo que esto conlleva para el desarrollo emocional de las personas, acentuando la sensación de soledad de muchos residentes.

La soledad es la sensación subjetiva de tener menos afecto y cercanía de lo deseado en el ámbito íntimo o relacional. El aislamiento social es la situación objetiva de contar con mínimos contactos con otras personas. Su contribución al incremento de la morbilidad es comparable al de otros factores de riesgo bien conocidos. (Gene et al., 2016, p.604)

Estos autores plantean que no necesariamente el hecho de vivir solo genera esa sensación de soledad y aislamiento social, ya que aún así se puede tener un buen relacionamiento con la familia y amigos. En cambio, sí puede ocurrir que las personas aún viviendo con otros pueden sentirse solas, siempre depende de la calidad del vínculo; situación que se da dentro de los residenciales. Además relacionan la soledad y el aislamiento con el riesgo de deterioro cognitivo, así como también le atribuyen síntomas depresivos y trastornos del sueño.

Debido al requerimiento de distanciamiento social, en un principio debimos mantenernos alejados de nuestros amigos y familiares, dentro de nuestra llamada “burbuja” que incluía únicamente a quienes viven dentro de una misma casa. Sumando a esta situación la incertidumbre de no saber con certeza cuándo volveríamos a la “normalidad”. Quienes se vieron más afectados con toda esta situación, fueron las personas mayores que debieron recluírse y aislarse en sus hogares. Privándose de recibir visitas, comunicándose únicamente a través del teléfono o quienes son más innovadores, aprendieron a hacerlo virtualmente.

Esta situación afectó directamente y de forma notoria la cotidianidad de estas personas mayores, que debieron de un día para otro cambiar sus rutinas, romper todo vínculo con el exterior, privándolos de recibir la visita de sus seres queridos y limitando el relacionamiento incluso entre ellos dentro de los residenciales. Es importante destacar que:

La falta de estimulación social afecta al razonamiento, al desempeño de la memoria, al equilibrio hormonal, a la conexión entre la materia gris y la materia blanca del cerebro, y a nuestra capacidad de hacer frente a enfermedades físicas y mentales. (Bzdok y Dunbar, 2020)

Por lo que esta situación podría tener repercusiones en la salud física y psíquica de esta población. Dejando a las personas en una posición de mayor vulnerabilidad, al verse debilitados sus lazos afectivos y sociales, fundamentales para asegurar la supervivencia.

En tiempos de angustia, crisis o desastre, la resiliencia humana depende de la riqueza y la fuerza de las conexiones sociales, así como de la participación activa en grupos y comunidades. En los últimos años, la evidencia surgida de varias disciplinas ha dejado muy claro: el aislamiento social percibido (es decir, la soledad) puede ser la amenaza más poderosa para la supervivencia y la longevidad. (Bzdok y Dunbar, 2020)

Los seres humanos somos gregarios por naturaleza, el formar parte de un grupo desde el punto de vista psicosocial, es vital para nosotros. Más aún en momentos de crisis, como es el caso de la pandemia, las personas tendemos a agruparnos, a acercarnos para intentar contenernos unos a otros. Pero la pandemia nos privó de eso, nos instó a hacer lo contrario, ya no pudimos recurrir al encuentro físico con nuestros afectos en busca de una palabra de aliento, de una caricia, de un abrazo.

El contacto físico pasó a ser una prohibición, algo inaceptable y hasta repudiable desde el punto de vista social; a pesar de ser tan importante para el desarrollo humano, como ya es sabido, desde el momento mismo del nacimiento. Los encuentros familiares y de amigos pasaron a tener un carácter de clandestinidad y así se los denominaba.

En los residenciales de larga estadía mientras tanto, a partir del aumento de casos se intensificaron los controles y protocolos para proteger la salud de las personas mayores, con medidas principalmente en lo referente a las visitas. Contrario a esto, diversos estudios aseveran que el aislamiento es contraproducente en esta etapa, entonces cómo saber que tan bueno es privarlos de un rostro familiar, de un abrazo afectuoso.

Pareciera que una vez más se los cosifica, se les quita la capacidad de tomar decisiones sobre su propia vida, sobre su propia salud. Repentinamente se vieron aislados del afuera, pero teniendo la amenaza de contagio también dentro del residencial, por el inevitable contacto con los funcionarios y el personal, quedaron más encerrados dentro de esa lógica hospitalaria, manteniendo distancia con sus pares en los espacios comunes, además de ver a sus cuidadores todo el tiempo detrás de un tapabocas.

No está en discusión que ante la situación sanitaria, pensando en su seguridad física y el cuidado de su salud, sea lo más indicado. La duda que me planteo es quien y que tanto derecho a decidir por ellos tenemos y que los afectará más, si el riesgo de enfermar o el mantenerlos aislados. Cuando en general y siguiendo las estadísticas de esperanza de vida

dentro del residencial que algunos autores han planteado, se les está quitando un tiempo precioso de sus vidas para estar en contacto con sus afectos.

Sabido es que los seres humanos percibimos las sensaciones a través del contacto piel a piel, la piel es el órgano más extenso de nuestro cuerpo y es a través de ella que recibimos los estímulos, por pequeños que sean; van desde una caricia, un abrazo, que nos tomen de la mano, etc. A través de un abrazo, transmitimos incluso aquello que no nos animamos o no podemos poner en palabras, es una demostración de afecto. En un abrazo nos sentimos contenidos, a la vez que contenemos a la otra persona. La necesidad de contacto físico trasciende la edad, es igual de necesaria durante toda la vida.

La explicación científica estriba en que un abrazo sincero produce una hormona denominada oxitocina, conocida como la hormona del amor, que es un neurotransmisor que actúa en el sistema límbico, el centro emocional del cerebro, fomentando sentimientos de alegría que reducen la ansiedad y el estrés. (Labath, 2016, párr.4)

El contacto físico es fundamental para nuestro desarrollo a lo largo de toda nuestra vida, cuanto más en etapas avanzadas en las que nos vamos acostumbrando a prescindir de ese contacto.

La necesidad de afecto, apego, juego y el deseo no desaparece con la edad, pero la piel arrugada manchada no invita a las caricias, por lo tanto, la necesidad de contacto permanece insatisfecha. Las personas se retraen, disminuye la comunicación, se incrementa el riesgo de depresión. El contacto humano es una necesidad fisiológica como el agua o la comida. (Kabanchik,2016, p. 76)

No sé cuál es el motivo por el cual los seres humanos a medida que nos vamos transformando en adultos, disminuimos el contacto físico con el otro. Cuando somos niños y adolescentes no necesitamos motivos ni excusas para abrazar a nuestros seres queridos, a nuestros amigos. Pero, poco a poco nos volvemos menos demostrativos, actuamos de forma menos afectuosa, como si el contacto fuera un tema vergonzante.

Por ello es importante rescatar la importancia que tiene tanto para nuestra salud física como emocional. Aún más, en casos en los que la persona mayor se encuentra en un entorno que percibe como extraño y hasta a veces hostil, se hace fundamental esta contención.

Teniendo en cuenta como:

El contacto físico contribuye al equilibrio emocional, reduce la ansiedad y la agresividad. Tiene un efecto sedante y relajante; disminuye el estrés y mejora el insomnio; disminuye el cortisol, aumenta los niveles de serotonina haciendo que mejoren el estado anímico y los síntomas depresivos. (Kabanchik,2016, p. 77)

Podemos ver entonces, que no solo es una demostración de cariño y de aceptación, transmite esa sensación de bienestar, seguridad, contención; tan necesaria para la persona a lo largo de toda su vida, pero aún más en la vejez. Además de tener efectos positivos sobre nuestra salud.

En países como Estados Unidos, se ha implementado para suplir la falta de contacto dentro de los residenciales, sesiones de masajes para los residentes, como así también de manicuría y pedicuría. Dándole relevancia a lo que apuntan diversos estudios sobre lo beneficioso del contacto físico para la salud de las personas mayores. Si lo pensamos no sería algo difícil de implementar en nuestro país, más que de medios, depende de la voluntad de cada institución de mejorar la calidad de vida de las personas y se traduciría en un menor costo en tratamientos médicos, que derivan de esa falencia de contacto.

Es necesario un cambio de postura, dejar de ver el envejecimiento como sinónimo de decrepitud, enfermedad, desvalimiento, dependencia; sin atender las necesidades que involucra el proceso a nivel emocional, fundamentalmente dentro de los residenciales. Que las políticas apunten a la inclusión, a la reinserción de las personas mayores dentro de la sociedad, que se deje de ubicarlos en ese lugar de pasividad y de necesidad de esa visión asistencialista y homogeneizante, con la que se los ve.

Este cambio, sin lugar a dudas, involucra a todo lo que refiere a la formación de los cuidadores, desde un enfoque que no los prepare únicamente para el cuidado de “usuarios” o “pacientes”, términos que se asocian más al ámbito de la salud; sino reforzando que quienes se encuentran allí son residentes que necesitan no sólo asistencia, sino un acompañamiento más integral. No solo se trata de administrarles medicación, ayudarlos en la higiene, etc.; se trata de que no pierdan su calidad de persona que necesita un vínculo y un trato más humanizante. No olvidemos que muchos de estos residentes no cuentan con contención familiar, por tanto, las cuidadoras son el único acompañamiento y apoyo afectivo con el que cuentan.

Reflexiones finales

A lo largo de este trabajo, se puede apreciar cómo transcurre la vejez atravesada por una serie de prejuicios que estigmatizan a las personas mayores, partiendo del error de homogeneizar a esta población y de desestimar su capacidad de decidir sobre sus propias vidas, al punto de que en determinadas circunstancias no se los reconozca como sujetos de derechos. Intente en el desarrollo de la monografía mantener la mirada atenta al aspecto psicosocial en el proceso de envejecimiento, en cómo influye la afectividad en el cuidado de la persona mayor, fundamentalmente para quienes viven en un residencial.

Me parece pertinente que desde Facultad y desde nuestro rol como futuros psicólogos, podamos aportar una mirada ética en relación a la vejez, en cuanto a la necesidad de producir y transmitir conocimientos que le den una mayor visibilidad al proceso y se logre responder a las demandas sociales que van surgiendo, en torno a un tema de gran relevancia social.

Creo que la pandemia nos sorprendió y nos dejó sin duda diferentes experiencias y aprendizajes. Asociado a la vejez, hizo que el mundo entero dirigiera su mirada hacia esta población que hasta el momento había sido prácticamente ignorada. Lo lamentable es que se le dió visibilidad resaltando lo negativo, desde los prejuicios y estereotipos ya existentes en función de su edad, lo que Salvarezza (1991) define como viejismo; aflorando el punto de vista de la vejez como una etapa deficitaria. Centrándose en los cuidados en torno a su salud física, con el aislamiento como principal medida de prevención, entre otras. Sin pensar en cómo estas medidas podrían afectar su salud, quedando nuevamente postergado a un segundo plano lo psicosocial, que es parte fundamental del desarrollo humano y repercute además de en su salud, en su identidad y autovaloración; más aún en momentos de crisis como el que estamos atravesando debido a la pandemia.

Invisibilizando el hecho de que las personas mayores son un grupo heterogéneo, que por tanto tiene diferentes necesidades, inquietudes, proyectos, deseos; enfocándose más en lo que refiere a los cuidados físicos. Viéndose tanto desde el Estado, como desde la sociedad misma una visión paternalista ante las necesidades, el trato y las medidas de cuidado hacia las personas mayores.

A través del enfoque del curso de vida, podemos comprender cómo el proceso de envejecimiento es influido por múltiples factores, la importancia que tiene la salud en el desarrollo humano y como al hablar de salud, no nos referimos únicamente al aspecto biomédico, entendiendo lo psicosocial como parte fundamental de este desarrollo. Dando cuenta de que siempre estamos a tiempo de cambiar algunos patrones y hábitos de conducta que podrían llegar a perjudicar nuestra salud a futuro. Es fundamental que desde el Estado y la salud pública se parta desde éste enfoque, no solo para intentar que las

personas mayores logren una mejor calidad de vida, sino también, en cuanto a las formas de abordar la enfermedad y el cuidado, aportando herramientas adecuadas para hacerlo. Buscando estrategias para satisfacer las necesidades de salud de las personas mayores, con el cuidado centrado en la persona, siempre desde la perspectiva de los derechos humanos en todo lo que hace al desarrollo de programas e intervenciones, desde una mirada más integral.

Para concluir, quisiera resaltar el hecho de que todos nosotros estamos envejeciendo, por tanto, como sociedad deberíamos involucrarnos más en el tema, intentando que sea una realidad que quienes son personas mayores en la actualidad, puedan vivir dignamente. Teniendo participación social, oportunidades, proyectos, etc.; para así contribuir a construir la sociedad en la que todos queremos envejecer. Partiendo de la certeza, de que en tanto nuestra salud nos lo permita, ineludiblemente todos vamos a llegar a viejos.

Ojalá el fin de la pandemia se vea como la oportunidad de producir un cambio significativo en la realidad de nuestras personas mayores, apuntando desde los sistemas de salud a generar dispositivos grupales, como ya existe para la adolescencia por ejemplo; un espacio desde lo psicosocial al cual todos puedan acceder donde se sientan contenidos y escuchados, tanto en instituciones públicas como privadas. Teniendo como uno de sus principales objetivos, que las personas mayores logren una autopercepción positiva durante el proceso, aumentando su autoestima, para esto es fundamental darles voz, para conocer las necesidades y demandas de una población que día a día va en aumento.

Que lo irruptivo y traumático de la pandemia nos deje un aprendizaje y sea tomado como una oportunidad para dar lugar a la transformación y un cambio hacia una percepción más positiva del proceso de envejecimiento. Esperemos que tanto desde el Estado, como de las organizaciones sociales, surjan aportes y nuevas herramientas que refuercen la necesidad de devolver la dignidad y el respeto que nuestras personas mayores necesitan y tanto merecen.

Que la vida es finita todos lo sabemos, pero pensamos que esa finitud nos llega avanzada la edad, por eso es tan temido el hecho de llegar a envejecer. Es por ello que a veces la vida nos sorprende y nos golpea con pérdidas para las que no estábamos preparados. De ahí la importancia de rescatar y enaltecer la riqueza de poder llegar a viejos, aspirando a que sea de la forma más digna posible.

Referencias bibliográficas

- Aguirre, R. (2007) “Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas”, Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros, Libros de la CEPAL N° 97 (LC/G.2345-P) Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Aguirre, M. (2018). La institucionalización de la vejez en Uruguay: Del Hospital de Caridad a las “casas de salud”. Las leyes y las fundamentaciones que la hicieron posible. (Tesis doctoral, Universidad de la República, Montevideo). Recuperado de https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/23313/1/TD_AguirreRi_cheroMariana.pdf
- ASALE, R.-, & RAE. (s. f.). Prejuicio | Diccionario de la lengua española. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Recuperado 8 de abril de 2022, de <https://dle.rae.es/prejuicio>
- Batthyany, K., Genta, N., Perrotta, V. (2014) ¿Qué nos dicen los expertos sobre el cuidado de calidad de personas mayores? Un análisis de género. En: Las personas mayores ante el cuidado. Aportes de INMAYORES para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados. Montevideo: INMAYORES-MIDES. Disponible en internet: http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/34829/1/las_personas_mayores_ante_el_cuidado_web_2.pdf
- Batthyany, K., Berriel, F., Carbajal, M., Genta, N., Paredes, M., Pérez, R., Perrotta, V. (2014) Las personas mayores ante el cuidado. Aportes de INMAYORES para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados. Montevideo: INMAYORES-MIDES.
- Batthyany, K. (2015) “Los tiempos del bienestar social. Género, trabajo no remunerado y cuidados en Uruguay”. MIDES. INMUJERES. Doble Clic Editoras.
- Berriel, F., & Pérez Fernández, R. (2006). Sedimentos y transformaciones en la construcción psicosocial de la vejez
- Billoud, L. (2017). Entre pérdidas y adquisiciones. Un estudio sobre procesos de desocialización y resocialización en un contexto de integración de internación geriátrica. Facultad de Humanidades y Ciencias/Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales Universidad Nacional del Litoral. Argentina

- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: Orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*. <https://doi.org/10.31406/relap2011.v5.i1.n8.1>
- Burnet, N. & Márquez, C. (2016) Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Envejecimiento y personas mayores en Uruguay. Ediciones Trilce, Montevideo.
- Butler, J. (2006) Vida Precaria. El poder del duelo y la violencia. Ed. Paidós. Bs. As.
- Butler, J. (2009) Performatividad, precariedad y políticas sexuales. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana, vol. 4, núm. 3
- Bzdok, D., & Dunbar, R. I. M. (2020). The Neurobiology of Social Distance. *Trends in Cognitive Sciences*, 24(9), 717-733. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2020.05.016>
- Carbajal, M y Berriel, F (2014) “Los significados del cuidado desde la perspectiva de las personas adultas mayores. Estudio cualitativo en la ciudad de Montevideo”, en el libro: Las personas mayores ante el cuidado. Aportes de Inmayores para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados. Sistema de Cuidados. Montevideo. INMAYORES-MIDES.
- Curso de vida saludable—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). Recuperado 12 de julio de 2021, de <https://www.paho.org/es/temas/curso-vida-saludable>
- Decreto N° 356/016. (2016). Recuperado 12 de julio de 2021, de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/356-2016>
- Gene, J., Ruiz, M., Obiols, N., Olieras, L., Lagarda, E., (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? | Lector mejorado de Elsevier. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>
- Ho, K. H. M., Mak, A. K. P., Chung, R. W. M., Leung, D. Y. L., Chiang, V. C. L., & Cheung, D. S. K. (2022). Implicaciones del COVID-19 en la soledad de los adultos mayores en residencias. *Qualitative Health Research*, 32(2), 279-290. <https://doi.org/10.1177/10497323211050910>
- Huenchuan Navarro, S. (2013). Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe: La hora de avanzar hacia la igualdad. Naciones Unidas, CEPAL Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2011). Resultados del censo de población 2011: población, crecimiento, y estructura por sexo y edad. Recuperado de <http://www.inw.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/analisispais.pdf>.

- Julve Negro, M. (2006) Dependencia y cuidado: Implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora. Recuperado: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2002330>
- Kabanchik, D. A. B. (2016). Salud Mental y Sentido del Tacto en la Vejez. Rev. Arg. de Gerontología y Geriátrica; Vol 30(2):75-77
- Labath, L. (2016) El cerebro y los abrazos. Asociación Educar para el Desarrollo Humano. Recuperado 24 de junio de 2021, de <https://asociacioneducar.com/cerebro-abrazos>
- Le Breton, D. (1990). Antropología del cuerpo y la modernidad. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.
- Ley N° 17066. (1998). Recuperado 12 de julio de 2021, de <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/17066-1998>
- Ley N° 19353. (2015). Recuperado 12 de julio de 2021, de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015>
- Ley N° 19430. (2016). Recuperado 12 de julio de 2021, de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-internacional/19430-2016>
- López, M., Marín, A. & De la Parte, J. (2004). La planificación centrada en la persona. Una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica. Revista Siglo Cero, 35(1), 1-16.
- Maslow, A (1943) A Theory of Human Motivation. Classics in the History of Psychology (2000). Recuperado 8 de marzo de 2022, de <https://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>
- Monteiro, L., & Paredes, M. (2016). Arreglos de convivencia en la vejez en Uruguay: Perfiles específicos para una política de cuidados. Papeles de población, 22(87), 133-160.
- Montgomery, A., Slocum, S., & Stanik, C. (2020). Experiences of Nursing Home Residents During the Pandemic. Altarum. https://altarum.org/sites/default/files/uploaded-publication-files/Nursing-Home-Resident-Survey_Altarum-Special-Report_FINAL.pdf . Google Académico
- Núñez, I., Alvarez, T. (2019) Relevamiento a las organizaciones Sociales de Personas mayores Hogares de Ancianos 2019. Programa de Fortalecimiento Sociedad Civil Organizada. Montevideo: BPS. Asesoría general en seguridad social. Prestaciones sociales.

- OEA, A. G. (2017). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. *Cuaderno Jurídico y Político*, 2(7), 65-89. <https://doi.org/10.5377/cuadernojurypol.v2i7.11040>
- Paredes, M. & Pérez Fernández, R. (2014) Personas mayores en Uruguay: configuraciones familiares, participación social y detección de dependencia. En: Las personas mayores ante el cuidado. Aportes de INMAYORES para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados. Montevideo: INMAYORES-MIDES. Disponible en internet: http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/34829/1/las_personas_mayores_ante_el_cuidado_web_2.pdf
- Palomo, M. T. M. (2014). Los cuidados en las familias: Un estudio a través de tres generaciones de mujeres en Andalucía. 706.
- Pichon-Rivière, E. (1985). Teoría del vínculo. Buenos Aires: Nueva Visión
- Plan Nacional de Cuidados 2016-2020. Recuperado de: www.sistemadecuidados.gub.uy/61181/plan-nacional-de-cuidados-2016-2020
- Puga González, M. D. (2002). Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España, una previsión a 2010. Alcobendas: Fundación Pfizer.
- Recomendaciones y Protocolo de visitas en Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM). (2021). Ministerio de Salud Pública. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/recomendaciones-protocolo-visitas-establecimientos-larga-estadia-para>
- Salvarezza, L. (1991). Psicogeriatría: Teoría y Clínica. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Sermedico (2014). Recuperado 12 de julio de 2021, de <http://www.sermedico.com.uy/noticias/sociedades-cientificas/uruguay-cuenta-con-pocos-geriatras>
- Thevenet, N. (2013). CUIDADOS EN PERSONAS ADULTAS MAYORES. Montevideo. MIDES. Recuperado de: <http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/handle/123456789/452>
- Rothera IC, Jones R, Harwood R, Avery AJ & Waite J. (2002) Survival in a cohort of social services placements in nursing and residential homes: factors associated with life expectancy and mortality. *Public Health* (2002)

Van Dijk, P., Mehr, D., et al. (2005) Comorbidity and 1-year mortality risks in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*. 660-665.