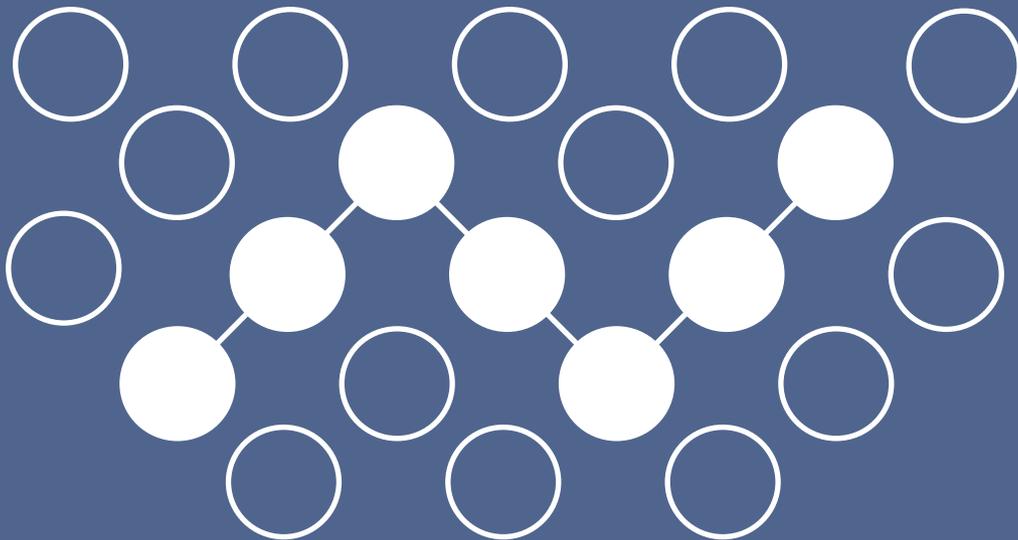


# neurama

# revista electrónica de psicogerontología

Nº1 ISSUE / VOLUMEN 1  
JUNIO 2014

ISSN 2341-4936  
www.neurama.es



## IN THIS ISSUE:

Imágenes sobre la vejez en jóvenes estudiantes de carreras sin formación gerontológica

**Javiera Sanhueza Chamorro**

Retos de calidad de vida en asilos de ancianos mexicanos

**Isabel Pérez Vargas**

Un modelo innovador de respiro y apoyo al domicilio para pacientes con Alzheimer y sus cuidadores : Baluchon Alzheimer

**Frederique Lucet**

Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado

**Analía Verónica Losada y Marina Alvarez Strauch**

Adultos mayores: Historia, relatos y reminiscencia. Una biografía en formato blog

**Marcelo Buchcaiger**

La fortaleza del cuidador: Habilidades de afrontamiento y resiliencia. Entrevista a cuidadora

**Clara Díaz Henche**

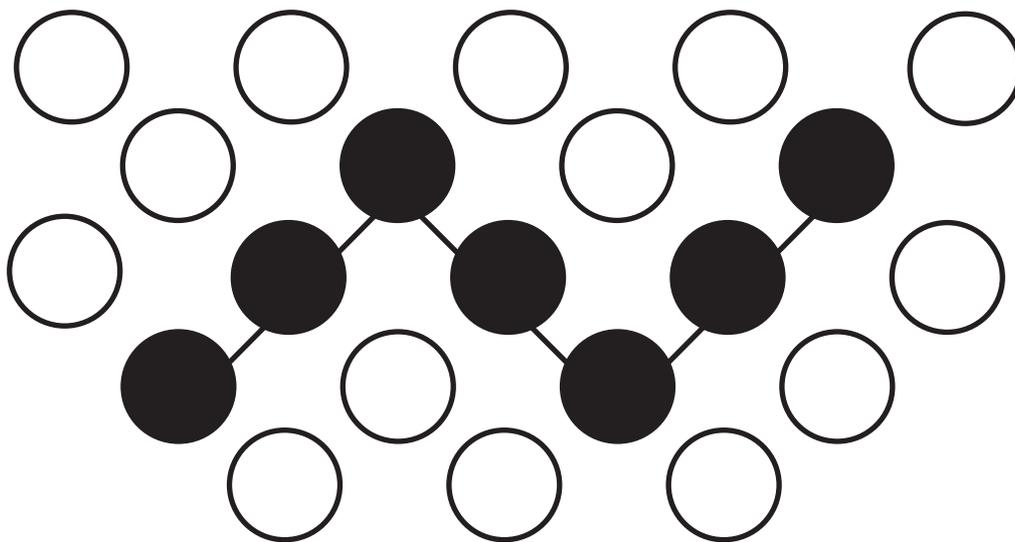
# neurama

## revista electrónica de psicogerontología

Nº1 ISSUE  
JUNIO 2014

ISSN 2341-4936  
www.neurama.es

Director / Editor :  
Angel Moreno Toledo



### IN THIS ISSUE:

Imágenes sobre la vejez en jóvenes estudiantes de carreras sin formación gerontológica  
**Javiera Sanhueza Chamorro**

Retos de calidad de vida en asilos de ancianos mexicanos  
**Isabel Pérez Vargas**

Un modelo innovador de respiro y apoyo al domicilio para pacientes con Alzheimer y sus cuidadores: Baluchon Alzheimer

**Frederique Lucet**

Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado  
**Analía Verónica Losada y Marina Alvarez Strauch**

Adultos mayores: Historia, relatos y reminiscencia. Una biografía en formato blog  
**Marcelo Buchcaiger**

La fortaleza del cuidador: Habilidades de afrontamiento y resiliencia. Entrevista a cuidadora  
**Clara Díaz Henche**



“Aunque tengamos la evidencia de que hemos de vivir constantemente en la oscuridad y en las tinieblas, sin objeto y sin fin, hay que tener esperanza”.

(Pío Baroja, 1872- 1956).

### **Director:**

Angel Moreno Toledo (Málaga)

### **Comité Asesor Nacional**

Antonio Andrés Burgueño Torijano (Madrid)  
José Luis Caamaño Ponte (A Coruña)  
Laura Caballero Escamez (Murcia)  
Nuria Carcavilla González (Salamanca)  
Mónica de Castro Torrejón (Barcelona)  
Azucena Cuadrado Lorenzo (Madrid)  
Marcos Díaz Díaz (Cáceres)  
Ana María Gonzalez Jimenez (Madrid)  
Santiago Granado Alcedo (Cádiz)  
Miguel Angel Maroto Serrano (Madrid)  
Estefanía Martin Zarza (Salamanca)  
Rocío Medina Armenteros (Jaén)  
Charo Pita Díaz (A Coruña)  
Vera Santos Martínez (Madrid)

### **Comité Asesor Internacional**

Alejandro Burlando Páez (Argentina)  
Analía Mendez (Argentina)  
Anastasia Paschaleri (Reino Unido)  
Brenda Avadian (Estados Unidos)  
Carrie Peterson (Dinamarca)  
Diana Orrego Orrego (Colombia)  
Frederique Lucet (Francia)  
Gary Glazner (Estados Unidos)  
Graham Hart (Reino Unido)  
Guillermo Ramírez Hoyos (Colombia)  
Hugo Roberto Valderrama (Argentina)  
Hugo Sousa (Portugal)  
Javiera Sanhueza (Chile)  
Joana de Melo E Castro (Portugal)  
Joao Marques Texeira (Portugal)  
Kerry Mills (Estados Unidos)  
Maria Alejandra Ortolani (Argentina)  
Maria Elena Ochoa (Argentina)  
Marios Kyriazis (Reino Unido)  
Mladen Davidovic (Serbia)  
Narjes Yacoub (Francia)  
Peter Gooley (Australia)  
Raúl Andino (Argentina)  
Rolando Santana (República Dominicana)  
Rosana Cordova (Argentina)  
Salvador Ramos (Estados Unidos)  
Stephanie Zeman (Estados Unidos)  
Wendy Johnstone (Canadá)





**Director/Editor:**

**Angel Moreno Toledo**

Psicólogo. Formador y escritor.  
Especialista en Psicogerontología.



## Abriendo caminos al conocimiento

*Caminante no hay camino, se hace camino al andar.*  
(Antonio Machado)

Seguir los pasos del progreso, nos hallamos en una senda que aún dista por recorrer, pero esa distancia es abreviada y mucho menos costosa desde la unidad.

El conocimiento y la amplificación de nuestros esfuerzos llevados de la mano de las tecnologías y las redes sociales suponen una herramienta de gran potencial que permiten llegar a multitud de personas, siendo por tanto un recurso de posibilidades prácticamente infinitas.

Desde el campo de la Psicogerontología y el ineludible abordaje de sus vicisitudes, el estudio del envejecimiento y de las enfermedades neurológicas (demencias, siendo la enfermedad de Alzheimer la más común) y sus contingencias de tratamiento es el objetivo principal de esta iniciativa.

La motivación de avanzar en la comprensión, en la difusión del saber y en la incorporación del bagaje experiencial fruto de la unión de sinergias desde el enfoque interdisciplinar, aboga por una comunicación fluida y fructífera para llevar el avance científico ampliando horizontes y dilucidando nuevas incógnitas. De este modo, la andadura de este proyecto, la revista Neurama, pretende ser un acercamiento multidimensional al envejecimiento y al estudio de las enfermedades neurodegenerativas.

Abanderar un conocimiento que nos asienta compartir descubrimientos y hallazgos, sea un marco de discusión común y un motivo de contacto interprofesional principalmente. Porque la comunicación científica debe aportar datos y nociones, debe ser el motor de la especialización, un intercambio de perspectivas que cumpla con el objetivo de formar, educar y cultivar el conocimiento sobre el envejecimiento, la calidad de vida de nuestros mayores y la constante lucha contra las enfermedades neurodegenerativas.



### **EN ESTE NÚMERO:**

- 05            Imágenes sobre la vejez en jóvenes estudiantes de carreras sin formación gerontológica  
**Javiera Sanhueza Chamorro**
- 22            Retos de calidad de vida en asilos de ancianos mexicanos  
**Isabel Pérez Vargas**
- 30            Un modelo innovador de respiro y apoyo al domicilio para pacientes con Alzheimer y sus cuidadores: Baluchon Alzheimer  
**Frederique Lucet**
- 48            Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado  
**Analia Verónica Losada y Marina Alvarez Strauch**
- 63            Adultos mayores: Historia, relatos y reminiscencia. Una biografía en formato blog  
**Marcelo Buchcaiger**
- 68            La fortaleza del cuidador: Habilidades de afrontamiento y resiliencia. Entrevista a cuidadora  
**Clara Díaz Henche**



# Imágenes sobre la vejez en jóvenes estudiantes de carreras sin formación gerontológica

Javiera Sanhueza Chamorro<sup>1</sup>

**E**n una sociedad basada en la capacidad de producir y consumir, todo aquello que encierre el peligro de alejar a los individuos de su potencial físico y mental es considerado como una "enfermedad"; imágenes que se traducen en la exclusión social y auto referida de las personas mayores. Considerando los efectos negativos de los estereotipos sobre la vejez, es indispensable concertar esfuerzos en pos de un cambio social que permita la participación activa de este grupo etario.

**Métodos.** La presente investigación expone las percepciones sobre la vejez que tienen alumnos de carreras sin formación gerontológica ("Derecho", "Recursos Humanos" y "Empresariales" de la Universidad de Granada), mediante la aplicación de un cuestionario de diferenciales semánticos que los cuestiona desde una perspectiva biopsicosocial.

**Resultados y conclusiones.** Se observaron interesantes diferencias en la postura que los alumnos presentan según su carrera, situación que ayudan a reflexionar sobre cómo puede repercutir la forma en que los jóvenes profesionales definen "lo que es ser una persona mayor", en las condiciones de vida de este grupo etario.

**Palabras Clave:** *Jóvenes universitarios, personas mayores, imágenes sobre la vejez y estereotipos.*

## ABSTRACT

In a society based on the ability to produce and consume everything that enclose the danger of alienating individuals of their physical and mental potential is considered as a "disease"; images that result in social exclusion and self-referred to the elderly. Considering the negative effects of stereotypes about old age, it is essential concerted efforts towards social change that enables active participation of this age group.

**Methods.** This research presents the perceptions of old age students who have careers without gerontological training ("Law", "Human Resources" and "Business" at the University of Granada), by applying a semantic differential questionnaire that question from a biopsychosocial perspective.

**Results and conclusions.** Interesting differences in the students present posturaque by race situation to help you reflect on how you can impact the way young professionals define " what it means to be a person " in the lives of this age group were observed.

**Keywords:** *University students, seniors, images and stereotypes about old age.*

N°1 ISSUE  
JUNIO 2014

Recibido:  
20/04/2014

Aceptado:  
06/05/2014



*Imágenes sobre la vejez de jóvenes universitarios sin formación gerontológica*

## Introducción

Así como no hay subjetividad que pueda aislarse de la cultura, tampoco hay cultura que pueda apartarse de las subjetividades que le dan sustento, generándose en toda sociedad una mutua implicancia y producción entre las subjetividades y la cultura imperante (Lentini y otros, 2008). En este sentido, el desarrollo de imágenes sociales, siempre constituye un proceso dinámico de construcción y deconstrucción, en el que interactúan dichos elementos.

Toda imagen social se define desde los elementos que constituyen el tiempo y espacio social en el que se encuentra asentada. De esta manera, para poder describir las imágenes que actualmente pesan sobre la vejez, habrá que identificar ciertas características de nuestra sociedad, a partir de las cuales, surgen los fundamentos en que se basan las nociones con las que los individuos definen la vejez, el envejecimiento y la población mayor.

En casi toda la historia de la humanidad se ha valorado la juventud por sobre la de vejez, asociándola con valores tales como: belleza, astucia, salud, productividad, etc.; mientras que a la vejez se la ha relacionado sólo con valores negativos (Mchugh, 2003), salvo momentos excepcionales en que se la ha asociado con el valor de la experiencia y la sabiduría (De Beauvoir, 1970; Baltes y Baltes, 1990; Sánchez, 2000).

Se podría decir que dicha concepción se han acentuado en la sociedad de nuestro tiempo –con algunas diferencias entre sociedades “individualistas” y “colectivistas” (Zhou, 2007), o según nivel de desarrollo (Lachman y Yun, 2006)-, dado que hoy se asume que con los años el saber no se acumula, sino, muy por el contrario, caduca (Martínez y otros, 2008).

Es el concepto productivo-joven (Gastron y Lacasa, 2009) el que domina en el imaginario de una sociedad basada en el trabajo-consumo. En consecuencia, todo aquello que encierre el peligro de alejar a los individuos de la potencia física y mental, es considerado una como “enfermedad”.

La vejez es considerada para algunos investigadores como una “enfermedad” que ataca por distintos flancos. De ahí que algunos planteen la existencia de una “discriminación bipolar por edad” (Mchugh, 2003) que oscila entre los estereotipos negativos que usualmente se emplean para definir la vejez, y la promoción de “elixires milagrosos” que prometen superar los efectos indeseados de la edad (*anti-age*).

En nuestra sociedad, dicha imagen se centra principalmente en una supuesta incapacidad general de las personas mayores. En este sentido, según Sánchez (2000) los prejuicios contenidos en la “*gerofobia*”:

...[Están]...basados en la edad cronológica y en las características que se entiende acompañan a la cohorte de edad mayor, tales como: aumento en fragilidad, problemas crónicos de salud, incapacidad física o mental, recursos financieros inadecuados, pérdida de las relaciones, entre otras (p. 59).

Este conjunto de ideas terminan por constituirse en un estigma para las personas mayores que frecuentemente les imposibilita integrarse y participar satisfactoriamente en la sociedad (Goffman, 2006).

En términos generales, los aspectos que constituyen la imagen imperante sobre la vejez son una serie de supuestos asociados a la improductividad, la dependencia, y el deterioro físico y cognitivo de las personas mayores, que suelen ser socializados a través de los medios de



Javiera Sanhueza Chamorro

comunicación de masas (Bowd, 2003; Fealy y otros, 2012; Callister y otros, 2009), reforzando un imaginario negativo.

En relación al aspecto productivo, existe la creencia generalizada que una vez alcanzada cierta edad, las personas dejan de ser sujetos que aporten productivamente a la sociedad, idea que se enmarca en la concepción que "lo productivo" es algo que sucede exclusivamente en el mercado del trabajo, idea que se encuentra reforzada en el mundo económico-competitivo imperante, y avalada por la normativa vigente en la mayoría de los Estados modernos (Lahey, 2010). Así, el retiro de las personas mayores del mundo del trabajo es tomado como sinónimo de "ya no ser nadie" socialmente (Browne y otros, 2000).

Estas imágenes sociales sobre la vejez terminan por considerar a las personas mayores como una carga social, bajo el supuesto de que estos son sujetos inherentemente inactivos-dependientes en contraposición a una población joven substancialmente activa-productiva.

Que los gobiernos piensen que la dependencia es propia de las personas mayores, motiva el trato asistencialista hacia este grupo, situación que desencadena -a nivel social-comportamientos paternalistas y de rechazo hacia ellos (Valdivieso, 2003).

Para todos los sujetos que comparten dicha imagen sobre la vejez, las personas mayores representan la negación de todos los aspectos que se tienen como ideales para una persona, situación que los recluye a un nivel de subvaloración social, lo que también se traduce en una baja autoestima a nivel personal. En otras palabras, la exclusión social que sufren las personas mayores, es consecuencia directa de las imágenes sociales negativas que pesan sobre ellos.

Muchas veces las afirmaciones estereotipadas se convierten en profecías autocumplidas dentro de las vidas de las personas mayores (Baker y otros, 2008), frente a lo cual, la aceptación y no cuestionamiento de los mitos y prejuicios sólo garantiza la repetición conservadora de lo instituido (Cherry y Palmore, 2008; Lentini y otros, 2008).

Es necesario un cambio hacia la productividad y en ésta línea van todas las orientaciones dadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), institución que desde la década de los noventa ha venido insistiendo en la importancia de un envejecimiento activo, fundamentado en tres grandes pilares: la salud, la participación del mayor en su entorno y la seguridad; elementos que en conjunto, conducirían al envejecimiento exitoso (Ryff y Singer, 2009).

Las imágenes negativas sobre la vejez, están presentes en las subjetividades de todos los grupos de edades. La valoración de la juventud por sobre la vejez es parte fundamental de la socialización de los niños y jóvenes en nuestra sociedad. En este sentido, considerando las consecuencias negativas que generan las imágenes actuales sobre la vejez, es indispensable implementar nuevos programas de intervención educativa que incluyan contenidos gerontológicos y potencien las relaciones intergeneracionales entre personas mayores, niños y jóvenes durante los procesos formativos, lo cual permitirá transitar hacia una percepción más positiva respecto de este grupo etario (Damron-Rodriguez y otros, 2000; Okoye, 2004; Díaz y otros, 2009; Van Dussen y Weaver, 2009).

En este punto cabe preguntarse sobre la imagen sobre la vejez que actualmente poseen los estudiantes universitarios.

Existen variados estudios que se han preocupado por cuestionar a los jóvenes universitarios sobre su percepción respecto al envejecimiento y la población envejecida. En este contexto, Kimuna, Knox y Zusman (2005) indican que los estudiantes de carreras cuyo curriculum contempla el trabajo en contacto directo con personas mayores, son los que se encuentran más abiertos a manifestar concepciones estereotipadas sobre sus capacidades



*Imágenes sobre la vejez de jóvenes universitarios sin formación gerontológica*

físicas en general, especialmente respecto de aquellas que se encuentran relacionadas a lo que respecta a intereses y capacidades sexuales. Es decir, reconocen y han aceptado como real, el mito de la vida asexuada en la vejez.

Así mismo Browne, Minichiello y Kending (2000) indican que son los estudiantes del área del conocimiento "Ciencias de la Salud" los que presentan –generalmente– percepciones más estereotipadas sobre la vejez.

En esta misma línea, pero en cuanto al envejecimiento psicológico, otras investigaciones señalan que los estudiantes universitarios muestran una especial dificultad para discriminar entre "mitos" y "realidades" respecto a los problemas cognitivos que pueden presentarse a medida que se envejece (Kimuna y otros, 2005) observándose una percepción que tiende homogenizar a las personas mayores en torno a una idea de deterioro cognitivo patológico inevitable y universal.

Otros estudios indican que un mayor contacto con personas mayores, aparejado con una mayor formación en Gerontología, es determinante en la mejora de las imágenes sobre la vejez de jóvenes universitarios del área de las "Ciencias de la Salud" (Freeman y otros, 2007). Dicho fenómeno se amplía hacia todas las áreas del conocimiento, cuando se les agrega que estos estudiantes mantengan amistad con un sujeto mayor o participen en actividades de voluntariado dirigidos a dicho grupo etario (Van Dussen y Weaver, 2009).

La bibliografía consultada da cuenta de una arbitrariedad en el tratamiento de las imágenes sociales sobre el envejecimiento en jóvenes universitarios. La mayoría de las investigaciones hechas hasta el momento subrayan en las percepciones de estudiantes de carreras correspondientes al área de atención sociosanitaria, soslayando la percepción de futuros profesionales convenientes a otras áreas de necesidad de las personas mayores, como es el área legal, financiera, laboral, etc.

Las necesidades de las personas mayores van más allá de los estrictamente sociosanitario.

A medida que las sociedades avanzan, y las personas mayores envejecen con más calidad de vida, las necesidades van evolucionando hacia otras áreas de intervención: el grupo etario ya no sólo quiere recibir pensión y salud dignas, sino también una educación permanente, la oportunidad de reincorporarse al mundo del trabajo, emprender con apoyo financiero, etc. Todo esto, en el marco de una sociedad definida "para todas las edades" (ONU, 2002).

En general, en todas las áreas donde se realicen actividades educativas (teóricas y prácticas) tendientes al manejo del conocimiento gerontológico, se reportan imágenes más positivas que en aquellas donde no se han desarrollado este tipo de actividades (Birkenmaier y otros, 2009), por lo tanto es necesario también realizar intervenciones en carreras universitarias, en especial en aquellas cuya salida laboral pueda implicar (implícita o explícitamente) el trato directo con personas mayores (Kimuna y otros, 2005;) Freeman y otros, 2007; Cottle y Glover, 2007) en esta línea vamos a plantear nuestra intervención.

### **Objetivo**

Analizar las imágenes sociales sobre la vejez que presentan los jóvenes estudiantes pertenecientes a las áreas de las carreras de "Derecho", "Recursos Humanos" y "Empresariales" de la Universidad de Granada, en el año académico 2011/12.



Javiera Sanhueza Chamorro

## Métodos

Para lograr explorar los imaginarios que los jóvenes estudiantes de la Universidad de Granada tienen sobre la vejez y la presencia/ausencia de estereotipos, se decidió la utilización de una prueba del tipo diferencial semántico (Arnold-Cathalifaud y otros, 2008) que supera los criterios de fiabilidad (Alfa de Crombach: 0,836) y validez.

En función de la literatura especializada consultada (Palmore, 1980; Blanca y otros, 2005; Franco y otros, 2010) se utilizó un instrumento que consta de 16 pares de adjetivos opuestos que –según recomienda la metodología (Palmore, 1980)- son ordenados de forma aleatoria dentro del cuestionario, fijando una distancia de 7 categorías entre los extremos, como indica la **Figura 1**.

Para el análisis, le fue asignado un valor a cada una de las posibilidades de respuesta (-3, -2, -1, 0, 1, 2, 3). Valores negativos, en la medida que se acercan al adjetivo de connotación negativa, y viceversa.

El universo de este estudio está conformado por una población de 8.286 alumnos(as), correspondientes a las áreas del conocimiento de donde provienen las carreras de “Derecho”, “Recursos Humanos” y “Empresariales”.

La muestra fue de 115 alumnos(as) (margen de error máximo admitido: 8%), compuesta por 20% hombres y un 80% mujeres, en función de las características de la población en la Universidad de Granada, integrada –desde algunos años a esta parte- por más mujeres que hombres en las señaladas áreas.

En cuanto a las edades, estas se distribuyen con un 88,7% para jóvenes de “18 a 24 años” y un 11,3% para jóvenes de “25 o más años”, repartición que se explica en la edad media de ingreso a la universidad, y en la duración real media, en años, de cada carrera.

Respecto a las carreras tomadas en consideración para este estudio, se puede decir que un 29,6% corresponde a alumnos(as) de “Derecho”, a un 39,1% alumnos(as) de “Recursos Humanos” y un 31,3% a alumnos(as) de “Empresariales”.

El diseño muestral se basa en una mixtura entre el muestreo probabilístico estratificado de asignación proporcional y el muestreo por conveniencia (Blanca y otros, 2005) (según disponibilidad y accesibilidad a las distintas licenciaturas y grados).

Se aplica “Anova de un factor” (alfa: .05) a fin de calcular diferencias significativas de cada una de las variables dependientes (16 pares de adjetivos opuestos que definen las características de las personas mayores de “65 a 79 años” y de “80 o más años”) y la independiente “Carrera del encuestado”: “Derecho”, “Recursos Humanos” y “Empresariales”.

Paralelamente se presentan y comparan medias y porcentajes para cada una de las variables.

## Resultados

Como es posible observar en las **Tabla 1**. y **Tabla 2**. no todos los pares de adjetivos opuestos provistos por el instrumento, arrojan diferencias significativas de medias por prueba ANOVA de un factor ( $\leq .05$ ), situación que ha motivado que para el análisis sólo sean considerados aquellos que sí hayan cumplido con dicho requisito.

Para poder describir adecuadamente los datos, la presente investigación resuelve dividir los pares de adjetivos opuestos, nominalmente, de acuerdo a las tres principales áreas de estudio en gerontología: realidad social, psicológica y física de las personas mayores.

En las **Tabla 3**. y **Tabla 4**. se exponen los porcentajes de respuesta para cada uno de los pares de adjetivos (con diferencias significativas), según grupos de edades de la población mayor, por los que son cuestionados los jóvenes estudiantes.

*Imágenes sobre la vejez de jóvenes universitarios sin formación gerontológica*

### **Aspectos Sociales**

En términos pormenorizados, los estudiantes de derecho son más abiertos a considerar la vejez como un periodo igualmente propicio para el protagonismo social, como cualquier otra etapa de la vida, siendo para ellos las personas mayores "ciudadanos activos" (73,52%), "independientes" (76,47%) y "productivos" (91,17%). Sin embargo, dicha percepción positiva no se aplica cuando se sobrepasa los 80 años; ni para esta, ni para el resto de las carreras.

Frente a esto, los estudiantes de empresariales y recursos humanos realizan una definición más bien neutra la vejez, no mostrando un posicionamiento polar respecto a los pares de adjetivos propuestos cuando se trata de menores de 79 años, salvo en el caso del ejercicio de la ciudadanía, donde los estudiantes de recursos humanos definen a las personas mayores como sujetos pasivos.

En cambio, los estudiantes de la carrera de empresariales sólo presentan imágenes negativas sobre las características de la vejez en términos sociales, cuando son consultados por personas mayores que superan los 80 años, momento en que comienzan a ser consideradas como "*socialmente dependientes*" (100%); estereotipo compartido por el resto de las carreras –para este subgrupo de edad- pero en menor medida.

Por otro lado, cabe destacar, el amplio reconocimiento de la protección social con la que cuentan actualmente las personas mayores en España, por parte de los alumnos de las distintas carreras analizadas.

### **Aspectos psicológicos y físicos**

Existen distintas perspectivas respecto a la definición que los jóvenes hacen de las personas mayores en cuanto a lo físico y psicológico, en función de la carrera que cursan.

Por ejemplo, mientras los alumnos de derecho consideran a las personas menores de 79 años como sujetos físicamente "*hábiles*" (73,52%), los alumnos de recursos humanos estiman lo contrario (75,55%) y los alumnos de empresariales adoptan una posición más bien neutra.

Por otro lado, cabe destacar que, incluso cuando se hace referencia a una vejez temprana, todas las carreras consideran a las personas mayores como sujetos "*sexualmente no activos*".

Paralelamente, en cuanto al comportamiento, en general los alumnos pertenecientes a las tres carreras consideran a las personas mayores como sujetos "*tolerantes*" y "*no conflictivos*", con la salvedad de la carrera de recursos humanos que define a las personas mayores como intolerantes en un 82,22%. En cuanto a esto último, cuando se habla de personas mayores de 80 años, la percepción de la intolerancia se vuelve más negativa.

Para estas carreras, la "*desconfianza*" en la vejez constituye la imagen más claramente negativa en el ámbito del comportamiento, situación que se agudiza cuando los jóvenes son cuestionados por los sujetos más envejecidos.

### **Discusiones y Conclusiones**

Los estereotipos negativos de los estudiantes encuestados, apuntan–primero- a una idea de decadencia física, la cual estaría principalmente relacionada con una imagen generalizada de decadencia sexual, inherente a la vejez.

Sin embargo, la decadencia no se aplicaría a todos los ámbitos de realidad de las personas mayores. En el ámbito social, si bien se ha observado que algunos universitarios creen que las personas mayores son ciudadanos relativamente pasivos -lo que da cuenta de un paradigma que ve como algo normal la desvinculación social de las personas una vez llegado a una cierta



Javiera Sanhueza Chamorro

edad (Browne y otros, 2000)-, sí logran ver que por un largo periodo de tiempo (hasta los 79 años aproximadamente) están plenamente insertos en la sociedad.

Cabe recalcar –entonces- que en general la percepción de los jóvenes de estas carreas, en torno a las repercusiones sociales del envejecimiento, parece no ser tan negativa, lo cual puede explicarse en los efectos que ha tenido el estado de bienestar en la sociedad española (Zhou, 2007; Lachman, M & Yun, 2006).

La existencia de una política nacional que protege a las personas mayores frente a la dependencia, promocionando el mantenimiento de su autonomía personal, ha incidido en la percepción de los jóvenes, los cuales -lejos de percibirse como sujetos marginados y desprotegidos- consideran las personas mayores son un subgrupo poblacional protegido por el Estado.

Pasando a otro punto, cabe recalcar cómo cambian las percepciones respecto a los mayores de una edad a otra.

En efecto, independientemente de que la distancia real entre un grupo de edad y otro, es mínimo, los jóvenes son muy tajantes en dividir al grupo etario entre quienes aún tienen oportunidades de seguir desarrollándose con (relativa) normalidad, y quienes están irremediabilmente condenados a la inactividad por haber cumplido un año más.

Los resultados hacen pensar en que ante el proceso de envejecimiento, los jóvenes se han centrado en forma rígida en la concepción de “edad cronológica”, obviando la relatividad del resto de las edades con las que convive el sujeto en el contexto del ciclo vital (psicológica, biológica, funcional y social) y en definitiva la heterogeneidad de la vejez.

En cuanto a la caracterización del comportamiento de las personas mayores, son variadas las imágenes que vinculan la edad con una supuesta “dificultad de trato” (sujetos desconfiados e intolerantes), lo cual –soterradamente- responsabiliza a las personas mayores del aislamiento y marginación social de la que son objeto.

En concordancia a lo que indican algunos estudios que comparan las imágenes sobre la vejez que presentan jóvenes de distintas áreas del conocimiento (Browne y otros, 2000), cabe asociar a las carreras estudiadas en esta investigación, con imágenes más tendentes al polo negativo. En este sentido, se prevé que estos estudiantes (una vez alcancen su grado académico) tengan una peor percepción y relación con las personas mayores en su cotidiana práctica laboral.

De esta manera, por ejemplo, cabe esperar que cuando los mayores se pongan en contacto con empresarios y encargados de relaciones laborales en busca de distintos tipos de servicios y asesorías (como emprender o reincorporarse al mundo del trabajo, por ejemplo), reproduzcan imágenes negativas sobre la vejez, estableciendo contactos intergeneracionales estigmatizantes que a la larga dificultarán los propósitos iniciales de estos mayores (Baker y otros, 2008; Cherry y Palmore, 2008; Díaz y otros, 2009).

En este sentido, las nuevas tendencias del envejecimiento activo deben incidir de forma importante en ir suavizando los efectos de las imágenes negativas asociados a la vejez, especialmente en aquellos jóvenes que no han recibido formación directa en gerontología.

Se requiere una nueva forma de concebir socialmente el envejecimiento, ya no como pasividad e incapacidad, sino como productividad y participación social (Ryff y Singer, 2009).



*Imágenes sobre la vejez de jóvenes universitarios sin formación gerontológica*

## Referencias

- Allen, P, Boudreaux, E & Cherry, K. (2009). Knowledge of memory agin in students, caregivers an seniors srevice providers. *Educational Gerontology*, 35 (6), 541-552
- Arnold-Cathalifaud, M, Ojeda, A, Thumala, D & Urquiza, A. (2008). Young people's images of old age in Chile: Exploratory research. *Educational Gerontology*, 34 (2): 105-123.
- Baker, J, Côté, J, Deakin, J & Horton, S. (2008). Understanding seniors' perceptions and stereotypes of aging. *Educational Gerontology*, 34(11), 997-1017.
- Baltes P & Baltes M. (1990). *Psychological perspectives on succesful aging: The model of selective optimization with compensation*. New York: Cambridge University Press.
- Baptista, P, Fernández, C & Hernández, R. (2006). *Metodologías de la Investigación*. México D.F: McGRAW-HILL Interamericana de México, S.A.
- Blanca, M, Sánchez, C & Trianes, M. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15 (4), 212-220.
- Bowd, A. (2003). Stereotypes of elderly persons in narrative jokes. *Research on Aging*, 25(1), 3-21.
- Browne, J, Minichiello, V & Kendig, H. (2000). Perceptions and consequences of ageism: views of older people. *Ageing & Society*, 20 (3), 253-278.
- Birkenmaier, J, Damron-Rodríguez, J & Rowan, N. (2009). Social work knowledge of facts on aging: Influence of fiel dan classroom education. *Educational Gerotology*, 35 (9), 784-800.
- Callister, M, Magoffin, D & Robinson, T. (2009). Older characters in teen movies from 1980–2006. *Educational Gerontology*, 35 (8), 687-711.
- Cherry, K. & Palmore, E. (2008). Relating to older people evaluation (ROPE): A measure of self-reported ageism. *Educational Gerontology*, 34(10), 849-861.
- Cottle, N & Glover, R. (2007). Combating ageism: Change in student knowledge and attitudes regarding aging. *Educational Gerontology*, 33 (6), 501-512.
- Damron-Rodriguez, B., Funderburk, D., Gorelik, J. & Solomon, Y. (2000). Undergraduate interest in aging: Is it affected by contact whit older adults? *Educational Gerontology*, 26(7), 623-638.
- De Beauvoir, S. (1970). *La Vejez*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana S.A.
- Díaz, A, Fernández, M, Gázquez, J, González, L, Pérez-Fuentes, M & Ruíz, I. (2009). Oldage stereotypes related to gerontology education: An intergenerational study.



Javiera Sanhueza Chamorro

*European Journal of Education and Psychology*, 2 (3), 263-273.

Fealy, G, Lyons, I, McNamara, M & Treacy, M. (2012). Constructing ageing and age identities: a case study of newspaper discourses. *Ageing & Society*, 32 (1), 85-102

Franco, M, Galicia, L, Vargas, E & Villarreal, E. (2010). Estereotipos negativos de la vejez en personal de salud de un hospital de la ciudad de Querétaro, México. *Revista de Medicina Chile*, 138(1), 988-993.

Freeman, F, Ferrario, C, Nellet, G & Scheel, J. (2007). Changing nursing students' attitudes about aging: An argument for the successful aging paradigm. *Educational Gerontology*, 34(1), 51-66.

Gastron, L. & Lacasa, D. (2009). La percepción de cambios en la vida de hombres y mujeres, según la edad. *Población y Sociedad*, 16(1), 3-27.

Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Kimuna, S, Knox, D & Zusman, M. (2005). College students' perceptions about older people and aging. *Educational Gerontology*, 31 (7), 563-572

Lachman, M & Yun, R. (2006). Perceptions of aging in two cultures: Korean and american views on old age. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 21 (1), 55-70.

Lahey, J. (2010). International comparison of age discrimination laws. *Research on Aging*, 32 (6), 679-697.

Lentini, D, Ruiz, M & Scipioni, A. (2008). Vejez e imaginario social. *Revista Electrónica de Psicología Social*, 6 (16), 1-12.

Martínez, M, Morgante, M & Remorini, C. (2008). ¿Por qué los viejos? Reflexiones desde una etnografía de la vejez. *Revista Argentina de Sociología*, 6 (10), 69-90.

Mchugh, K. (2003). Three faces of ageism: society, image and place. *Ageing & Society*, 23 (2), 165-185.

Okoye, U. (2004). Knowledge of aging among secondary school students in south-eastern Nigeria. *Educational Gerontology*, 30 (6), 481-489. *European Journal of Education and Psychology*, 2 (3), 263-273.

ONU. (2002). Plan de acción internacional sobre el envejecimiento Madrid 2002. ONU: Ginebra.

Osgood, C, Tannenbaum, P & Suci, G. (1957). *The measurement of meaning*. Illinois: University of Illinois.



*Imágenes sobre la vejez de jóvenes universitarios sin formación gerontológica*

Palmore, E. (1980). The facts on aging quiz: A review of findings. *The Gerontologist*, 20 (6), 669-672.

Ryff, C & Singer, B. (2009). Understanding healthy aging: Key components and their integration. In Bengtson, V, Gans, D, Putney, N & Silverstein, M. (Eds.), *Handbook of theories of aging* (2nd ed), pp. 117- 144.

Sánchez, C. (2000). *Gerontología social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Valdivieso, M. (2003). Sociedad y actitudes incapacitadoras. La visión de los profesionales. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(4), 285-287.

Van Dussen, D & Weaver, R. (2009). Undergraduate students' perceptions and behaviors related to the aged and to aging processes. *Educational Gerontology*, 35(4), 342-357.

Zhou, L. (2007). What college students know about older adults: A cross-cultural qualitative study. *Educational Gerontology*, 33(10), 811-831.

*Javiera Sanhueza Chamorro*

**Figura 1.**

Instrumento: Cuestionario de Diferenciales Semánticos.



*Imágenes sobre la vejez de jóvenes universitarios sin formación gerontológica*

**Tabla 1.**

Variables con diferencias de medias estadísticamente significativas (ANOVA) para personas mayores de "65 a 79 años".

VARIABLES		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
<b>Independencia</b>	Inter-grupos	39,976	2	19,988	6,660	,002
	Intra-grupos	336,146	112	3,001		
	Total	376,122	114			
<b>Productividad</b>	Inter-grupos	40,806	2	20,403	11,409	,000
	Intra-grupos	200,290	112	1,788		
	Total	241,096	114			
<b>Tolerancia</b>	Inter-grupos	106,897	2	53,449	26,773	,000
	Intra-grupos	223,590	112	1,996		
	Total	330,487	114			
<b>Ciudadanía Activa</b>	Inter-grupos	87,885	2	43,943	17,828	,000
	Intra-grupos	276,063	112	2,465		
	Total	363,948	114			
<b>Sexualidad</b>	Inter-grupos	21,092	2	10,546	5,442	,006
	Intra-grupos	217,030	112	1,938		
	Total	238,122	114			
<b>Habilidad</b>	Inter-grupos	36,487	2	18,243	10,543	,000
	Intra-grupos	193,809	112	1,730		
	Total	230,296	114			
<b>Confiabilidad</b>	Inter-grupos	43,984	2	21,992	8,483	,000
	Intra-grupos	290,363	112	2,593		
	Total	334,348	114			
<b>Conflictividad</b>	Inter-grupos	7,832	2	3,916	3,766	,026
	Intra-grupos	116,463	112	1,040		
	Total	124,296	114			

**Fuente:** elaboración propia

*Javiera Sanhueza Chamorro*

**Tabla 2.**

Variables con diferencias de medias estadísticamente significativas (ANOVA) para personas mayores de "80 o más años".

VARIABLES		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Independencia	Inter-grupos	11,949	2	5,975	6,129	,003
	Intra-grupos	109,181	112	,975		
	Total	121,130	114			
Tolerancia	Inter-grupos	61,878	2	30,939	12,611	,000
	Intra-grupos	274,766	112	2,453		
	Total	336,643	114			
Ciudadanía Activa	Inter-grupos	12,993	2	6,496	3,622	,030
	Intra-grupos	200,868	112	1,793		
	Total	213,861	114			
Protección Social	Inter-grupos	46,079	2	23,040	7,384	,001
	Intra-grupos	349,451	112	3,120		
	Total	395,530	114			
Inclusión Social	Inter-grupos	81,384	2	40,692	11,970	,000
	Intra-grupos	380,738	112	3,399		
	Total	462,122	114			
Confiabilidad	Inter-grupos	17,612	2	8,806	3,488	,034
	Intra-grupos	282,771	112	2,525		
	Total	300,383	114			
Socialmente Valorado	Inter-grupos	39,513	2	19,756	6,243	,003
	Intra-grupos	354,435	112	3,165		
	Total	393,948	114			

**Fuente:** Elaboración propia.

*Imágenes sobre la vejez de jóvenes universitarios sin formación gerontológica*

**Tabla 3.**

Frecuencias de respuesta (porcentaje) para variables con diferencias de medias estadísticamente significativas (ANOVA) para personas mayores de "65 a 79 años".

<b>Personas Mayores de 65 a 79 años</b>			
<b>SOCIALES</b>			
<b>Independientes</b>		<b>Dependientes</b>	
Derecho	76,47%	Derecho	23,53%
Empresariales	41,67%	Empresariales	58,33%
Recursos Humanos	42,22%	Recursos Humanos	57,78%
<b>Productivos</b>		<b>Improductivos</b>	
Derecho	91,17%	Derecho	8,82%
Empresariales	50%	Empresariales	50%
Recursos Humanos	42,22%	Recursos Humanos	57,77%
<b>Ciudadanía Activa</b>		<b>Ciudadanía Pasiva</b>	
Derecho	73,52%	Derecho	26,47%
Empresariales	44,44%	Empresariales	55,55%
Recursos Humanos	20%	Recursos Humanos	80%
<b>PSICOLÓGICO</b>			
<b>Confiados</b>		<b>Desconfiados</b>	
Derecho	38,23%	Derecho	61,76%
Empresariales	44,44%	Empresariales	55,55%
Recursos Humanos	15,55%	Recursos Humanos	84,44%
<b>No Conflictivos</b>		<b>Conflictivos</b>	
Derecho	100%	Derecho	0%
Empresariales	91,66%	Empresariales	8,33%
Recursos Humanos	91,11%	Recursos Humanos	8,88%
<b>Tolerantes</b>		<b>Intolerantes</b>	
Derecho	82,35%	Derecho	17,64%
Empresariales	66,66%	Empresariales	33,33%
Recursos Humanos	17,77%	Recursos Humanos	82,22%
<b>SALUD</b>			
<b>Sexualmente Activos</b>		<b>Sexualmente No- Activos</b>	
Derecho	29,41%	Derecho	70,58%
Empresariales	13,88%	Empresariales	86,11%
Recursos Humanos	8,88%	Recursos Humanos	91,11%
<b>Hábiles</b>		<b>Torpes</b>	
Derecho	73,52%	Derecho	26,47%
Empresariales	47,22%	Empresariales	52,77%
Recursos Humanos	24,44%	Recursos Humanos	75,55%

Javiera Sanhueza Chamorro

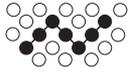
Tabla 4.

Frecuencias de respuesta (porcentaje) para variables con diferencias de medias estadísticamente significativas (ANOVA) para mayores de "80 o más años".

<b>Personas Mayores de 80 o más años</b>			
<b>SOCIALES</b>			
<b>Independientes</b>		<b>Dependientes</b>	
Derecho	11,76%	Derecho	88,23%
Empresariales	0%	Empresariales	100%
Recursos Humanos	4,44%	Recursos Humanos	95,55%
<b>Socialmente Incluidos</b>		<b>Socialmente Excluidos</b>	
Derecho	14,70%	Derecho	85,29%
Empresariales	44,44%	Empresariales	55,55%
Recursos Humanos	64,44%	Recursos Humanos	35,55%
<b>Ciudadanía Activa</b>		<b>Ciudadanía Pasiva</b>	
Derecho	14,70%	Derecho	85,29%
Empresariales	11,11%	Empresariales	88,88%
Recursos Humanos	6,66%	Recursos Humanos	93,33%
<b>Socialmente Protegidos</b>		<b>Socialmente Desprotegidos</b>	
Derecho	64,70%	Derecho	35,29%
Empresariales	69,44%	Empresariales	30,55%
Recursos Humanos	84,44%	Recursos Humanos	15,55%
<b>Socialmente Valorados</b>		<b>Socialmente Desvalorados</b>	
Derecho	14,70%	Derecho	85,29%
Empresariales	41,66%	Empresariales	58,33%
Recursos Humanos	37,77%	Recursos Humanos	62,22%

<b>PSICOLÓGICOS</b>			
<b>Confiados</b>		<b>Desconfiados</b>	
Derecho	23,52%	Derecho	76,47%
Empresariales	25%	Empresariales	75%
Recursos Humanos	6,66%	Recursos Humanos	93,33%
<b>Tolerante</b>		<b>Intolerantes</b>	
Derecho	61,76%	Derecho	38,23%
Empresariales	50%	Empresariales	50%
Recursos Humanos	8,88%	Recursos Humanos	91,11%

Fente: Elaboración propia.



# Retos de calidad de vida en asilos de ancianos mexicanos

Isabel Pérez Vargas<sup>1</sup>

**A**ctualmente, las cifras de ancianos aumentan en el mundo, junto con un mercado laboral que implica que las personas pasen más tiempo en el trabajo que en familia. En este sentido, los asilos parecen ser lugares de apoyo en las tareas de cuidado a los ancianos desde hace mucho tiempo. Particularmente en México, estos lugares han subsistido como entidad de procuración de calidad de vida para los ancianos. No obstante, se tiene poca información con correlato científico al respecto. El objetivo de este trabajo fue analizar los retos genéricos en torno a la calidad de vida de los ancianos en asilos de ancianos mexicanos. Los resultados indican la necesidad de estudiar a mayor profundidad el tema, comenzar a definir la calidad de vida tomando en cuenta la perspectiva de los ancianos, un contexto histórico-cultural particular y una mayor sistematización e integración de datos de asilos de ancianos.

**Palabras Clave:** *Calidad de vida, ancianos, asilo, mexicanos, retos.*

## ABSTRACT

Currently, the numbers of elderly increase worldwide, along with a labor market that involves people to spend more time on the job than in family. As a consequence, nursing homes become an important support system taking care of elderly. Particularly in Mexico, these places have survived as quality of life providers for elders. Nevertheless, little information exists with scientific evidence in the matter. The aim of this work was to analyze the generic challenges concerning the quality of life of the elders in mexican nursing homes. Results indicate the need to study in major depth the topic, to define the quality of life taking in mind elders perspective and historical - cultural context particularities, better systematizing and integration of information about elders in mexican nursing homes.

**Key words:** *Quality of life, elders, nursing homes, mexican, challenges.*

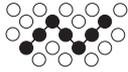
## INTRODUCCIÓN

De acuerdo al Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2010), en los últimos años la población anciana ha crecido considerablemente a nivel mundial y se espera un aumento mayor en los años subsecuentes. El Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL, 2010) señala que el número de adultos mayores en México supera actualmente los nueve millones y un 83 por ciento se encuentra en condiciones de pobreza multidimensional con problemas de salud. Conforme al Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2009), se proyecta que para el 2030 habrá más de 20 millones de mujeres y hombres ancianos, y más de diez millones de ellos no

N°1 ISSUE  
JUNIO 2014

Recibido:  
25/04/2014

Aceptado:  
03/05/2014



*Retos de calidad de vida en asilos de ancianos mexicanos*

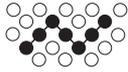
tendrán seguridad social. En este sentido, González-Celis (2010) afirma que la gran cantidad de adultos mayores genera la necesidad imperante de atender con rapidez los problemas económicos, sanitarios, sociales y tecnológicos que esto conlleva.

Así como las cifras de adultos mayores y sus necesidades van aumentando en nuestro país, también crece la urgencia de que más miembros de las familias se integren a la vida económicamente productiva a la brevedad posible. En función de esto, los asilos parecen ser una alternativa para los adultos mayores que requieren de apoyo y cuidados en el área física, psicológica y social. Tomando en cuenta que la institucionalización de los ancianos es una práctica vigente en México, es relevante analizar la pertinencia de estos escenarios para proporcionar una calidad de vida ajustada a las necesidades de los ancianos con la información existente. Lo anterior es el objetivo de este trabajo, y para lograrlo se analiza brevemente la definición de calidad de vida, los componentes estudiados de la misma en asilos, las condiciones básicas en los asilos mexicanos e investigaciones al respecto.

En el mundo contemporáneo, Quintanar (2000) explica que los asilos se originaron en el momento en el que el trabajo se hace especializado y estandarizado, se diferencia entre la locura y la vejez, así como se privilegia la mano de obra y a la juventud como elemento primordial del avance de una nación. Ya en el contexto mexicano, Castro, Brizuela, Gómez y Cabrera (2010) afirman que los asilos persisten como consecuencia directa de las crisis económicas, sociales y culturales que hemos venido atravesando a lo largo de la historia, acentuándose sobre todo en las familias que ya no pueden procurar cuidados a los ancianos por distintos factores (reducción del tamaño de la vivienda, disminución del número del grupo familiar, etc.). Los antecedentes más cercanos de estas instituciones vienen de las órdenes religiosas que llegaron con la llegada de los españoles y se consolidaron con la promulgación de las diversas constituciones. Es decir, el establecimiento de asilos, conforme a la ideología católica, estuvo permeada inicialmente por la noción de caridad, evolucionando a beneficencia y filantropía e institucionalizándose hasta lo que hoy conocemos como asistencia social, una responsabilidad del Estado Mexicano.

### **Lo que se sabe de la calidad de vida en asilos**

Entre muchas otras cosas que se saben de la calidad de vida, es claro que se trata de un constructo complejo, multifactorial, multidimensional y que tiene muchas definiciones. No obstante, para este trabajo, se tomará en cuenta aquella de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1999). Se le plantea como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. En resumen, existen elementos objetivos ó concretos -dinero, salud, etc.- en combinación con la percepción subjetiva que las personas tienen de los



*Isabel Pérez Vargas*

Sólo hasta hace pocos años ha comenzado a investigarse a profundidad el tema de calidad de vida en asilos de ancianos. No hay gran consenso respecto a los efectos positivos o negativos que tiene el asilamiento en la calidad de vida. Hay estudios, como el de Ballesteros (1997), Moreno y Ximénez (1996), que sugieren que ésta no depende del contexto en el que los ancianos se encuentran –por ejemplo, vivir en el propio domicilio o en una residencia, asilo, etc.-, en contraste con otras variables como la satisfacción en función de la edad, el género y el status social. Mientras que, trabajos como el de Lakshmi y Roopa (2013), en un estudio comparativo de calidad de vida, sugieren que los ancianos en asilos tienen una menor calidad de vida que los que viven en otros contextos.

Autores como Molina y Meléndez (2007) y Noro y Aro (1996), encontraron que la población no institucionalizada observa una mejor calidad de vida global y sus componentes, en comparación con la población institucionalizada. Asimismo, en algunos estudios realizados entre asilos (Chukwudum, O'Connor, Beersingh y Walters, 2009), no se han encontrado diferencias entre asilos privados y públicos en relación a la forma en la que los ancianos conciben su calidad de vida, salud y competencia.

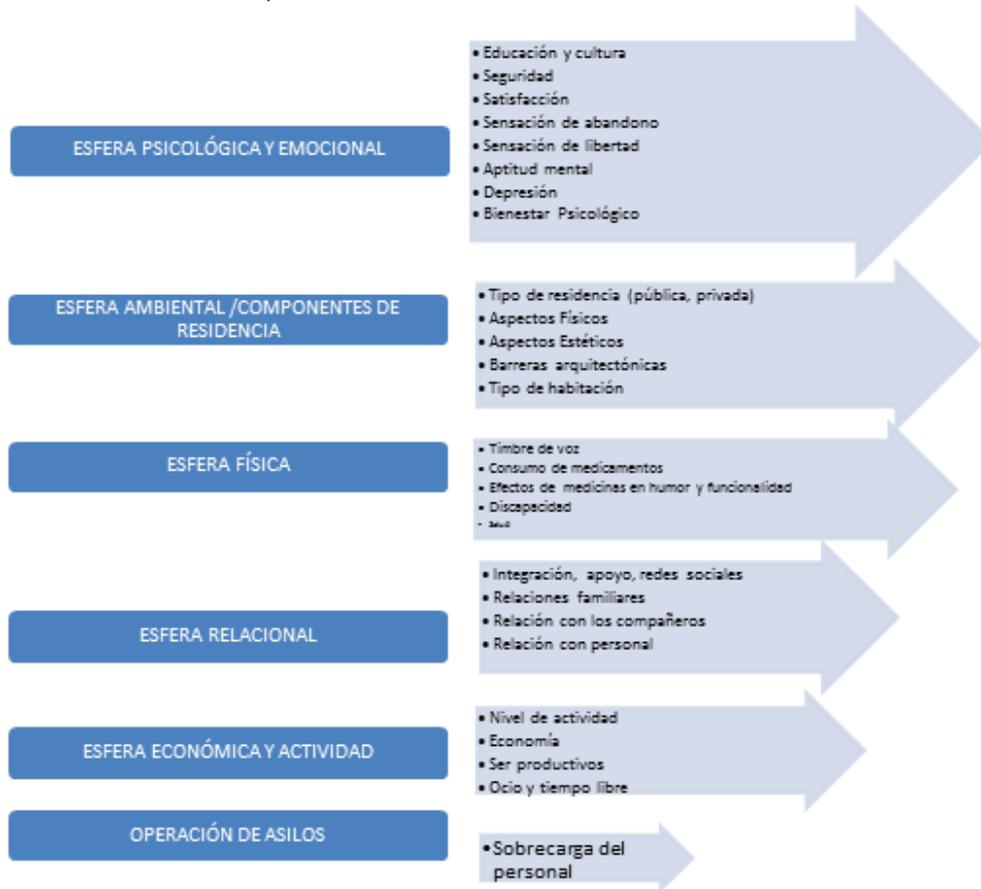
### **Los componentes**

En general, se sabe que los componentes de la calidad de vida en ancianos en general son: salud, relaciones familiares, economía, relaciones sociales, ambiente, creencias religiosas, independencia y seguridad personal, específicamente hablando de apoyo familiar, apoyo social, integración social, desigualdades, actividades de ocio, satisfacción, habilidades funcionales (Llobet, Ávila, Farràs y Canut, 2011).

En el caso de los ancianos asilados, hay particularidades más finas de los componentes de la calidad de vida y que se glosan en el siguiente gráfico, basándose en los estudios realizados por Hugues y Moore (2012), López, García y Bermúdez (2012), Velasco-Rodríguez, Godinez-Gomez, Mendoza-Pérez, Torres-López, Moreno-Gutiérrez e Hilerio-Lopez (2012), Mazadiego, Calderón, Solares, Zárate, Torres y Coto (2011), Pino, Crespo y Portela (2010), Sena, Moral y Navarro (2008), Robles y Vázquez (2008), Rodríguez (2007) Soria y Rodríguez (2002), Ballesteros (1997), Fdeasen (1995) y Stephens y Bernstein (1984). mismos, la calidad de vida es la noción subjetiva de los aspectos concretos u objetivos de vida. comunicación de masas (Bowd, 2003; Fealy y otros, 2012; Callister y otros, 2009), reforzando un imaginario negativo.

**Figura 1**

Síntesis de componentes de calidad de vida estudiados en asilos.

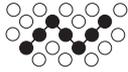


Fuente: *Creación propia*

El gráfico anterior muestra una síntesis de los diversos componentes estudiados de calidad de vida en ancianos asilados. Es notorio que la esfera que se ha estudiado a mayor profundidad es el área psicológica y emocional desde la perspectiva del investigador, pocas veces se alude a la visión del anciano, por ejemplo, con palabras como “sensación ó satisfacción”.

### **Estudios de calidad de vida en asilos mexicanos**

Actualmente, se tiene poca información respecto a cómo viven los ancianos en los asilos de nuestro país. A propósito de este trabajo, se realizó un breve recuento de los lugares oficialmente establecidos en el Distrito Federal y Estado de México -lugares de mayor concentración de población- para atender a ancianos. Se encontró un aproximado de 80 en el ámbito público y privado (Guía México, 2014, Junta de Asistencia Privada del Distrito Federal, 2014; Junta de Asistencia Privada del Estado de México, 2014); sin embargo, no todos hospedan ancianos, carecen de sitios de internet para investigarlo o su constitución de



*Isabel Pérez Vargas*

objetivos, misión o visión es tan genérica que fue imposible determinar datos enteramente confiables.

Ya en el ámbito formal, los estudios de calidad de vida en ancianos institucionalizados son pocos. A continuación, se referirán brevemente los mismos. Velasco-Rodríguez, Godinez-Gomez, Mendoza-Pérez, Torres-López, Moreno-Gutiérrez e Hilerio-Lopez (2012) realizaron un estudio descriptivo en 149 adultos mayores de cuatro asilos en Colima y encontraron que más del 50% presentaron algún grado de deterioro de las capacidades estudiadas. Mazadiego, Calderón, Solares, Zárate, Torres y Coto (2011) realizaron un estudio exploratorio en una casa hogar en nuestro país, con una muestra de 17 adultos mayores, a quienes se asignaron diversas actividades, como ejercicios musicales, juegos de mesa, manualidades, sesiones de intercambio de experiencias y expresión de sentimientos. Los resultados obtenidos mostraron un incremento considerable de los niveles de autoestima en general medidos con una escala no especificada y de la calidad de vida de modo cualitativo.

En un análisis sobre centros gerontológicos, asilos y casas-hogar de la Ciudad de México, Quintanar (2000) encontró que la mayor parte de la población anciana, atendida institucionalmente, se halla en centros religiosos y particulares; los centros gerontológicos públicos son los que cuentan con los mejores servicios y con la seguridad de que se continuará brindando la atención de la población residente en ellos, pero aún son pocos para atender la demanda existente.

Canto y Castro (2004), Quintanar, García, Bazaldúa, Puente y Robles (2006), Robles y Vázquez (2008), Salinas y Banda (1991) señalan que en los asilos, particularmente en los mexicanos, se condensan multiplicidad de problemas como el hacinamiento, falta de condiciones higiénicas, depresión, discapacidad, maltrato y abuso, lo que puede mermar la calidad de vida de los residentes, agudizar los problemas previos de salud y terminar en muertes prematuras.

Como el lector se percatará, tampoco se sabe la cantidad total y condiciones de operación real de asilos públicos y privados junto con su población. Asimismo, son más los estudios de índole cuantitativa que cualitativa.

### **Lo que señalan las normas**

En teoría, las leyes y normas que rigen el ideal de lo que debería ser un asilo y cómo habrían de funcionar. En el caso mexicano, lo anterior se establece en la Ley de los Derechos de los Adultos Mayores (2002). Ahí se establecen derechos referentes a las personas de 60 años o más con la finalidad de garantizar integridad, dignidad y preferencia, salud, alimentación y familia, educación, trabajo, asistencia social, participación, denuncia popular y acceso a los servicios. Particularmente, en lo que refiere a asistencia social, se establece que los adultos



*Retos de calidad de vida en asilos de ancianos mexicanos*

mayores son sujetos de la misma, en caso de desempleo, discapacidad o pérdida de medios de subsistencia, así como acceso a una casa hogar o albergue, en caso de situación de riesgo o desamparo (Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 2012).

En términos de lugares para residencia temporal o permanente de ancianos, también hay especificaciones que en teoría reglamentan la infraestructura básica de un asilo, por ejemplo, está la Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores NOM-167-SSA1-1997, la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA2-1993 que establece los Requisitos Arquitectónicos para Facilitar el Acceso, Tránsito y Permanencia de los Discapacitados a los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud (Secretaría de Salud, 2008), Ley General de Protección Civil (Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, 2008) que establece las disposiciones, medidas y acciones destinadas a la prevención, auxilio y recuperación de la población ante la eventualidad de un desastre, **Norma Oficial Mexicana NOM-003-SEGOB/2002 que establece las señales y Avisos para Protección Civil (Sistema Nacional de Protección Civil, 2008)** y los reglamentos derivados de las leyes anteriores en cada estado.

En el Estado de México se establece que para las casas-hogar para adultos mayores debe haber mínimo médico, psicólogo, enfermera, trabajador social, intendente, vigilante y apoyo jurídico. Mientras que los requisitos de infraestructura e instalaciones, mínimamente deben ser: pisos interiores de material resistente, antiderrapante y de fácil limpieza, áreas físicas con dimensiones suficientes que permitan una ventilación adecuada, los dormitorios pueden ser individuales, grupales, no mayor de seis camas y matrimoniales, con facilidades de acceso, tránsito y permanencia para discapacitados. La documentación sanitaria básica debe ser: aviso de funcionamiento, aviso de responsable sanitario, reglamento interno y manuales técnico-administrativo (Instituto de Salubridad del Estado de México, 2008). En la práctica, no existen todavía los mecanismos que permitan que lo anterior se respete y se lleve a cabo (Pérez, 2014).

### **Los retos**

En función de los apartados anteriores, el primer reto es definir lo que se entiende por calidad de vida. Al respecto, existe la posibilidad de que se trate de diversas calidades de vida, es decir, tomar en cuenta los aspectos subjetivos para comprenderla desde una perspectiva diferente y más amplia, sobre todo tomando en cuenta aspectos histórico-culturales como la noción de familia y muerte. Lo mismo sucede con los componentes de la calidad de vida, pues sus indicadores son medidos en función del investigador y pocas veces desde el punto de vista de los ancianos. Si no se toma en cuenta a los actores principales en la construcción de las calidades de vida, se olvida un aspecto esencial.



Isabel Pérez Vargas

Ahora bien, en función de la calidad de vida en el contexto de los asilos, se tienen datos en nuestro país, pero se trata de información aislada. De este modo, hay intentos por “atinar” y suponer lo que los ancianos necesitan, pero al no tener datos confiables, desconocer condiciones y necesidades reales, hay dificultad para diseñar estrategias para mejorar su calidad de vida.

A lo anterior, ha de agregarse que en México no hay un censo que centralice la información respecto a cuántas personas se encuentran asiladas y en qué condiciones exactamente. La Junta que coordina las Instituciones de Asistencia Privada en México tiene directorios estatales de entidades que se dedican a atender ancianos; sin embargo, hay otros lugares que operan fuera de las normas y leyes planteadas que son de índole comercial. Esto evidencia la falta de organismos o mecanismos gubernamentales y civiles que aseguren la aplicación de las leyes y normas de modo eficaz en la práctica.

En síntesis, se requiere un mayor interés de los investigadores en el tema, desde una perspectiva del sentido, la experiencia y el significado de los ancianos respecto a la calidad de vida. Asimismo, resulta esencial la sistematización de prácticas gubernamentales y civiles, de modo que se pueda tener un mapa respecto a lo que necesitan los ancianos para poder generar alternativas reales y acordes a sus necesidades en cuanto a calidad de vida se refiere.

### Referencias

- Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*, 73, 89-104. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61355/88779>
- Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión (2008). *Ley Nacional de Protección Civil*. Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/doc/141.doc>
- Canto, H. y Castro, E. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e Investigación en Psicología. Universidad Veracruzana*, 9(2), 257-270. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/292/29290204.pdf>
- Castro, M., Brizuela, S., Gómez, M. y Cabrera, J. (2010). *Adultos Mayores Institucionalizados en el Hogar de ancianos Fray Mamerto Esquiú*. (Edición 59). Recuperado del sitio <http://www.margen.org/suscri/margen59/cast.pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación de Política de Desarrollo Social (2010). *En 2008, 3.1 millones de adultos mayores se encontraban en pobreza multidimensional* (Reporte a raíz del Día del adulto mayor). Recuperado del sitio web de la Dirección de Información y comunicación social:



*Retos de calidad de vida en asilos de ancianos mexicanos*

<http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/resource/coneval/home/diadeladultomayor.pdf?view=true>

Consejo Nacional de Población (2009). La situación demográfica de México. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx>

Chukwudum, U., O'Connor, C., Beersingh, Y. & Walters, C. (2009). Quality of Life of Jamaica's Elderly Population. *Journal of Aging in Emerging Economies* 2(1), 40-58. Recuperado de <http://www.kent.edu/sociology/resources/jaee/upload/uche.pdf>

Fdeasen, L. (1995). Apoyo social y ancianos en residencias. Recuperado de [dialnet.uniroja.es/descarga/articulo/2699392.pdf](http://dialnet.uniroja.es/descarga/articulo/2699392.pdf)

Guía México (2014). Asilos de ancianos. Recuperado de <http://guiamexico.com.mx>

González-Selís, A.L (2010). Envejecimiento humano: una visión transdisciplinaria.

Instituto de Geriátrica: Calidad de vida en el adulto mayor. Recuperado del sitio de la Secretaría de Salud : [http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/indice\\_prologo.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/indice_prologo.pdf) 366-377.

Hughes, K y Moore, S. (2012). Quality of life versus Quality of Care: Elderly people and their experience of care in South Australian Residential Facilities. *Practice: Social work in Action* 24(5). 275-285. Doi: 10.1080/09503153.2012.740451

Instituto de Salubridad del estado de México (2008). Requisitos sanitarios para el funcionamiento de establecimientos que prestan servicios de asistencia social. Recuperado de <http://salud.edomex.gob.mx/html/categories.php?op=newindex&catid=44>

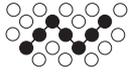
Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). Distribución por edad y sexo: Índice de envejecimiento por entidad federativa según sexo 2000, 2005 y 2010. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo151-s=est&c=29257>

Junta de Asistencia Privada del Estado de México (2014) Rubros asistenciales:

Adultos mayores . Recuperado de [http://www.jap.org.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=229&itemid=577](http://www.jap.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=229&itemid=577)

Lakshmi, S. y Roopa, K.S (2013). Quality of Life of Elderly Men and Women in Institutional and Non-institutional Settings in Urban Bangalore District. *Research Journal of Family, Community & Consumer Science*, 1 (3), 7-13. Recuperado de [http://www.isca.in/FAMILY\\_SCI/Archive/vl/i3/2.ISCA-RJFCCS-2013-013.pdf](http://www.isca.in/FAMILY_SCI/Archive/vl/i3/2.ISCA-RJFCCS-2013-013.pdf)

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2012). Ley de los derechos de las personas adultas mayores: Cámara de diputados del Honorable Congreso de la Unión. Recuperado de [Http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf)



*Isabel Pérez Vargas*

López, M., García, G. y Bermúdez, F. (2012). Calidad de vida de los adultos mayores en el asilo San Rafael. *Revista Científica Electrónica de Psicología* 14(1), 54-66 Disponible

<http://dgsa.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/psicologia/article/view/199>

Llobet, MP., Ávila, N. R, Farrás, J. y Canut, M.T.L. (2011). Calidad de vida, felicidad y satisfacción con la vida en personas ancianas de 75 años atendidas en un programa de atención domiciliaria. *Revista Latinoamericana Enfermagen*. Recuperado de

[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es\\_04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_04.pdf)

Molina, C. Y Meléndez, J.C (2007). Análisis cualitativa del bienestar en la vejez. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 42 (5), 276-84

Moreno, B. y Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En G. Buela-Casa, V.E. Caballo y J.C. Sierra (eds.). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 1045-1070). Madrid: Siglo XXI.

Mazanigo, T., Calderón, J., Solares, C., Zárate, M., Torres, I. y Coto, A. (2011). Incremento de la autoestima en adultos mayores de un hogar de jubilados. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 16(1), 175-183.

Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/292/29215963016.pdf>

Noro, A. y Aro, S. (1996). Health related Quality of life among the least dependent institutional elderly compared with the non-institutional elderly population. *Quality of Life Research*, 5, 355-366. Recuperado de <http://edenalt.co.za/wp-content/uploads/2012/08/health-related-quality-of-life-among-the-least-dependent-institutional-elderly-compared-with-the-non-institutional-elderly-population.pdf>

Organización Mundial de la Salud (1999). *Evaluación de calidad de vida*. Génova (MNH/PSF/99.1).

Pérez, I. (2014 en prensa). *Calidad de vida en ancianos asilados*. Tesis de Doctorado. Universidad de las Américas Distrito Federal, México.

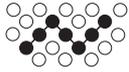
Pino, M., Crespo, J. y Portela, J. (2010). Descripción de los elementos especiales en residencias de ancianos. Estudio en el noroeste de España, *Revista de Investigación en Educación*, 7, 61-71.

Recuperado de <http://webs.uvigo.es/reined/ojs/index.php/reined/article/view/79/68>

Quintanar, F. (2000). *Atención a los ancianos en asilos y casas hogar en la ciudad de México*. México: Plaza y Valdez.

Quintanar, F., García, C., Bazaldúa, I., Puente, I., Robles, I. (2006). Análisis de las muertes en serie de ancianos institucionalizados en dos casas hogar en la ciudad de México en el periodo 1992-2002. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 9(1) Recuperado

<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol9mum1/art2-nº1-2006.pdf>



*Retos de calidad de vida en asilos de ancianos mexicanos*

Robles, L. y Vásquez, E. (2008). El cuidado de los ancianos. Las valoraciones en torno al cuidado no familiar. *Texto y Contexto Enfermagem*, 17(2), 225-231. Recuperado de

<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/71417202.pdf>

Rodríguez, N. (2007). Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos. *Psicología y Psicopedagogía*, 4(17), 1-8. Recuperado de

[http://www.usal.edu.ar/archivos/psico/otros/factores\\_que\\_influyen\\_sobre\\_la\\_calidad\\_de\\_vida.pdf](http://www.usal.edu.ar/archivos/psico/otros/factores_que_influyen_sobre_la_calidad_de_vida.pdf)

Salinas, P. y Banda, J. (1991). Asilos de ancianos en el estado de Nuevo León. *Salud Pública de México*, 33(1), 59-69.

Secretaría de Salud (2008). Listado de Normas Oficiales Mexicanas de la Secretaría de Salud. Recuperado de <http://salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html>

Sena, C. Moral, J. y Navarro, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 24, 312-319.

Sistema Nacional de Protección Civil (2008). Norma Oficial Mexicana NOM-003-SEGOB/2002. Señales y Avisos para Protección CIVIL - Colores, formas y símbolos a utilizar. Recuperado de

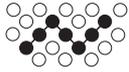
[http://www.proteccioncivil.gob.mx/upLoad/Editorial/41/NOM\\_003\\_SEGOB\\_2002.pdf](http://www.proteccioncivil.gob.mx/upLoad/Editorial/41/NOM_003_SEGOB_2002.pdf)

Soria, B. y Rodríguez, A. (2002). Análisis de los aspectos psicológicos y sociales más relevantes en ancianos institucionalizados. *Revista Cubana de Enfermería*, 18 (2), 116-21. Recuperado de [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol18\\_2\\_02/enf08202.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol18_2_02/enf08202.pdf)

Stephens, M. y Bernstein, M. (1984): Social support and well-being among residents of planned housing. *The Gerontologist*, 24, 144-148.

Velasco-Rodríguez, R., Godinez-Gómez, R., Mendoza-Pérez, R.C, Torres-López, M.M, Moreno-Gutiérrez, I., Hilerio-López, A.G. (2012). Estado actual de capacidades en adultos mayores institucionalizados en Colima, México. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 20, (2): 91-96. Disponible en

<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim122f.pdf>



# Un modelo innovador de respiro y apoyo al domicilio para pacientes con Alzheimer y sus cuidadores: Baluchon Alzheimer

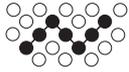
Frederique Lucet<sup>1</sup>

La especificidad del Baluchon Alzheimer ('Mochila Alzheimer' inventado por Marie Gendron en Quebec en 1999), es un modelo innovador y único que proporciona respiro y apoyo, gracias a la intervención en el domicilio, 24 horas diarias y varios días en semana, de una cuidadora profesional, capacitada y voluntaria, acompañada por el organismo de *Baluchon*. La meta general del servicio es sostener el mantenimiento al domicilio, gracias al respiro y a la mediación sobre las dificultades en la vida diaria del cuidador. *Baluchon* tiene 4 ejes principales que le permiten llevar a cabo su meta: 1. proporcionar respiro al cuidador « *con toda tranquilidad* » 2. Acompañar a la persona afectada por Alzheimer con toda atención a sus necesidades y sus capacidades y competencias 3. Compartir con el cuidador las observaciones y estrategias individualizadas que faciliten la convivencia en el domicilio 4. Trabajar en el marco de la red gerontológica y en cooperación con los demás profesionales. Nos referimos a la *Teoría del Apego* (Bowlby 1969) para destacar la calidad única del servicio proporcionado a los cuidadores tanto como a las personas enfermas. Proponemos un enfoque en los Derechos de los ancianos y de las personas minusválidas para evitar que tal servicio sea usado como una herramienta de obligación y exclusividad en el papel de cuidador: más bien, como un apoyo a la capacidad de elegirlo. Concluimos con la necesidad de cuidar tanto al profesional « *Baluchonneur* » como a los beneficiarios, para asegurar la calidad, la consistencia y el carácter ético del servicio. *Baluchon Alzheimer* innova también en su modelo de gestión de los profesionales: podemos considerar que propone una implementación única de la ética del « Care ».

Nº1 ISSUE  
JUNIO 2014

Recibido:  
04/05/2014  
Aceptado:  
09/05/2014

**Palabras claves:** *Alzheimer , cuidador , respiro , Baluchon Alzheimer, Apego , Derechos, Ética, Care .*



*Un modelo innovador de respiro y apoyo al domicilio para pacientes con Alzheimer y sus cuidadores: Baluchon Alzheimer*

The specificity of Alzheimer Baluchon ( ' Backpack Alzheimer ' invented by Marie Gendron in Quebec in 1999) , is an innovative and unique model that provides respite and support, thanks to the intervention in the home 24 hours a day, several days a week, professional , skilled and voluntary carer , accompanied by the agency Baluchon . The overall goal of the service is to support maintaining the home, thanks to the breath and meditation on the difficulties in the daily life of the caregiver. Baluchon has 4 main axes that allow you to carry out your goal : 1. Provide respite to caregivers ' peacefully ' two Accompany all affected by Alzheimer attention to their needs and capabilities and competencies Share with 3 people . . caregiver observations and individualized strategies to facilitate coexistence at home 4 . Working within gerontological network and in cooperation with other professionals . We refer to attachment theory ( Bowlby , 1969 ) we noted for the unique quality of service provided to caregivers as well as sick people . We propose a focus on the rights of the elderly and the disabled to avoid such service is used as a tool of exclusivity obligation and caregiver role : rather, as support for the ability to choose it . We conclude with the need to protect both the professional ' Baluchonneur ' and beneficiaries , to ensure quality , consistency and ethical service . Alzheimer baluchon also innovates in its management model professional : we may consider proposing a single implementation of the ethics of ' Care ' .

Keywords : Alzheimer's, caregiver respite , Alzheimer Baluchon , Addiction , Rights , Ethics , Care.

### **Análisis del modelo de respiro 24/7 al domicilio**

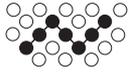
*"El « Baluchon » es mi respiro. "*

*Una cuidadora de su marido enfermo con Alzheimer, Quebec*

### ***Una enfermedad que cambia la vida cotidiana de la persona, de la pareja, de la familia***

En Europa, hoy, se estima que más de 6 millones de personas viven con Alzheimer (y otras demencias). La mayoría de ellas (incluyendo muchos pacientes con MMS inferior a 15) siguen viviendo en su hogar (Zeisel, 2009), apartamento o casa de familia, donde pasaron muchos años, y trasladaron una parte significativa, a veces de su vida entera, o cuanto menos de su vejez. Muchos pacientes viven solos en casa. Su aislamiento incrementa los problemas de seguridad tanto como el riesgo que representa quedarse en el domicilio así como la consecuencia de la pérdida progresiva de autonomía en las actividades de la vida diaria : la institucionalización deviene en el curso de la enfermedad, por falta de otras opciones. Otros, más afortunados, conviven con un familiar, y pueden contar con su ayuda: la cual atrasa notablemente los efectos de la pérdida de autonomía y otros síntomas del Alzheimer (desorientación, olvidos, caídas, accidentes domésticos, etc.), tanto como la necesidad de dejar el domicilio.

Pero mantener una persona cada vez menos autónoma en su hogar soporta un precio: afectar a uno o varios familiares a la vigilancia, a la ayuda diaria, a la asistencia de la perso-



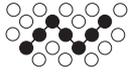
Frederique Lucet

persona con Alzheimer. Por lo tanto, se dice que el Alzheimer afecta no solo a una persona, sino a la familia en su globalidad. El papel de « *cuidador* » ocurre más bien que se escoge. Con mayor frecuencia, el cuidador es el esposo o la esposa, a veces un hermano, hermana o hijo conviviente. De hecho, la mayoría de los cuidadores cohabitantes son las esposas (mujeres en sus 70 años o más), las hijas y suegras (madres de niños o adolescentes, que toman responsabilidad a la vez de sus hijos y de sus padres). La enfermedad de Alzheimer, por los cambios que provoca en el paciente en términos de comportamiento, autonomía, capacidad a expresarse intelectualmente tanto como afectivamente, también afecta a cada uno de los familiares, y a la familia como sistema : cambiando a la persona enferma, afecta sus relaciones con los demás y a las relaciones entre sus miembros. La carga de la ayuda aparece, crece y se comparte (o no) y un papel nuevo aparece en el sistema familiar: el rol de cuidador. Por eso, la enfermedad de Alzheimer nos impide considerar solo a la persona enferma y nos obliga a pensar en términos de relaciones, de ayuda, de interdependencia, de don y de deuda (Bozsormeny-Nagy y Spark, 1973,1984).

### ***El cuidador elige su carga (no su camino), pero a veces hace falta depositarla***

La dimensión de la elección, o no, de la *carga* (Zarit y otros, 1980) o mejor dicho de la responsabilidad del cuidado, afecta fuertemente la manera de vivir la experiencia de cuidar a la persona enferma – y las consecuencias a largo plazo– (fatiga, estrés, consecuencias sobre la salud física y mental, riesgo de agotamiento). En el contexto de la patologías neurodegenerativas, el largo plazo significa más que solo la línea temporal de una cronología lisa y previsible: al contrario, el largo plazo se vive más bien como un tiempo caótico, de eventos imprevistos, de periodos de crisis con paréntesis de aproximadamente normalidad, un tiempo de riesgo, de improvisación y incertidumbre. El « *trabajo* » o la carga (física, mental, emocional) del cuidador cambia en el transcurso del tiempo : la carga crece a medida que se pierde la autonomía, que los riesgos para la persona afectada aumentan, que la tarea de vigilancia y asistencia incrementa, que la comunicación se deshace – *la carga (burden)* –se vuelve cada vez más pesada, y más compleja.

Aunque el cuidador desee continuar con la responsabilidad del cuidado, a veces le hace falta dejarla, depositar el *cargo* y la tarea de vigilar a la persona enferma: necesita una pausa, un alivio, un tiempo libre. Hoy en día, la atención de los profesionales también se enfoca en la salud física y psicológica de los cuidadores : los efectos del estrés prolongado, de la vigilancia permanente y de la falta de tiempo para « *cuidarse a sí mismo* » han demostrado sus consecuencias perniciosas sobre su salud (estrés crónico, depresión, ansiedad, trastornos del



*Un modelo innovador de respiro y apoyo al domicilio para pacientes con Alzheimer y sus cuidadores: Baluchon Alzheimer*

sueño, trastornos del sistema inmune) y sobre la supervivencia de los cuidadores (se estima que unos 40% mueren antes de la persona enferma... y que el hecho de « cuidar » disminuye su esperanza de vida de unos 2 años).

Podemos considerar que la enfermedad de Alzheimer (y otras demencias) representan un agudo problema de salud pública: tanto acerca de los pacientes como de los cuidadores.

### ***Dos deseos en contradicción: mantenimiento en el domicilio y protección de los cuidadores***

Las políticas de salud pública, en Europa, promueven el mantenimiento en el domicilio de los pacientes en cuanto sea posible: se justifica por razones económicas tanto como para respetar los derechos de los pacientes (la mayoría desea quedarse en el calor y la seguridad de su casa, a la vez, la sociedad valora su autonomía, su inclusión social y la defensa de su dignidad). Pero esta opción solo se puede realizar gracias a la delegación de las tareas de cuidar a los familiares y a los servicios del domicilio: los familiares se ven obligados a encargarse de la persona en pérdida de autonomía y a volverse, poco a poco, en coordinadores de los profesionales del domicilio (ayudantes, enfermeros, paramédicos, etc.).

Para muchos cuidadores, la cualidad de vida de la persona enferma se cumple al costo de la suya propia: la carga de cuidar los priva significativamente de su independencia. El conflicto abierto u oculto entre interés de la persona enferma y interés del cuidador afecta el clima, la cualidad del cuidado, tanto como la salud de ambos.

Una solución para aliviar la carga de los cuidadores, facilitar su vida cotidiana, y mejorar su salud, cabe en la *oferta de « respiro » o « tregua »*: unos momentos, unas horas fuera de la presencia y de la preocupación por el paciente. Pero para ciertos cuidadores (como los que Marie Gendron encontró) (Gendron, 2008), la necesidad es poder quedarse varios días fuera de casa : visitar a amigos o familia que viven lejos, participar en un evento familiar o profesional de varios días, asistir a la hija al momento de dar a luz... y sobretodo alejarse de la atención y vigilancia constantes requeridas por la persona enferma - bastante tiempo como para « recuperar », reunir sus fuerzas y ahorrar energías para poder continuar con la responsabilidad (por supuesto elegida) que representa la convivencia con la persona con Alzheimer. A la demanda legítima del cuidador de poder alejarse unos días del domicilio, la única oferta de los servicios sociales y médicos era, y es en muchos países europeos (excepto Bélgica), la institucionalización temporal de la persona enferma.

Tal opción presenta varias desventajas: la culpabilidad de dejar a la persona con Alzheimer aumenta por el miedo que padezca del cambio de entorno (lo cual se verifica clínicamente), que su salud se deteriore, que sea interpretado como voluntad de deshacerse de la persona y «

Frederique Lucet

« prueba » de una futura institucionalización... o, simplemente, que la cualidad del cuidar no alcance el estándar del domicilio. La falta de otra opción pueda resultar en que el cuidador abandona la idea de irse unos días (antes o después de un intento de « institucionalización breve » que, según él, fracasó)... No existen apenas soluciones para un respiro más largo que unas horas, fuera de acuerdos entre familiares (alianza entre madre e hija para cuidar al padre, por ejemplo, o con amigos, vecinos, o persona empleada y pagada fuera del marco legal...).

### **Reconciliar las necesidades del cuidador y de la persona acompañada: un respiro para cada uno**

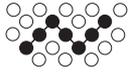
Respiro, fuera de casa, es una solución poco satisfactoria por sus consecuencias perjudiciales para la persona enferma. Falta de respiro y la salud tanto como la autonomía del cuidador se ven sacrificadas al mantenimiento en el domicilio : se oponen en un conflicto irresoluble las legítimas demandas de cada miembro de la pareja cuidador-cuidado.

La iniciativa original, inventada por Marie Gendron en Quebec (y extendida a Bélgica), resuelve esta contradicción y reconcilia ambos intereses y demandas : en lugar de pedir que el paciente se una a los cuidadores profesionales en su lugar de trabajo (institución), el acompañamiento de la persona afectada se reúne con la persona enferma, y se instala en su casa para la duración del respiro, en el rol de *baluchonneuse* (la « mochilera »), un cuidador profesional capacitado y cuyo papel es acompañar personas con Alzheimer y sus cuidadores, en el domicilio. La fórmula del '*Baluchon*' puede considerarse como el arquetipo de un **respiro ecológico, minimalista, y personalizado**: centrado en el paciente y su entorno emocional, físico y humano, permite mayor flexibilidad en la familia, alivio para el cuidador, con la menor disrupción para la persona acompañada.

#### **Una demanda de los cuidadores ...**

Para comprender la especificidad y la identidad del modelo original, es necesario volver a examinar los motivos de su creación:





*Un modelo innovador de respiro y apoyo al domicilio para pacientes con Alzheimer y sus cuidadores: Baluchon Alzheimer*

***Erase una vez***, en 1999, en Montreal (Quebec)... una enfermera especializada en Alzheimer y Gerontología, Marie Gendron, que deseando facilitar la vida de los pacientes tanto como la de los cuidadores de ancianos con Alzheimer, impartía cursos en el tema de cómo comunicar y convivir en casa con la persona con Alzheimer. A pesar de su sabiduría y experiencia clínica, el curso de Marie no fue bien recibido: los cuidadores le señalaron que, gracias por intentarlo, pero no sabía de qué hablaba, ni qué es convivir con la persona enferma. *"Para saber lo que es convivir con la persona enferma, hace falta quedarse con ella 24 horas al día y muchos días seguidos. Si no, es imposible hacerse una idea de qué está hablando en su curso, ni de qué es nuestra vida cotidiana de verdad"*.

Cuando otros hubieron rechazado la crítica, o la hubieran interpretado como resistencia al cambio... Marie entendió la soledad y el dolor en tales afirmaciones, tal vez motivadas por una llamada de ayuda: *"¿Y si yo llego a casa, para acompañar a la persona durante varios días, podríamos hablar?" "Por supuesto, porque entonces sabría Usted qué vivimos todos los días."*

Investigadora y enfermera especializada en Gerontología, muy involucrada en el proceso de evaluación clínica de los pacientes con Alzheimer, Marie Gendron utilizó esta oportunidad única de intervención domiciliaria de largo plazo para llevar a cabo evaluaciones "in situ", proponer los ejercicios evaluativos en *"el momento adecuado"* y averiguar tras la observación atenta y constante lo que permanecía de las aptitudes y competencias en el paciente. Este dispositivo también le permitió experimentar con nuevas estrategias de relación, comunicación, manejo de la conducta, y especialmente autorizó la construcción de la confianza y la creación de una relación de apego con el paciente...

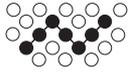
Así Marie empezó, para *« comprender mejor »*, a instalarse a casa de la persona enferma para algunos días. No solo para entender mejor, sino también para dar al cuidador la oportunidad de tomarse unas vacaciones, unos días fuera de casa, emancipado de la persona a cuidar y del cansancio del cuidado.

*« Baluchon Alzheimer »*, había nacido, en el mes de Abril de 1999.

### ***Una intervención sencilla, pero con muchos objetivos***

La meta general del servicio es sostener el mantenimiento en el domicilio, gracias al respiro y a la intervención sobre las dificultades en la vida diaria del cuidador. Concibiendo y desarrollando el servicio tras sus experiencias al domicilio, Marie Gendron consiguió definir los **varios ejes de la intervención de Baluchon Alzheimer y sus ventajas específicas** (Gendron, 2008):

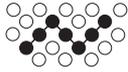
- **Crear una relación de confianza con el cuidador**, como requisito previo para que el cuidador deje su labor "con toda tranquilidad" (lo permite la alta calidad del servicio).



Frederique Lucet

- **Crear una relación de apego con la persona enferma:** el cuidador profesional toma circunstancialmente el papel de cuidador principal "*main caregiver*" (y de base de seguridad, véase el análisis en el capítulo siguiente).
- **Llevar a cabo una evaluación ecológica de la situación del paciente,** sus necesidades, su salud, su hogar: para asegurar la condiciones de la vida en el domicilio (objetivo de mantenimiento seguro a casa) y con una atención específica acerca de las **competencias y aptitudes** de la persona acompañada (valoración y apoyo a la autonomía de la persona).
- **Desarrollar estrategias de intervención para facilitar la relación cuidador-cuidado en su vida cotidiana** (dimensión "*experta*": el cuidador profesional observa, traza y prueba estrategias y maneras diversas para facilitar la vida cotidiana del cuidador, tomando en cuenta las dificultades que expresó durante la fase de « **pre-baluchonnage** » y que responden a la pregunta: *¿Cuáles son las dificultades que usted enfrenta en su vida al domicilio con el paciente, y que podrían llevar a la institucionalización del paciente en los meses sucesivos?*)
- **Apoyo a las estrategias, acciones y las observaciones del cuidador** (porque el cuidador profesional comparte la experiencia del cuidador, y porque valida sus percepciones acerca del paciente, que puede aconsejarle o presentarle su visión diversa, distanciada y experta – siendo aceptado y oído. Leído, también: gracias a la herramienta del « **diario de acompañamiento** », documento importante que el cuidador profesional escribe día a día y facilita al cuidador al finalizar su misión (*fase de post-baluchonnage*). El diario de acompañamiento permite documentar y compartir con el cuidador familiar lo que sucedió durante el respiro, así como también presentar las estrategias probadas, las evaluaciones, los comentarios y las soluciones halladas. Constituye una validación del cuidador, una información y también **una capacitación**, en su dimensión de "respuesta" y "retroalimentación" del cuidador familiar por el cuidador profesional y de cooperación entre los dos.
- La oportunidad de inscribirse **en la red de atención sanitaria y social**, y de compartir con los demás profesionales sus evaluaciones y observaciones.

**Definición de Baluchon Alzheimer en su modelo original:** "Una organización cuyo objetivo principal es proporcionar a los cuidadores un respiro lejos de casa durante una o dos semanas, en total tranquilidad y sin requerir que el paciente abandone su hogar. La interviniente de Baluchon Alzheimer, llamada baluchonneuse, permanece en la residencia de la persona afectada por durante el servicio - servicio llamado de forma espontánea e ilustrativa « *baluchonnage* ». "(... ) "Durante su estancia en el domicilio, la baluchonneuse debe intentar entrar verdaderamente en contacto con la persona afectada y establecer con ella una relación de confianza. Sustituye al cuidador en todas las tareas diarias: el cuidado, la preparación de



*Un modelo innovador de respiro y apoyo al domicilio para pacientes con Alzheimer y sus cuidadores: Baluchon Alzheimer*

medicamentos, comidas y otras actividades de rutina. Fundamentalmente, a la luz de su experiencia y de lo que ha observado, la baluchonneuse prueba diversas intervenciones, teniendo en cuenta los problemas que expresó el cuidador familiar durante el primer día de baluchonnage. Al final del baluchonnage, conserva un diario para el cuidador en el que señala sus comentarios y sugerencias." (Gendron, 2008).



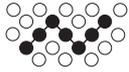
*"Se puede comprobar fácilmente que " el servicio de respiro y apoyo que ofrece la baluchonneuse no tiene nada que ver con la guardia de enfermos. " (Marie Gendron, El Misterio Alzheimer p 22-23) (20)(4)*

***Teoría del Apego y Alzheimer: importancia de la permanencia del entorno y de los vínculos. Apego con el domicilio, rutinas protectoras.***

En una perspectiva *apeguista* (FIAPA, 2014), se puede considerar la vivienda como un refugio, un nido para la identidad propia. El apego también involucra los objetos, el espacio, los lugares familiares, además de tener una función de prótesis y asistencia rutinaria (por la existencia de una orientación de la rutina (« praxis »), de procedimiento y de largo sostenido que mitiga la dimensión de desorientación y extrañeza vivida por la persona enferma (Zeisel, 2009).

Cuando la necesidad de respiro del cuidador implica la institucionalización temporal de la persona enferma, la pérdida de rutinas, del «mapa mental» del domicilio y de los automatismos aún preservados por la incapacidad constituye un riesgo y un esfuerzo inmenso de adaptación para la persona enferma. Al lado cognitivo de este fenómeno, concebimos la hipótesis que existe también un lado afectivo – la pena de estar separado del «alma», de la dimensión etérea del vínculo con los queridos (vivos o muertos) y la historia propia, depositada en los objetos, el decorado, los detalles del hogar (fotos, regalos, memorias materializadas...).

Otra dimensión borrada temporalmente por la institucionalización durante el respiro : la inclusión social que sostiene el mantenimiento al domicilio, cuando la persona puede ir de



Frederique Lucet

compras, acompañada, en las tiendas habituales, saludar a la gente del barrio, seguir viendo y siendo vista de su entorno humano – afectivamente tanto próximo como tanto lejano.

Básicamente el mantenimiento al domicilio, en el modelo del Baluchon Alzheimer, también implica la continuidad sin cambio alguno de todas las intervenciones al domicilio (enfermera, ayudante, terapeuta, médico...): otro modo de mantener la red de apoyo e inclusión social de la persona.

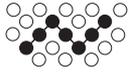
### ***Cuidar al cuidador, cuidar la relación entre cuidador y cuidado***

El modelo del Baluchon Alzheimer, ingeniado por Marie Gendron, aparece como una respuesta simple y obvia a una enfermedad que afecta a la persona, a la pareja y a la familia. Propone una respuesta a la dependencia de la persona enferma y a la necesidad de respiro del cuidador, preservando la unión y el enlace entre ambos (Guedeney y Guedeney, 2002) ; Mikulincer y Shaver, 2007). Proporciona una oportunidad de aliviar la carga (« burden » Zarit, y otros, 1980) prevenir el agotamiento (o « *burnout* » Freudfenner, 1974) en su dimensión de respiro (pausa de varios días fuera de casa para el cuidador) tanto como de apoyo (el cuidador se ve asistido y capacitado por las sugerencias de la baluchonneuse). La intervención alivia los conflictos de interés entre cuidador y persona asistida (la persona enferma se queda en su entorno habitual, el cuidador puede irse unos días 'con toda tranquilidad').

En muchos países europeos, a la hora de crear servicios de respiro y apoyo de tipo Baluchon Alzheimer, aparece que la Ley laboral no permite contratar a una persona únicamente para 24 horas diarias, varios días seguidos. Así, en Francia, experiencias inspiradas por Baluchon Alzheimer organizaron *rotaciones* entre varios cuidadores profesionales (24 horas = 2 profesionales trabajando 12 horas diarias, o 3 profesionales 8 horas...). Pero esta solución cambia radicalmente la naturaleza de la intervención : ya no es reemplazar simplemente al cuidador por la baluchonneuse, más bien organizar la intervención de todo un equipo de profesionales en el domicilio : la sencillez de la solución está perdida, tanto como el hecho de compartir la experiencia del cuidador (convivir 24 horas diarias con la persona enferma) : la dimensión de respiro todavía existe, pero se pierde el apoyo basado en la experiencia común y la confianza entre cuidador y baluchonneuse... (Lucet, 2012).

### ***Cuidar a la persona enferma con Alzheimer: Utilidad del apego en el acompañamiento de la persona con Alzheimer***

A la vez, desde el punto de vista de la persona acompañada, la rotación de un equipo de profesionales elimina la relación de apego a una persona única (lo que es una cura



*Un modelo innovador de respiro y apoyo al domicilio para pacientes con Alzheimer y sus cuidadores: Baluchon Alzheimer*

individualizada: uno para uno). Al estar sola, la baluchonneuse tiene la oportunidad de estar identificada y hacerse familiar para la persona acompañada (lo más difícil de lograr, cuando es lo más importante para crear una relación de confianza y seguridad). Como persona única, la baluchonneuse actúa como un sustituto temporal del "cuidador principal" y proporciona una base de seguridad a la persona enferma (Bowlby, 1973). La creación de una **"relación de apego"** es una clave para la comprensión de la especificidad de Baluchon Alzheimer.

Siguiendo la perspectiva abierta por la teoría del apego de Bowlby (1969), apostamos sobre la existencia de un "sistema conductual del apego" que organiza la conducta de "búsqueda de proximidad" con una "figura protectora y benevolente" (el cuidador principal, en su papel de base segura), dicho sistema se activa en situaciones de estrés, de peligro, de vulnerabilidad, de pérdida ... Con Bowlby, vemos que cualquier situación de vida que implica una amenaza (por ejemplo una situación de enfermedad grave), se puede entender en el marco de este modelo (Guedeney y Guedeney, 2002).

En el caso específico de Alzheimer y otras demencias, este modelo resulta aún más relevante: la enfermedad demencial borra las referencias internas y externas, induce una experiencia de extrañeza en relación con el mundo, con los demás y hacia sí mismo: una extrema amenaza. Mikulincer y Shaver (2007), junto a Lilly y otros (2011) han interpretado el comportamiento de "seguir como una sombra" al cuidador (*shadowing*), como el resultado de esta "búsqueda de proximidad" con la figura de apego, con el cuidador percibido como base segura. Llegan a la conclusión de que la psicoeducación de los cuidadores les permitirá, dar sentido y justificación al fenómeno, de dirigirlo y entenderlo mejor... Un paso más allá, siguiendo el modelo del apego en la relación cuidador-persona afectada, podemos juzgar mejor lo que representa la ausencia, para varios días, del cuidador para la persona « apegada », y cuanto le puede afectar: no solo se va el esposo o la esposa (o la hija), sino también desaparece un punto fijo, fiable, identificado, protector, una referencia indispensable para la preservación de "sentido de continuidad existencial" (Winnicott, 1971), un conveniente depositario de la identidad propia en el entorno vertiginoso de la persona afectada. Su ausencia, durante unos días, causará tristeza, y/o ansiedad, y con toda probabilidad la activación del sistema del apego.

La teoría del apego también nos explica el por qué la "relación de confianza" entre baluchonneuse y acompañado (como respuesta a la necesidad de apego y como seguro) es esencial para el baluchonnage: porque sin ella, estaríamos organizando una experiencia algo cruel, la de estudiar los efectos de la « Situación extraña » (Ainsworth y Bell, 1971) sobre los pacientes con Alzheimer. En efecto, el protocolo experimental ideado por Ainsworth tiene mucho que ver con la situación de ida del cuidador principal y su reemplazo por una(s) persona(s) desconocida(s) (Para evaluar la calidad del apego a la madre y la seguridad interior del bebé de 1 año de edad, la experiencia propone varias fases :1. la madre con su niño entra



Frederique Lucet

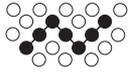
en el cuarto 2. un extraño llega y se sienta junto a la madre 3. la madre sale del cuarto, dejando al niño solo con el extraño (lo que provoca una respuesta emocional y comportamental del niño) 4. la madre regresa (y la reacción del niño a la reunificación con la madre explora la calidad del apego..), etc. : se repite otra vez la secuencia...) (Ainsworth y Bell, 1971).

La « situación extraña » provoca un trastorno emocional en el niño. Como percibirla, considerando cuanto la fenomenología de la enfermedad de Alzheimer ya causa ansiedad y perplejidad: ¿quiénes son estas personas? ¿qué están haciendo aquí? ¿por qué mi esposo no viene a ayudarme? ¿qué quieren? . Consecuencias: incomodidad, ansiedad, angustia, conductas inadaptativas (pero con sentido para el paciente: fugar, salir o correr, divagar en busca del objeto perdido, llorar por tristeza, gritar, llamar constantemente... Por falta de respuesta adecuada o del papel tranquilizante del cuidador, otra relación, otro intento de contacto físico se vive como amenaza o agresión, la cual puede provocar, en respuesta, algún gesto violento de rechazo o... de agresión... y finalmente, cansado y desesperado de no recuperar la relación con la figura de apego, la persona enferma abandona su búsqueda y se retira de la relación, llegando a un estado más apático y... sin esperanza (Tronick y otros, 1978) o siguiendo a Seligman (1972) «*learned helplessness*».

Por lo tanto, la baluchonneuse se posiciona con audacia como figura de apego de reemplazo, lo cual permite evitar no solo la institucionalización temporal, sino también la transitoria pérdida de la relación « cara a cara » con alguien especial y dedicado al cuidado de la persona vulnerable. Si el paciente está de acuerdo para asignarle a ella a esta cualidad de « base segura », entonces el 'respiro' se llevará a cabo en las mejores condiciones posibles, y sólo entonces la relación ejecutada con paciencia podrá autorizar el verdadero trabajo de evaluación ecológica y de facilitación de la relación cotidiana entre la persona enferma y su cuidador.

### **Un enfoque en los derechos de los cuidadores y de las personas acompañadas Enfoque en los derechos de las personas ancianas.**

La federación internacional de las personas ancianas (FIAPA, Paris) milita por el voto, en Naciones Unidas, de una Convención Internacional de los Derechos de los Ancianos (FIAPA,2014). La propuesta de texto plantea que las personas ancianas, con sus caracteres propios, incluyendo la posibilidad de pérdida de autonomía, o de minusvalía, deben de ser incluidas, oídas y reconocidas en su dignidad, su identidad y sus deseos. La capacidad de elegir su vida, aquí mas precisamente de elegir donde vivir y con quien (quedar en su hogar con su pareja) forma parte de los derechos básicos de las personas afectadas directamente (el enfermo) o secundariamente (el cuidador familiar). Baluchon Alzheimer, por su cualidad de



*Un modelo innovador de respiro y apoyo al domicilio para pacientes con Alzheimer y sus cuidadores: Baluchon Alzheimer*

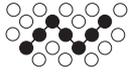
reconcilio de los deseos y las necesidades de ambos, fortalece dichos derechos y permite cumplir con ellos. Un enfoque en los derechos de las personas, por otra parte, permite salir de los modelos clásicos de la cura (modelo médico) o de la asistencia (modelo caritativo) : si el servicio se define como apoyo al cumplimiento de los derechos fundamentales de la persona, entonces el profesional no se posiciona como experto en posición de autoridad (relación condescendiente) o como arquetipo de generosidad (relación de asistencia), ambas posiciones que mantienen los « beneficiarios» de la intervención en un papel pasivo y receptivo. En contraste, el apoyo al cumplir los derechos posiciona a la persona como sujeto autónomo y capaz: el modelo siendo el de *'empowerment'* y de la emancipación. Una manera muy diversa de proporcionar un servicio revelador de las aptitudes y las competencias de las personas.

### **Derechos de las personas minusválidas**

El proyecto de Convención acerca de los ancianos insiste en lo que diferencia a la persona mayor de los demás, más jóvenes: la vulnerabilidad de su condición, la proximidad de la muerte y la pérdida de autonomía, por ejemplo. El enfoque en los derechos declara la identidad de valor, de dignidad y la necesidad de igualdad respecto de las personas enfermas, minusválidas, o dependientes – cual sea su edad. Reconoce que la situación existencial de enfermedad, hándicap o dependencia forma parte de la condición humana y no debe afectar la visión y la consideración acerca de esas personas, sus derechos, ni su inclusión social (Boltanski y Thévenot, 1991).

Fuera de las visiones normativas del modelo bio-medical, El Modelo Social de la discapacidad (Oliver, 1990) atribuye parte de las incapacidades de las personas minusválidas, y su procedente exclusión social, de la falta de adaptación del entorno a la persona y a sus necesidades específicas. Tal cambio de paradigma es consistente con una manera individualizada de concebir la intervención, « centrada en la persona » (Rogers, 1951), en sus derechos y en sus necesidades, que exige que el profesional, las instituciones y los servicios evolucionen para adaptarse a sus clientes, no lo contrario.

Cual actitud resuena con el mensaje de Marie Gendron, creadora de Baluchon Alzheimer: una persona con Alzheimer sigue siendo la misma persona, a pesar de la enfermedad y sus consecuencias. Debido a sus dificultades para comunicar, y a la extrañez de su experiencia, no llega a compartirla con nosotros. Para Marie Gendron, nuestra tarea es tejer la relación, iniciar y adaptar la comunicación (emocional, no verbal, física) y sobre todo reconocer y valorar lo que llama **« el misterio Alzheimer »** (lo que no llegamos a entender en el ámbito de la enfermedad y del enfermo). Sostener su mantenimiento al domicilio, apoyar a su cuidador, acompañarla y a



*Frederique Lucet*

su familia, son maneras de cultivar el respeto, la dignidad, su inclusión social y el cumplimiento de sus derechos.

### **Derechos de los cuidadores**

El modelo del Baluchon Alzheimer, y los demás servicios de respiro, pierden su dimensión ética si proporcionan un servicio que encierra al cuidador en su papel acerca de la persona enferma. El respiro, como el apoyo o el acompañamiento, no debe contradecir el derecho del cuidador a escoger, día a día, su carga: la de cuidar a la persona amada, en cuanto sea posible. Con un servicio inclusivo, beneficioso tanto para la persona cuidada como para el cuidador, creemos que el respiro fortalece la capacidad del cuidador de elegir la carga del cuidado, si es así, y de poder realizarla con menos dificultad. Sostiene así su deseo de continuar la convivencia con el cuidado: se trata de proporcionar al cuidador más herramientas, más confort y menos aislamiento a lo largo del proceso de acompañamiento de su pareja o de su familiar. La prevención del agotamiento es un efecto secundario de la intervención, pero la intención nunca es de juzgar o heroizar su papel: Baluchon Alzheimer recomienda que las baluchonneuses no se involucren en las cuestiones familiares y la toma de decisiones (institucionalización...), más bien que ofrezcan una validación (en el sentido de Naomi Feil, 1982) de lo que está viviendo el cuidador.

#### ***Una implementación de la ética del « Care »***

#### ***Definición del « Care » (Carol Gilligan (1982), Joan Tronto (2005))***

El "Care" es una palabra inglesa que significa: cuidado, preocupación, tratamiento, atención y afecto. El "cuidar de" (*to care*) como verbo significa "preocuparse, cuidar y amar." Por su polisemismo (o más bien su carácter de oximoron), es tan difícil traducirla: porque nuestras categorías lógicas nos impiden pensar "y": cuidar, preocuparse, tratar y... amar?

Más allá: el concepto del « Care » nos invita a pensar juntos **"cuidar, preocuparse y amar"**: una revolución mental. Recordemos: el amor es un tema tabú, contradice la exigencia de profesionalismo. El apego se prohíbe a las madres en las familias acogedoras ("no se vincula con el niño que no es suyo y se irá pronto"), igualmente a los enfermeros de los servicios paliativos ("Protéjase usted, no conecte, sufrirá y se agotará"). La ética del « Care », a lo contrario, implica la aceptación, la "validación" (Feil, 1982) y el cariño que le dan precisamente al "cuidar" su suavidad, su calidez y su poder consolador, implica arriesgarse en la relación y en su inevitable pérdida.

El trabajo del Care (por eso no lo traduciremos) resulta del conjunto de los siguientes



*Un modelo innovador de respiro y apoyo al domicilio para pacientes con Alzheimer y sus cuidadores: Baluchon Alzheimer*

elementos (Pascale Molinier (2013), desde Carol Gilligan):

La creencia que la vulnerabilidad es parte de la condición humana, y que cualquier persona, vulnerable o no, es única, igualmente valiosa y digna de atención.

Una disposición a la atención, a proporcionar asistencia.

La sensibilidad para identificar los signos de malestar en los demás.

La capacidad de interpretarlos de manera justa.

La voluntad y la experiencia de responder al malestar de manera adecuada.

La atención a los efectos de la intervención sobre la persona que está siendo ayudada (y preocuparse de la calidad de su respuesta a la necesidad).

La preocupación por la discreción y la "invisibilidad" de la ayuda, lo que mantiene a la persona asistida en la ilusión de su autonomía y le da la impresión de que se les ayude « solo un poco » o « en ninguna medida ».

Por último, y lo más importante, la voluntad y capacidad de cuidar de quien cuida: el cuidado de uno mismo, el respeto, el reconocimiento y la promoción de la autonomía y de la capacidad de acción – con la consciencia de la vulnerabilidad e imperfección propia.

El Código de Ética de Baluchon Alzheimer explicita principios éticos que, según nosotros, ilustran e tratan de implementar la teoría y la ética del Care:

### ***Cuidar al cuidador: Respetar a la persona en su diferencia y su misterio***

El compromiso de la baluchonneuse con la persona afectada está guiado por "cuatro principios interrelacionados":

- El respeto de su dignidad (respeto de sus derechos fundamentales, la actitud es cortés y amable hacia la persona cuidada y su familia, el ambiente es cálido y tranquilo).
- El respeto de su privacidad (deber de discreción, la injerencia en los asuntos personales de paciente o su familia se evita - excepto por razones de salud o seguridad).
- El respeto de su autonomía (valorando las habilidades y los recursos de las personas afectadas, el reconocimiento de su derecho a tomar decisiones : la práctica de la baluchonneuse resulta en un cuidado lo más « invisible » posible, que no afecta a la persona a su condición de minusválido o ayudado : dándole la oportunidad de vivirse como competente : un respiro también para él),
- El respeto de su parte de misterio (gracias a una actitud hecha de compasión, dulzura, a la construcción de una relación de confianza, la apertura y la aceptación serena de las manifestaciones individuales de la enfermedad de Alzheimer en cada paciente).



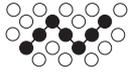
Frederique Lucet

### **Cuidar al cuidador**

*Baluchon Alzheimer*, obviamente, se encarga de los cuidadores (incluso en su ausencia). Los compromisos acerca de los cuidadores también se conforman con elementos claves de la ética del cuidado:

- El respeto y la apertura (la aceptación de las creencias, los valores y la cultura de la familia, la no injerencia en las decisiones con respecto a la persona afectada),
- La confidencialidad (secreto compartido con el cuidador, cooperación y validación en una relación de tipo bastante igualitaria, sugerencias y capacitación gracias al "diario de acompañamiento", que actúa como soporte y transferencia de conocimientos, pero de manera discreta y empática, y que pertenece al cuidador, no al servicio),
- Y finalmente el profesionalismo: la experiencia extensiva en términos de relación y asistencia con las personas afectadas, tanto como en el apoyo y la colaboración con los cuidadores, el reconocimiento de las limitaciones de roles, la cooperación con otros locutores profesionales del domicilio, los requisitos en términos de competencia y capacitación, la vigilancia y la disponibilidad).

La filosofía humanista (valores de equidad, solidaridad y el respeto a los derechos humanos) que inspiraron a Marie Gendron, a la hora de desarrollar el modelo de Baluchon Alzheimer, lógicamente guían la manera de gestionar y acompañar a las baluchonneuses : Baluchon Alzheimer valora el compromiso, la experiencia y los conocimientos (por experiencia personal o profesional más que por calificaciones) de los "cuidadores profesionales" que son las baluchonneuses. Acciones colectivas de capacitación y de supervisión de las baluchonneuses les permiten crear un colectivo, desarrollar un sentimiento de pertenencia a Baluchon Alzheimer e intercambiar experiencias, ideas, estrategias: lo cual continua a lo largo de su relación con Baluchon Alzheimer (un servicio intranet pone en relación, constantemente a la baluchonneuse aislada al domicilio del cuidado con sus colegas baluchonneuses y con la coordinadora clínica de Baluchon Alzheimer). Las acciones de capacitación (en particular, cada dos meses, un día llamado « *día de renovación o de recuperación* » y dos días de fin de semana dos veces al año) juegan un papel en el fortalecimiento de habilidades, de escucha y de validación. Son elementos de una gestión « validante » y emancipadora: la capacitación permite fortalecer la autonomía y la capacidad de cuidar, improvisar, solucionar las problemáticas asociadas al cuidado al domicilio de la persona con Alzheimer. También participan de la voluntad de Baluchon de cuidar a las baluchonneuses: dándoles más seguridad interna (sentimiento interno de competencia), previenen el agotamiento y toman en cuenta el impacto emocional del cuidado.



*Un modelo innovador de respiro y apoyo al domicilio para pacientes con Alzheimer y sus cuidadores: Baluchon Alzheimer*

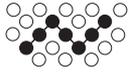
La confianza es el núcleo del dispositivo, inseparable del alto grado de autonomía de este trabajo inusual, dirigido en el hogar de la persona con Alzheimer. La confianza como base de la relación laboral también explica que las baluchonneuses escogen sus misiones, respetando sus necesidades y en armonía con su ritmo propio (las misiones, sus duraciones, y su frecuencia son elegidas por la baluchonneuse, que puede siempre rehusar una propuesta de Baluchon, sin necesidad de justificarse, ni que tal rechazo afecte su relación con Baluchon Alzheimer como empleador). La valorización de las baluchonneuses tiene su lado financiero: la paga diaria (para 24h de presencia, si no de trabajo) es alta y permite vivir con una misión de 10 días al mes. La valoración financiera participa de la libertad de la baluchonneuse : para evitar que las baluchonneuses trabajen... demasiado. Notemos, además, que la dedicación de un trabajo 24/7 se ve reconocida, con su riesgo de «*burnout*» : por eso, la baluchonneuse se beneficia de un «*repose*» de duración igual a la duración de la misión que acaba de cumplir (10 días de trabajo de baluchon están seguidos de 10 días de recuperación – por eso la paga diaria de la misión es «*doble*» - incluyendo el tiempo de recuperación).

Para concluir, digamos que la relación laboral de Baluchon Alzheimer con sus baluchonneuses es tan innovadora como el servicio que ofrece a las familias afectadas por Alzheimer, porque sería imposible y contradictorio, desvalorar, pagar mal, no reconocer, descuidar, maltratar, autoritariamente mandar y de manera irresponsable a las baluchonneuses, cuando precisamente lo que les permite cumplir con su cometido es su autonomía, su creatividad, su competencia, su dedicación y su libertad.

***"Un lugar de trabajo donde la gente vive, o un lugar para vivir donde la gente trabaja"***

La experiencia de Baluchon Alzheimer, con su libertad de ejercicio, de ritmo, de acción, también podría inspirar profesionales en las instituciones. Lejos de las limitaciones de horarios y de la gestión vertical del personal, este ejemplo nos invita, cuidadores, profesionales y empleadores, a reconocer y a apreciar el trabajo invisible del «*Care*»: el cuidado, la preocupación y la atención acerca de la persona vulnerable, de un modo delicado, modesto y discreto.

El «*Care*» no se requiere. No se puede convertir en depósito o en los protocolos, se escapa de las herramientas habituales de la gestión y de la evaluación. Es el resultado de una situación y de un encuentro de humano a humano. También es el resultado de una elección: encargarse de esa persona, en ese momento. Volátil e inconstante, es difícil identificar. Por su discreción y su delicadeza, queda subestimado, devaluado, fácilmente olvidado... cuando es simplemente una de las cosas más preciosas del mundo – los que lo reciben lo saben bien: la capacidad de llegar a unos de otros–.



Frederique Lucet

## Referencias

Ainsworth, M., & Bell, S., (1971). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*. 41(1), 49-67.

Baluchon Alzheimer, [Web en línea].

<http://baluchonalzheimer.com/wp-content/uploads/2013/11/CodeEthique-3.pdf>

Boltanski, L. Thévenot, L. (1991). *La justification. Les économies de la grandeur*. Gallimard, Paris.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss, volume 2 : "Separation : anxiety and anger"*,

International psycho-analytical library no.95, London: Hogarth Press.

Bozsormeny-Nagy, I. I., & Spark, G. (1973; 1984). *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. New York: Harper & Row. (Second edition, New York: Brunner/Mazel).

Feil, N.(1982). *Validation : the Feil method*. Edward Feil Productions.

FIAPA [Web en línea]. <http://www.fiapa.net/?p=1026> [4 de Mayo 2014].

Freudenberger, H.J., "Staff burnout", *Journal of Social Issues*, 1974, 30(1), 159-165.

Gendron, M. (2008). *Le Mystère Alzheimer, l'accompagnement, une voie de compassion*, Montréal, Editions de l'homme.

Gilligan, C. (1982). *A Different Voice, Psychological Theory and Women's Development*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.

Guedeney, N. et Guedeney, A. (2002). *L'attachement, concepts et applications*. Paris, Masson, collection Les âges de la Vie.

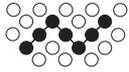
Lilly M.L., M. Hermanns, J. Beckstrand, A. Booth, M.R. Farlow: Illumination of Shadowing Behavior in Individuals with Alzheimer's Disease: Proximity-Seeking? As Life Becomes the "Strange Situation". *The Internet Journal of Neurology*. 2011 Volume 13 Number 2.

Lucet, F. "Le Baluchon Alzheimer est-il adaptable en France? Leçons apprises et bonnes pratiques pour le développement de services innovants de répit et d'accompagnement aidant-aidé à domicile ». Mémoire de validation, Diplôme Universitaire, Université Pierre et Marie Curie, 2012.

Molinier, P.(2013). *Le travail du Care*. Paris, La dispute.

Mikulincer, M. et Shaver, P. Adult attachment and affect regulation, in J. Cassidy and P. Shaver (eds), *Handbook of Attachment* (2<sup>nd</sup> edition, 503-531), New York, Guilford Press. (2007).

Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. Macmillan.



*Un modelo innovador de respiro y apoyo al domicilio para pacientes con Alzheimer y sus cuidadores: Baluchon Alzheimer*

Rogers, C. (1951). "Client-Centered Therapy" Cambridge Massachusetts: The Riverside Press.

Seligman, M. E. P. (1972). Learned helplessness. Annual Review of Medicine, 23(1), 407-412.

Tronick, E., Als, H., Adamson, L. Wise, S. Brazelton, T.B. The Infant's Response to Entrapment between Contradictory Messages in Face-to-Face Interaction. Journal of American Academy of Child Psychiatry, Volume 17, Issue 1, Winter 1978, Pages 1-13.

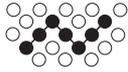
Tronto, J. (2005). An Ethic of Care. In A. Cudd & R. Andreasen (Eds.), Feminist theory: a philosophical anthology (pp.251-263). Malden: Blackwell Publishing.

Winnicott, D.W. (1971), Playing and Reality. London, Tavistock.

Zarit, S.H., Reever, K.E., & Bach-Peterson, J. (1980). The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress. New York: New York University Press.

Zeisel, J. (2009). I'm Still Here, a breakthrough approach to understanding someone living with Alzheimer's, Penguin Books, New York.

Rogers, C. (1951). "Client-Centered Therapy" Cambridge Massachusetts: The Riverside Press.



# Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado

Analía Verónica Losada<sup>1</sup>  
Marina Alvarez Strauch<sup>2</sup>

Se evaluó la sintomatología depresiva en adultos mayores de 65 años domiciliados en Buenos Aires, Argentina y se investigó si el hecho de vivir solo o acompañado influía o no en el nivel de depresión de los mismos. Para ello, se valoró el nivel de depresión de 75 personas. De ellas, 37 (30 mujeres y 7 varones) vivían solas y 38 (19 mujeres y 19 varones) vivían acompañadas. Todos los sujetos participantes del estudio respondieron al Inventario de Depresión de Beck, estableciendo, en función de las respuestas, 5 niveles de depresión. Los resultados mostraron que el nivel de depresión de las personas mayores de 65 años que vivían solos es mayor que el de los que vivían acompañados.

**Palabras Clave:** *Adultos Mayores. Vejez. Depresión. Vivir solos o acompañados.*

## ABSTRACT

depressive symptomatology was assessed in adults 65 and older residing in Buenos Aires, Argentina and investigated whether the fact of living alone or with non influenced the level of depression thereof. For this, the level of depression was assessed 75 people. Of these, 37 (30 women and 7 men) lived alone and 38 (19 women and 19 men) lived accompanied. All subjects in the study responded to the Beck Depression Inventory, setting, depending on the answers, 5 levels of depression. The results showed that the level of depression in people over 65 living alone is greater than that of living accompanied.

Keywords: Aging. Aging. Depression. Living alone or accompanied.

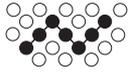
## INTRODUCCIÓN

En pos a los progresos de la medicina y a las mejoras en las condiciones sociales y económicas en muchas regiones del mundo, hoy en día podemos hablar de una gran disminución de la tasa de natalidad, del aumento de la expectativa de vida y del crecimiento demográfico de la población. Como creció la población, también creció proporcionalmente la población anciana y los ancianos pasaron de ser una población marginal a estar en el centro económico y social (Chong, 2012; García Pintos, 2003; Juan Pablo II, 1999), lo que llevó a que se den nuevas situaciones de convivencia familiar y a un proceso de envejecimiento en el marco de la familia (Vidal y Clemente. 1999),

Nº1 ISSUE  
JUNIO 2014

Recibido:  
16/05/2014

Aceptado:  
23/05/2014



*Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado*

Aunque las familias con ancianos tienen distintas alternativas: incorporar al anciano al hogar de uno de los hijos, llevarlo a un hogar o residencia e institucionalizarlo, conseguir alguien que conviva con él y que lo atienda o que viva solo (García Pintos, 2005), el envejecimiento de la población y la baja tasa de natalidad, propician que muchos adultos mayores se encuentren solos y sin apoyo familiar (Aguilar Navarro y Ávila Funesa, 2007).

En Argentina, según el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda del año 2010, hay 4.104.648 adultos mayores de 65 años. El 41% de ellos son hombres y el 59% son mujeres. Esto representa el 10% de la población total (INDEC, 2010).

Según Osorio, García de Lózar, Ramos y Agüera (2009) la enfermedad psiquiátrica y física más frecuente en ancianos es la depresión. Calvo Aguirre (1989) explica que esto puede deberse a que todas las especificidades de la vejez favorecen la aparición de síntomas depresivos. Por lo tanto, la depresión es uno de los trastornos psicológicos de mayor importancia y prevalencia en población gerontológica (Riquelme Marín, Buendía Vidal y López Navas, 2006). Según Díaz, de la Torre, Heissenberg y Gatti (2011) y Aguilar Navarro y Ávila Funesa (2007), esta causa sufrimiento en el anciano y una considerable disminución de la calidad de vida. Además es un factor psicológico potenciador del comportamiento suicida (Odalys y Peña-Caballero, 2011), es decir que el suicidio entre ancianos constituye una significativa causa de muerte y la depresión es un factor de riesgo suicida en la vejez (Péres Barrero, 2012).

En la presente investigación se estudiaron los síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años domiciliados en Buenos Aires, Argentina, y se investigó si el hecho de vivir solo o acompañado influye o no en el nivel de depresión.

## **VEJEZ**

Envejecer es un acontecer de la vida misma, un proceso que se da a lo largo del tiempo, un proceso continuo y sostenido de crecimiento, madurez, despliegue y evolución. La vejez es una crisis en el curso vital de la historia de un individuo (García Pintos, 2003) que se inicia, aproximadamente, a los sesenta años (Craig y Baucum, 2001).

El envejecimiento no es un proceso de causa única, sino el resultado de una compleja asociación de interacciones y modificaciones estructurales y funcionales, entre lo biológico, lo psicológico y lo socio-ambiental, lo genético intrínseco y lo ambiental extrínseco. Es un fenómeno universal progresivo que se evidencia en la esfera biológica, psicológica, intelectual y social (Chong, 2012).



*Analía Verónica Losada y Marina Alvarez Strauch*

Según Guardini (1977), la entrada a la ancianidad se da luego de la crisis del desasimiento, la cual está unida al envejecimiento, a la conciencia del fin y la transitoriedad. Es propia de aquella persona que sabe del final y lo acepta, pero que también toma conciencia de lo eterno, de lo que no pasa. A esta persona, Guardini la llama *hombre sabio*. Luego habla del *hombre senil* y dice que es el hombre que pierde originalidad e intensidad en todas las áreas de su conducta, que al disminuir sus capacidades, depende de los demás y conserva resabios de la fase del hombre sabio. Su deseo es estar en paz aunque a veces vivencie amenazas, y tiene la justa orientación hacia la muerte.

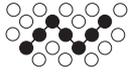
Erikson (1974) en su teoría epigenética, describe una serie de fases del desarrollo de la personalidad en función de su adecuación a ciertas variables psicosociales. En la vejez o madurez, el conflicto principal que plantea es el de "*integridad vs desesperación*". La integridad hace referencia al sentimiento de coherencia y totalidad frente a las distintas limitaciones que van apareciendo y la desesperación es cuando la persona quiere seguir siendo joven o se deja estar.

Salvarezza (2002) sostiene que en la vejez hay un aumento de la interioridad y la persona se conecta con sus recuerdos. Según como se conecte con ellos, la interioridad puede llegar a tomar dos formas: estilo reminiscencia o estilo nostalgia. En el estilo reminiscencia, la persona se conecta con su pasado, sin malestar y sin irritación. La reminiscencia es una actividad mental completa y organizada, una construcción psíquica que se correspondería con la integridad de Erikson, es decir con la salud. En cambio, en el estilo nostalgia, la persona tiene una actitud de melancolía, teñida de enojo y de fastidio. En la que hay un permanente malestar. La persona pone el acento en lo que perdió y en lo que no pudo hacer. Por lo tanto, la persona está más propensa a cuestiones psicopatológicas. Este estilo se correspondería con la desesperación de Erikson, es decir con la patología.

## **DEPRESIÓN EN LA VEJEZ**

En el DMS-IV existe una gran variedad de síndromes que cursan con síntomas depresivos, siendo el común denominador en todos ellos la modificación profunda del estado anímico, el predominio de la tristeza y el sufrimiento, o la preocupación excesiva (Mella, González, Dappolonio, Maldonado, Fuenzalida, y Díaz, 2004).

El síntoma principal de la depresión es el estado de ánimo deprimido pero este suele estar acompañado también por tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción,



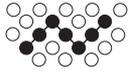
*Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado*

culpa, expectativas de castigo, autodesprecio, autoacusación, ideas suicidas, episodios de llanto, irritabilidad, retirada social, indecisión, cambios en la imagen corporal, enlentecimiento, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupaciones somáticas y bajo nivel de energía (Beck, Steer y Brown, 2006).

En la persona que padece síntomas depresivos se pueden observar tres patrones cognitivos principales a los que se los denomina triada cognitiva. El primero es la visión negativa acerca de sí mismo. La persona se considera deficiente, inadecuada, inútil, con poca valía. Se orienta a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, ya sea de tipo psíquico, moral o físico. Se considera indeseable a causa de sus supuestos defectos, tiende a rechazarse a sí mismo y supone que los demás también lo rechazarán. El segundo componente es la interpretación negativa de sus experiencias. Las interacciones con el ambiente son interpretadas como privaciones, derrotas y percibe al mundo como sumamente exigente y causante de obstáculos para el logro de sus objetivos. El tercer componente se centra en la visión negativa acerca del futuro. Este provoca que la persona suponga que todo lo que proyecte y realice será conflictivo y que se irán agregando males cada vez mayores. Siguiendo el modelo cognitivo, estos patrones negativos serían el foco de la patología y explicarían el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo, sean estos síntomas afectivos, motivacionales, conductuales o vegetativos (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983).

Que la prevalencia de la depresión en la vejez sea alta, puede deberse a que todas las especificidades de la vejez favorecen la aparición de síntomas depresivos. Siguiendo a Calvo Aguirre (1989) podemos decir que en la vejez, la sensación de inseguridad aumenta, se presentan dificultades económicas, modificaciones en el modo de vida, hay restricción del entorno social y aislamiento, muertes de familiares y amigos, menor autonomía psico-física, etc. Todos estos hechos pueden generar vivencias angustiantes, que se pueden traducir en manifestaciones psicológicas como: rigidez, desconfianza, dogmatismo, desconfianza, egoísmo, etc. Además en el entorno social del anciano se producen cambios importantes que pueden llegar a afectar las relaciones conyugales, las relaciones entre padres e hijos y las relaciones sociales en general. Las dificultades de adaptación a todos estos cambios que suelen ocurrir en la vejez, pueden provocar abatimiento psicológico y pueden llegar a originar una enfermedad depresiva. También podría provocarla la cercanía de la muerte.

También Martínez-Mendoza, Martínez-Ordaz, Esquivel-Molina y Velasco-Rodríguez (2007) afirman que el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años la depresión, especialmente en las mujeres (Chong, 2012) y que los aspectos sociales suelen ser



*Analía Verónica Losada y Marina Alvarez Strauch*

muy importantes en la etiología de la misma.

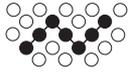
Los ancianos deprimidos pueden expresar su enfermedad de muy diferentes maneras. En el aspecto funcional, pueden reflejar abatimiento, tristeza, soledad, irritabilidad, llanto, miedo, ansiedad, pérdida de interés, etc. En el aspecto cognoscitivo, se pueden producir alucinaciones, falta de autoestima, pesimismo, ideas delirantes, pensamientos suicidas, duda de valores y creencias, mala memoria, dificultad de concentración, etc. En el aspecto físico, pueden referir anorexia, astenia, trastornos del sueño, adelgazamiento, estreñimiento, dolores, inquietud, etc. En el aspecto volitivo, pueden reflejar una pérdida de motivación o parálisis de la voluntad. Los movimientos son lentos y gesticulan poco. La marcha es lenta y torpe. En casos graves, pueden llegar al mutismo y al estupor. En ocasiones están agitados, se retuercen las manos, tienen lesiones de rascado en la piel y una marcha incesante. A veces el comportamiento se vuelve anormal y la persona presenta intentos de suicidio, negativismo, brotes de agresividad y caídas hacia atrás (Calvo Aguirre, 1989).

## **FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN EN LA VEJEZ**

Los principales factores de riesgo para la depresión en la vejez son pertenecer a grupos sociales de muy avanzada edad, bajos ingresos, bajo nivel educativo, soledad y ausencia de cuidadores (López Oblaré, 2011). Pero el principal factor de riesgo para que se de la depresión en la vejez es la soledad (Álvarez Rodríguez, 2001; Tuesca-Molina, Fierro Herrera, Molinares Sosa, Oviedo Martínez, Arjona, Cueto y Sierra Manrique, 2003; Vidal y Clemente, 1999), ya que especialmente en la senectud, como así también en la infancia, el ser humano precisa ayuda de sus semejantes. El medio ideal para ofrecer la mejor protección al hombre en esta edad es la familia ya que ésta constituye la institución base de la sociedad, es el medio natural para el desarrollo de sus miembros y es un fenómeno universal; para el anciano presenta además la posibilidad de permanencia en un grupo, en ausencia de otros que ya han desaparecido (Domínguez González, Espín Andrade & Bayorre, 2001).

García Pintos (2005) explica que las familias con ancianos tienen distintas alternativas: incorporar al anciano al hogar de uno de los hijos, llevarlo a un hogar o residencia e institucionalizarlo, conseguir alguien que conviva con él y que lo atienda o que viva solo. Al tomar alguna de estas alternativas, la familia debe tener en cuenta: la situación del anciano, si el anciano desea vivir solo para no ser una carga, si el anciano no quiere vivir solo y desea depender de la familia, si el anciano no quiere abandonar su casa u otras circunstancias.

Según Juan Pablo II (1999) lo ideal es que los ancianos vivan con sus familias, es decir la permanencia del anciano en la familia ya que el lugar más natural para vivir la condición de anci



*Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado*

anidad es el ambiente en el que él se sienta en casa y donde puede realizar todavía algún servicio.

Sin embargo, hoy en día ha aumentado el número de hogares unipersonales de personas de edad, especialmente en el caso de las mujeres que suelen vivir más años que los hombres (Arias, 2008; Menéndez Jiménez, González Pico y Guevara González, 2005).

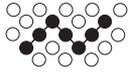
## **ESTADO DEL ARTE**

La mayoría de las investigaciones realizadas sobre la depresión en ancianos compara la sintomatología depresiva en ancianos domiciliados y ancianos institucionalizados. Por ejemplo en una investigación realizada en Cuba en el año 2001 se comprobó que el 27,1% de los ancianos domiciliados presentaba sintomatología de depresión leve; el 16,6%, depresión moderada y el 14,7%, depresión grave. Y que el 37,3% de los jubilados institucionalizados sufría de depresión moderada-grave; el 20,7%, depresión grave y el 4,9 % padecía sintomatología de depresión leve-moderada (González Ceinos, 2001). Otra investigación afirmó que las personas ancianas, que se ven obligadas a salir de su entorno familiar y viven en una residencia, presentan una prevalencia mayor de depresión que las que siguen viviendo en su propio domicilio (Latorre Postigo y Montañez Rodríguez, 1997). Lo mismo afirma una investigación de Vargas Prats (2008).

Existen muy pocas investigaciones que comparan la depresión en ancianos domiciliados que viven solos y que viven acompañados. La realizada por Martínez-Mendoza, Martínez-Ordaz, Esquivel-Molina y Velasco-Rodríguez (2007) concluye que vivir solo o con personas no cercanas a la familia es un factor que está íntimamente relacionado con la depresión. Otra investigación asegura que aquellos sujetos que viven en su casa en compañía sufren un menor número de síntomas depresivos que aquellos que o bien no viven en su domicilio particular o bien viven solos y que hay una correlación positiva entre vivir solo y sufrir un mayor número de síntomas depresivos (Vargas Prats, 2008).

Otras investigaciones comparan la depresión en hombres y en mujeres y la mayoría concluye que existe asociación entre sexo femenino y depresión (García Serrano y Ferrer, 2001; Latorre Postigo y Montañez Rodríguez, 1997; Martínez-Mendoza y cols., 2007; Ocegueda-Azpeitia y Pichardo-Fuster, 2003; Pando Moreno, Aranda Beltrán, Alfaro Alfaro, y Mendoza Roaf, 2001).

En la presente investigación se investigó a los adultos mayores de 65 años, domiciliados en Buenos Aires, Argentina, que viven solos o acompañados y se estudió si esto influye o no en la sintomatología depresiva, ya que la enfermedad psiquiátrica más



*Analía Verónica Losada y Marina Alvarez Strauch*

frecuente en ancianos es la depresión (Chong Daniel, 2012; Osorio, García de Lózar, Ramos y Agüera, 2009) y son ancianos de riesgo los que viven en soledad (Álvarez Rodríguez, 2001; López Oblaré, 2011; Tuesca-Molina, Fierro Herrera, Molinares Sosa, Oviedo Martínez, Arjona, Cueto y Sierra Manrique, 2003; Vidal y Clemente, 1999).

## **OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

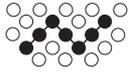
**Objetivos:** Evaluar la sintomatología depresiva en personas mayores de 65 años domiciliados en Buenos Aires, Argentina e investigar si el hecho de vivir solo o acompañado influye en el nivel de depresión.

**Hipótesis:** El nivel de depresión de las personas mayores de 65 años domiciliados en Buenos Aires, Argentina, que viven solos es mayor que la de los que viven acompañados.

**Método:** En la presente investigación, se llevó a cabo un estudio cuantitativo no experimental de corte transversal descriptivo, en el que se estudió la sintomatología depresiva en adultos mayores de 65 años domiciliados en Buenos Aires, Argentina, que vivían solos o acompañados. Luego un estudio de comparación de grupos en el que se comparó la sintomatología depresiva de los ancianos que vivían solos y de los que vivían acompañados, y se estudió si existía una asociación entre estas variables.

**Participantes:** Para conformar la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico, intencional, ya que el investigador por accesibilidad y proximidad seleccionó directa e intencionalmente a los individuos de la población que conformaron la muestra. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: que tengan 65 años o más, que estén domiciliados en Buenos Aires, Argentina y que vivan solos o acompañados. Participaron en total 80 sujetos, de los cuales 75 fueron casos válidos y 5 fueron casos perdidos ya que no contestaron correctamente el Inventario de Depresión de Beck, por lo cual la muestra fue de 75 sujetos. Con respecto a la muestra, el 65.3% (n = 49) de las personas eran de sexo femenino y el 34.7% (n = 26) de sexo masculino. El rango de edad de los sujetos era de 65 a 97, presentando una media de 75.95 (DE = 7.843). El 49.33% (n = 37) vivían solos y el 50.66% (n = 38) vivían acompañados. En relación al nivel educativo de los participantes se observó que el 30.7% (n = 23) recibió educación primaria completa, el 1.3% (n = 1) secundaria incompleta, el 26.7% (n = 20) secundaria completa, el 20% (n = 15) terciaria completa, el 1.3% (n = 1) universitaria incompleta y el 20% (n = 15) universitaria completa. Con respecto al estado civil, el 9.3% (n = 7) eran solteros, el 45.3% (n = 34) casados, el 2.7% (n = 2) divorciados, el 41.3% (n = 31) viudos y el 1.3% (n = 1) separados. Por último, en referencia a la ocupación, el 88% (n = 66) eran jubilados y el 12% (n = 9) seguían en actividad.

**Instrumentos de recolección de datos:** En la presente investigación los participantes



*Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado*

tuvieron que consignar su nombre, estado civil, edad, sexo, ocupación, educación y si vivían solos o acompañados y firmar el Consentimiento Informado. Los que vivían acompañados, tuvieron que indicar con quién/es vivían. Luego se les administró la adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BBD-II). El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) es una escala autoaplicada que consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la escala que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta ya que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck (Bobes García, Portilla, Bascarán Fernández, Sáiz Martínez y Bousoño García, 2002). La adaptación que se administró reúne los requisitos psicométricos para su utilización en forma válida en nuestro medio (Beck, Steer, y Brown, 2006). Aunque el BDI-II no es suficiente para establecer el diagnóstico de depresión, es un instrumento válido para analizar el nivel de depresión de un sujeto (González Ceinos, 2001). La puntuación del DBI II se determina mediante la suma de las elecciones para los 21 ítems. Cada ítem es valuado según una escala de cuatro puntos, de 0 a 3, y el puntaje directo oscila entre 0 y 63 puntos. La puntuación total determina el rango de severidad: de 0-13 puntos, nivel mínimo; 14-19 puntos, nivel leve; 20-28 puntos, nivel moderado y 29-63 puntos, nivel severo.

**Procedimientos:** La administración del Inventario fue realizada en el año 2012 de manera auto administrada. En los casos en los que se presentó alguna dificultad, la administración fue de forma oral e individual. Se solicitó previo consentimiento y se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos. Posteriormente se realizó un análisis cuantitativo de los datos obtenidos como así también una comparación de grupos: síntomas depresivos en las personas que viven solas y síntomas depresivos en las personas que viven acompañadas. Para analizar los datos se utilizó el programa de procesamiento estadístico SPSS 20.0 (Statistical Package For The Social Sciences).

**Resultados:** En relación a evaluar la sintomatología depresiva en personas mayores de 65 años domiciliados en Buenos Aires, Argentina e investigar si el hecho de vivir solo o acompañado influye en el nivel de depresión, se calculó el nivel de depresión de las personas que vivían solas y de las que vivían acompañadas, y se realizó una prueba t para muestras independientes

Con respecto al grupo de los que vivían solos, el 54.1% (n = 20) presentó un nivel mínimo de depresión, el 32.4% (n = 12) nivel leve, el 10.8% (n = 4) nivel moderado y el 2.7% (n = 1) un nivel severo de depresión.

*Analía Verónica Losada y Marina Alvarez Strauch*

**Tabla 1. Nivel de depresión en las personas que vivían solas.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Valido	Mínimo	20	54,1	54,1	54,1
	Leve	12	32,4	32,4	86,5
	Moderado	4	10,8	10,8	97,3
	Severo	1	2,7	2,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Y respecto al grupo de los que vivían acompañados, el 78.9% (n = 30) presentó un nivel mínimo de depresión, el 10.5% (n = 4) nivel leve, el 7.9% (n = 3) nivel moderado y el 2.6% (n = 1) un nivel severo de depresión.

**Tabla 2. Nivel de depresión en las personas que vivían acompañadas.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Valido	Mínimo	30	78,9	78,9	78,9
	Leve	4	10,5	10,5	89,5
	Moderado	3	7,9	7,9	97,4
	Severo	1	2,6	2,6	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Los resultados de la prueba t para muestras independientes, mostraron que había diferencias significativas en las medias (prueba t = 2.098, p = 0.039), por lo que podemos afirmar que el hecho de vivir solo o acompañado influye en el nivel de depresión de las personas mayores de 65 años domiciliadas en Buenos Aires, Argentina y que el nivel de depresión de las personas que viven solas es mayor que la de los que viven acompañadas.

**Tabla 3. Prueba t - BDI-II y Convivencia.**

*Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado*

**Tabla 3. Prueba t - BDI-II y Convivencia.**

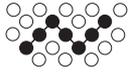
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias			Error típ. de la diferencia		95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias		Inferior	Superior
total	Se han asumido	.616	.435	2,098	73	.039	3,270	1,558	.164	6,376
bdi	varianzas iguales									
	No se han asumido			2,094	71,071	.040	3,270	1,561	.156	6,383
	varianzas iguales									

## DISCUSIÓN

Con respecto al objetivo planteado, cabe destacar que se pudo determinar la ausencia de sintomatología depresiva en la muestra seleccionada: sólo dos personas no presentaron síntomas depresivos, lo que equivale al 2.7% del total de la muestra. Por lo tanto, podemos decir que el 97.3% restante sí presentó síntomas depresivos. Esto podría estar relacionado con el hecho de que la depresión es el trastorno psicológico con mayor prevalencia en los adultos mayores (Martínez-Mendoza, Martínez-Ordaz, Esquivel-Molina y Velasco-Rodríguez, 2007; Osorio, García de Lózar, Ramos & Agüera, 2009; Riquelme Marín, Buendía Vidal y López Navas, 2006) que causa sufrimiento en el anciano y una considerable disminución de su calidad de vida (Aguilar Navarro y Ávila Funesa, 2007; Díaz, de la Torre, Heissenberg y Gatti, 2011).

En relación a la presencia de sintomatología depresiva, se pudo evaluar el nivel de depresión de la misma. El 66.7% (n = 50) de los casos presentó un nivel mínimo de depresión, el 21.3% (n = 16) nivel leve, el 9.3% (n = 7) nivel moderado y el 2.7% (n = 2) restante presentó un nivel severo de depresión.

En referencia a los niveles de depresión, es de suma importancia señalar que el mayor número de sujetos presentó un nivel mínimo de depresión (n = 50). Del grupo de los que vivían solos, el 54.1% (n = 20) y de los que vivían acompañados, el 78.9% (n = 30). Esto demuestra que es de vital importancia el diagnóstico temprano de la depresión en los adultos mayores para que ésta no evolucione en un nivel de mayor severidad y termine en suicidio. Recordemos que la depresión es uno de los principales factores de riesgo para el suicidio (Odalys Peña-Caballero, 2011; Péres Barrero, 2012).



*Analía Verónica Losada y Marina Alvarez Strauch*

Retomando los objetivos, también se pudo dar cuenta acerca de la relación existente en personas mayores de 65 años domiciliados en Buenos Aires, Argentina entre la sintomatología depresiva y el hecho de vivir solo o acompañado, y se pudo corroborar la hipótesis planteada en un principio: el nivel de depresión de los que vivían solos fue mayor que el de los que vivían acompañados. Para llegar a esta conclusión, no se buscó establecer un diagnóstico de depresión, ya que en el DMS-IV existe una gran variedad de síndromes que cursan con síntomas depresivos (Mella, González, Dappolonio, Maldonado, Fuenzalida, y Diaz, 2004). Lo que sí se hizo fue analizar el nivel de depresión de los sujetos evaluados. Para ello, se administró el BDI-II que es un instrumento válido para tal fin (González Ceinos, 2001).

Que haya mayor prevalencia de síntomas depresivos en los sujetos que vivían solos, nos confirma además que en la senectud, el ser humano precisa de sus semejantes, de su familia (Domínguez González, Espín Andrade y Bayorre, 2001) y que si bien la vejez es una crisis en el curso vital de la historia de un individuo (García Pintos, 2003) que se evidencia en la esfera biológica, psicológica, intelectual y social (Chong, 2012) y que sus especificidades favorecen la aparición de síntomas depresivos (Calvo Aguirre, 1989), la soledad es uno de los principales factores de riesgo de la depresión (Álvarez Rodríguez, 2001; Tuesca-Molina, Fierro Herrera, Molinares Sosa, Oviedo Martínez, Arjona, Cueto y Sierra Manrique, 2003; Vidal y Clemente, 1999).

Dado que se pudo corroborar la relación positiva existente entre la sintomatología depresiva y el hecho de vivir solo o acompañado, la presente investigación coincide con las conclusiones de los estudios de Martínez-Mendoza, Martínez-Ordaz, Esquivel-Molina y Velasco-Rodríguez (2007) y Vargas Prats, (2008) citados en el marco teórico.

Algo que llamó la atención es que el nivel de depresión de las personas que vivían acompañadas no varió según con quien conviva la persona, ya sea que ésta viva con su pareja, con su pareja e hijos, con sus hijos y sus familias, con un/a hermano/a o familiar o con cuidador.

Con respecto a las investigaciones que comparan la depresión en hombres y en mujeres (García Serrano y Ferrer, 2001; Latorre Postigo y Montañez Rodriguez, 1997; Martínez-Mendoza y cols., 2007; Ocegueda-Azpeitia y Pichardo-Fuster, 2003; Pando Moreno, Aranda Beltrán, Alfaro Alfaro, y Mendoza Roaf, 2001), se puede decir que no se llegó a la misma conclusión, ya que en esta investigación no se encontraron diferencias significativas en el nivel de depresión según el sexo. Tampoco se encontraron diferencias significativas en el nivel de depresión según el estado civil y la ocupación de los participantes. Pero sí hubo correlación



*Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado*

positiva entre el nivel de depresión y la edad (a mayor edad, mayor nivel de depresión) y entre el nivel de depresión y la educación (a mayor nivel educativo, menor nivel de depresión).

Tal como sucede en la población argentina (INDEC, 2010), en la muestra seleccionada había más mujeres que hombres. El 65.3% (n = 49) de los sujetos eran de sexo femenino y el 34.7% (n = 26) de sexo masculino. Esto podría relacionarse con el hecho de que las mujeres viven más años que los hombres (Arias, 2008; Menéndez Jiménez, González Pico y Guevara González, 2005).

## **FUTURAS LÍNEAS DE ESTUDIO**

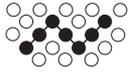
Los resultados de este trabajo al dar cuenta de la relación existente entre la sintomatología depresiva y el hecho de vivir solo o acompañado, podrían contribuir para llevar a cabo investigaciones futuras. Principalmente se considera importante ampliar este trabajo aumentando la extensión de la muestra en número y en lugar de residencia para que no sólo se estudien casos de la ciudad de Buenos Aires, sino que también se estudien casos del Conurbano Bonaerense. Se recomienda también extender la muestra a ancianos institucionalizados en algún hogar o residencia y que el estudio no sólo incluya a ancianos domiciliados.

También se considera importante ampliar la investigación con estudios interdisciplinarios, estableciendo acciones conjuntas con psiquiatras y médicos, para así evaluar el estado de salud general de los sujetos participantes.

Finalmente, si consideramos a la familia la fuente primordial de sostén y apoyo, que juega un papel importante en la vida del adulto mayor, debería investigarse también cómo está compuesta la familia del anciano, qué tipo de relación tiene con los integrantes de la misma, si recibe cuidados, si hay maltrato, cómo es el clima familiar, entre otras variables.

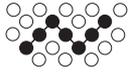
## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Aguilar Navarro, S. y Ávila Funesa, J. A. (2007). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gaceta médica de México*, 143 (2).



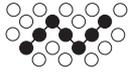
*Analía Verónica Losada y Marina Alvarez Strauch*

- Álvarez Rodríguez, A. (2001). Adulto mayor y depresión. Criterios a través de grupos focales. Trabajo presentado en el Segundo Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis, Febrero.
- Arias, J. C. (2008). El apoyo social en la vejez: alternativas de acción frente a los desafíos del envejecimiento poblacional. *Perspectivas en psicología: revista de psicología y ciencias afines*, 5(2), 54-61.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1983) *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclee de Brouwer.
- Beck, A., Steer, R. A. & Brown, G. K. (2006) *BDI-II: Inventario de depresión de Beck*. Buenos Aires: Paidós.
- Bobes García, J., G.-Portilla, M. P., Bascarán Fernández, M. T., Sáiz Martínez, P. A. & Bousoño García, M. (2002). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Barcelona: Ars Medica.
- Calvo Aguirre, J.J. (1989). Depresión en la vejez. *Revista de servicios sociales*, 7.
- Chong, D. A. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista cubana de medicina general integral*, 28(2).
- Craig, G.J. y Baucum, D. (2001). *Desarrollo psicológico*. México: Pearson Educación.
- Díaz, A., de la Torre, A., Heissenberg, D. & Gatti, G. (2011). Asociación entre depresión y religiosidad en ancianos institucionalizados. *Alcmeon*, 17(2), 129-135.
- Domínguez González, T.B., Espín Andrade, A.M. & Bayorre, V.H. (2001). Caracterización de las relaciones familiares del anciano. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 418-22.
- Erikson, E. (1974). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Libros del zorzal.
- García Pintos, C. (2003). *Cita a ciegas*. Buenos Aires: San Pablo.



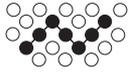
*Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado*

- García Pintos, C. (2005). *La familia del anciano también necesita sentido. Sobre la orientación psicogerontológica familiar*. Buenos Aires: San Pablo.
- García Serrano, M. J., & Tobías Ferrer, J. (2001). Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano en riesgo. *Atención primaria*, 27(7), 484-488.
- González Ceinos, M. (2001). Depresión en ancianos: un problema de todos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(4).
- Guardini, R. (1977). *Las edades de la vida*. Madrid: Cristiandad.
- INDEC (2010). Censo nacional de población, hogares y vivienda. Argentina.
- Juan Pablo II (1999). *Carta a los ancianos*. Buenos Aires: San Pablo.
- Latorre Postigo, J. M., & Montañez Rodríguez, J. (1997). Depresión en la vejez: evaluación, variables implicadas y relación con el deterioro cognitivo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 2(3), 243-264.
- López Oblaré, B. (2011). El anciano frágil. *Infogeriatría*, 1(9).
- Martínez-Mendoza, J., Martínez-Ordaz, V., Esquivel-Molina, C., & Velasco-Rodríguez, V. (2007). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista médica del IMSS*, 45(1), 21-28.
- Martínez-Mendoza, J., Martínez-Ordaz, V., Esquivel-Molina, C., & Velasco-Rodríguez, V. (2007). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista médica del IMSS*, 45(1), 21-28.
- Mella, R., González, L., Dappolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., & Diaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psyche*, 13(1), 79-89.
- Menéndez Jiménez, J., González Pico, J., & Guevara González, A. (2005). ¿Por qué las mujeres viven más si tienen peor salud? Una aproximación desde la perspectiva de género. *Geroinfo*, 1(1).



*Analía Verónica Losada y Marina Alvarez Strauch*

- Ocegueda-Azpeitia, G., & Pichardo-Fuster, A. (2003). Prevalencia de la depresión en ancianos mexicanos. *Archivo geriátrico*, 6(3), 78-81.
- Odalys Peña & Caballero. (2011). Factores potenciadores del comportamiento suicida en adultos mayores. *Ciencia en su PC*, 2, 45-58.
- Osorio, R. R., García de Lózar, B. B., Ramos, I. I., & Agüera, L. L. (2009). Disfunción ejecutiva en pacientes con depresión de inicio tardío. *Actas españolas de psiquiatría*, 37(4), 196-199.
- Pando Moreno, M., Aranda Beltrán, C., Alfaro Alfaro, N., & Mendoza Roaf, P. (2001). Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. *Revista española de geriatría y gerontología*, 36(3), 140-144.
- Pérez Barrero, S. A. (2012). Factores de riesgo suicida en el anciano. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8).
- Riquelme Marín, A., Buendía Vidal, J., & López Navas, A. I. (2006). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de la depresión en ancianos. *Psicothema*, 18(2), 288-292.
- Salvarezza, L. (2002). *Psicogeriatría*. Buenos Aires: Paidós.
- Tuesca-Molina, R., Fierro Herrera, N., Molinares Sosa, A., Oviedo Martínez, F., Arjona, Y. P., Cueto, J. P., & Sierra Manrique, I. (2003). Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. *Revista española de salud pública*, 77(5).
- Vargas Prats, A. (2008). *Síntomas depresivos en personas mayores*. Tesis de maestría en intervención en calidad de vida en personas mayores. Universidad nacional de educación a distancia de Madrid.
- Vidal, M. A., & Clemente, M. (1999). Familia y tercera edad: variables predictoras del abandono del anciano. *Estud interdiscip envelhec*, 2, 49-65.



# Adultos mayores: Historia, relatos y reminiscencia. Una biografía en formato blog

Marcelo Buchcaiger<sup>1</sup>

**E**ste trabajo intenta presentar una clave que aclare la controversia planteada en los últimos años en el campo de la Gerontología entre un envejecimiento activo (pro-age) y un envejecimiento exitoso (anti-age). Tratando de disfrutar activamente, honrando nuestra historia y sin adherir a modelos superficiales se abre un camino posible para una buena calidad de vida, aún alcanzando la longevidad. Consideramos que la posibilidad de transformar los recuerdos en reminiscencias, dignifica nuestro paso por la vida y nos estimula a construir nuevos sueños, independientemente de la etapa que estemos transitando. En el caso que presentamos, el de AW quien demandó una intervención psicoterapéutica a través de una institución, se logró mediante el desarrollo de un blog que se constituyó en un espacio de relatos y anécdotas. Esta propuesta basada en la idea del curso de la vida, priorizando los acontecimientos biográficos por sobre una cronología evolutiva, busca ser un aporte al campo del abordaje de adultos mayores.

**Palabras clave:** *adultos mayores – envejecimiento activo – cronología evolutiva*

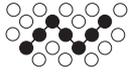
## ABSTRACT

This article attempts to present a key to clarify the controversy raised in recent years in the field of gerontology among active aging (pro-age) and successful aging (anti-aging). Trying to actively enjoy honoring our history and without adhering to surface models opens a possible way for a good quality of life, even reaching longevity. We consider the possibility of transforming memories into reminiscences, dignifies our way through life and encourages us to build new dreams, regardless of the stage we are journeying. In the case presented, the AW who sued a psychotherapeutic intervention through an institution, was achieved by developing a blog that was created in a space of stories and anecdotes. It is based on the idea of lifetime, prioritizing biographical events over an evolutionary timeline, proposal seeks to be a contribution to the field of addressing seniors.

**Nº1 ISSUE  
JUNIO 2014**

Recibido:  
18/05/2014  
Aceptado:  
26/05/2014

**Keywords:** *older adults - active aging - evolutionary chronology*



*Adultos mayores: Historia, relatos y reminiscencia. Una biografía en formato blog*

### **Cuando el dolor del desarraigo se transforma en música y alegría**

La clave es perdurar. La historia de inmigrantes es una historia signada por el dolor del desarraigo, AW representa un ejemplo de continuidad y perdurabilidad de un legado milenario y a la vez al alcance de nuestras manos que llega a través de la transmisión de la riqueza de anécdotas y recuerdos, confiriéndoles fuerza y vigencia, logrando articular diferentes generaciones y vivencias. Ciertamente que la única manera de pensar un futuro posible, es revalorizando lo vivido.

Estas historias representan un hilo conductor entre los relatos de la inmigración y el desarraigo, entre las ilusiones y los proyectos, la música y el arte, que forman un tejido vivencial. En este punto es importante remarcar la importancia de decidir ser "*protagonistas de nuestra propia experiencia*" (Buchcaiger y Buks, 2010). De esta manera la posibilidad de ir construyendo historias de vida y emociones como futuros recuerdos, resignifica la aventura de la existencia.

A través del relato de la iniciativa del blog de AW se busca realizar un aporte que aclare la controversia planteada en los últimos años en el campo de la Gerontología entre un envejecimiento activo (pro-age) y un envejecimiento exitoso (anti-age).

¿La clave? Tratar de disfrutar activamente, honrando nuestra historia, sin adherir a modelos superficiales; así se abre un camino posible para una buena calidad de vida, aún alcanzando la longevidad.

**Pinta tu tribu: la resignificación del espíritu "klezmer"**

Los músicos askhenazíes que animaban diferentes eventos y reuniones fueron denominados klezmer; el término también alude a los diferentes instrumentos que ejecutaban. Ellos han sido transmisores de un legado y productores de cultura y alegría a través de las generaciones.

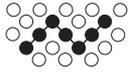
Los músicos "klezmer" representan, desde comienzos del siglo XX en nuestro país, una posibilidad para los inmigrantes de articular los vínculos de pertenencia con momentos de alegría y gratificación, en un contexto profundamente ético.

Cuando AW (padre) llegó a Buenos Aires desde Odessa, con su valija llena de ilusiones y anhelos de construir su historia y su familia en nuestro país, sabía que para intentarlo tenía que dejar atrás los recuerdos y pensar en el porvenir.

La posibilidad de que su historia y la de muchos inmigrantes, pudiese trazar una línea de continuidad con los pueblos originarios y a la vez, llevar música y alegría a la mayor cantidad de gente posible, fueron delineando un proyecto de vida para Lázaro y su grupo familiar.

¿Cómo es posible no distanciarse de los orígenes, estando tan lejos y a la vez ir construyendo día a día el presente? El "klezmer", como posibilidad de unir lo disperso, de quebrar la diáspora geográfica y espiritual a través de la música, representa un movimiento milenario, que nos acerca la posibilidad de acortar distancias y nos ha permitido un regocijo espiritual.

Éste trabajo es una suerte de homenaje y también la muestra de la importancia de valorizar nuestra historia y nuestra cultura, cada uno desde su lugar en el mundo. Como garantía, quizás de la posibilidad de transmitir éstos valores ancestrales a las futuras generaciones.



Marcelo Buchcaiger

### **Un blog, cientos de recuerdos y reminiscencias, una vida con sentido**

Hace un tiempo decíamos: "No es tan importante cumplir con una libreta de objetivos, lo importante es al menos intentarlo" (Buchcaiger y Buks , 2008) . Algún tiempo después, encontramos parte de ese espíritu desplegado en el blog de AW; allí se valorizan más que nada, el rescate de recuerdos y anécdotas, resignificándolas, muchas veces, como reminiscencias definidas como revivir historias con gratificación.

*"Reivindicación del Tate"; "Ayer al Picnic en Tranway, hoy en 4X4 al country"; "De armenios y gitanos, de griegos y judíos"* entre otros, son algunos de los contenidos publicados en el blog, recuperando el legado de las generaciones, manteniendo, casi a ultranza, una mirada positiva sobre la vida . Todas estas vivencias se fueron entremezclando con historias de pioneros, de sacrificios, de sinsabores y de alegrías.

Como dice AW, en *"Reivindicación del Tate"*, *"siempre traté de defender el espíritu del klezmer, que me había sido transmitido por mis antepasados"*. AW honra su historia y la de sus ancestros, manteniendo vivos, todos estos recuerdos que a su vez pueden ser transmitidos a una gran cantidad de personas. Reconstruir la propia historia, le da viabilidad a la posibilidad de soñar con nuevos proyectos aún en edades avanzadas.

### **Conclusiones y propuestas**

*"No es lo mismo vivir que honrar la vida"*

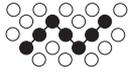
Eladia Blazquez

Conocido que la posibilidad de transformar los recuerdos en reminiscencias, dignifica nuestro paso por la vida y nos estimula a construir nuevos sueños, independientemente de la etapa que estemos transitando. En este sentido las Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) se convierten en aliadas ya que ofrecen herramientas de uso simple y a la vez amplifican la difusión de un mensaje que se replica a ámbitos que exceden los propios ámbitos de pertenencia.

La experiencia de los músicos "klezmer", permitió resignificar la identidad de la comunidad askhenazi en la Argentina, llevando alegría a una población golpeada por la escasez, los "pogroms" y las guerras en sus países de origen.

Construir un espacio de relatos y anécdotas a través de la web, eligiendo un formato que propicia la conversación en nuevos espacios digitales, permite el desarrollo de una propuesta innovadora, en el campo de la gerontología, basada en la idea del curso de la vida, priorizando los acontecimientos biográficos por sobre una cronología evolutiva.

A W, presenta diferentes padecimientos somáticos desde los 70 años. Irrumpe a los 70 con un problema de columna, que derivó en una cirugía, mas adelante a los 72 , problemas oftalmológicos de agravamiento progresivo y una diabetes tipo II a los 74 , controlada actualmente. Recientemente presenta dificultades en el control de esfínteres y está medicado con inductores del sueño y antidepresivos. Pero el enfoque clínico psicogerontológico que propongo se apoya siempre en los deseos y las posibilidades, más allá de las habilidades creativas. En los últimos tiempos su compañera le estaba acondicionando un lugar para pintar (una de sus grandes pasiones) con la mayor luminosidad posible de la casa para que siga creando.



*Adultos mayores: Historia, relatos y reminiscencia. Una biografía en formato blog*

Addenda

La historia sigue escribiéndose....

Síntesis biográfica de L. V. (Leo Vigoda)

Buenos Aires, 1933.(a la fecha 2010, 77 años) En 1948 es uno de los fundadores de la legendaria "Guardia Vieja-Old School-Jazz Band", primer conjunto de hot jazz en Sudamérica. Integró las Estudiantinas SHA de los años 40, la "Creole Jazz Band" y la "Eureka J.B." En 1955 quedó a cargo de la orquesta klezmer de su padre y maestro, Lázaro Vigoda. Estudió pintura con el maestro Emilio Pettorutti y publicidad con Amadeo Dell'Acqua. En 1990 formó un dúo con Chico Novarro, acompañados en shows por Mike Ribas. Presidió durante diez años el "Hot Club de Buenos Aires", donde tocó con Louis Armstrong en 1957. Con su "L.V. & his Buenos Aires Klezmer Jazz Band" de 40 músicos, grabó a los 70 años, el CD "25 Canciones en Idish que cantaba mi Padre", comercializado en Internet por "Amazon Music"

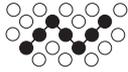
Publica cuentos, fotos y documentación en [www.leovigodaklezmer.blogspot.com](http://www.leovigodaklezmer.blogspot.com). Participó, y aún lo hace, en "jam sessions" (sesiones de improvisación musical). Es corresponsal latinoamericano de [www.sibemol.com](http://www.sibemol.com) de Beverly Hills, el sitio web de la música jazz y klezmer, donde reporta sobre el ciclo "Jazzología" del Centro Cultural Gral San Martín, los espectáculos de "Jazz & Pop" y del "Museo Anconetani del Acordeón". Es casado, tiene 4 hijos y 4 nietos.

### **Referencias Bibliográficas**

Buchcaiger, M y Buks, A. G. Café de las emociones. Revista Tiempo Nº 24, junio 2009.

Buchcaiger, M y Buks, A. G. La libreta de los sueños, En Jornadas de la Red del Colegio de Psicólogos. Distrito XII. Buenos Aires Buchcaiger, M y Buks, A. G. Café de las emociones. Revista Tiempo Nº 24, junio 2009.

Buchcaiger, M y Buks, A. G. La libreta de los sueños, En Jornadas de la Red del Colegio de Psicólogos. Distrito XII. Buenos Aires, Letra Viva, 2010.



# La fortaleza del cuidador: Habilidades de afrontamiento y resiliencia. Entrevista a cuidadora \*

Clara Díaz Henche<sup>1</sup>

Las personas cuidadoras de familiares con demencias se encuentran ante una situación que pone a prueba sus fuerzas, su ánimo y sus habilidades personales. Estas habilidades serán clave para el desarrollo de su labor y el mantenimiento de su salud física y psicológica. Según diversos estudios, algunas personas cuidadoras de enfermos con demencias, poseen o adquieren unas cualidades y destrezas personales que les hacen reflotar frente a esta crítica situación. Conceptos como *Resiliencia*, *Estrategias de Afrontamiento*, *Resolución de Problemas* o *Inteligencia Emocional* son algunas de ellas.

Luthar y otros, en 2000 hablan de **Resiliencia** como “una capacidad para generar experiencias y emociones positivas, que comprende la adaptación positiva dentro de un contexto significativamente adverso”. Esta habilidad incluye ausencia de sintomatología significativa y persiste a lo largo del tiempo. Por otro lado, la resiliencia se considera como una *capacidad* o *competencia* del sujeto siendo incluso concebida como un *rasgo* de la personalidad del individuo (e.g. Block y Kremen, 1996 citado en Fernández-Lansac, y otros. Resiliencia, Personalidad Resistente y Crecimiento en Cuidadores de Personas con Demencia en el Entorno Familiar: Una Revisión Clínica y Salud). En definitiva, el suceso vivido no desestabiliza emocionalmente a la persona, sino que consigue un aspecto positivo y experimenta crecimiento personal.

Autoestima, empatía, autonomía, humor y creatividad son factores personales que componen la resiliencia. Para llegar a ella, debe darse un esfuerzo cognitivo y conductual y así poder manejar las demandas externas e internas, que son percibidas como algo que excede los recursos personales. Hablamos de estrategias de afrontamiento. Y ellas a su vez están estrechamente ligadas a la inteligencia emocional (IE). Personas con altos niveles de IE adoptan estrategias de afrontamiento basadas en la reflexión, evaluación y planificación. La IE entraña aspectos como la resolución de problemas y la toma de decisiones, imprescindibles a la hora de superar una situación estresante. (Martínez y otros, 2011).

Se trata, como conclusión, de una capacidad del sujeto para afrontar una situación vital estresante sin que su salud física y psicológica se vea gravemente comprometida, ni su funcionamiento habitual alterado (Fernández-Lansac, y Crespo, 2011).

Nº1 ISSUE  
JUNIO 2014

Recibido:  
26/05/2014

Aceptado:  
28/05/2014

1. Psicóloga. Editora en Centro Virtual sobre Envejecimiento. Blogger de Serendipity-psico. ([cdh.psyco@gmail.com](mailto:cdh.psyco@gmail.com))

\* Realizada el 21 de Mayo de 2014.

*La fortaleza del cuidador: Habilidades de afrontamiento y resiliencia. Entrevista a cuidadora*

Este artículo pretende traducir todas las capacidades que se han descrito anteriormente en actos, pensamientos y emociones en la presentación por medio de una entrevista de un caso real de una mujer cuidadora de su madre con Alzheimer.



**¿Qué pensamientos te vienen a la cabeza en el minuto 0, cuando te transmiten el diagnóstico?**

Lo primero fue un mazazo. Aparte mi madre siempre había dicho que ella lo último que quería era perder la cabeza. Tardé en digerirlo pero luego llega un momento en el que dices “no me queda más remedio”. ¿Ahora que hay que hacer? Atenderla, cuidarla y darle mucho cariño, que es lo que hemos hecho.

Sobre todo fueron duros los primeros momentos porque ella preguntaba. “algo me está pasando”, “Algo le pasa a mi cabeza”, y ella quería hablar pero no le salían las palabras, entonces tú la ayudas a que hable “¿Qué es lo que me quieres decir mamá?”.

Pero me ha pasado con mis hijos y ahora con mi madre, he sacado una paciencia que desconocía en mí misma. Esas noches sin dormir... un día la ayudé a bajar por la escalera y me decía que yo la quería tirar. En esos momentos te tienes que armar de valor y decir “es mi madre, y yo se que su cabeza no está bien”, y la dije, “mamá no te preocupes”. La senté ahí, y me tumbé aquí a dormir, serían las 5 de la mañana, pero no hubo manera. He intentado sacar la parte positiva pensando “la tengo que apoyar”, pero me ha costado mucho.

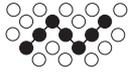
**¿Cuánto tiempo tardas en reaccionar?**

Cuando nos dicen el diagnóstico es como si te cae un jarrón de agua fría, pero al estar con ella y ver que algo va mal, reacciono enseguida. Y le doy todavía más cariño y más comprensión. Y abrazarla, quererla...

**¿En qué se parecen esas sensaciones iniciales a las que vives hoy por hoy con la enfermedad?**

Actualmente en mi vida no se parecen en nada. Es como un paso hacia el vacío, como un precipicio que vas a poner el pie y dices, no lo puedo poner, tengo que echar el pie para atrás. No puede ser que yo me caiga. Con la enfermedad de mi madre sabes que va a ir a peor, tu solo quieres que tenga calidad de vida pero sabes que a mejor no va a ir.

**¿Te costó dar los primeros pasos? ¿Cómo te sentiste ante ello? Y ahora, ante los**



*Clara Díaz Henche*

### **cambios en la enfermedad ¿cómo lo afrontas?**

Cuesta más el que te digan, está ocurriendo esto, y esto es lo que te va a pasar. A partir de ahí dices, “¿qué pasará ahora?”, “¿cómo lo voy a encarrilar?”, “¿qué va a ser de mi madre?”... Pero cuando pasa ese punto tienes que reaccionar, no te puedes quedar atrás. Se tira. Y te pones manos a la obra pensando si en su casa, si en la mía, si necesitaremos ayuda... Pero los momentos del principio no sabes si vas o vienes. Recuerdo a mi abuela, que tuvo demencia senil, y la recuerdo meciendo a una muñeca, y cuando me dijeron el diagnóstico de mi madre pensé “yo no quiero que le pase esto a mi madre”, y entonces dices, vamos a ver cómo la atiendes y cuidas para que todo vaya lo mejor posible.

### **¿Lograste tomar conciencia y pensar un plan para enfrentarte a ello?**

En el minuto 0 no sabía apenas de la enfermedad. Con el día a día con ella lo vas viviendo y viendo cómo es la enfermedad y te vas implicando. Mi madre ha sido mucho “gallinita”, de estar con nosotros y pendiente de nosotros siempre. Mi padre murió hace muchos años. Entonces te das cuenta enseguida de que no es ella. Ella siempre ha sido generosa y cariñosa, y afortunadamente esto no ha cambiado con la enfermedad, pero esos pequeños cambios chocaban con su personalidad, y es ahí cuando pensaba que ese era el reflejo de la enfermedad.

### **¿Te has equivocado alguna vez? ¿Qué has hecho cuando te has dado cuenta?**

Sí, muchas. Cuando me he equivocado y la he dado una mala contestación “mama no seas pesada...”, luego me he sentido francamente mal. Cuando me acuesto le he dado muchas vueltas. Me he sentido culpable, me he sentido mala hija... Pero claro, también eres humana, sales del trabajo, tienes a los críos... la he podido contestar mal a ella igual que al resto de mi familia pero claro, no es lo mismo. Cuando lo pienso por las noches, intento que no vuelva a ocurrir, aunque no siempre lo consigo. Al fin y al cabo como te he dicho, soy humana y meto la pata.

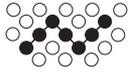
### **¿Crees que has afrontado la situación adecuadamente?**

Sí, pero creo que siempre se podría hacer mejor. Por no haberla prestado la suficiente atención en los momentos previos al diagnóstico y no habernos dado cuenta de ello. Muy listos para unas cosas pero cómo no hemos sido capaces de darnos cuenta. Al final, aunque no sea tu cometido te sientes responsable.

### **¿Puede ser que sea más rabia que culpa?**

Puede ser, sí, pero en realidad como es tu madre... para mí el cuidado de mi madre nunca ha sido una carga. Mi hermana la mayor que tiene más tiempo de atender a mi madre, al principio se encargaba ella sola. Y yo y el resto de mis hermanos hablamos porque queríamos hacernos cargo. No por obligación, sino por el cariño que ella nos ha dado. Ninguno nos hemos querido lavar las manos. También porque al cuidador hay que cuidarle. Por eso ahora tenemos a una chica, que nos ayuda en su cuidado.

Mi madre vive en su casa. Cuando nos la hemos llevado a nuestras casas se ha puesto nerviosa y agitada. Cuando voy allí, donde me he criado, donde se que es donde quiere estar, yo no voy obligada, a mí me encanta, me sirve de relax, no es una carga. Es la casa donde me he criado, estoy a gusto. Además ella en su propia enfermedad es tan cariñosa, que me encanta estar con ella. La asistente social nos ha dicho que está muy bien cuidada y nosotros hasta donde se pueda, queremos tenerla en casa. En este sentido la culpa desaparece porque la tenemos bien atendida.



*La fortaleza del cuidador: Habilidades de afrontamiento y resiliencia. Entrevista a cuidadora*

**¿Consideras que tus recursos personales te han respondido o te han paralizado?**

Me han ayudado. Sacas fuerzas de donde sea.

**¿Qué emociones aparecen en el proceso? ¿Cómo las gestionas?**

Muchas, vas del blanco al negro, del gris... al que tú quieras... Cuando la veo así a veces lloro... luego se me pasa... me da pena. La sensación que tengo siempre es de pena, pero intento que no vaya a más. Cuando estaba algo mejor bailábamos y nos reíamos mucho. Hay fines de semana que me acuesto en su cama, como cuando era pequeña y me iba a la cama de mis padres. Son muchas emociones. Me da también buenos momentos.

**¿En qué medida valoras tu labor como cuidadora?**

Creo que podría hacer más. No quiere que la asee por ejemplo, y cuando se me pone así, ahí lo mismo debería hacerlo mejor. Pero depende, porque hay otras veces que ella me ayuda. Pero la verdad es que me apaño. Busco recursos. De alguna manera busco siempre a mi madre. El cuidado y el cariño hacen que estas personas estén mejor, con su propia enfermedad. Una persona que no la laves, que no la atiendas, que la chilles, no podrá encontrarse bien. Creo que la atención es fundamental. La seguimos llevando a la peluquería, ella siempre ha sido muy coqueta. La vestimos arreglada. Yo no me puedo plantear hacerlo de otra manera. Si esta aquí en mi casa, y damos un paseo corto, no la pongo las zapatillas, la pongo sus zapatos porque ella nunca se hubiera puesto esas zapatillas.

**¿Te pones en el lugar de tu madre? ¿Y qué te aporta eso?**

No, no me he puesto nunca en su lugar... pero no sé por qué no lo he hecho...

Sí he pensado alguna vez... "pobrecita, qué se le pasará por la cabeza". Aunque ahora que estoy hablando contigo, cuando ella no entiende e intentas que te comprenda... es posible que sin darme cuenta si lo haya hecho. Creo que no he sido consciente de ello.

**¿Crees que tienes autonomía en tu vida?**

Intento tener mi parte de ocio pero es muy difícil. Yo ya tengo 50 años, y mi hija la pequeña que tiene 6 años es aun pequeña. El proceso de adopción fue muy largo y hay momentos que echo de menos tener más tiempo. Me gustaría ponerme a leer, dar un paseo... pero no siempre puedo. También tengo otro hijo adolescente y hay que ayudarlo con los estudios.

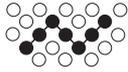
**¿Qué papel juega el humor y la creatividad en tu vida como cuidadora?**

El humor ha jugado un papel importante en las primeras fases, pero ahora ella apenas se ríe. Yo ahora lo sigo intentando pero es más complicado. Me sirve para estar mejor con ella, para hacer los ratos más agradables, y para que ella sonría. Mi madre siempre ha sido muy divertida y creativa; nos disfrazaba, bailábamos... así que ahora quiero devolvérselo.

La creatividad igual, la utilizaba más antes que ahora. Me la he llevado a la sierra, a tomar tortitas con nata, a comprar al centro comercial... ahora menos, por las limitaciones que conlleva la enfermedad. También intento implicarla en las actividades del día a día, por ejemplo mientras cocino, que remueva lo de la sartén.

**¿Te consideras una persona optimista? ¿En qué te ayuda eso en el cuidado de tu madre?**

Sí, bueno, lo normal. El optimismo me ayuda a afrontarlo y hace que me centre en el aquí y el ahora. No me puedo plantear nada, porque no sé lo que va a pasar. En cuidarla



*Clara Díaz Henche*

y conseguir la mayor calidad de vida. Yo no sé esta calidad de vida cuánto va a durar, así que tenemos que ir paso a paso. Mis hermanos y yo tenemos buena comunicación y lo vamos viendo, pero no nos planteamos un plan de más de aquí a 3 meses. Ahora hemos planteado las vacaciones, vamos a estar 10 días cada uno con ella, y yo planteo mis vacaciones con mi familia y aparte estos 10 días para hacerme cargo de ella. Y no me cuesta. Es lo que tengo que hacer.

**¿Qué crees que es lo que te empuja para tirar hacia adelante?**

Que la quiero. Se lo que mi madre ha hecho por mí en todo momento. Ha volado, ha corrido, me ha ayudado...

Si hubiera sido egoísta... pero mi madre siempre ha sido lo contrario. La enfermedad va a marcar la pauta pero ¿cómo los últimos días va a estar en una habitación de una residencia pudiendo estar en su casa?

**¿Te consideras una persona con la fortaleza suficiente para enfrentarte a esta situación?**

Yo soy fuerte y luchadora. Por mi hija pequeña he luchado mucho. Siempre he luchado por lo que creo. Hace 20 años creo que también hubiera podido enfrentarme a ello.

**¿Cuáles crees que son tus fortalezas? ¿Qué aspectos de tu personalidad te ayudan en esta labor? ¿Qué crees que ha hecho que tú puedas con ello?**

Soy luchadora y no me rindo. Me pasó con mi hija la pequeña, nos negaron la idoneidad en la adopción con unos argumentos muy duros. Mi marido tiró la toalla, y yo dije que no, me puse en contacto con el defensor del pueblo de Castilla La Mancha y con el director de bienestar social y le mandé una carta exponiendo todo lo que creía que no se había hecho bien. Conseguí que reabrieran el caso y volvieran a valorar nuestra idoneidad. Y lo conseguimos. Así que, ahora no iba a ser diferente.

**¿Crees que todo el mundo está preparado para enfrentarse al cuidado de un familiar?**

Si le quieres sí, pero claro, hay que poner mucho de tu parte. Y si algo te cuesta lo adaptas, pero siempre haciéndote cargo. Creo que a no ser que las personas tengan limitaciones, cualquiera puede. Si quieres puedes, pero también es verdad que hay otras opciones que son mucho más cómodas. Son las ganas que tengas de hacerlo. Compaginarlo es difícil, por ello no quiero juzgar la situación de nadie, pero siempre hay que intentarlo.

**¿Eres capaz de sacar el lado bueno de esta situación? ¿Cuál crees que es?**

La relación familiar y con mi marido. Mi marido siempre ha estado dispuesto a hacerse cargo también, y la comunicación con mis hermanos es muy buena. Todos intentamos que no afecte nada a nuestra relación.

Pero esto es difícil. No pretendo dar ejemplos a nadie pero oigo de cada cosa por ahí... Yo siempre le digo a mi hijo, que nosotros tenemos muchos defectos (porque no voy a ir por ahí a dar cátedra), pero que piense cómo nos llevamos mis hermanos y yo para que siempre tenga una buena relación con su hermana.

**Personalmente ¿qué te está enseñando esta experiencia?**

Hay momentos que me ha enseñado que no me conozco. He descubierto muchas cosas en mí. Me ha servido para conocerme un poco mejor, y para saber hasta donde puedes llegar.

*La fortaleza del cuidador: Habilidades de afrontamiento y resiliencia. Entrevista a cuidadora*

### **¿Y hasta donde puedes llegar?**

Uf, hasta donde me echen. Ahora sí sé que puedo llegar, y que debo llegar.

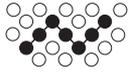


GSG es una mujer agradable, cercana y jovial. Sonríe, pero no le cuesta mostrar sus sentimientos negativos. Admite que ciertas cosas podrían ir mejor, pero no se deja llevar por el pesimismo. Se valora a sí misma y su función y la de sus hermanos como cuidadores. Se siente contenta de poder cuidar de su madre y compartir con ella momentos bonitos a pesar de la enfermedad. Le cuesta sacar el lado bueno de esta situación, pero en cada respuesta lo manifiesta. Transmite serenidad, fortaleza, es comunicativa y segura de sí misma.

Tiene una asombrosa capacidad para afrontar y enfrentar, para no estancarse, y para pensar con claridad en momentos difíciles. Es luchadora y peleona, no se rinde y se siente orgullosa de ello.

Afronta, se valora, sabe sacar el aspecto positivo, reconoce sus emociones y utiliza el humor y la creatividad en su vida. Siempre buscando sonreír, y hacer sonreír.

Es un ejemplo de optimismo, resiliencia, afrontamiento e inteligencia emocional en el cuidador. Todo ello, acompañado de cariño, ternura y amor hacia su madre, le convierten en la protagonista de este artículo, que pretende mostrar la fortaleza del cuidador.



*Clara Díaz Henche*



## REFERENCIAS

Block, J., y Kremen, A. (1996). IQ and Ego-Resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 349-361.

Fernández-Lansac, V. y Crespo L., M. Resiliencia, Personalidad Resistente y Crecimiento en Cuidadores de Personas con Demencia en el Entorno Familiar: Una Revisión. *Clínica y Salud*, 2011, vol.22, no.1, p.21-40.

Martínez E., Piqueras J.A, Inglés, C.J. Relaciones entre Inteligencia Emocional y Estrategias de Afrontamiento ante el Estrés. *Revista Electrónica de Motivación y emoción*, 2011, vol14,nº 27.