neurama
revista electrónica de psicogerontología

IN THIS ISSUE:

ISSN 2341-4936

N° 1 — Vol 10

5 Valeria Portaluppi
Estereotipos de género y personas mayores: reflexiones en torno al análisis de un caso clínico

13 Fabio Gabriel Salas, Karina Romina Díaz
Recursos emocionales de adultos mayores en el marco del aislamiento social por SARS-COV2

20 Augusto Pupilli
Reflexiones acerca del amor durante el envejecimiento a través del análisis de una viñeta clínica

24 II Encuentro profesional de la A.E.P.G: Ámbitos laborales en el campo de la Psicogerontología

32 II Congreso Nacional sobre Enfermedades Neurodegenerativas: Retos y propuestas de intervención

www.neurama.es
WEBSITE

E-MAIL
info@neurama.es

20 JUNIO 23

“Cada hombre puede mejorar su vida mejorando su actitud”

(Héctor Tassinari 1949 - 2012)

Director / Editor

Angel Moreno Toledo (Málaga)

Comité Asesor Nacional

José Luis Caamaño Ponte (A Coruña)
Antonio Andrés Burgueño Torijano (Madrid)
Ramona Rubio Herrera (Granada)
David Facal Mayo (A Coruña)
Romina Mouriz Corbelle (Lugo)
Laura Espantaleón Rueda (Madrid)
Belén Bueno Martínez (Salamanca)
Ana María Gonzalez Jimenez (Madrid)
Estefanía Martin Zarza (Salamanca)
Laura Rubio Rubio (Granada)
Charo Pita Díaz (A Coruña)

Comité Asesor Internacional

Alejandro Burlando Páez (Argentina)
Clara Ling Long Rangel (Cuba)
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)
Ricardo F. Allegri (Argentina)
Marios Kyriazis (Reino Unido)
Mladen Davidovic (Serbia)
Narjes Yacoub (Francia)
Peter Gooley (Australia)
Raúl Andino (Argentina)
Rolando Santana (República Dominicana)
Karina Daniela Ferrari (Argentina)
Salvador Ramos (Estados Unidos)
Stephanie Zeman (Estados Unidos)
Wendy Johnstone (Canadá)

neurama
revista electrónica de
psicogerontología
www.neurama.es • info@neurama.es
Revista electrónica de psicogerontología
Año 2023 • vol.10 • Nº1 • Junio 2023
©2023 • All Rights Reserved
ISSN 2341-4936

Revista electrónica de Psicogerontología Neurama. Vol 9, N 2. Enero a Junio 2023. Periodicidad: Semestral.
El contenido de cada artículo es de exclusiva responsabilidad del autor y no necesariamente refleja los criterios del comité editorial y asesor de la revista Neurama.
Correspondencia: Virgen de los Dolores 10, Apartado de correos 29300. Archidona - Málaga (España).

En este número:

5 Valeria P. Portaluppi

Estereotipos de género y personas mayores: reflexiones en torno al análisis de un caso clínico

13 Fabio Gabriel Salas, Karina Romina Díaz

Recursos emocionales de adultos mayores en el marco del aislamiento social por SARS-COV2

20 Augusto Pupilli

Reflexiones acerca del amor durante el envejecimiento a través del análisis de una viñeta clínica

24 II Encuentro profesional de la A.E.P.G.: Ámbitos laborales en el campo de la Psicogerontología

32 II Congreso Nacional sobre Enfermedades Neurodegenerativas: Retos y propuestas de intervención

Director / Editor

Angel Moreno Toledo

Psicógerontólogo.
Formador y escritor.

Tiempo de dialogo interprofesional

Los obstáculos son el coste de la grandeza (Robin S. Sharma)

Sinergia: Incremento de la acción de diversas sustancias debido a que actúan conjuntamente (Oxford Languajes). Fenómeno por el cual actúan en conjunto varios factores o varias influencias, observándose así un efecto conjunto adicional del que no hubiera podido esperarse operando independientemente, dado por la concasualidad, a los efectos en cada uno (Wikipedia). La oportunidad del contacto interprofesional, promueve una prioritaria y constante necesidad de comunicación, de dialogo, de apertura y de la interdisciplinariedad, magna y crucial en el abordaje de la Psicogerontología.

Es por ello, que los encuentros profesionales promueven el acceso y la promoción del saber y conocimiento y el intercambio de opiniones, ideas, recursos y hallazgos. Mantiene al investigador y al autor, así como al profesional actualizado y en contacto con otras fuerzas comunes.

Neurama trabaja por tanto en la celebración y también en la participación de eventos profesionales y divulgativos para ejercer el necesario diálogo entre expertos, en pro del avance y de la expansión del conocimiento. La celebración de la segunda edición del Congreso nacional sobre enfermedades neurodegenerativas en pleno corazón académico (La universidad de Granada), a comienzos del mes de mayo, supuso un avance en este camino de la comunición interprofesional. Del mismo modo, hacer llegar los recursos al público y a los futuros profesionales sociosanitarios estudiantes, que a largo/corto plazo, supondrán el esfuerzo y el impulso asistencial del mañana.

neurama
revista electrónica de
psicogerontología

Volumen 10 • Issue 1 • Jun 2023 5

Estereotipos de género y personas mayores: reflexiones en torno al análisis de un caso clínico

Valeria P. Portaluppi [1]

Resumen

El presente trabajo pretende promover reflexiones acerca de la modalidad de presentación de las dimensiones de "género" y "envejecimiento" a través del análisis y la articulación teórica de un caso clínico de una mujer mayor quien consulta a través del dispositivo de consultorio particular post pandemia por COVID-19. Se considerará la coyuntura que genera el entrecruzamiento de estas dos dimensiones "mujer" y "mayor" como marco para el posicionamiento subjetivo de una consultante y cómo las mismas impactan en su padecimiento. A tales fines se procurará establecer cómo ha operado la asunción de algunos de los estereotipos relativos a la variable de género a lo largo de la vida, en el marco del sistema patriarcal en tanto formador de subjetividad. Asimismo, se analizaran las consecuencias que se presentan, y profundizan, debido al entrecruzamiento con la variable "mayor" durante el envejecimiento, en el marco de una sociedad donde se presenta discriminación por edad.

Palabras clave: Género; Envejecimiento; Estereotipos; Lazo social; Padecimiento psíquico.

ISSUE N°1
JUNIO
2023

Recibido:
23/03/2023

Aceptado:
11/04/2023

Abstract

This article pretends to promote reflexions about how "gender" and "aging" dimensions are presented through the analysis and teorical articulation of an elderly woman clinical case who attends a therapeutic consultation after COVID-19 pandemic. It will be considered the conjunture that results of this variable interweaving: "woman" and "elderly" as a setting for the patient subjetive position and how they impact on her mental suffering. In order to achieve those goals it will be sought to stablish the way that gender stereotypes asumption through out her life has developed, in the patriarcal system framework regarding its impact on the subjective constitution. Furthermore, it will be analyzed the consecunces that are presented, and also are deepen, due the interweaving with the variable "elderly" during her aging, in the framework of a society where ageism is presented.

Key words: Gender; Aging; Stereotypes; Social tie; Mental Suffering.

(1) Psicoanalista. Psicóloga UBA. Especialista Jerarquizada en Psicología Clínica de Adultos mención en Psicoanálisis, COLPSI PBA. Esp. en Orientación Vocacional y Educativa (UNTREF). Carrera de Especialización en Psicología Clínica de Orientación Psicoanalítica (UBA). Ex Residente de Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología CeSAC N°36 Hospital Vélez Sarsfield CABA. Ex Residente y Jefa de Residentes de la RISAM de la Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca. Ex concurrente del Hospital Dr. J.T. Borda. Se desempeña como Asesora Técnica de la Dirección Ejecutiva y de la Dirección de Coordinación Asistencial de la Colonia Nacional "Dr. Manuel Montes de Oca"; como Psicóloga Clínica del Equipo de Urgencias de Salud Mental del Hospital "Dr. Arturo Melo", y realiza práctica clínica en su consultorio particular.
Contacto: valeriaportaluppi@hotmail.com

Introducción

Se trabajará acerca de la modalidad de presentación de las dimensiones de "género" y "envejecimiento" a través del análisis y la articulación teórica de un caso clínico de una mujer mayor quien consulta a través del dispositivo de consultorio particular post pandemia por COVID-19. Se considerará la coyuntura que genera el entrecruzamiento de estas dos dimensiones "mujer" y "mayor" como marco para el posicionamiento subjetivo de una consultante y cómo las mismas impactan en su padecimiento. A tales fines se procurará establecer cómo ha operado la asunción de algunos de los estereotipos relativos a la variable de género a lo largo de la vida, en el marco del sistema patriarcal en tanto formador de subjetividad. Asimismo, se analizaran las consecuencias que se presentan, y profundizan, debido al entrecruzamiento con la variable "mayor" durante el envejecimiento, en el marco de una sociedad donde se presenta discriminación por edad.

El caso: [1]

Carmen, una señora de 72 años consulta, en consultorio particular, derivada por su Psiquiatra, con quien se encontraba en tratamiento desde hacía aproximadamente tres años. Al momento de la derivación consulto a ambos acerca de las razones por las cuales luego de ese tiempo de tratamiento por Psiquiatría (el cual incluye plan psicofarmacológico) se acude a un espacio de Psicología. Por su parte el médico refiere que si bien es una indicación realizada desde hace años la paciente hasta el momento nunca la había aceptado. Hoy en día, en ocasión de la crisis económica que atraviesa, su situación anímica ha desmejorado y aceptó la derivación. En la primera entrevista Carmen comenta que con Vicente, su marido no conviviente, tienen un comercio y que el mismo durante treinta años sostuvo su economía. A dos años de iniciada la pandemia por COVID-19 las posibilidades de continuar dicho negocio se han vuelto insostenibles. Los ingresos no son suficientes para costear los salarios y menos aún para pagar el alquiler. Refiere que si bien al momento de la consulta hay más movimiento, aún así no pueden salir de las consecuencias que dejó el primer año de pandemia. Como agravante de la situación relata que Vicente, 13 años mayor que ella, hace un año sufrió un accidente en la vía pública. Refiere que a partir de ese momento ya no es el mismo: su desempeño cognitivo ha desmejorado significativamente. Presenta fallas en su memoria, se desorienta en la calle, da la sensación de que no puede conectarse en las conversaciones tanto con su familia como con profesionales con quienes entra en contacto en virtud de sus actividades comerciales. En una misma frase, que impresiona no generarle contradicciones, refiere que él no se encuentra en condición de tomar decisiones y que es él quien toma las decisiones. Asimismo, dice que como él no está bien va a tener que ser ella quien ejecute las decisiones que él toma. Consulto acerca de cuáles son las decisiones que tienen que tomar y refiere que son aquellas que tienen que ver con cómo llevar adelante el cierre del negocio, el cual incluye el despido de sus empleados quienes en todos los casos llevan trabajando con ellos más de veinte años. Se desprende que la operación que debe afrontar además de angustia y padecimiento va implicar la necesidad de grandes sumas de dinero. Por su parte, refiere que toda esta situación la tiene intranquila, angustiada, que no puede dejar de pensar en el tema, no puede dormir, no puede hacer el resto de sus tareas. Que ha perdido posibilidades de disfrute. Adicionalmente, refiere que no es suficiente con la medicación que venía tomando y que su psiquiatra debe ajustar el plan con cierta frecuencia a fin de aliviar los nuevos síntomas. En función de la situación actual refiere que por eso esta vez aceptó la derivación del médico psiquiatra. Manifiesta que se da cuenta de que sola no puede, que necesita un espacio donde descargarse y que la ayude a pensar. Su modalidad de presentación es bajo el signo del desasosiego: intranquilidad, malestar, desazón, y, sobre todo, mucho temor.
Acordamos en tener una serie de entrevistas. A lo largo de las mismas se fue construyendo algo de la historia de su vida enlazada a su manera de ser parte sin serlo del negocio. Cuenta que a ella nunca le interesó tener un comercio de ese rubro, pero que Vicente creía que era un buen negocio, y que por lo tanto accedió. Su manera de acceder, según lo describe, fue más bien pasiva. No dijo ni que sí ni que no. Esa pasividad fue interpretada por Vicente como un sí. Durante los primeros 29 años que el negocio estuvo en funcionamiento quien se ocupó de su gestión, y quien tomó las decisiones inherentes a la misma, fue indefectiblemente su marido. Carmen refiere que gracias al negocio siempre tuvo un excelente pasar económico, que gracias a eso había podido realizar viajes, contar con tranquilidad y estabilidad económica

1. *Las referencias del caso, tanto como las circunstancias que hacen al mismo, han sido modificadas a fin de preservar la identidad de la persona que realizó la consulta.*

y que, debido a eso, ella sentía mucha gratitud hacia su marido. Con el correr de las entrevistas, lo que inicialmente se había presentado como un negocio que había sido próspero comienza a tener otra versión. Carmen dice que está harta, que no ve la hora que llegue el día del cierre definitivo, que no quiere saber nada más con ese negocio. Que ya se ha llevado muchas cosas de su vida. Le pregunto cuáles y refiere que ya han perdido dos propiedades para sostenerlo. Sin entender cómo un emprendimiento sobre el cual reinaba la versión de la prosperidad podría haberse llevado dos propiedades, le pido que me cuente. Relata que ante cada renovación del contrato de alquiler las condiciones contractuales empeoraban y que además había que pagar los gastos que se desprenden de una operación de ese tipo. Al no contar con ese dinero debía(n) solicitar préstamos para cubrir los gastos. Luego esos créditos no los podía(n) pagar y entonces la única alternativa que se presentaba como una solución era la venta de propiedades. En su relato se escucha, sin lugar a dudas, algo del orden de una administración poco eficiente, tanto en lo financiero como en lo económico. Intentando conocer un poco más sobre eso pregunto si cree que hubiese habido otras maneras de administrarlo, responde que no sabe, que las decisiones las tomaba Vicente. Preguntó por qué las tomaba Vicente y responde, como si de una obviedad se tratase, que porque sí, que las decisiones las tomaba él, que él era el que sabía de ese tema, afirmando una vez más que las decisiones las tomaba siempre él. En otra entrevista se presenta muy angustiada, cuenta que tiene que pagar una deuda importante ante un organismo de recaudación fiscal para lo cual utilizará un dinero que su padre le dejó como herencia. Sobre este dinero refiere que siempre ha tenido para ella la función de respaldo. La angustia desprenderse de eso, dice que hasta el momento era una manera de sentirse todavía acompañada por su padre. Menciona cuánto ha extrañado a su padre desde su fallecimiento (hace más de 35 años), y cómo él fue un gran pilar en su vida, un apoyo permanente para la toma de decisiones y planificación de proyectos. Agrega que, ante su pérdida, ese lugar lo ocupó su marido. Se escucha, una vez más, que su posicionamiento respecto de la toma de decisiones se ubica del lado de no tomarlas a título personal sino que sea un hombre quien las tome en lugar de ella. Consulto respecto del fondo de dinero que tienen con Vicente con el cual venían haciendo las erogaciones necesarias para la operación de cierre. Refiere que esto es distinto, que no se puede usar ese dinero (de los dos) dado que esta deuda es suya. Una vez más no comprendo y se lo hago saber. Insiste en que la deuda es suya, que la tiene que pagar ella. ¿Por qué? Porque ante el organismo de recaudación fiscal quien figura como única persona a cargo del local es ella. Asimismo, en el contrato de alquiler. Por primera vez introduce esta dimensión. Le consulto cómo fue que todo terminó a su nombre. Refiere no saber, que en alguna de las renovaciones de contrato por alguna razón (que desconoce) las cosas no podían estar a nombre de Vicente y que él decidió poner todo a su nombre y que ella simplemente firmó. Intento abrir otra posibilidad: más allá de cómo figure en los papeles, sabiendo que la deuda se desprende de un negocio que no ha sido solamente suyo si no existe la opción de usar el dinero conjunto y no su herencia. De ninguna manera. Esa deuda la debe pagar ella.

En lo que respecta al tratamiento inicialmente era muy complejo que tuvieran efecto las intervenciones que apuntaran a un cambio de posición. Su discurso se presentaba muy rígido, sin fisuras: “las cosas son como son y así deben ser. Ahora toca resolver”. En cada entrevista refería que no podía ni quería abrir otros temas. Que su energía debía estar totalmente destinada a resolver esta situación y que no le interesaba pensar en el después, dado que su único objetivo era llegar al día del cierre, que a ella con poder descargarse le era suficiente. No impresionaba disposición a que sus defensas fuesen perturbadas (Miller, 2004) para así poder abrir otras versiones posibles respecto de las decisiones que aún había que tomar, ni para que algo de su padecimiento subjetivo cediera. Comienzo a trabajar en una línea a partir de la cual ella ubica a Vicente ya no siendo más el que había sido a lo largo de toda su vida a partir del accidente. Retomo de sus palabras una de las pocas fisuras discursivas: Vicente no está en condiciones de tomar decisiones, pero es quien toma las decisiones. Introduzco la idea de que debe ser doloroso encontrarse con esta nueva versión de su marido. Se angustia, refiere que sí, que le genera muchísimo dolor, que no lo reconoce. Agrega que jamás pensó que iba a tener que ser ella quien se ocu-

para de todo esto, y menos a esta edad, siente que ya no puede aprender y que es tarde para posicionarse como quien toma las decisiones. Cuando le pregunto a qué se refiere cuando dice "por todo esto" manifiesta que no está hablando sólo del cierre del negocio sino del cuidado de él. Introduce otra problemática que tiene que ver con asumir que su marido ya no se encuentra en condiciones de vivir solo. Su deterioro cognitivo ha alcanzado niveles que dificultan su desempeño en las actividades de la vida diaria, que lo ponen en riesgo al estar solo tanto debido a posibles accidentes domésticos como respecto de episodios de desorientación temporo-espacial en la vía púbica. Por estas razones, resulta evidente que requeriría acompañamiento permanente. Carmen manifiesta que se agobia al cuidarlo, siente que pierde el tiempo, su libertad, que preferiría hacer otras cosas. Su discurso en algunos momentos resulta muy crudo, refiere que él sólo representa una carga y una fuente de pérdida de dinero. Por todo esto, dice que prefiere contratar cuidadoras domiciliarias, pero sin embargo el dinero del que dispone no es suficiente. Le alcanza para cubrir a tiempo parcial la necesidad de acompañamiento. Respecto de las horas en que no se encuentra acompañado refiere que confía en que en caso de necesidad podrá pedir asistencia a algún vecino. A partir de comenzar a instalar a Vicente como un otro que no puede, afectado por algo del orden de la impotencia, es que se empiezan a dar movimientos diferentes. Comienza a ser la única que está en contacto con el abogado (que se ocupa de los aspectos legales que conciernen a la operación de cierre del negocio) y, por ende, comienza a tomar las decisiones que conciernen a esta última etapa. Cabe destacar que las mismas no son menores dado que se juega el porvenir económico de la pareja a partir del cierre. Introduzco la idea de que, por supuesto las decisiones las tomará ella en acuerdo con su abogado, pero que sería importante no perder de vista generar las condiciones para no quedar en el desamparo. Acuerda con la intervención y efectivamente la dimensión del "después del cierre" empieza a instalarse. Termina el negocio, pero la vida continúa. De esta manera se comienza a vislumbrarse la existencia de otro tiempo que vendrá luego de finalizada la operación del cierre. Cabe destacar que al inicio del tratamietno Carmen refería no querer saber nada con eso, no querer abrir otros temas, simplemente "descargarse" y "llegar al cierre". A partir de esta operación, del temor pasa a la pena. La apena despedir(se) a sus empleados. Cuando habla del tema por un lado aparece la idea de que los va a extrañar, que han sido personas muy importantes en su vida, y, por otro lado, surgen ideas en relación a posibles demandas (tanto a nivel del vínculo como a nivel judicial) que podrían surgir por parte de ellos Ubicar algo del orden de una situación socio-económico-sanitaria excepcional a partir de la pandemia por COVID-19, la cual fue una de las grandes razones por las cuales el negocio dejó de ser definitivamente rentable le genera alivio en relación al temor que sentía por la posible reacción de los empleados. La aterraba informarles la decisión, que a su vez sabía que era un secreto a voces. Cuando finalmente lo informa, los trabajadores lloran y le dicen que en la pareja siempre han encontrado un padre y una madre, que es eso lo que más van a extrañar. Se trabaja sobre el pasaje de esta posición acuciante de ser "una empleadora impiadosa que despide gente" a "no tenemos realmente otra posibilidad". Aliviarse respecto del peso que esas fantasías tenían en su economía libidinal permite que se instale la dimensión del duelo respecto de lo que perderá en lo afectivo y vincular en relación a los empleados. Retoma los comentarios de sus empleados en relación a haber encontrado en ella a una madre y manifiesta que al no tener hijos, ellos han ocupado un lugar de hijos en su vida, y que ahora ese rol quedará vacante.

Actualmente se encuentra en las últimas etapas de la operación comercial. Si bien refiere sentirse devastada, totalmente tomada por la situación y sin poder llevarla adelante sola "y menos aún a esta edad" se resalta que efectivamente la está llevando adelante, con la ayuda de un abogado y en el marco de un espacio de tratamiento psicológico que la ayuda a pensar, y con la edad que tiene.

Entre la clínica y el estereotipo:

Jacques-Alain Miller en *La invención psicótica* (Miller, 2007) retoma a Lacan para ubicar que el neurótico, a diferencia del psicótico, cuenta con el auxilio del discurso establecido, es decir, tiene la posibilidad de acudir a una solución fija, aunque pobre, respecto de cómo hacer lazo con el Otro, cómo habitar el lenguaje. Define a la buena educación como el aprendizaje de las soluciones típicas, las soluciones sociales para resolver problemas con el cuerpo y con el

lazo. Refiere, entonces, que los discursos establecidos son los delirios normales, las ficciones sociales, las cuales al neurótico le resuelven una montaña de problemas, ya que establecen algunas coordenadas.

En este sentido, se podría pensar que tanto los estereotipos de género como de discriminación por edad, cumplen la función de delirios sociales. Respecto de los primeros, son ficciones que sientan las condiciones del sistema patriarcal que, en función del género, y apoyándose en la matriz hetero-cis normativa y las relaciones de poder, habilita a desigualdades, discriminación, exclusión, vulneración de derechos, entre otras formas de violencias. Bajo este sistema, no todas las personas tienen igual acceso al ejercicio de sus derechos ni cuentan con las mismas posibilidades para la participación social, la creación de proyectos de vida significativos y el acceso pleno a la ciudadanía. Los estereotipos de género, que se caracterizan por ser rígidos e inflexibles, organizan sentidos y distribuyen los roles sociales, delimitan aquello que se considera propio de cada identidad de género moldeando la manera de posicionarse frente a los vínculos, el cuerpo, los afectos, las posibilidades de circulación social, entre otras. Cabe destacar que presentan significaciones hegemónicas y binarias respecto de cómo ser "varón" o "mujer", y una de las consecuencias posibles para las personas que no respeten esa expectativa es exponerse a represión, rechazo y discriminación a nivel social.

En el caso de las mujeres cis tales estereotipos las han ubicado como sensibles, demasiado emotivas, dependientes, buenas, sumisas, destinadas a la maternidad, sexualmente pasivas, con trayectorias laborales no equiparables a las de los varones, ignorancia a nivel intelectual, entre otras. En cambio, el sistema patriarcal reserva otros atributos para la masculinidad hegemónica: varón que no debe tener rasgos femeninos, infantiles, homosexuales, es cis, blanco, heterosexual, representa la fuerza, la dominación, la racionalidad y es proveedor a nivel económico (Olavarría, 2017).

Finalmente, la división sexual del trabajo, en términos productivos y reproductivos, genera las condiciones para que los hombres transiten la esfera pública y las mujeres la esfera privada. Es decir que los primeros circulan por ámbitos laborales, científicos, culturales, políticos, donde están a cargo de las tareas socialmente jerarquizadas, profesionales que toman decisiones, puestos de poder en el ámbito público, acceso al dinero y por ende dominio sobre la manera de distribuirlo. En cambio, las tareas reproductivas serán aquellas necesarias para sostener el desarrollo de la vida privada en el ámbito de lo doméstico: cuidado de niños y niñas, enfermos, personas mayores, tareas domésticas, entre otras. Sin lugar a dudas esta división sexual del trabajo genera, entre muchas otras consecuencias, heteronomía económica de las mujeres respecto de los hombres, lo cual a su vez sienta las condiciones para establecer cómo es la circulación del dinero y la marginación de la administración tanto económica como patrimonial (Fernández, 2006).

Asimismo, respecto de las personas mayores, existen prejuicios, estereotipos y mitos sobre la vejez. Butler (1969) acuña el término viejismo (ageism) para trabajar en torno a las miradas negativas que tiene la sociedad respecto de las personas mayores. En nuestro país el Dr. Leopoldo Salvarezza (1998) continuó trabajando respecto de lo postulado por Butler y ubica en el "viejismo" el rechazo, temor, desagrado, negación, marginalización, y agresión, operando de manera discriminatoria hacia las personas que envejecen. Entre dichos prejuicios podemos encontrar los siguientes: los adultos mayores no son independientes y no pueden manejarse por sí mismos; ven limitadas sus capacidades, son ineficientes, son pasivos e improductivos; no tienen actividad sexual; siempre tienen alguna enfermedad; tienen trastornos cognitivos; se comportan como niños, están solos o aislados; tienden a desvincularse socialmente; son rígidos y estructurados; resistentes a los cambios; no tienen capacidad de aprender; son menos felices y tienden a deprimirse; se llevan mal con los más jóvenes, tienen características uniformes; no realizan actividad física.

Tanto en uno como en otro caso se desconoce que tales significaciones no son más que el resultado de construcciones sociales y bajo ningún punto de vista características "esenciales" e inherentes a las personas. Adicionalmente, desconocen diferencias y atribuyen a todas las personas que forman parte de un mismo colectivo iguales características, atributos, es decir que se ignoran sistemáticamente la heterogeneidad y la singularidad, al tiempo que limitan la expresión de las diversidades. Sin embargo, arman un entramado simbólico que condiciona qué es lo esperable, qué es lo deseable, lo permitido, lo prohibido. Por ende, establecen la buena educación (Miller, 2007) respecto

de determinadas cuestiones.
Asimismo, cabe destacar que en un caso como el aquí expuesto se da una coyuntura que genera una doble exposición a estereotipos: por motivos de género y por motivos de edad. Una de las consecuencias de dicha coyuntura es la profundización de situaciones de vulnerabilidad. En el caso de Carmen el condicionamiento se manifiesta bajo la forma "y menos a esta edad". No sólo nunca imaginó tener que hacerse cargo de determinadas cuestiones del orden de la toma de decisiones económicas y financieras, sino que, menos aún a sus 72 años. Tal condicionamiento se expresa bajo diferentes formas: no sabe, no puede, nunca antes lo hizo, y, no puede aprender a hacer cosas nuevas, ni a modificar la manera de vincularse con su marido. A su vez, su marido continúa ocupando el lugar de quien sabe, quien puede, quien debe, aun cuando a todas luces es evidente que ya no puede ocupar ese lugar.

Desde el psicoanálisis una lectura posible del caso es que ella hizo uso de estos discursos establecidos para resolver algo de su posición al Otro. Vale decir que algo de valerse de esos discursos le dio las coordenadas respecto de cómo ser amable para el Otro. Ante la angustia que genera la pregunta por el deseo del Otro, siempre enigmático respecto de cómo hacer para hacerse un lugar ahí, hace uso de una respuesta que al tiempo que la ubica a ella en el lugar del no saber, del desconocimiento, de la falta de cuestionamientos, de la aceptación sin dudas, lo conserva a su partenaire en la posición de quien sabe, quien puede, quien tiene las garantías.

Si bien a lo largo de su vida ese discurso le habrá resuelto algunos problemas en lo relativo al lazo, fue al costo producir las condiciones para que se generen otros. Justamente aquellos problemas que hoy la acercan a la consulta. Que no sólo tienen que ver con las cuestiones concretas de su economía y la administración de su negocio, sino además (y quizás principalmente) con la conmoción que genera la pérdida de referencias. Las coordenadas que han establecido la modalidad a través de la cuales sostener este lazo ya no son posibles. Por mucho que se esfuerce en intentar sostener a su marido en el lugar que éste ocupó durante toda su vida, la situación que se encuentran atravesando le devuelve otro mensaje. Eso ya no es posible. Perpetuarlo en ese lugar genera más problemas y más riesgos que soluciones. Una de las apuestas del tratamiento será la operación de inscripción de ese imposible para así poder armar el campo de los posibles. Interrogar qué movimientos subjetivos se dan a partir de sancionar al otro como barrado, sin todas las respuestas, sin garantías.

Desafíos Clínicos:

Uno de los interrogantes que acompañan de manera casi permanente la dirección de la cura de este caso tiene que ver con la complejidad de establecer un límite entre no ofrecer soluciones, pero a su vez advertir sobre las consecuencias posibles de perpetuarse en esa posición en un momento de toma de decisiones fundamentales. Cómo promover la protección de derechos, la seguridad patrimonial y económica, sin quedar ubicada en una posición de saber. Cómo hacer para no caer en la trampa de que el saber deje de ser supuesto y se convierta en un saber acerca de qué representa el bien para quien consulta. Cómo advertir sobre las consecuencias de una posible decisión desfavorable para quien consulta sin apresurarse a remover un síntoma sin antes conocer cuál es la función que el mismo tiene en la estructuración psíquica de esa persona, y sin que estén dadas aún las condiciones para promover modificaciones en su economía libidinal.
Desde el psicoanálisis se piensa a las crisis subjetivas como la ruptura de la escena cotidiana desde la cual una persona habitaba su vida y que constituía los fundamentos en los que se sostenía su realidad psíquica, su existencia y las relaciones con los otros. Representan un quiebre de la homeostasis y ruptura del equilibrio. En este sentido, se podría leer que en el relato de Carmen el factor que aparece como causa de la pérdida de homeostasis es el deterioro en el desempeño cognitivo de Vicente en coyuntura con la necesidad de toma de decisiones fundamentales. Para ella esto constituye una situación que la confronta con la no disposición de las respuestas habituales y que por lo tanto se configura como un acontecimiento que marca un antes y un después en su historia y que toma el valor de lo traumático. Una de las vías de tratamiento tendrá que ver con promover la posibilidad de una reescritura de la relación del sujeto al Otro.

Como se ha mencionado previamente, inscripción del imposible a fin de circunscribir el campo de los posibles. Al respecto, Inés Sotelo refiere "el sujeto llega a la consulta con cierta sintomatología, con un modo particular de presentarse ante el Otro, de relatar su historia jerarquizando ciertos acontecimientos, es decir que llega al inicio con cierta versión de sí mismo que se irá transformando a lo largo de los encuentros con el psicoanalista" (Sotelo, 2015, p.101). Justamente la versión de sí misma y la versión de su partenaire es lo que entró en crisis y lo que sienta las bases para esta coyuntura de emergencia. La misma es interpretada por Carmen como algo ajeno, como producto del destino, algo que pasó pero que podría no haber pasado, "si Vicente no hubiese tenido el accidente". Una de las operaciones clínicas será promover la producción de "...algún movimiento gracias al cual deje de ser algo ajeno y extraño para pasar a ser algo propio, algo que tiene que ver con su vida, con su historia y con sus actos" (Sotelo, 2015, p 35), es decir, ubicando cuál es la relación que el sujeto tiene con su padecimiento, de qué manera éste lo concierne. En esta línea, entonces, acompañar a ubicar que lo que sucede hoy en día no solamente es producto del accidente y de la pandemia sino de una manera de posicionarse a lo largo de toda la vida, pero respeto de la cual se pueden operar variaciones. Que el trabajo del análisis se constituya en esta dirección apuntará entonces a que la cura se produzca por añadidura, es decir, que la toma de decisiones que armen un escenario más favorable para Carmen, respecto de cómo realizar el cierre del negocio, de cómo conservar su patrimonio, entre otras, sean el saldo del trabajo analítico y no de la recomendación y/o advertencia desde el lugar de quien sabe cuál es el bien para quien consulta. Efectivamente, a lo largo del tratamiento a partir de sancionar al Otro como barrado, sin garantías, sin todas las respuestas, Carmen comienza a tomar el lugar de quien toma algunas de las decisiones. Inventando un saber-hacer allí que le permite no quedar a merced de decisiones respecto de las cuales no participa. Esta operación no sólo arma cierto escenario de amparo ante una situación en la cual, de no mediar el establecimiento de determinadas condiciones de protección patrimonial, podría ser compleja, sino que además le genera cierto alivio transitar esta situación sabiendo que es posible para ella hacerlo, que puede aprender cosas nuevas y que lo que al principio refería como "en soledad" ahora lo lee como contando con el acompañamiento y asesoramiento permanente de su abogado y con el espacio analítico que la ayuda a pensar y, fundamentalmente, a tomar decisiones que la representen.

Asimismo, se introduce la dimensión del duelo que implica dejar atrás un lugar con el cual estuvo vinculada durante treinta años, tanto como la despedida de sus empleados y de la función que ocupaba para ellos. Poder inscribir el cierre como una pérdida, dando lugar a la elaboración subjetiva de la misma, será la primera condición para que "después del cierre" se pueda pensar en otros proyectos de vida significativos.

REFERENCIAS

1. Butler, N. (1969) Age-Ism: Another Form of Bigotry, The Gerontologist, Pages 243–246, https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243
2. Fernández, Ana María (2006). La mujer de la ilusión. Paidós, Buenos Aires.
3. Miller, J.A. (2004). La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica. Paidós, Buenos Aires.
4. Miller, J.A.(2007). La invención Psicótica. En Virtualia: revista digital de la Escuela de Orientación Lacaniana. Buenos Aires. Recuperado en: http://www.revistavirtualia.com/articulos/500/formas-contemporaneas-de-la-psicosis/la-invencion-psicotica
5. Olavarría, J. (2017). Sobre hombres y masculinidades. Ponerse los pantalones. Universidad Académica de Humanismo Cristiano. Santiago de Chile
6. Salvarezza, L (1988). Psicogeriatría. Teoría y clínica. Paidós, Buenos Aires.
7. Sotelo, I. (2015) Datus. Dispositivo analítico para el tratamiento de las urgencias subjetivas. Gramma, Buenos Aires.

Ampliatorias

1. Andrés, H (2003). Género, representaciones sociales de la vejez y Derechos Humanos. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile, 14 al 18 de julio de 2003.
2. Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. (1982). Plan de Acción Internacional de Viena Sobre el Envejecimiento. Viena.
3. Becca, R.L. y Mahzarin, R. B. (2004) "Viejismo Implícito" en Viejismo, Estereotipos Prejuicios contra las Personas Mayores (Ageism. Stereotyping and Prejudice against Older Persons) (comp.) Todd D. Nelson. Massachusetts: The Mit Press. https://envejecimientoysociedad.files.wordpress.com/2010/07/ageism.pdf
4. Butler, R.N.; Lewis, M. Y Sutherland, T. (1998). Aging and Mental Health. Positive Psychosocial and Biomedical Approaches. Fifth Edition, EUA: Ailin and Bacon.
5. Freud, S. (1915). Duelo y Melancolía. Tomo XIV. Amorrortu Editores.
6. Freud, S, (1920). Más allá del principio del placer. Tomo XVIII. Amorrortu Editores.
7. Jodelet. D. (1984). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En Moscovici, S. Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Paidós. 95(11), 2442–2461. Doi: https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.04.037
8. Lacan, J (1963). El seminario, libro 6. El deseo y su interpretación. Paidós.
9. Lacan, J. (1964). El seminario, libro 7. La ética del Psicoanálisis. Paidós.

neurama
revista electrónica de
psicogerontología

Volumen 10 • Issue 1 • Jun 2023 13

Recursos emocionales de adultos mayores en el marco del aislamiento social por SARS-COV2

Fabio Gabriel Salas, [1] Karina Romina Díaz [2]

Resumen

Los adultos mayores son unos de los grupos sociales más vulnerables ante la pandemia producida por el SARS-COV2. Uno de las dificultades psicosociales más importantes es el hecho de tener que hacer frente a las medidas de aislamiento social impuestas por el gobierno, ante el contexto de riesgo de contagio.

El objetivo principal del trabajo es analizar los recursos emocionales de un grupo de adultos mayores de 60 años, que viven solos en la ciudad de La Toma - San Luis - Argentina, en el contexto de emergencia sanitaria causado por el SARS-CoV2. Para esto se realizaron entrevistas semi-estructuradas a personas que, al no estar viviendo solos cuando comenzaron a implementarse las medidas de aislamiento social, fueron asistidas por el servicio de salud de esta localidad.

Se observa que estos adultos tienen recursos emocionales limitados. Si bien manifiestan conciencia de emociones como angustia, tristeza, miedo, soledad; presentan escasa respuesta en cuanto al control y/o gestión de estas, lo que implica una falta de estrategias para afrontar el malestar psicológico que genera el distanciamiento social y el contexto general de pandemia.

Palabras clave: Adultos mayores, SARS-COV2, aislamiento social, recursos emocionales.

ISSUE N°1
JUNIO
2023

Recibido:
09/05/2023

Aceptado:
18/05/2023

Abstract

Older adults are one of the social groups most vulnerable to the SARS-COV2 pandemic. One of the most important psychosocial difficulties is the fact of having to face the social isolation measures imposed by the government, in the context of the risk of contagion.The main objective of this study is to know the emotional resources of a group of older adults aged 60 that living alone in the city of La Toma - San Luis - Argentina, in the context of the health emergency caused by SARS-CoV2. For this purpose, semi-structured interviews were conducted with people who were not living alone when the social isolation measures began to be implemented, and who were assisted by the health service of this locality.

It is observed that these adults have limited emotional resources. Although they show awareness of emotions such as anguish, sadness, fear and loneliness, they show little response in terms of control and/or management of these emotions, which implies a lack

(1) Universidad Nacional de San Luis - Ciudad de San Luis – San Luis. Contacto: salasfabiogabriel4@gmail.com
(2) Pediatría Ceratto - La Toma - San Luis. Contacto: karinatkd2017@gmail.com

of strategies to cope with the psychological discomfort generated by social distancing and the general context of the pandemic.
Key words: Older adults, SARS-COV2, social isolation, emotional resources.

Introducción

La pandemia causada por el SARS-COV2 (del inglés severea cute respiratory syndrome coronavirus 2), representa un gran desafío para la salud mental, y en parte esto se debe a los efectos causados por a las medidas de aislamiento social impuestas para enfrentar los altos niveles de contagio de esta enfermedad. Los adultos mayores se encuentran entre los grupos más vulnerables y también entre los más segregados.

El aislamiento social se puede entender como la falta de contacto e interacción con otras personas y esto supone una situación que puede poner en riesgo la integridad física y mental de las personas (Martínez Rebollar y Campos Francisco, 2015). El aislamiento social en adultos mayores se ha convertido es un tema relevante para la salud social, ya que afecta la salud y el bienestar de los individuos de manera evidente (Dickens, et al., 2011).

El mundo de los adultos mayores sufre grandes transformaciones como universo cambiante y en el que con frecuencia se dan situaciones donde la familia, o seres queridos, no siempre son un apoyo. En ocasiones, el aislamiento en personas mayores se ha convertido en un blindaje ante las trabas que el individuo va encontrando a lo largo de su trayectoria vital y en el que interviene de forma accesoria procesos tales como la pérdida de la pareja, el duelo, las transformaciones de tipo físico y económico, tan difíciles de superar (Fernández y Ponce de León, 2011).

Según Palinkas (2003), a menudo cuando el período de tiempo del aislamiento está muy bien definido, las personas lo soportan bastante bien hasta la mitad. Luego experimentan mayor cantidad e intensidad de emoción negativa. Cuando las personas, como las que se encuentran en confinamiento solitario o los científicos que trabajan en una región remota, saben que su aislamiento está a punto de terminar, su estado de ánimo vuelve a levantarse con la anticipación. Pero cuando no están seguros de cuánto tiempo se les pedirá que mantengan la distancia social, como en el caso de aislamiento por Covid- 19, las personas saben que probablemente el fin del aislamiento no llegue pronto. La incertidumbre es el factor que aumenta la ansiedad, sumada a la vivencia de sentirse en cautiverio, cosa que no experimentan astronautas o científicos de la Antártida porque ellos tomaron la decisión (Richaud, Vivas y Muzio, 2020). Surge sentimiento de soledad en los casos en que el aislamiento social es impuesto desde el exterior, obligando a la persona a vivir/estar sola en contra de sus deseos; pero cuando el aislamiento social es algo voluntario no se manifiesta un sentimiento de soledad (Castro Blanco, 2016).

La imposibilidad de la toma de decisión (que afecta el sentido de libertad) aumenta aún más la angustia. En este sentido, los problemas más acuciantes que experimenta el adulto mayor están asociados a la soledad, el aislamiento social, la pobreza y los problemas de salud. La soledad está relacionada con las vivencias asociadas a la pérdida de un ser querido y, en muchas ocasiones, a la reducción de contactos o apoyos sociales, así como el descenso de ingresos derivados de la jubilación (Fernández y Ponce de León, 2011).

La teoría de la selectividad socioemocional (Carstensen, et al., 2003) sostiene que los contactos sociales de los adultos mayores, deben su reducción a un proceso de selectividad. Las personas mayores buscan pasar momentos intensos afectivamente y compartir su tiempo con seres significativos. El supuesto sobre el que se sustenta esta teoría es que a lo largo de la vida existen diferentes tipos de metas que varían su importancia. De este modo, cuando el tiempo se percibe como finito las metas emocionales se vuelven más importantes, es por ello por lo que se produce una disminución de la red social. La acumulación de experiencia también está asociada a una mejor regulación emocional, en particular cuando se trata de aceptar y tolerar afectos contradictorios.

En la corriente neo-piagetiana del desarrollo, se propone que en la adultez y en el envejecimiento se produce una integración del mundo afectivo y de los aspectos cognitivos (Daza Quintero y Quintero Pinilla, 2018). Una característica del desarrollo de esta etapa final de la vida es que mediante un proceso integrador de emociones intervienen en el desempeño cognitivo posibilitando soluciones mucho más eficaces en los problemas de la vida cotidiana. El logro de la integridad propuesta por la teoría psico-emocional propuesta por la teoría de Erikson (1997) supone también la posibilidad de un mejor manejo emocional, a medida que se van resolviendo conflictos normativos

del desarrollo.
Scheibe y Carstensen (2009) sugieren que, contrario al pensamiento tradicional, a medida que envejecemos, se dan cambios en el repertorio de estrategias emocionales que ponemos en marcha. Así, Vasiliki y Louise (2008) han señalado que en la vejez aumentan las dificultades en el reconocimiento de emociones de signo negativo como la tristeza y el miedo. En este sentido, Thomas (2001) ha señalado que, aunque aumenta la dificultad en el reconocimiento, por otro lado, en la vejez disminuye la experimentación de la ira. Sin embargo, (Matthias, Theodor y Louise, 2007), han señalado que las personas de tercera edad muestran mejores estrategias de reparación emocional que los adultos.
En el estudio de este proceso, al analizar diferentes situaciones interpersonales en población mayor, se pudo observar como "los adultos mayores se muestran capaces de seleccionar las estrategias más eficientes para resolver los problemas interpersonales, y de adaptar sus estrategias de resolución de problemas a los contextos, utilizando una combinación de estrategias de regulación" (Bucks et al., 2009, p. 141). Entre sus argumentos, destacan la importancia de la inteligencia emocional en el suministro de los recursos que las personas mayores tienen al enfrentar nuevos retos donde pondrán a prueba su capacidad adaptativa.

Materiales y Método

El trabajo se lleva a cabo desde un enfoque cualitativo en donde "utiliza la recolección de datos, sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación, puede o no probar hipótesis en su proceso de interpretación" (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2019). La investigación tiene como propósito principal obtener información de los participantes fundamentada en las percepciones, las creencias, las opiniones, los significados y actitudes a partir de la recolección el análisis e interpretación de la información obtenida.
En esta investigación se utiliza la técnica de la entrevista semi-estructurada. Esta técnica permite la recopilación de información detallada en vista de que la persona que informa comparte oralmente con el investigador aquello concerniente a un tema específico o evento acaecido en su vida, como lo dicen (Vargas, 2005). La entrevista semi-estructurada tiene un enorme potencial para permitirnos acceder a las experiencias subjetivas de las personas, pero también a comportamientos sociales compartidos desde lo cual descubrimos su cotidianidad y las relaciones sociales que mantienen. Dado que las técnicas cualitativas de recolección de la información tienen como objetivo comprender y profundizar en la vida social de las personas en el contexto donde esto se produce, es que se consideró pertinente su aplicación.
La entrevista se organizó en forma de guía basada en el tema de la investigación (aislamiento social en pandemia y aspectos afectivos vinculados a este contexto) lo cual permitió puntualizar de una mejor manera los aspectos a indagar.

Los participantes de la investigación son adultos mayores de ambos géneros, mayores de 60 años, que viven en la localidad de La Toma (localidad de 7374 habitantes [Indec, 2010]), ubicada en el Valle de Conlara, Departamento Coronel Pringles, Provincia de San Luis-Argentina), que se encuentran en condiciones de salud biopsicosocial para responder a las preguntas propuestas en la investigación.

Se realizaron entrevistas a 7 adultos mayores que viven solos. Esta condición se propuso esta delimitarla existencia de aislamiento social físico de estos adultos mayores, como parte de los requerimientos para el abordaje de la situación especifica que se investiga en este trabajo.

Estas personas son asistidas por el servicio de salud pública de esta localidad, el cual realiza visitas diarias a las viviendas de cada uno de estos adultos mayores, brindando asistencia en salud, dentro del cual se contempla un tiempo de acompañamiento que se aprovecha para identificar cuáles son las necesidades más importantes de cada uno, con relación a posibles situaciones que no puede resolver por sí mismos: como por ejemplo las compras de sus alimentos y de su medicación.
Para la administración de la entrevistase realizó el contacto con agentes sanitarios que están trabajando en la asistencia a adultos mayores (Técnicas/os Superiores en Promoción de la Salud y Agente Sanitario agentes sanitarios del "Hospital Dr. Osvaldo Ledesma"). Esto permitió ubicar a las personas y contactarlas personalmente para acordar día y horario de la entrevista. Se le informó al entrevistado/a: finalidad, modalidad de trabajo y tiempo de la entrevista. Llegado

Llegado el día de la entrevista, se le entregó al entrevistado el consentimiento informado donde se le pidió autorización para realizar la entrevista y para su grabación.
Las entrevistas duraron entre 45/50 minutos cada una. Las mismas se realizaron en ambientes físicos agradables y cómodos, sin estímulos distractores, posibilitando una atmósfera favorable que facilitó la apertura del entrevistado/a. En el desarrollo de la entrevista los adultos mayores mostraron fluidez para expresarse respondiendo cada pregunta con una predisposición de apertura hasta el final de esta. Si bien en un comienzo se percibió cierto monto de ansiedad propio de los primeros momentos de este proceso, luego fue disminuyendo a medida que se le iba explicando el procedimiento. Se observó como las personas entrevistadas fueron configurando un espacio de comodidad e intimidad en el cual podían hablar libremente y expresar sus experiencias. Manifestaron encontrarse a gusto y a medida que se avanzo en la entrevista fueron expresando aspectos privados de su vida personal. Al momento de la despedida los entrevistados lo hicieron de una manera muy amistosa y cariñosa, expresando su deseo de un reencuentro a futuro.

Se trabajo con un modelo de consentimiento Informado para respetar los requerimientos éticos necesarios para prácticas de investigación y los lineamientos planteados en la Ley Nacional de salud mental. Este modelo fue adaptado de acuerdo con la situación epidemiológica que se está atravesando, para ser entregado a los entrevistados. Antes de comenzar la entrevista se le explico a cada adulto mayor el objetivo del proyecto, se leyó el consentimiento informado y luego de despejar todas las dudas, se prosiguió a la firma de este.
Todas las personas accedieron de manera voluntaria a participar de las entrevistas en el lugar y horario pactado previamente y las mismas se realizaron en la vivienda de cada uno de los participantes.

Resultados

Para el análisis e interpretación de las entrevistas se fueron construyendo diferentes categorías atendiendo a tres temas principales planteados en la investigación: aislamiento social, salud física y aspectos emocionales. Cada categoría permitió hacer manejable el cumulo de información recogida durante la entrevista en función de los objetivos propuestos en la investigación. Estas categorías permitieron orientar la estructura de la información recabada, señalando los lineamientos iniciales que luego podrían llevar a posibles agrupamientos finales, sin ser están en ningún momento categorías cerradas ni estancas.

En la presentación de los datos se realiza una propuesta de categorías que permiten orientar la estructura de la información recabada señalando los lineamientos iniciales de los posibles agrupamientos finales sin ser categorías cerradas, ni estancas. Se pudieron delimitar las siguientes categorías.

- Los Recursos o capacidades emocionales disponibles constituida por respuestas como: "*mal, mal porque si yo pudiera estar… cuidar a esas personas que no tienen esa fuerza para manejarse*", "…*que me siento mal porque si yo pudiese estar en el lugar que ellos necesitan, si yo pudiera ser la persona que pudiera ayudarlos estaría con ellos*", "*con miedo, con temor, creí y creo que esto va a pasar y sigo haciendo lo mismo ,en lo que pueda ayudar, dar una palabra de aliento, más a las personas mayores que están solas como yo", "…lo sigo extrañando pero en esos días que estoy más triste trato de levantarme y ponerme hacer cosas… porque tirada en la cama no voy a poder hacer nada*". Otra de las categorías que surgió es la de Emociones negativas que emergieron en el grupo de adultos mayores en el marco de la pandemia. La información obtenida en relación a esta categoría permitió desglosarla en las siguientes subcategorías:

- Sensación de soledad constituida por respuestas como: *"me encerré mucho tiempo, estar sola no es muy lindo…no es fácil (hace silencio y sus ojos están llenos de lágrimas)",…"me sentía mal…me sentí sola, porque estaba sola, aislada, no sabíamos nada porque fue de improvisto que nos han encerrado", "me sentí con mucha soledad, mucha soledad, me sentí más sola que nunca", "y si ahora estoy más sola, comer sola, tomar mates solas, siempre comíamos los dos (hace referencia a su marido que falleció), nos sentábamos a tomar mates los dos (la voz se quiebra)*".
- Sensación de Miedo constituida por respuestas como: *"en principio fue duro, con mucho temor, porque uno no aprende a afrontar esto", "Te podía tomar esta enfermedad y que te aislaban y te podes ir de este mundo sin poder despedir a la familia (se quiebra su voz)", "mi miedo era que él se contagiara (hijo), entonces lo iban a llevar a San Luis, y que iba a hacer él (su voz se quiebra)", "Lo que yo escucho es que es una enfermedad grave y que yo le tengo miedo".*
- Sensación de Ansiedad constituida por respuestas como: *"pero esa incertidumbre que angustia muchas veces, el no saber qué va a pasar con nosotros eso genera un malestar", "…y de haber pasado por tanto y ahora tener esta incertidumbre de esta enfermedad tan mala que se ha venido"… "me hace sentir aburrida, triste porque tenes más tiempo para pensar lo que te ha pasado en la vida…", "y por ahí me pongo más triste, más aburrida…"*
- La Irrupción de Tristeza constituida por respuestas como: *"en un momento fue como que me sentí depresiva (su voz se quiebra y sus ojos se llenan de lágrimas…", "me sentía impotente, me sentía mal tenia deseos de llorar" "(su voz se quiebra) mi única angustia, mi desesperación, mi única angustia es mi hijo que se fuera a enfermar", "yo sentí así como mucha angustia cuando empezó a pasar esto que no se podía salir", "a mí me agarro como una pena, como una tristeza" "… "ver la muerte todos los días y escuchar que se murió el vecino, el del kiosco, el de la vuelta y eso produce cierta angustia y malestar".* Además de las experiencias emocionales surgieron otras categorías como las Dificultades físicas en la salud, cogniciones específicas y la experiencia de sentirse aislado socialmente.

- Las dificultades físicas de la salud constituida por respuestas como: "*aparte del dolor de cabeza…bueno por supuesto reuma, como las personas grandes", "Pero con esto de la pandemia como que se me vivieron los años encima, como si me hubiera hecho vieja de una sola vez…". "Yo antes de que empezara la pandemia estaba de 10 pero después se ve que me afecto y se me vinieron los años encima, las perdidas encima", "… me empezó a fallar la vista".*
- Tipos de cogniciones especificas constituidas por respuestas como:*"…si, acercarme a Dios, confiar en él, tomarme de la mano de él, es el único que me va ayudar a sacar ese temor, me tome de la mano de él, fue lo que me ayudo a cambiar esos pensamientos", "…en la cabeza me pasaron un montón de cosas, sobre todo cosas no tan lindas… los pensamientos negativos los tuve al principio bastante tiempo… que te podía tomar esta enfermedad y que te aislaban y que te podías ir de este mundo sin despedir a la familia","se extraña el no poder salir con libertad…afecta la cabeza estar todo el día encerrado adentro", "si me afecto, no poder hacer las visitas al casino, yo mantenía mi cabeza ocupada ahí.*
- El distanciamiento físico y emocional con las personas cercanas constituida por respuestas como: *"Cuando no podía salir me sentía en una cárcel en mi propia casa", "hacer que el viejito sienta el amor de la familia, creo que estamos en un tiempo en el que es tan importante el amor, siempre lo es, pero ahora en esta situación más aun, uno pierde muchas cosas, estás acostumbrado a que recibís a tus nietos todos los días, los hijos, es poco mi grupo de familia, pero todo eso se cortó y me costó mucho adaptarme…", "pude comprender aquellas personas que están también en las cárceles encerrados, es feo, sin ver a un familiar, sin que nadie te ayude", "más allá de las cosas materiales que son necesarias… también es necesario e importante recibir la compañía de tus seres queridos (su voz se quiebra)".*

Discusión

Es importante señalar que los adultos mayores que participaron de este trabajo viven solos/as. Es decir que el aislamiento social en este caso se configura a partir de las exigencias de distanciamiento social impuestas por el gobierno, y por el hecho preexistente de encontrarse, por diferentes motivos, físicamente alejados de familiares y de sus seres queridos en general. Desde esta situación es que estos adultos mayores significan sus experiencias emocionales en el contexto de pandemia.

Scheibe y Carstensen (2009), sugieren que, contrario al pensamiento tradicional, a medida que envejecemos, se dan cambios en el repertorio de estrategias emocionales que ponemos en marcha. Vasiliki y Louise (2008) han señalado que en la vejez aumentan las dificultades en el reconocimiento de emociones de signo negativo como la tristeza y el miedo. En este sentido, Thomas (2001) ha señalado que, aunque aumenta la dificultad en el reconocimiento, por otro lado, en la vejez disminuye la experimentación de la ira. Sin embargo, (Matthias, Theodor y Louise, 2007), han señalado que las personas de tercera edad muestran mejores estrategias de reparación emocional que los adultos.

Por otro lado, (Bucks et al., 2008), analizaron diferentes situaciones interpersonales en población mayor, y pudieron observar como "los adultos mayores se muestran capaces de seleccionar las estrategias más eficientes para resolver los problemas interpersonales, y de adaptar sus estrategias de resolución de problemas a los contextos, utilizando una combinación de estrategias de regulación" (p. 141). Entre sus argumentos, destacan la importancia de la inteligencia emocional en el suministro de los recursos que las personas mayores tienen al enfrentar nuevos retos donde pondrán a prueba su capacidad adaptativa.

A diferencia de estos estudios, en los resultados se observa que estos adultos tienen recursos emocionales limitados. Si bien manifiestan conciencia de emociones como angustia, tristeza, miedo, soledad; presentan escasa respuesta en cuanto al control y/o gestión de estas, lo que implica una falta de estrategias para afrontar el malestar psicológico que genera el distanciamiento social y el contexto de pandemia general.

Según lo expresado por estos adultos mayores el aislamiento social impactó en los vínculos afectivos, limitando las dinámicas relacionales. Asimismo las repercusiones de estas imposiciones respecto el contacto físico con los demás, evidentemente tienen otras implicancias negativas para la salud de estas personas, como se evidencia en el malestar físico y en las señales de pensamientos negativos evidenciados en sus expresiones.

A partir de estos resultados se sugiere indagar en futuras investigaciones, otros aspectos emocionales vinculados al tema abordado en este trabajo. Esto permitiría obtener mayor y mejor información y llevar a cabo intervenciones más precisas que favorezcan la salud de estas personas.

REFERENCIAS

1. Bucks, R., Garner, M., Tarrant, L., Bradley, B. & Mogg, K. (2008). Interpretation of emotionally ambiguous faces in older adults. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 63(6), 337-343.

2. Carstensen, L., Fung H. & Charles, S. (2003). Socioemotional Selectivity Theory and theregulation of Emotion in the Second Half of Life Motivation and Emotion, Vol. 27, No. 2

3. Castro Blanco, M. (2016). El sentimiento de soledad en las personas mayores y su relación con la atribución causal y el afrontamiento. [Tesis Doctoral, Programa de Doctorado de "Salud y Familia]. Universidad de Deusto.

4. Daza Quintero, M. F., & Quintero Pinilla, D. J. (2018). Bienestar psicológico del adulto mayor institucionalizado en la ciudad de Bucaramanga y Floridablanca. [Tesis de grado] Universidad Autónoma de Bucaramanga. Recuperado el 30 de junio de 2021 de https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/379/2018_Tesis_Maria_Fernanda-Daza_Quintero.pdf?sequence=1&isAllowed=y

5. Dickens, A., Richards, S., Greaves, C. & Campbell, J. (2011). Intervenciones dirigidas al aislamiento social en personas mayores: una revisión sistemática. Recuperado de: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-647

6. Erikson, E. (1993). Ocho edades del hombre. Infancia y Sociedad. Buenos Aires: Paidos

7. Fernández, T., & Ponce de León, L. (2011). Trabajo Social con familias. Madrid: Ediciones Académicas

8. Hernández-Sampieri, R. & Mendoza Torres, C. (2019). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativas, cualitativas y mixtas. Mc Graw Hill

9. Luanaigh, C. & Lawlor, B. (2008). Loneliness and the health of older people. International Journal of Geriatric Psychiatry, 23, 1213-1221.

10. Martínez Rebollar, A., & Campos Francisco, W. (2015). Correlación entre Actividades de Interacción Social Registradas con Nuevas Tecnologías y el grado de Aislamiento Social en los Adultos Mayores. Revista mexicana de ingeniería biomédica, 36(3), 181-191.

11. Matthias, K., Theodor, J. & Louise, P. (2007). Emotional development across adulthood: Differential age-related emotional reactivity and emotion regulation in a negative mood induction procedure. International Journal of Aging & Human Development, 64 (3), 217-244.

12. Palinkas, L. A. (2003). The Psychology of Isolated and Confined Environments: Understanding Human Behavior in Antarctica. American Psychologist, 58(5), 353- 363. https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.5.353

13. Richaud, M., Vivas, J. & Muzio, R. (2020). Efectos psicológicos del aislamiento por cuarentena por COVID 19. Recomendaciones sobre cómo sobrellevar el distanciamiento físico que impone el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio

14. Scheibe, S. & Carstensen, L. (2009). Emotional Ageing: RecentFindings and FutureTrends. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 2, 135-144.

15. Thomas, L.V. (1991). La muerte: una lectura cultural. Barcelona: Paidós.

16. Vargas, I. (2012). La entrevista en la Investigación Cualitativa: nuevas tendencias y retos. San José: Universidad Nacional de Costa Rica.

17. Vasiliki, O. & Louise, H. (2008). Effects of age and emotional intensity on the recognition of facial emotion. Experimental Aging Research, 34(1), 63-79.

neurama
revista electrónica de
psicogerontología

Volumen 10 • Issue 1 • Jun 2023 20

Reflexiones acerca del amor durante el envejecimiento a través del análisis de una viñeta clínica

Augusto Pupilli [1]

Resumen

El presente trabajo tiene por objetivo reflexionar acerca de las modalidades de presentación del amor durante el envejecimiento y, fundamentalmente, acerca de los efectos que genera en el entorno. En este sentido, nos referimos a los mitos, estereotipos y prejuicios que se ponen en juego, no sólo a nivel del entorno inmediato sino, en muchos casos, en los equipos de salud que no cuentan con formación en Psicogerontología. Para tales fines se presentará una viñeta clínica que da cuenta de dicha situación, tanto como de las intervenciones realizadas por parte de un equipo de salud a fin de acompañar la emergencia de dicha relación amorosa entre dos personas mayores.

Palabras clave: Personas mayores; participación social; sexualidad; perspectiva gerontológica; estereotipos.

Abstract

The objective of this article is to reflect on the modalities of presentation of love relationships during aging and, fundamentally, on the effects that it generates in the social environment. In this sense, we refer to the myths, stereotypes and prejudices that are put into play, not only at the level of the immediate social environment but, in many cases, in health teams that do not have training in Psychogerontology.

For such purposes, a clinical case will be presented to accounts for this situation, as well as the interventions carried out by a health team in order to accompany the emergence of a relationship between two elderly people.

Key words: Elderly people; social participation; sexuality; gerontolocigal approach; stereotypes.

ISSUE N°1
JUNIO
2023

Recibido:
02/05/2023

Aceptado:
22/05/2023

(1) Lic. Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Esp. En Psicología Clínica. Actualmente se desempeña como psicólogo de planta del Hospital Zonal General de Agudos "Narciso López" perteneciente a la red de atención de la Provincia de Buenos Aires; realiza práctica clínica en su consultorio particular en Buenos Aires; ex residente en la Residencia "PRIM Lanús". Carrera de especialización en Clínica de Adultos con orientación Psicoanalítica (UBA). Contacto: augustopupilli@gmail.com

Introducción

El presente trabajo tiene por objetivo reflexionar acerca de las modalidades de presentación del amor durante el envejecimiento y, fundamentalmente, acerca de los efectos que genera en el entorno. En este sentido, nos referimos a los mitos, estereotipos y prejuicios que se ponen en juego, no sólo a nivel del entorno inmediato sino, en muchos casos, en los equipos de salud que no cuentan con formación en Psicogerontología. Para tales fines se presentará una viñeta clínica que da cuenta de dicha situación, tanto como de las intervenciones realizadas por parte de un equipo de salud a fin de acompañar la emergencia de dicha relación amorosa entre dos personas mayores.

El caso

Cabe destacar que tanto los datos filiatorios como de aquellas situaciones que hacen a la situación aquí relatada han sido modificados a los fines de proteger la identidad de las personas involucradas.

Clara de 75 años de edad es una usuaria de un programa de externación de un hospital dedicado a la atención de padecimientos mentales, vive con tres compañeras: Emilce, Marcela y Judith. Como parte del programa y del contrato que firmaron para acceder al mismo deben acudir a un centro cultural a realizar un seguimiento de su estado de salud con un equipo compuesto por psicólogo, psiquiatra, enfermero y médico. Como parte del seguimiento de las usuarias del programa se realizan asambleas de convivencia con las persones que viven en esa casa. En una de las asambleas surge lo siguiente: una de las participantes refiere que "yo no sé cómo hay gente que a esta edad todavía tiene ganas de andar jorobando". Ante esa afirmación el *equipo tratante interviene preguntando a qué se refiere la usuaria. Responde* otra usuaria diciendo que "n*o, Marce seguro habla de que a Clari le andan arrastrando el ala*". Ante ese comentario inicialmente ambas usuarias se ríen, pero luego Marcela afirma "*sí, pero a mí no me gusta nada que ande con ese viejo, además mete a gente extraña en la casa*". El equipo interviene preguntando a Clara si le gustaría decir algo en relación a los comentarios de sus compañeras ante lo cual responde *"no sé por qué se meten ellas*". En una entrevista posterior Clara cuenta que hace un tiempo que habla con un vecino, con el cuál se junta a tomar mate y jugar a las cartas, también comenta que le gusta y que se dieron un beso. Clara refiere: "l*a verdad que hace tanto que no me pasa una cosa así, que me parece una locura*". La relación de Clara con el vecino empezó a tornarse problemática a partir de que sus compañeras empezaron a hostigarla en la vida cotidiana: al principio le hacían chistes relativos al tema, pero luego empezaron a agredirla verbalmente tildándola por ejemplo de "*vieja degenerada*".

Reflexiones

La situación planteada en la viñeta clínica generó en el equipo tratante cierto debate interno en referencia a lo siguiente: *¿Podría la relación amorosa generar una descompensación del cuadro psiquiátrico de Clara? ¿Cómo manejar la situación conflictiva que esta relación generó en el grupo de convivencia?*. Resulta interesante la situación dado que pone de manifiesto el prejuicio de que un adulto mayor no debería embarcarse en una aventura amorosa. En este sentido, además permite visibilizar que este prejuicio no solo apareció en el grupo conviviente de usuarias del programa sino también en el equipo tratante. En muchas ocasiones se suelen ubicar los mitos, estereotipos y prejuicios en los "*otros*" no nuestros, menos aún si ese "nosotros" representa a profesionales de la salud quienes se supone que han realizado el trabajo de deconstrucción de los mismos. Sin embargo, en este caso podemos ver que el prejuicio indicaría entonces que a una edad adulta una persona no debería continuar experimentando su sexualidad. En este sentido una de las compañeras de Clara en relación al tema señala "…*no además Clara ya es abuela cómo se va a meter con un tipo*…" Vemos entonces que el par vejez/sexualidad está atravesado por diversos aspectos entre los cuales están los roles sociales asociados a los grupos etarios. De esta manera pareciera que Clara por ser abuela no puede tener deseo sexual ni interés de generar un vínculo erótico con un hombre. El adulto mayor queda ligado en la representación social al abuelo, al punto que se los nombra muchas veces de esa manera como si de todos los roles sociales que pueda cumplir una persona, solo se visibilizara ese, el de "*abuelo*". Incluso es habitual que se denomine "*abuelo*" a personas adultas mayores que en verdad no lo son. El concepto que podemos utilizar para pensar este tema

es el de "viejismo" que fue acuñado por el gerontólogo norteamericano R. Butler para hacer referencia a una serie de discriminaciones similares a las ligadas a la raza, religión, etc. aplicado a los adultos mayores, según las cuales este grupo etario estaría relacionado con el cansancio, la enfermedad, la muerte y el desinterés sexual entre otros rasgos. (Iacub, 2006) Son estas representaciones sociales las que ligan al adulto mayor con determinadas características y roles incompatibles con otros roles y características. Estas representaciones hacen al sentido común, son etiquetas ya hechas que aplicamos sin reflexión a los objetos y situaciones del mundo. A través de estos prejuicios se realiza una forma de maltrato y de violencia simbólica dado que ejercen influencia sobre las conductas y los proyectos vitales de las personas, estableciendo cuáles son las posibilidades de participación social. De esta manera se limitan las posibilidades, se atenta contra la autorealización y la autoestima, generando efectos negativos sobre la salud.

Por otro lado, la temática referente a la sexualidad del adulto mayor, y especialmente si la persona en cuestión sufre un padecimiento mental, está ligada a ciertos prejuicios en los mismos equipos tratantes. De esta manera en el equipo a cargo del seguimiento de la casa convivencial empezó a circular la idea de que tal vez sería mejor desalentar el vínculo de Clara con su vecino. Se podría pensar que lo que sustenta esta posición por parte del equipo tiene que ver con que la "sexualidad" queda ligada a la enfermedad en vez de pensar que tal vez el entusiasmo de un vínculo erótico puede traer aparejado consecuencias saludables. Se lo interpreta como algo patológico y desde ahí se propone como intervención desalentar dicha relación.

Intervenciones realizadas

Ante la situación aquí descripta se proponen las siguientes líneas de intervenciones las cuales se conciben desde un abordaje de derechos humanos, con perspectiva de género y gerontológica.
Las mismas tienen que ver, fundamentalmente, con dos dimensiones. Por un lado, con el equipo tratante y por otro con el grupo de usuarias del programa.
En lo que respecta al equipo tratante resulta fundamental poder incluir la perspectiva gerontológica en los programas de actualización profesional, como indicación general, pero especialmente si la población con la cual se está trabajando se compone de personas mayores. En este sentido se considera que sin formación específica se corre el riesgo de intervenir desde posiciones no profesionales sino personales contribuyendo a generar, entonces, efectos iatrogénicos. Asimismo, habilitar espacios de supervisión con especialistas tanto como de reflexión entre los miembros del equipo a los fines de poder profesionalizar la práctica y contribuir a deconstruir mitos, estereotipos y prejuicios que limitan la participación social de las personas mayores.
Con respecto a las usuarias, las intervenciones se deberían concebir en espacios tanto individuales como grupales. Considerando que las asambleas de convivencia están pensadas para abordar temas referidos a la convivencia del grupo y no a temas privados de cada usuaria, resulta más apropiado plantear la situación problemática en un grupo de reflexión sobre la sexualidad y la vejez. En esta línea, una de las técnicas de trabajo grupal que propicia la reflexión podría ser presentar disparadores al modo de afirmaciones acerca de la sexualidad y el envejecimiento para que a partir de las mismas puedan emerger reflexiones y diferentes puntos de vista. Asimismo, en relación a los abordajes individuales, se plantearía la posibilidad de incluir este tema, dado que el mismo generó cierta disrupción en la dinámica de la casa convivencial.

A modo de cierre.

A partir del análisis del caso clínico aquí presentado se ha podido poner de manifiesto la influencia de las representaciones sociales ligadas a la sexualidad y la vejez. Estos prejuicios sostienen que la vejez no va de la mano de la sexualidad, adscriben además a los adultos mayores determinados roles sociales que estas personas no necesariamente ejercen y que además estarían disociados de otros roles. Estos prejuicios entre muchos otros constituyen un imaginario social que adjudica determinadas características no solo al grupo etario de los adultos mayores sino también a otros grupos etarios o colectivos sociales, como los jóvenes, los niños, entre otros. Este imaginario social sirve de modelo para, a través de la identificación, guiar las conductas y lograr cierto grado de pertenencia a un colectivo. Si bien es cierto que el nivel de lo imaginario social es inelimina-

ble, dado que siempre se van construyendo nuevos sentidos que van cristalizando a nivel social, los equipos de salud debemos estar atentos a estos prejuicios dado que por un lado no estamos exentos de caer en ellos y por otro debemos trabajarlos con los usuarios de los servicios de salud cuando esos imaginarios empiezan a limitar su calidad de vida y a generar padecimiento. Por otro lado, la viñeta pone de relieve cómo opera en el equipo tratante la tentación de caer en cierto rol "paternalista" desde el cual se velaría por el bienestar de las usuarias. Se opone a esta tentación la perspectiva de derechos que apunta a que las personas usuarias de servicios de salud ejerzan plenamente sus derechos. En este sentido, es importante mencionar además de la "Ley de Salud mental 26657" la "Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores" en la cual se menciona Artículo 6 "Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez" lo siguiente: "Los Estados Parte adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población", entiendo que el ejercicio de la sexualidad hace al "goce efectivo del derecho a la vida".

REFERENCIAS

1. Ley Nacional de Salud Mental 26.657, 2010.
2. Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2015.
3. Iacub, R. (2006) "Erótica y Vejez perspectivas de occidente", Paidós, Buenos Aires, 2011.
4. Iacub, R. (2015) "Todo lo que usted siempre quiso saber sobre su jubilación y nunca se animó a preguntar", Paidós, Buenos Aires, 2015