62 ¹Encarnación M^a. Martínez Sola
²José Siles González

¹Diplomada universitaria en Enfermería. *Bachelor in nursing*.
²Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante.

Correspondencia:

Encarnación M^a. Martínez Sola
Chumbera 13, Portal C, 1º D. 04009-Almería
Tfno.: 686 323 470
E-mail: encarnims@hotmail.com.

RESUMEN

El aumento de la esperanza de vida, acompañada de una crisis en el cuidado informal, ha provocado que aumenten el número de ingresos residenciales. Esta situación lleva consigo que la persona viva el duelo de forma distinta atendiendo al escenario donde se desarrolle, bien sea la familia o la institución. El objetivo fundamental de esta investigación es describir las diferencias existentes entre el duelo atendiendo al lugar donde se desarrolla. En concreto, una residencia de ancianos *versus* la familia. Concluyendo, cabe destacar que existen claras diferencias entre vivir el duelo en una institución cerrada y en el seno familiar.

PALABRAS CLAVE

Duelo, muerte, residencias.

El duelo en una residencia
de mayores *versus* en el entorno
familiar

15

*Grief in a old people's home versus
family*

SUMMARY

The rise of the life expectancy, accompanied by a crisis in the informal care has caused that increase the residential income number. This situation takes with him that the living person the mourning, in a different way paying attention to the stage where it takes place whether the family or the institution. The primary goal of this investigation is to describe gaps between the mourning paying attention to the place where it takes place. Specifically a nursing home versus family. Concluding we must emphasize that are clear differences between living the mourning in a closed institution and the familiar breast.

KEY WORDS

Mourning, death, old people's homes.

INTRODUCCIÓN

El cambio en la pirámide poblacional occidental, caracterizada por personas cada vez más longevas, hace que la persona mayor se enfrente a una serie de situaciones habituales, entre las que destaca el fallecimiento de personas allegadas.

Al factor sociodemográfico hay que añadirle las transformaciones en la estructura familiar, acaecidas en los últimos años, como la inclusión de la mujer en el mundo laboral o la transición de la familia troncal a la familia nuclear. No por ello se renuncia a la familia y es precisamente esa dificultad de compaginar trabajo y hogar, de combinar las prioridades de los diferentes papeles, lo que requiere poner en práctica, de forma efectiva, alternativas que hagan real la posibilidad de un nuevo equilibrio entre familia y trabajo. Amenazando esta estabilidad, el cuidado de una persona mayor se vive, con frecuencia, como un problema debido a la exigencia progresiva que implican las situaciones de cuidado informal. Como muestran diversos estudios, hay diferentes aspectos a tener en cuenta. Para el caso español, las investigaciones ponen de

manifiesto que la atención por parte de la familia a personas dependientes y frágiles está presente y se explicita con fuertes lazos de solidaridad, sentimientos de afecto, cariño y el deseo de mantener a la persona dependiente en el hogar. Se rechaza de forma explícita, en general, la institucionalización, salvo en casos de fuerza mayor. Este cambio estructural, acompañado de la “crisis del cuidado informal”, provoca una reestructuración de los servicios sociales y, consecuentemente, un aumento de demanda de plazas residenciales e institucionalizaciones.

Tal circunstancia hace que la persona mayor padezca a lo largo de su vida distintos tipos de duelo atendiendo al contexto donde se vive. Entiendo el concepto de duelo “como una reconstrucción de significados”, destacando lo particular y lo activo en el proceso de duelo, a diferencia de lo universal y pasivo de otros autores más tradicionales. La reconstrucción de un nuevo mundo de significados que tenga sentido no necesariamente lleva a la “normalidad” previa a la pérdida, sino que da la oportunidad de llegar a un estado de mayor desarrollo personal (1).

Muchos autores han tratado las distintas etapas del duelo. Tras analizar a los distintos investigadores, se concluye que las etapas son similares aunque se diferencie la nomenclatura (2).

La **fase 1**, “fase de entumecimiento o *shock*”, es la más temprana, de intensa desesperación y caracterizada por el aturdimiento, la negación, la cólera y la no aceptación. Puede durar un momento o varios días y la persona que experimenta el duelo puede recaer en esta fase varias veces a lo largo del proceso de luto.

La **fase 2**, “fase de anhelo y búsqueda”, es un período de intensa añoranza y de búsqueda de la persona fallecida, caracterizada por inquietud física y pensamientos permanentes sobre el fallecido. Puede durar varios meses e incluso años de una forma atenuada.

La **fase 3** o “fase de desorganización y desesperanza”, en la que la realidad de la pérdida comienza a establecerse, la sensación de sentirse arrastrado por los acontecimientos es la dominante. La persona en duelo parece desarraigada, apática e indiferente, y suele padecer insomnio, experimentar pérdida de peso y sensación de que la vida ha perdido sentido. La persona en duelo revive continuamente los recuerdos del fallecido; la aceptación de que los recuerdos son sólo eso provoca una sensación de desconsuelo.

La **fase 4**, “fase de reorganización”, es una etapa de reorganización en la que comienzan a remitir los aspectos más dolorosamente agudos del duelo y el individuo empieza a experimentar la sensación de reincorporarse nuevamente a la vida. La persona fallecida ahora es recordada con una sensación combinada de alegría y de tristeza, y se interioriza la imagen de la persona perdida.

OBJETIVOS

El objetivo fundamental de esta investigación es describir las diferencias existentes entre el duelo atendiendo al escenario donde se desarrolla. En concreto, una residencia de ancianos *versus* el entorno familiar.

MATERIAL Y MÉTODO

El método cualitativo empleado es la etnografía, ya que se parte de la subjetividad con que los residentes manifiestan el significado del duelo en sus vidas dentro de una institución común.

El lugar donde se realizó el estudio fue una residencia asistida donde vivían las personas mayores.

Concretamente, el centro donde se va a realizar el estudio se define así: “La residencia asistida de ancianos de la Diputación de Almería es un centro de carácter sociosanitario con alojamiento, convivencia y atención íntegra, ya sea de forma temporal o permanente, y que tiene la función sustitutoria del hogar familiar para las personas mayores en situación de dependencia, teniendo en cuenta la naturaleza de la dependencia, el grado de la misma e la intensidad de

los cuidados que precise la persona, conforme a un programa individual de atención” (3).

Los instrumentos de recogida de datos son: observación y entrevistas.

La observación va implícita en la metodología cualitativa. Tanto es así que “la observación es la piedra angular de los métodos de investigación cualitativa” (4). En el estudio que nos ocupa, se ha utilizado la observación participante, definida como “la investigación que se basa en vivir con (o cerca de) un grupo de informantes durante un período extendido de tiempo, durante el cual se mantienen conversaciones largas con ellos y se participa en algún grado en la vida local” (5).

La posición del investigador fue de participante observador con implicación profesional en el centro en períodos de tiempo, lo que facilitó el acceso al campo, ya que se conocía anteriormente al personal que trabajaba en el centro. Dentro de la residencia resultó bastante ventajosa esta postura, pero hubo inconvenientes puesto que se trabajaba en el lugar donde se realizó el estudio, aunque no durante todo el tiempo que duró éste. La principal ventaja fue la facilidad del acceso al campo y la familiaridad con la muestra investigada, ya que el investigador formó parte desde el primer momento del contexto de la residencia. Esta situación también tuvo inconvenientes, ya que resulta inevitable separar completamente juicios preconcebidos del contexto y la población estudiada.

El tipo de entrevista utilizada fue abierta. Este método es especialmente adecuado cuando lo que queremos recoger es la heterogeneidad de los discursos prototipo o arquetipo en torno a lo investigado, cuando se buscan los puntos de vista representantes de las diversas posturas que pudieran existir (la perspectiva de los residentes) (6).

La recogida de datos se realizó entre octubre de 2008 y junio de 2009.

Atendiendo a la metodología cualitativa, la selección de los participantes no fue aleatoria, sino que se seleccionó a aquellos que mejor aportaran información. Para ello, se buscó en las historias clínicas a los residentes que habían vivido un proceso de duelo, tanto fuera como dentro de la institución. Cabe destacar que hubo residentes que, por su diagnóstico médico (principalmente demencia), resultaba dificultoso realizarles una entrevista. A ellos se les realizaron preguntas informales y cortas durante la observación participante.

Los criterios de inclusión para la realización de las entrevistas fueron: primero, estar institucionalizado como mínimo tres meses, considerando que en este espacio de tiempo los residentes se habrán adaptado y adquirido nuevas amistades; segundo, no padecer trastornos cognitivos que distorsionen los resultados del estudio; tercero, dar consentimiento para participar en el estudio; y, por último, vivir la pérdida de un familiar o compañero de la residencia.

64 CUESTIONES ÉTICAS

En este estudio se mantuvieron la confidencialidad y el anonimato de los pacientes, controlando en todo momento los datos obtenidos en la investigación. Para ello se codificaron las entrevistas. La confidencialidad garantiza que cualquier información proporcionada por un sujeto no será comunicada de ninguna forma que lo identifique y no será accesible para personas que no participen en la investigación (7).

Debido a la metodología, los riesgos para los participantes del estudio son prácticamente inexistentes: resultan totalmente proporcionales a los beneficios y a los conocimientos previstos.

El principio de respeto a las personas que han formado parte de nuestro estudio exigió obtener el consentimiento informado de los residentes, así como la petición a la institución para desarrollarlo. En la observación participante no hubo petición de consentimiento para los residentes, ya que falsificaría el escenario donde se realizó la investigación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En total, se realizaron seis entrevistas preservando el anonimato de los entrevistados. Para ello se utilizaron seudónimos:

- *María*: mujer viuda, la última pérdida significativa ocurrió estando institucionalizada. Hijo fallecido de forma inesperada por una afección cardíaca en el hospital.

- *Paquita*: mujer viuda, la última pérdida significativa fue la de la hermana; tras la pérdida, ingresó en la residencia por motivos de soledad.

- *Carmen*: mujer viuda, ha perdido dos hijos, uno de ellos hace muchos años en una intervención quirúrgica y otro a causa de un derrame cerebral. El segundo hijo y su marido fallecieron una vez institucionalizada. La última pérdida significativa fue la del cónyuge por afecciones cardíacas, con el que convivía en la residencia; los tres han fallecido en el hospital.

- *José*: hombre soltero, a lo largo de su vida ha perdido a sus cinco hermanos, tres de ellos estando institucionalizado; la última pérdida significativa fue la de un hermano, hace cuatro meses, fallecido en el hospital.

- *Pepe*: hombre viudo. Su última pérdida significativa fue su cónyuge, que falleció en el hospital. Los dos convivían en la residencia.

- *Marcos*: hombre viudo. Su última pérdida significativa fue su cónyuge, que falleció en el hospital antes de la institucionalización.

- *Josefina*: mujer viuda diagnosticada de Alzheimer, no era capaz de seguir una entrevista. Por ello en la observación participante se le realizaron preguntas informales. Padecía lagunas de memoria. Su última pérdida significativa fue su cónyuge, que falleció en la residencia.

Tras la realización de la entrevista cabe destacar que todos los encuestados han vivido el proceso de duelo en distintas etapas del ciclo vital y que todos los entrevistados identifican como persona significativa un familiar cercano, ya sea un hermano o cónyuge. Sin embargo, a pesar de que los entrevistados llevan años institucionalizados, no identifican como persona significativa en su vida a los residentes, con los que conviven durante 24 horas al día.

Cabe destacar que la institucionalización del entrevistado supone un antes y un después en lo que se refiere a las vivencias del doliente. Por ejemplo, los ritos funerarios se viven en el entorno familiar de forma diferente a como ocurre en la residencia. Los entrevistados relatan que antes de ingresar participaban en los velatorios, funerales, visitas habituales al cementerio, etc. Carmen refiere "...he ido mucho al cementerio a ver a mi hijo, al principio iba todos los días, pero desde que estoy aquí no voy, porque tienen que venir por mí...".

En este caso, los entrevistados sí llevaban luto (negro) por el fallecimiento de hijos o cónyuge cuando vivían en el seno familiar. Sin embargo, dentro de la residencia es escaso o nulo, ya que las normas del centro no permiten llevar luto durante un tiempo prolongado. En cuanto al tiempo, ha hecho mella en los arraigos culturales. José cuenta: "...cuando murió mi padre, hace 50 años, sí me puse de negro, ahora ya no se lleva...". Carmen refiere "...con el primer hijo llevé el luto durante 6 años y por el otro hijo lo llevé 2 años, y por mi marido un año...".

Atendiendo a las etapas del duelo, se puede distinguir entre el fallecimiento de un familiar y el de un residente.

Cuando el fallecimiento es de un residente no se evidencian las etapas del duelo. La primera etapa de *shock* no se manifiesta, ya que la muerte es un hecho asumido durante la vejez. Es por ello que el principal mecanismo de afrontamiento es la integración. Durante la observación no se evidenció ningún signo de *shock*, como pueden ser sentimientos de ira, cólera, negación. Este concepto queda patente en la mayoritaria participación anual del sacramento de la unción de enfermos —ya sea voluntaria o involuntaria (por falta de capacidades psíquicas—.

Al igual que en la primera fase, ocurre lo mismo con el resto de etapas, ya que los residentes no hablan sobre el residente fallecido a lo largo del proceso de duelo y siguen su rutina diaria, como si nada hubiese ocurrido.

Cuando es un familiar, se evidencian las cuatro etapas del duelo, sobre todo si la persona fallecida es más joven que el doliente.

La primera etapa de *shock* se manifiesta con llantos, ansiedad... Durante dicha fase cabe destacar que, dentro de la residencia, se administra medicación tranquilizante al dar a conocer la noticia al doliente, como ocurrió en el ca-

Tabla 1. Diferencias en la manera de afrontar el duelo dependiendo del fallecido

Fallecimiento de familiar	Fallecimiento de residente
Etapas del duelo	No se evidencian las etapas del duelo
Participación en ritos funerarios	No participación en ritos funerarios
Manifestación externa: luto	No existe manifestación externa
Signos de duelo: llanto, pérdida de peso	Aparentemente no se evidencian signos de duelo

so de María. Si hablamos de la segunda fase, “anhelo y búsqueda”, muchos de los entrevistados han hablado del fallecimiento de un ser querido con el resto de residentes y las circunstancias de su muerte. 65

Cabe destacar que la reorganización de la vida del residente ocurre en poco tiempo, ya que el doliente está inmerso en la rutina residencial.

En la Tabla 1 se reflejan las principales diferencias encontradas tras analizar los datos recogidos.

Como conclusión principal hay que decir que existen claras diferencias entre vivir el duelo en una institución cerrada y en el seno familiar. A medida que es más joven el fallecido y es un familiar más cercano, son mayores las manifestaciones de duelo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Neimeyer R. Aprender de la pérdida. Barcelona: Paidós, 2002.
2. Bowlby J. La pérdida afectiva. Barcelona: Paidós, 1993.
3. Diputación de Almería. Área de Bienestar Social. Reglamento de Régimen Interno de la Residencia Asistida de Ancianos, 2009.
4. Santos MA. La observación en la investigación cualitativa. Una experiencia en el área de salud. Rev Atención Primaria 1999; 24 (7): 425-30.
5. Greenwood DJ. De la observación a la investigación-acción participativa: una visión crítica de las prácticas antropológicas. Rev Antropol Soc 2000; 9: 27-49. (consultado el 8 de junio de 2009). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=157929>.
6. Ribot C, Fernández MA, García D. Investigación cualitativa en Atención Primaria. Una experiencia con entrevistas abiertas. Rev Atención Primaria 2000; 25 (5): 343-8.
7. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principles and methods. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 1999.