

LOS SIGNIFICADOS DE LA VULNERABILIDAD, DISCAPACIDAD, DEPENDENCIA Y AUTONOMÍA Y LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO DE ANCIANOS EN ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADIA.

Silvia Elsa Tarrío y María Cristina de los Reyes.

Cita:

Silvia Elsa Tarrío y María Cristina de los Reyes (2004). *LOS SIGNIFICADOS DE LA VULNERABILIDAD, DISCAPACIDAD, DEPENDENCIA Y AUTONOMÍA Y LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO DE ANCIANOS EN ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADIA. XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-029/172>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eVAu/tea>

495 - LOS SIGNIFICADOS DE LA VULNERABILIDAD, DISCAPACIDAD, DEPENDENCIA Y AUTONOMÍA Y LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO DE ANCIANOS EN ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADIA

Autor/es

Silvia Elsa Tarrío

Licenciada en Psicología. Docente de las carreras de Psicología, Servicio Social y Enfermería e Investigadora Proyecto “ Significados de la atención en el Hogar Municipal de Ancianos y calidad de vida” , Facultad de Psicología Universidad Nacional de Mar del Plata.

María Cristina de los Reyes

Licenciada en Sociología, Profesora Psicología Social Facultad de Psicología y Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social UNMdP, Directora Proyecto “ Significados de la atención en el Hogar Municipal de Ancianos y calidad de vida

Institución que acredita y/o financia la investigación

Facultad de Psicología Universidad Nacional de Mar del Plata

Resumen

Nuestras investigaciones sobre la calidad del cuidado a ancianos en Establecimientos de Larga Estadía (ELE) en Mar del Plata públicos y privados, muestran la vulnerabilidad en que éstos se encuentran. De los Reyes (2003), analiza la calidad de las prácticas de cuidado según seis categorías: grado de personalización/despersonalización que se organizan, facilitación/limitación que las normas de los establecimientos ofrecen para implementar cuidados adecuados (horarios rígidos, acciones rutinarias etc.), presencia/ausencia de la participación

en la programación de tareas, comprensión/incomprensión de la necesidad de incorporar a la familia al cuidado (atender sus dudas, ansiedades e impotencia frente a la situación), y la capacitación/no capacitación enfermera y gerontológica del personal. Analizamos estos conceptos apuntando a que su comprensión permita una mejor calidad de vida de los ancianos institucionalizados.

Resumen en Inglés

THE MEANING INCIDENCE OF THE VULNERABILITY, DISABILITY, DEPENDENCE AND AUTONOMY IN THE ELDERLY CARE PRACTICE WHO STAY AT LONG-TERM INSTITUTIONS. Lic. Silvia Elsa Tarrío y Lic. María Cristina de los Reyes Our research on the provided care quality to the elderly people of long-term public and private institutions in Mar del Plata city shows that the institutionalized elderly people are in a vulnerability situation. De los Reyes (2003) proposes the analysis of the care-practice quality according to six categories: personalization/despersonalization degree when implementing the proper care (strict schedule, routines, etc.), participation presence-absence when programming, understanding/not understanding the need of involving the family to the care (assist their doubts, anxiety and impotence before a situation), and nursing qualification/no qualification of the staff. We try to study the meaning of the vulnerability, autonomy, disability and dependence aiming at the institutionalized elderly people's better life quality. Key words: Formal caregivers of elderly people - vulnerability – dependence – autonomy.

Palabras Clave

Cuidadores formales de ancianos

Los conceptos de vulnerabilidad, discapacidad, dependencia y autonomía, se superponen en mayor o menor medida al momento de decidirse la internación

de ancianos en Establecimientos de Larga Estadía (ELE). Diferenciar y encontrar las articulaciones entre estos conceptos permite posicionarnos mejor frente a esta problemática y reflexionar sobre los cuidados ofrecidos a los ancianos institucionalizados.

¿A qué nos referimos cuando hablamos de “ vulnerabilidad” ? : Una persona o grupo social es vulnerable, cuando puede ser herido o sufrir alguna lesión física o moral sin poder evitarlo. En términos militares se piensa la “ vulnerabilidad” como la probabilidad de que un determinado blanco sea alcanzado por el fuego de cierta arma en unas condiciones determinadas de tiro. Esta probabilidad está relacionada con el fenómeno de dispersión o reparto proporcional de impactos sobre los blancos. Esta forma de darle significado a la “ vulnerabilidad” nos permite, al transcribirla en términos sociales, visualizar con facilidad que una persona o grupo se constituye en vulnerable no por sus características intrínsecas, sino por el lugar en el que socialmente es ubicado.

El Departamento Hogares de Día de la Ciudad de Buenos Aires, tomando las sugerencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera ancianos vulnerables: los muy ancianos (más de 80 años), los que viven solos, los que viven en Instituciones, los socialmente aislados, los que no tienen hijos, los discapacitados, aquellos cuya pareja está discapacitada o enferma y los que cuentan con escasos recursos. A la hora de diseñar políticas sociales, lo hace a partir de tres categorías para medir la gravedad de la situación: a) Los ancianos muy vulnerables (ingresos por debajo de la línea de pobreza que no poseen cobertura social); b) La población anciana vulnerable (Tienen vivienda –en su mayoría no son propietarios- sus ingresos son bajos y no todos poseen cobertura social, pero presentan un nivel mayor de educación que el grupo anterior, que les permite cierta movilidad social y de acceso a recursos); c) La población anciana de baja vulnerabilidad o poco vulnerable (bajos ingresos pero que ponen énfasis en resolver su situación de soledad). En estas categorías los *recursos materiales* de los que disponga el anciano son un factor importante para establecer su situación de vulnerabilidad. Sin embargo, a la hora de definir el grado de vulnerabilidad, son

los *recursos sociales* (redes de apoyo) y culturales (capacidad para organizar estrategias que le permitan resolver de forma autónoma su situación) los que delimitan las categorías.

Si entendemos la *dependencia* como la necesidad de una persona de recibir ayuda o apoyo para ajustarse a su medio o para interactuar con él (Ramírez Fernández, 2001), y coincidimos con Muchnik (1984) en que se expresa en la vejez de diferentes formas: 1) funcional (capacidad de autocuidado, movilidad, memoria, orientación); 2) económica (recursos materiales para la subsistencia escasos o nulos); 3) social (por pérdida de roles y aislamiento); y 4) psicológica (por falta de autonomía en la toma de decisiones), podemos encontrar la articulación y diferenciación entre la vulnerabilidad y la dependencia.

La condición de vulnerabilidad de un anciano se consolida cuando éste depende de otros para resolver su vida cotidiana, y será mayor cuanto más formas de dependencia presente. Esto nos alerta acerca de la necesidad de definir con precisión el tipo de dependencia que pueda presentar, evitando así que aquellos que lo cuidan en el contexto de la institucionalización de larga estadía no se excedan en la ayuda y lo inscriban en una situación de *dependencia institucional*.

En la ciudad de Mar del Plata, al igual que en el resto del país, se estima que alrededor del 80% de los ancianos residentes en ELEs, presenta algún tipo de dependencia motriz o intelectual, con un franco predominio de éstas últimas (Gutman, 2000; Pássera y otros, 1998). Es decir, la forma más habitual de dependencia en estas organizaciones es la de tipo funcional y se articula al concepto de discapacidad.

La *discapacidad* física y el rol social que ella consolida, según Buchner y Wagner no se dan como respuesta inevitable al envejecimiento biológico. Estos autores conciben un modelo donde los factores psicosociales y ambientales, de autocuidado y de atención médica adecuada, pueden evitar la situación previa de “*fragilidad*” generada por la coincidencia del envejecimiento biológico, las enfermedades crónicas y el desuso (Gutiérrez Robledo, 1994). Los factores del

entorno y las prácticas de autocuidado son en este modelo modificadores que impiden no sólo la llegada a la discapacidad, sino también al estado de fragilidad fisiológica. Pero de haberse instalado este estado, estos mismos factores pueden modificar el mismo, evitando la discapacidad o impidiendo que ésta progrese (Gutiérrez Robledo, op. cit.).

Investigaciones relacionadas con la calidad de los cuidados impartidos en las ELEs observan que puede generarse “*discapacidad excesiva*”, es decir, dificultades en el funcionamiento que exceden a las esperadas para una determinada condición física, y que esto suele ser producto del exceso de asistencia, al ocupar al personal en vestir, asear, alimentar y aún movilizar a aquellos que pueden hacerlo por sus propios medios (Buzeki y Berruti, 2003; Matusevich, 1998).

Cuando un anciano es institucionalizado, la familia y el personal de salud suelen referir casi con exclusividad a las dificultades que fueron el motivo principal de la decisión de internación. Inmerso en este nuevo discurso, el viejo se comienza a percibir, valorar, actuar y a comunicarse desde estas carencias que los otros le presentan como los rasgos distintivos de su identidad actual. La situación se agrava cuando los que "los cuidan", se dirigen a él con sentimientos de lástima o con un lenguaje meloso y recargado de apelativos cariñosos. Esto, no hace más que reforzar su dependencia, obstaculiza su autonomía (dependencia psicológica) impidiendo que ejerza sus derechos y modifique en lo posible su situación. Además el uso de apelativos suele reemplazar su nombre, privándolo del principal sostén de su identidad (Tarrío, 2003).

La institucionalización de un anciano no puede abordarse en su complejidad desde perspectivas que no piensen a la persona como un organismo bio – psico – socio – cultural, como sujeto que se arma y reconstruye en un entramado de relaciones que se expresan en el discurso. En este sentido, la familia cumple un rol fundamental como sostén de identidad y estímulo.

La posibilidad de integrar la realidad familiar y su forma de significar la internación, - que por lo general suele darse luego de intentos de cuidados deficitarios y ante la evidencia de la necesidad de un tipo de cuidados que ella no está capacitada para ofrecer - , permite abordar la crisis familiar que puede generarse. La decisión de internación implica por parte del grupo familiar la aceptación de su incapacidad de ofrecer ayuda a uno de sus miembros en situación de dependencia. Esto la hace *vulnerable* al generar el sentimiento de ser incapaz de afrontar el cuidado de cualquier otro de sus miembros necesitados de ayuda, con lo que puede iniciarse un “*ciclo de ruptura familiar*” (Bengston y Kuypers, 1985).

Orem desde el campo de la Enfermería conceptualiza la “*unidad pluripersonal de cuidado*” (Torralba i Roselló, 1998). Desde este concepto es posible incorporar a la familia en su conjunto como necesitada de cuidados al momento de decidir la internación de uno de sus miembros. Integrar a la familia no como acompañante de la internación geriátrica, sino como objeto de intervención, permite que ante las representaciones sociales más difundidas sobre la *familia* como única responsable del cuidado de sus miembros (de los Reyes, Roosé, Berruti y Buzeki, 2000; Stefani, 1992), la *decisión de internar a un anciano* como “abandono” y los *geriátricos* como “depósitos” , “antesala de la muerte” o “negocio” (de los Reyes, 2001) surjan significados resistentes, impidiendo que en la familia se generen sentimientos de culpa, autorreproches u hostilidades entre sus miembros (Sanchez Salgado, 2000). Al mismo tiempo podrán modificarse las actitudes negativas del personal de atención directa hacia los familiares, en tanto el alejamiento progresivo de éstos o la escasez de visitas se interpretan como abandono o síntoma de desinterés por el viejo (de los Reyes y Buzeki, 2003) .

Para organizar las prácticas de cuidado deben tenerse en cuenta los valores y las creencias culturales de los individuos y grupos, permitiendo que las personas propongan sus puntos de vista, conocimientos y prácticas como base de acciones y decisiones. Evitar que una dependencia funcional se perciba y funcione como justificación de otros tipos de dependencia, - social, económica o psicológica -, es

ofrecerle a los ancianos residentes en los ELEs un espacio no vulnerable, instalando la plena vigencia de los derechos humanos al potenciar la máxima autonomía posible entre los mismos.

Por lo dicho el abordaje de la problemática de la institucionalización de ancianos implica una intervención sistematizada que ponga en juego los diferentes niveles involucrados: a) Intrapersonal: el anciano y sus expectativas para con la organización en la que va a internarse y el posible sentimiento de desarraigo familiar en esta nueva etapa que le toca vivir; b) Interpersonal, en la relación de encuentro/desencuentro entre el anciano y su familia, poniendo en diálogo los significados atribuidos por ambos actores sociales a la decisión de internación; c) Institucional: se requiere la participación de todos los actores involucrados en la institucionalización del anciano para una real integración del mismo al nuevo contexto de cuidados, teniendo en cuenta la influencia de los significados atribuidos por la familia, el anciano y los cuidadores formales a la vejez y sus potencialidades, la internación, las prácticas de cuidado, el autocuidado, la autonomía y la participación (Aroza y Tarrío, 2003).

Referencias bibliográficas

Aroza A. y Tarrío S. (2003): Programas institucionales en establecimientos de larga estadía. Ponencia en co-autoría *Primer Congreso Nacional de Trabajadores Sociales del Centro de la Provincia de Buenos Aires*. Tandil, Abril de 2003.

Bengston V. L. y Kuypers J. (1985): The family support cycle: Psychosocial issues in the aging family, en Munnichs J.M.A., Mussen P., Olbrich E. y Coleman P. (Eds.), *Life span and change in a gerontological perspective*, Academic Press.

Buzeki M. y Berruti M. B. (2003): Cuidadores formales en la institucionalización de larga estadía. Revista *Perspectivas*, Notas sobre

Intervención y Acción Social Departamento de Trabajo Social de la Universidad Cardenal Raúl Silva Henríquez de Santiago de Chile, Febrero 2003.

de los Reyes M.C. (2003): Institucionalización de ancianos y vulnerabilidad. Ponencia *V Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales UBA. Buenos Aires, Julio 2003.

de los Reyes M. C. y Buzeki M. (2003): El diálogo como estrategia de programas institucionales en geriátricos, *Primer Congreso Nacional de Trabajo Social*, Universidad Nacional del Centro, Tandil.

de los Reyes M.C., Roosé V., Berruti M.B. y Buzeki M. (2000): Ancianidad dependiente, familia e institución geriátrica, en *La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*, Buenos Aires: Ed. Dunken.

Gutiérrez Robledo L.M. (1994): Concepción holística del envejecimiento. En Organización Panamericana de la Salud *La atención de ancianos: Un desafío para los años noventa*. Washintong. Anzola Perez, E.; Galinsky, D.; Morales Martinez, F; Salas, A y Sanchez Ayendez, M. (Eds.): 34-41.

Gutman R. (2000): Panel ¿Para qué sirven los hogares para personas mayores?. *Foro para las Personas Mayores de la Ciudad de Buenos Aires*. Exposición desgrabada. Julio de 2000.

Pássera G. y otros (1998): Evaluar ancianos o las instituciones que los albergan?, ponencia *VIII Congreso Argentino de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica*, Buenos Aires, 1998.

Matusevich D. (1998): Envejecimiento e institucionalización geriátrica, en *Envejecimiento y vejez. Nuevos aportes*. Ferrero G. A. (comp.), Buenos Aires: Ed. Atuel.

Muchnik E. de (1984): *Hacia una nueva imagen de la vejez*. Ed. Belgrano, Buenos Aires: 1984.

Ramírez Fernández I.M. (2001): La Autonomía versus la Dependencia en la vejez, ponencia *IV Congreso Chileno de Antropología*, Universidad de Chile. Santiago de Chile, noviembre 2001.

Tarrío S. E. (2003): El discurso cotidiano y científico sobre la internación geriátrica. Perspectiva psicosocial. *Revista Nexos* N° 17, Año 10: 33-36. Secretaría Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Noviembre 2003.

Torralba i Roselló F. (1998): *Antropología del cuidar*, Instituto Borja de Bioética, Madrid: Ed. MAPFRE.