



Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social

Título del documento: Una mirada sobre el ejercicio de la autonomía de las personas mayores en el Hogar San Martín, Residencia de Larga Estadía de la Ciudad de Buenos Aires

Emilse Almirón Duarte

María Paula Ugo

Rosana Croas, dir.

Cristina Inés Bettanin, co-dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis: 2023

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR





UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA: Licenciatura en Trabajo Social

AREA DE INVESTIGACION:

“Una mirada sobre el ejercicio de la autonomía de las Personas Mayores en el Hogar San Martín, Residencia de Larga Estadía de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”



Autoras: ALMIRÓN DUARTE Emilse DNI. 94631666 (emilsealmiron@hotmail.com)

- UGO María Paula DNI. 17925068 (paulaugo67@gmail.com)

Tutora Temática: Rosana Croas (ricroas@gmail.com)

Seminario de TIF: Primer cuatrimestre del año 2021

Cátedra: Luxardo, Natalia.

Docente orientador: Cristina Inés Bettanin

Fecha de presentación: 04/04/2023

Resumen

Título: *“Una mirada sobre el ejercicio de la autonomía de las personas mayores en el Hogar San Martín, Residencia de Larga Estadía de la Ciudad de Buenos Aires”*

Autoras: Almirón Duarte, Emilse - Ugo, María Paula.

Fecha de presentación: 04/04/2023

Palabras claves: Personas Mayores - Autonomía - Visiones de Vejece - Modelo Asilar - Alimentación - Estrategias de intervención - Enfoque de Derechos.

El presente trabajo de investigación final surgió con el interés de analizar y problematizar las distintas visiones de las vejece que subyacen en el Hogar San Martín desde la perspectiva del Trabajo Social, que tiene el compromiso ético y político de comprender y problematizar los fenómenos sociales naturalizados en contextos cotidianos, en pos de la defensa y reivindicación de los Derechos Humanos. Desde esta posición nos propusimos analizar las estrategias de intervención del equipo interdisciplinario del hogar, para comprender el impacto de esas visiones en el ejercicio de la autonomía de las personas mayores.

Cabe aclarar que nombramos a la población envejeciente como personas mayores, creyendo necesario recordar desde la nominación que los sujetos que portan algún grado de dependencia no pierden su condición de “personas”. De este modo, nuestra investigación parte desde un enfoque de derechos en donde intentamos poner en tensión visiones de vejece que conciben a las personas mayores como objetos de cuidado y no como sujetos de derechos. Desde esta perspectiva, y basándonos en los aportes de Manes (2018) nos referimos a “vejece” y no vejez para comprender la heterogeneidad de esta población, y señalar que existen múltiples formas de envejecer.

Esta investigación tiene un enfoque cualitativo, y la misma se llevó a cabo en el periodo 2022 en el Hogar San Martín, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Hemos realizado once entrevistas al equipo interdisciplinario de las Salas “Joaquín” y “Vincular”, y a los residentes de dichas salas. A través de las estrategias de intervención analizadas en las mismas, logramos identificar visiones de vejece que impactan negativamente en el ejercicio de la autonomía de las personas mayores de dicha institución.

Durante todo el desarrollo del trabajo realizamos una articulación y continuo diálogo con los aportes teóricos que hemos recibido durante nuestra formación y de otros materiales/elementos teóricos que nos han servido de base fundamental para nuestro trabajo.

Agradecimientos

Agradecemos a la universidad pública, a la carrera de Trabajo Social y a todos los docentes que nos acompañaron a lo largo de nuestra trayectoria educativa, quienes nos enseñaron a tener pensamientos críticos y constructivos en todos los aspectos de la realidad social, en pos de la defensa, promoción y restitución de los derechos vulnerados.

A Rosana Croas, directora temática, por su buena predisposición para acompañarnos en nuestro trabajo de investigación final, por sus enseñanzas y aportes constructivos durante el proceso de investigación.

A todos los profesionales del hogar por cada entrevista, y por el compromiso de visibilizar la realidad de las personas mayores institucionalizadas.

A cada uno de los residentes por su confianza en contarnos su experiencia de vida dentro del hogar.

A nosotras por acompañarnos, comprendernos, contenernos y sostenernos en los momentos difíciles durante el proceso de investigación, que supimos llevar adelante por ser un gran equipo.

A nuestros familiares y amigos por el acompañamiento y contención en todo momento.

¡¡Gracias infinitas a todos ustedes!!

Índice

INTRODUCCIÓN.....	1
1. Abordaje Metodológico.....	3
1.1 Tipo de estudio, metodología seleccionada y tratamiento de la información.....	3
1.2 Unidad de Análisis.....	5
1.3 Obstáculos y Facilitadores.....	6
1.4 Resguardos éticos.....	6
2. Estructura del Trabajo de Investigación.....	7
CAPÍTULO I: Consideraciones teóricas.....	8
CAPÍTULO II: Visiones de vejez.....	25
1. Representaciones sociales de las vejez.....	25
1.1 Mirada viejista.....	27
1.2 Mirada biologicista/patologizante.....	28
2. Concepciones de vejez en las prácticas institucionales.....	29
2.1 Visión reguladora de la vida cotidiana.....	29
2.2 Visión homogeneizante.....	31
3. Perspectiva de derechos para el abordaje de las vejez.....	33
3.1 Perspectiva de derechos en la intervención profesional.....	35
4. Reflexiones preliminares.....	36
CAPÍTULO III: Vejez: aproximaciones conceptuales desde la perspectiva de la alimentación en el Hogar San Martín.....	37
1. El carácter social de la alimentación y las representaciones de las vejez.....	38
2. Alimentación y autonomía de las personas mayores institucionalizadas.....	42
3. Reflexiones preliminares.....	44

CAPÍTULO IV: El derecho al ejercicio de la Autonomía de los residentes del Hogar San Martín.....	45
1. Autonomía de la persona mayor.....	45
2. Factores que restringen la autonomía de la persona mayor en el Hogar San Martín.....	50
2.1 Acerca de la estructura edilicia.....	50
2.2 Acerca de las demandas y deseos de los residentes.....	52
2.3 Acerca de los recursos institucionales.....	54
2.4 Las relaciones de poder.....	56
3. Factores que promueven el ejercicio de la autonomía.....	57
4. Reflexiones preliminares.....	59
Conclusiones.....	60
Bibliografía.....	64
Anexo I: Entrevistas.....	71
Anexo II: Fotos.....	93

Introducción

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo dar cuenta de los resultados obtenidos a partir de la investigación desarrollada durante el año 2022, en el marco de la asignatura “*Seminario de Trabajo de Investigación Final*” de la Carrera de Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad de Buenos Aires (UBA).

Conforme a lo anterior, el tema elegido es: “***El ejercicio de la autonomía de las Personas Mayores que residen en el Hogar San Martín***”. El interés por el tema tiene como origen las prácticas pre-profesionales llevadas a cabo dentro del Departamento del Servicio Social del Hogar San Martín (en adelante HSM), correspondientes a la cursada de la materia Taller IV, en el transcurso del año 2021. Cabe aclarar que en ese contexto se estaba atravesando la pandemia del COVID-19, que afectó en todos los sentidos a todas las poblaciones del mundo. Esta situación evidenció las visiones negativas sobre las personas mayores (en adelante PM), profundizando las situaciones de vulnerabilidad de aquellas personas que residen en las Residencias de Larga Estadía (en adelante RLE), ya que en ese contexto se materializaron en muchos aspectos prácticas del modelo asilar. Si bien nuestra investigación no tiene como eje analizar el contexto de pandemia, nos pareció relevante mencionar que en el escenario del Covid-19, las personas mayores fueron catalogadas como población de riesgo, por el simple hecho de su edad, evidenciando la mirada biomédica sobre las personas mayores y sometiéndolas a medidas extremas de cuidados y aislamiento.

Fue en ese contexto que comenzamos a tener un acercamiento a la institución en donde observamos, a través de las estrategias de intervención del equipo interdisciplinario, ciertas visiones de vejez que vulneran el derecho a la autonomía de los residentes.

En este sentido, señalamos que el abordaje de la alimentación en el HSM se convirtió en un eje crucial de análisis para nuestra investigación. Logramos identificarlo como un indicador fundamental de significación de la perspectiva asilar. Dicha identificación fue por medio de las intervenciones profesionales y desde el fuerte señalamiento crítico de los residentes con respecto a la alimentación. De ese modo logramos reconocer las concepciones de vejez que impactan directamente en el ejercicio de la autonomía de las

PM institucionalizadas. En consecuencia, profundizamos la temática en un capítulo para visibilizar lo planteado.

Cabe señalar que el HSM, es uno de los cuatro dispositivos de RLE para las PM que ofrece el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y depende de la Dirección General de Dependencias y Atención Primaria de la Secretaría de Integración Social Para Personas Mayores, del Ministerio de Salud de la Ciudad. A su vez, la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sancionó la Ley 5670/16, que regula la actividad de estos establecimientos en el marco del Art. 41 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde se garantiza la igualdad de oportunidades y el pleno goce de los derechos a las PM. La misma adhiere a la Ley 27360, que ratifica la Convención Interamericana de Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores velando por su protección y por su integración económica y sociocultural, y promoviendo la potencialidad de sus habilidades y experiencias.

En ese marco, el HSM brinda asistencia a las PM de 60 años que carezcan de vivienda, cobertura social y estén en situación de vulnerabilidad social, carentes de apoyo familiar y/o sin red de contención. La institución posee siete salas, con diverso número de personas, tanto hombres como mujeres y con distintas características y grado de dependencia psicofísica. En la actualidad el hogar tiene trescientos residentes. Allí, cada sala del hogar cuenta con un equipo interdisciplinario, compuesto por: médicos, psicólogos, cuidadores, trabajadores sociales y enfermeros. También están las profesionales en nutrición que son dos para toda la institución. Si bien no conforman de manera exclusiva un equipo interdisciplinario en ninguna sala, realizan trabajos de manera conjunta con todos los profesionales del hogar. Por tal motivo, decidimos incorporar a una de ellas como parte del equipo interdisciplinario de la Sala Joaquín y Vincular para poder entrevistarla, ya que la alimentación se convirtió en un eje central para nuestra investigación.

Habiendo expuesto el tema de interés de nuestra investigación y el lugar donde se realizó la misma, nos preguntamos: ¿Qué visiones de vejez subyacen en las intervenciones del equipo interdisciplinario del Hogar San Martín y cómo estas influyen en el ejercicio de la autonomía de los residentes de dicha institución durante el año 2022?

A partir de allí, proponemos la siguiente hipótesis: La lógica institucional del HSM tiende a reproducir visiones de vejez basadas en el modelo asilar, que se materializan en algunas prácticas profesionales. Consideramos que las visiones de las vejez enmarcadas en lógicas asilares, invisibilizan a las PM como sujetos de derechos y obstaculizan el ejercicio de su autonomía.

Por consiguiente, nos planteamos como **objetivo general**: “Analizar las estrategias de intervención llevadas a cabo por el equipo interdisciplinario del Hogar San Martín, en torno al ejercicio de la autonomía de los residentes de la Sala “Vincular” y Sala “Joaquín” durante el periodo 2022”. De la misma forma nos planteamos tres **objetivos específicos** que son los siguientes: 1) Reconocer las representaciones sociales construidas con respecto a las vejez institucionalizadas, por parte de los integrantes del equipo interdisciplinario del Hogar San Martín. 2) Analizar el ejercicio de la autonomía de los residentes del hogar a través de las intervenciones de los profesionales y, desde las demandas y deseos de los propios residentes. 3) Describir y analizar las formas de concebir las vejez desde el abordaje de la alimentación por parte de los profesionales del hogar.

1. Abordaje metodológico

1.1 Tipo de estudio, metodología seleccionada.

Para Strauss y Corbin (2003) una investigación cualitativa refiere a cualquier tipo de investigación que produce hallazgos a los que no se llega por procedimientos estadísticos o por otros medios de cuantificación. Por otro lado, la investigación cualitativa proporciona una descripción íntima de la vida social, presentando detalladamente el contexto y los significados de los acontecimientos y escenas importantes para los involucrados (Taylor y Bogdan, 1992). Por último, siguiendo a Teresa Sirvent (2003) la lógica cualitativa busca penetrar hondo en la complejidad dialéctica contradictoria, y en permanente movimiento del hecho social, penetrar en los procesos de construcción por parte de los sujetos de los significados que atribuyen a su vida según un procesamiento histórico social.

A partir de los objetivos específicos desarrollados, llevamos a cabo una investigación de tipo cualitativa de carácter descriptivo, que busca analizar las estrategias de intervención del equipo interdisciplinario del HSM, para comprender las visiones de vejez que

operan en ellas, y los efectos en el ejercicio de la autonomía de la PM institucionalizada. Entendemos que este tipo de investigación permite dar existencia teórica a lo obvio, lo oculto, lo desconocido y lo contradictorio de la vida diaria, ya que recuperando la subjetividad se puede contribuir a transformar la realidad.

Este modelo de enfoque se fundamenta en una perspectiva interpretativista basada en la comprensión de los significados de las acciones de los propios sujetos y sus instituciones, bajo la lógica inductiva de lo particular a lo general (Sampieri, 2010). El proceso de indagación es flexible y se mueve entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. Su propósito consiste en “reconstruir” la realidad, tal como la observan los actores que forman parte del HSM. En este aspecto señalamos que durante todo el proceso de investigación llevamos a la práctica la reflexividad, este método permite comprender la realidad que se analiza desde una mirada crítica e integral. Entendemos a la reflexividad como un proceso en donde el investigador vuelve sobre sí mismo para examinar críticamente el efecto que tiene sobre el estudio y el impacto de las interacciones con los participantes. Dicho proceso atraviesa todos los niveles de un estudio de investigación y está presente en todas las fases desde el principio al fin (De la Cuesta B. C., 2011).

Dentro de la metodología cualitativa para la producción de datos, se encuentran las llamadas “técnicas cualitativas”, que buscan captar la perspectiva de los actores involucrados con respecto al fenómeno a investigar, a través de los relatos sobre determinados hechos. Una de las técnicas es la entrevista semiestructura, que es la que utilizaremos para la construcción de datos, la misma se orienta en una guía de temas y preguntas basadas en los objetivos y variables de nuestra investigación.

También nos parece relevante nombrar otra técnica de recolección utilizada que fue la observación participante, la misma posibilitó nuestra pequeña participación en la vida cotidiana y el contacto con las PM. Según Geertz (2003), la observación adquiere un papel prioritario al estudiar una cultura y las conductas de los grupos sociales, alcanzando la identificación del significado de los símbolos culturales. En el proceso investigativo fueron observados las PM en sus diferentes espacios como ser el comedor, las áreas de esparcimiento, además de su interacción con el equipo de profesionales y de apoyo cotidiano. Para Galeano (2004), la observación participante, cuando se usa en combinación con la entrevista, ofrece una forma muy eficiente de problematizar y poner en duda la relación entre las palabras y los actos.

Finalmente, con respecto al análisis de contenido, desarrollamos el método de comparación constante, utilizando un conjunto sistemático de procedimientos que permitieron generar teoría a partir del análisis de la evidencia empírica (Glasser y Strauss, 1967). Para ello recurrimos a la codificación, categorización y comparación de los diferentes discursos de los profesionales que conforman el equipo interdisciplinario, así como los relatos de los residentes.

Consideramos que las sociedades han visualizado el cuidado de las PM desde la heteronomía¹, obviando su derecho a la autonomía, e indicando (desde la perspectiva médica) el “deber ser” sin contemplar su decisión o percepción, y generando dilemas al momento de la construcción de vejez dignas y sin discriminación por edad.

Entendemos que, desde el Trabajo Social, es fundamental la promoción de los derechos de las PM y, por consiguiente, nos debemos plantear el ¿cómo?, ¿para quienes? y ¿el por qué? de la intervención, construyendo un proyecto ético-político y progresista de la profesión. Este proyecto, tomando aportes de Montaña (2004) tiene como aptitudes la libertad, la ciudadanía, la justicia, la eliminación de las distintas formas de opresión, explotación y dominación, ampliación de la ciudadanía, entre otros. Es así que el mismo redimensiona ideologías, valores, en articulación con actores sociales, en donde la mirada de las PM es fundamental “sine qua non” para una intervención efectiva desde los derechos humanos, y así transitar las vejez desde la dignidad, equidad y autonomía.

1.2 Unidad de análisis

En nuestra investigación, las entidades seleccionadas como unidad de análisis son los profesionales que conforman el equipo interdisciplinario de la sala “Joaquín y Vincular” y los residentes de esas mismas salas del HSM, en el año 2022. Cabe aclarar que la Sala Joaquín está conformada por residentes dependientes, mientras que la Sala Vincular está constituida por residentes independientes que tienen la posibilidad de convivir con algún familiar u otro lazo afectivo. Para nuestra investigación, la elección de estas salas nos permitió analizar y poner en tensión las formas de concebir la autonomía de las PM institucionalizadas, la cual en muchos casos se reduce a la capacidad física (independencia/dependencia) de las PM.

¹ Cualidad de aquellas personas que son regidas por un poder ajeno a ellas (Ramírez Fernández, 2001).

Las unidades de recolección elegidas son dos: los profesionales que forman parte del equipo interdisciplinario de la Sala Joaquín y Vincular del HSM y los residentes de esas mismas salas. Para nuestra investigación es fundamental obtener la voz de los residentes para conocer sus vivencias dentro del hogar y a partir de allí reconocer las visiones de vejez que operan en la institución y cómo impactan en su autonomía.

Dicho esto, detallamos que los entrevistados del equipo interdisciplinario son: un Trabajador Social, dos Médicos, una Psicóloga, una Cuidadora y una Nutricionista. Y son cinco residentes entrevistados, tres de la sala Joaquín y dos de la sala Vincular.

1.3 Obstáculos y facilitadores

El contexto de pandemia ya no era tan rígido, sin embargo, el uso del barbijo resultó ser un obstáculo, particularmente con los residentes, ya que en algunos casos era necesario levantar la voz y repetir varias veces las preguntas, dado que en el espacio institucional había ciertos barullos y algunos residentes (muchos de los entrevistados) presentaban poca capacidad auditiva.

En cuanto a los facilitadores, apreciamos el interés de los entrevistados frente a nuestra propuesta, así como su buena predisposición. De esta manera, con el previo consentimiento de los mismos, pudimos grabar las reuniones para su posterior desgrabación y análisis.

1.4 Resguardos éticos

Previo a las entrevistas, solicitamos el consentimiento de los entrevistados para que la información brindada pueda ser utilizada en este estudio, así como la grabación de los mismos, explicitando los fines académicos. Cabe aclarar que la identidad de cada entrevistado es preservada, por lo que, sus declaraciones son referenciadas con las iniciales de sus nombres de pila, identificando si son profesionales o residentes del hogar.

Del mismo modo solicitamos el permiso para fotografiar el espacio institucional y poder utilizarlas como fuente documental a fin de complementar y enriquecer nuestro trabajo de investigación.

2. Estructura del trabajo de investigación

Para responder nuestro objetivo general de *“Analizar las estrategias de intervención llevadas a cabo por el equipo interdisciplinario del Hogar San Martín, en torno al ejercicio de la autonomía de los residentes de la Sala “Vincular” y Sala “Joaquín” durante el periodo 2022”*, estructuramos nuestro trabajo en cuatro capítulos.

En el primer capítulo nos concentramos en desarrollar el contenido teórico relacionado con el problema de investigación. Los mismos son: Persona mayor, vejez, representaciones sociales, institucionalización, modelo asilar e instituciones totales, residencias de larga estadía u hogares, vida cotidiana, autonomía, estrategias de intervención interdisciplinaria, alimentación.

En el segundo capítulo intentamos dar cuenta de las visiones de vejez que se materializan en las estrategias de intervención de los profesionales del hogar. Dichas acciones fueron manifestadas en los relatos de las entrevistas. Para comprender de manera integral la problemática abordada incluimos los relatos de los propios residentes del HSM. De esta forma intentamos responder a nuestro objetivo específico de: *Reconocer las representaciones sociales construidas con respecto a las vejez institucionalizadas, por parte de los integrantes del equipo interdisciplinario del Hogar San Martín.*

En el tercer capítulo, analizamos la temática de la alimentación, ya que se convirtió en un eje central para dar cuenta de las visiones de vejez que operan en el HSM y su impacto en el ejercicio de la autonomía de la PM. En ese sentido analizamos la importancia del carácter social, el valor simbólico de la alimentación, y las demandas y deseos de los residentes con respecto a la comida. Al respecto, trataremos de responder el objetivo específico de: *Describir y analizar las formas de concebir las vejez desde el abordaje de la alimentación por parte de los profesionales del hogar.*

En el cuarto capítulo, analizamos el ejercicio de la autonomía desde las estrategias implementadas por los profesionales, como también desde las vivencias cotidianas de los residentes en el hogar. Allí, intentamos reflejar aquellos factores que restringen el ejercicio de la autonomía como también aquellos que las promueven. De esta forma procuramos responder el siguiente objetivo específico: *Analizar el ejercicio de la autonomía de los residentes del hogar a través de las intervenciones de los profesionales y, desde las demandas y deseos de los propios residentes.*

CAPÍTULO I

Consideraciones teóricas

En el presente capítulo abordamos las categorías teóricas que fueron claves para el desarrollo de la investigación, y que guiaron la interpretación y análisis de todo el trabajo. Por tal motivo, utilizamos como base teórica los conceptos relacionados al proceso de envejecimiento en contexto institucional y las dimensiones que eso implica.

Aclaremos que nuestra investigación se realiza desde una mirada del Trabajo Social crítico, que expresa sustantivamente una capacidad, postura y una perspectiva. Una capacidad crítica (teórico-metodológica) para el análisis social y de los fenómenos sociales, como también de los determinantes y causalidades, de los fundamentos histórico-sociales y teóricos, igual que las potencialidades y los límites de la práctica profesional. Una postura crítica (ético-política) de cara a la realidad que enfrenta, de las condiciones estructurales e institucionales, de los fundamentos y modalidades operativas y de las acciones y valores desarrolladas. Una perspectiva crítica (ideo-política) que sobrepasa lo inmediato de la actividad práctica, para tener un mayor alcance, intentando vencer el orden que funda la explotación, las desigualdades sociales y cualquier forma de discriminación (Montaño, 2014: 24).

Persona Mayor

Según la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores, la “Persona mayor” es aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor. También define a la “Persona Mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo” como: aquella que residen temporal o permanentemente en un establecimiento regulado, sea público, privado o mixto, en el que recibe servicios socio-sanitarios integrales de calidad, incluidas las RLE, que brindan estos servicios de atención por tiempo prolongado a la PM, con dependencia moderada o severa que no pueda recibir cuidados en su domicilio.

Proceso de envejecimiento y vejez

Según Paola. J (2012), el envejecimiento es un proceso dinámico y multidimensional que opera a lo largo de la vida de los seres humanos y se encuentra influido por diversos

factores endógenos y exógenos por sobre las personas que, en su conjunto, contribuyen a incrementar progresivamente la tasa de mortalidad específica para la edad. Esto implica aceptar que el envejecimiento no configura una enfermedad, ni un error evolutivo, sino un proceso con múltiples causas cuyo resultado, las vejezes, es tan heterogéneo en sus manifestaciones unitarias como lo son los seres humanos sujetos de las mismas.

María del Pilar Álvarez (1988), citada por Danel, conceptualiza a la vejez como proceso que da cuenta del entrecruzamiento particular y subjetivo de cada ser humano y su propia historia. A su vez, Danel reconoce las múltiples dimensiones del proceso de envejecimiento: psicológica, biológica y sociocultural. Afirma que el proceso de envejecimiento es singular, sujeto a la trayectoria de aquel que porta los años y al mismo tiempo responde a variables históricas sociales más amplias.

Según Berenice Neugarten (1994) el fenómeno del envejecimiento no comienza cuando las personas cumplen 60 años. Comienza cuando las personas fueron concebidas y se desarrolla durante toda la vida, por lo tanto, la edad cronológica no es un concepto utilizable ni en la investigación ni en la educación.

Por su parte, Ludí (2013) señala que la vejez se configura como una construcción sociocultural, sobredeterminada por dimensiones contextuales socioeconómico político y culturales, que atraviesan la vida cotidiana de las PM, de ahí que el envejecer sea un proceso particular y complejo, que comprende diferentes aspectos: físico, psicológico, social y emocional, constituyéndose en una experiencia única. Asimismo la autora considera que la cuestión del envejecimiento, contiene dos dimensiones: una refiere a la concepción de vejez, su construcción y configuración socio-cultural, sus representaciones sociales, sus implicancias, y la otra refiere a la vejez como condición humana, como proceso de envejecimiento y momento de la vida, con sus limitaciones y posibilidades ante los cambios que lo posicionan en una situación diferente, que lo sitúan en un espacio de tensión respecto de sus necesidades y las posibilidades en la vida cotidiana.

En esa misma línea, Salvarezza (1991) coincide en afirmar que el envejecimiento no es unívoco, implica niveles psicológico, biológico y social. Por un lado, el envejecimiento biológico, hace referencia a los cambios físicos que comprometen el sistema de órganos del cuerpo. Es importante mencionar que dichos cambios no ocurren en todas las personas de igual manera. Por otro lado, el envejecimiento psicológico, se relaciona a los procesos

sensoriales, las destrezas motoras, a la personalidad, emociones, motivaciones, etc. Y, por último, el envejecimiento social, depende de los hábitos sociales, los papeles y relaciones que el sujeto adopte en el ámbito social.

En relación con todo lo mencionado, retomamos los aportes de Manes para referirnos a las vejeces y no vejez, para visualizar las múltiples y desiguales formas que hay de envejecer. Como también para interpelar y deconstruir el carácter homogeneizante que se le otorga socialmente a este sector poblacional. La autora entiende que se deben pensar las vejeces desde una perspectiva interseccional ya que visibiliza las múltiples formas que adquieren las vejeces y los factores que inciden en el tránsito de la misma y que le dan características particulares y únicas a cada una. En palabras de Manes (2016) la interseccionalidad²: “da cuenta de las múltiples formas de opresión estructural que operan en una persona, como por ejemplo la edad, la clase social, la etnia, el género, la nacionalidad, etc., y que están interrelacionadas. Estas interacciones entre distintos tipos de discriminación crean situaciones y experiencias de opresión únicas, que deben ser analizadas y comprendidas como tales”.

Las representaciones sociales

Al entender las nociones de vejeces como una construcción social, nos parece pertinente desarrollar la categoría de representaciones sociales. Estas, refieren a formas de conocimiento elaboradas y compartidas al interior de un grupo que participa de prácticas sociales comunes y que tiene una determinada inserción en la estructura social (Moscovici, 1984; Jodelet, 1986). En este sentido Moscovici considera que la inclusión de las personas en diferentes categorías sociales y su adscripción a distintos grupos, constituyen fuentes de determinación que inciden con fuerza en la elaboración individual de la realidad social y esto es, precisamente, lo que genera sus visiones compartidas e interpretaciones similares de los acontecimientos y, dentro de ello, el fenómeno de envejecer y la propia etapa de las vejeces. Esto significa que el medio cultural en que viven las personas, el lugar que ocupan en la estructura social, y las experiencias concretas con las que se enfrentan a diario, influyen en su forma de ser, de actuar, en su identidad social y la forma en que perciben la realidad social.

² “La interseccionalidad es un concepto acuñado por el feminismo afro-estadounidense en la década del '80 para distinguirse del feminismo blanco, burgués, y europeo que no daba cuenta de las múltiples opresiones que sufrían las mujeres en otros contextos, por ser mujeres, pobres y negras” (Manes et al., 2016:5).

Asimismo, para comprender las representaciones sociales sobre las vejeces y su reproducción en la estructura social, recuperamos el concepto de *habitus*, definido por Bourdieu (1991) como sistemas en donde los individuos reproducen procesos sociales colectivos. Que son disposiciones duraderas y transferibles, son estructuras estructuradas que funcionan como estructuras estructurantes. De ese modo funcionan como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin. Según el autor, el *habitus* se reproduce de manera inconsciente sin cuestionar los fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, y están objetivamente “reguladas” y “regulares”, omitiendo así, ser el producto de la obediencia a reglas, funcionando colectivamente sin ser producto de la acción organizadora.

De igual manera, para comprender la materialización y reproducción de las representaciones sociales con respecto al proceso de envejecimiento, recuperamos la categoría de “institución”, definida por Schvarstein (2002) como “aquellos cuerpos normativos, jurídicos, culturales, que están compuestos por ideas, por valores, por creencias y por leyes que determinan las formas del intercambio, de interacción social, que se materializan en las organizaciones como ser las RLE”. Allí se reproducen las normas universales a través de los actores sociales que conforman el espacio, en donde cada uno tiene roles asignados y al materializarse de esa forma, logra tener efectos sobre los individuos.

En este marco es pertinente señalar que, según el Inadi (2017), la población adulta mayor sufre las consecuencias más graves de los estereotipos negativos de las vejeces, quedando excluidos de la sociedad, de la comunidad y de la vida familiar.

Institucionalización de la Persona Mayor

Según Paola et al. (2011) la institucionalización se entiende como la práctica que implica el ingreso a un espacio de cuidado, ya sea público o privado (de forma voluntaria o no), donde son profesionales de la salud, del área psicosocial, u otras personas particulares, los que se encargan de atender y cuidar a las PM, que por su condición económica, ausencia o descuido familiar, problemas de salud, vulneración de derechos, etc., han ingresado a espacios de este tipo, generando además, fuertes impactos y rupturas en la cotidianidad de la población mayor que ingresa a dichos espacios.

Según Salvarezza (1998) las personas que recién ingresan a una institución pueden sufrir diferentes emociones, tales como depresión o confusión, lo cual puede o no mejorar con el tiempo. Esto en gran parte dependerá de las características de la institución, si es pública o privada, los espacios físicos (cuartos, espacios comunes, espacios al aire libre), cantidad de residentes, tipos de actividades extra, características del personal, entre otros factores. Por último, se debe destacar que las instituciones (en este caso los establecimientos de larga estadía para personas mayores), no refieren a prácticas “naturales” del ser humano, o son mecanismos sociales “ingenuos”, sino que son “productos de procesos sociohistóricos, de construcción dialéctica” (Ludi, 2008). Se materializan aquí las formas de entender las vejez y el envejecimiento. Por lo que resultan insoslayables las relaciones de poder, las relaciones intergeneracionales, las relaciones de género, entre muchas otras.

La Institución Total

Teniendo en cuenta la temática de nuestra investigación, nos parece fundamental explicar el concepto de Institución Total, el cual fue ideado por el sociólogo Goffman (2001), como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente. Según el autor, en la medida que toda la vida de una persona transcurre dentro de la institución bajo una jerarquía de poder, ésta cobra el matiz de “total”.

Para Goffman (2001), las instituciones totales en nuestra sociedad pueden dividirse en cinco grupos: 1. Las de cuidado de las personas incapacitadas e inofensivas: hogares de ancianos, ciegos, huérfanos, etc. 2. Las de cuidado de personas que no pueden cuidarse a sí mismas y además son una amenaza para la comunidad: hospitales de enfermos infecciosos, los manicomios y los leprosarios. 3. Las que protegen a la comunidad de personas que atentan deliberadamente contra ella: cárceles, presidios, campos de trabajo, etc. 4. Las de carácter laboral: cuarteles, barcos, campos de trabajo, colonias, servicio en mansiones señoriales. 5. Los refugios del mundo, para formación de religiosos: abadías, monasterios, conventos, etc.

De acuerdo con Goffman, la característica principal de las instituciones totales se puede explicar como una ruptura de las barreras que regularmente separan tres ámbitos de la

vida: dormir, jugar y trabajar. En primer lugar, todos los aspectos de la vida se realizan en el mismo espacio y bajo la misma autoridad. En segundo lugar, todas las actividades que se realizan cotidianamente dentro la institución se llevan a cabo en compañía de otros miembros, donde realizan las mismas cosas y reciben el mismo trato. Y, en tercer lugar, todas las actividades diarias están estrictamente programadas, y toda la secuencia de actividades se imponen por las autoridades de la institución, mediante un sistema de normas legitimadas, y un grupo de empleados. A fin de cuentas, estas actividades obligatorias se integran en una sola idea racional, intencionadamente concebida para el logro de los objetivos propios de la institución (Goffman, 2001).

Este modelo de instituciones impone normas rigurosas y reproducen miradas homogeneizantes sobre sus residentes, algunas de las características o rasgos de este modelo institucional pueden visualizarse en la actualidad en las prácticas de las RLE (o en otras instituciones de esta índole) y que terminan impactando negativamente en el ejercicio de la autonomía de las personas que las habitan.

El Modelo Asilar

Siguiendo a González C.C, (2017) el modelo asilar hace referencia a una concepción ligada al surgimiento del asilo como lugar de encierro y reclusión, sin contacto con la sociedad y con pautas de funcionamiento rígidas y despersonalizadas, en donde el AM es considerado como un “objeto de cuidado” y no como “sujeto de derechos”.

Al respecto, Zolotow (2011), señala que los primeros hogares para las PM o residencias geriátricas aparecen en Europa en el siglo XVI destinados a albergar locos, vagabundos, desviados de la ley y viejos. Sobre esto, el autor plantea que, a través del tiempo, la sociedad utilizó este recurso para dar respuesta a diversos problemas planteados por la población adulta mayor. De este modo, Zolotow (2004) señala que estas primeras instituciones están teñidas de tradición y de historia, nacen y se desarrollan bajo concepciones asilares. También indica que recién a mediados del siglo XX se comienza a integrar el concepto de rehabilitación, y desde la década de los ochenta, se comienza a pensar en términos de promoción de la salud. A su vez, agrega que los hogares como toda estructura organizacional, se sustentan en determinados paradigmas, los cuales pueden configurar sistemas donde la pasividad, la despersonalización, y el quietismo constituyen los rasgos más destacados, o prácticas donde la actividad, la participación, y el respeto

por el individuo se conforman como base primordial para el constante cambio y ajuste al medio.

La institucionalización en estos establecimientos según Zolotow (2004) se agrupan en tres categorías: médicas, sociales y económicas.

- La condición médica refiere básicamente a la cuestión biológica, es decir, con los deterioros físicos o cognitivos que aumentan el estado de dependencia de las personas mayores, y dificultan la realización autónoma de las actividades cotidianas o disminuyen su capacidad funcional.
- Las causas sociales ocurren por estar en soledad, carencia de familia o redes de contención social, esta categoría responsabiliza a las familias, principalmente a los hijos como responsable para la atención de las personas mayores, sobre todo cuando las patologías que pueden durar en el tiempo.
- La dimensión económica tiene que ver con los problemas que inciden en el deterioro del nivel de vida, aquí se contempla la pobreza o pérdida del poder adquisitivo, la imposibilidad de alimentarse adecuadamente, cubrir los gastos de los servicios, la vivienda, etc.

De ese modo Zolotow (2004) alude a las causas que conducen a la institucionalización de las PM, recalando que muy pocas veces es solicitada por la persona que será institucionalizada. Así también destaca las modalidades o prácticas relacionadas a lo asilar, a lo rehabilitatorio y otras relacionadas a la salud que se reproducen dentro de los hogares. En este aspecto es que señala la importancia de identificar la estructura organizacional de la institución para comprender su funcionamiento y qué concepciones se reproducen dentro de ellas sobre las PM institucionalizadas. Para Cifuentes et al. (1992), las instituciones en su forma “asilar” no satisfacen más que las necesidades fisiológicas y de seguridad física, casa y comida. Por su parte Zolotow (2004) explica que lo “rehabilitatorio” significa brindar cuidados de rehabilitación cuando fuere necesario, con casa, comida y actividades organizadas, con el fin que los residentes se “adapten” a la institución. Finalmente identifica al enfoque de la salud como el que se inscribe dentro de la concepción integral de la persona, independientemente de su edad. Sin embargo, señala que, en muchos hogares, las PM sólo reciben atención a las exigencias fisiológicas.

En ese marco, y para referirnos al contexto local, tomamos los aportes de Paola quien explica que la creación de los primeros asilos en la Argentina tuvo como objetivo ocultar a los pobres, erradicar la mendicidad de las calles, y otras problemáticas como la vejez y la invalidez. Las normas que regulaban los asilos culpabilizaban al residente de su situación, debiendo los mismos mostrar gratitud y respeto por el solo hecho de tener un lugar en el asilo. Allí, el modelo de atención se basaba estrechamente en la práctica médica y legal. Con respecto a la vejez, las estrategias para abordar los problemas de esta población vulnerable estuvieron constituidas casi exclusivamente por las acciones de caridad implementadas por la Sociedad de Beneficencia³.

En este marco, retomamos los aportes de Cívicos (2012) para referirnos a la persistencia de un “Paradigma Tradicional”. Que, según el autor, este enfoque concibe a las PM desde una visión estereotipada, negativa, paternalista y patologizante de las vejez, asociándolas con la antesala de la muerte, enfermedad entre otras. Dentro de esta visión hay una identificación generalizada entre la edad cronológica y la edad biológica, lo que conlleva a la homogeneización de esta población. Asimismo, las PM son consideradas como una carga social, y una población improductiva para la sociedad.

En la misma línea de pensamiento, la autora Barenys (1992), refiere a que toda institución es un espejo de la sociedad, y abordar el análisis de las residencias para PM es ahondar en el significado sociológico de la ancianidad en nuestra sociedad. A su entender, las RLE constituyen una fase específica de la evolución de aquellas instituciones cuya función dentro de la sociedad ha sido “dar cobijo”, custodiar, recluir a individuos con fines como, socorro, prevención, cura, castigo, etc. La autora coincide con la perspectiva de los autores ya mencionados, en el sentido de que toda institución de esta índole posee dos dimensiones inseparables: nace para remediar ciertas situaciones individuales y por otro lado resuelve problemas globales de la sociedad.

Siguiendo la misma línea, Fassio, A. (2007), indica que el hogar para PM es la institución colectiva y que el ingreso a ella implica para el imaginario social una pérdida de la libertad y de la oportunidad de inserción en la comunidad, mientras otros pueden privilegiar la “oportunidad” de cuidados dentro de la institución. A su vez, señala la tensión respecto

³ Fue creada el 2 de enero de 1823, por decreto del entonces ministro secretario de Gobierno Bernardino Rivadavia, una sociedad de damas denominada Sociedad de Beneficencia, la cual debía perseguir “la perfección de la moral, el cultivo del espíritu en el bello sexo y la dedicación del mismo a lo que se llama industria, y que resulta de la combinación y ejercicio de aquellas cualidades” (Tenti Fanfani, 1989; 9).

de las residencias de PM entre la reducción de la incertidumbre por medio de la homogeneización y estandarización, centrada en la despersonalización e indiferenciación de los residentes a partir de la nominación “abuelos” y/o su infantilización, y el esfuerzo que realizan los residentes para el reconocimiento de su identidad y autonomía como cualquier otra persona.

El enfoque de Derechos

Nuestra investigación se enmarca en el enfoque de derechos, y para su definición partimos de señalar lo establecido en la Convención Interamericana de Protección de los Derechos Humanos de los Adultos Mayores, ratificada por la Ley 27360, durante el 2017, le da un rango constitucional, y obliga al Estado Nacional y las provincias a adoptar la perspectiva de considerar a las PM como sujetos de derechos. En su preámbulo se determina que dicha población tiene los mismos derechos y libertades que otras personas. Asimismo, reconoce que la persona, a medida que envejece, debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma. Reconoce también la necesidad de abordar el proceso de envejecimiento desde una perspectiva de derechos humanos. Así la Convención posiciona al continente americano como el primero del mundo en tener un instrumento jurídico para proteger los derechos de la población adulta mayor. En su artículo 1° se establece como objetivo garantizar el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la PM, para lograr su plena inclusión, integración y participación en la sociedad.

Acerca de lo mencionado, recuperamos los aportes de González C.C, (2017), ya que concibe a la perspectiva de derechos como una forma de reconocer el goce de los mismos para todas las PM como enfoque superador al modelo asilar y de la patologización de las vejeces. También señala que el enfoque de derechos trasciende la dimensión individual del envejecimiento incorporando los derechos sociales de las PM sobre la base de un modelo de gestión estatal y protección de las PM.

Por su parte Roque et al. (2011), refiere a que las PM han sido titulares de todas las generaciones de derechos por el solo hecho de ser personas, de ahí que rige sobre ellos una presunción jurídica básica, y es la capacidad de ser titulares de derechos y ejercerlos plenamente como toda persona. La excepción podría darse en caso de que la PM, como cualquier otra, presente alguna patología que impida o merme su juicio. La identidad

política específica basada en la pertenencia a un determinado grupo etario comenzó a partir de la década del 80, con la declaración del Plan de Viena⁴. De esta forma se concibe a las PM como el sujeto político identificable en las vejeces. Dicha identidad política se ubica sobre experiencias, demandas, necesidades y problemas intrínsecos a la edad que necesita respuestas particulares de la sociedad y el Estado. Esta necesidad se fue reflejando en varios instrumentos jurídicos de carácter internacional y regional en materia de envejecimiento y vejeces, contribuyeron fuertemente en la consolidación del actual Paradigma de Derechos Humanos en las políticas destinadas a las vejeces. En este sentido, podemos señalar que el Trabajo Social con respecto a las vejeces, marcó rumbos acerca de la necesidad de revertir las políticas asistencialistas como respuestas únicas, aportando criterios de eficiencia y calidad que no fueron tenidos en cuenta ni escuchados a la hora de la toma de decisiones (Paola et al., 2011).

De acuerdo con Fassio, A. (2007), la perspectiva de derechos implica que las residencias para las PM tengan un abordaje integral que atienda las necesidades tanto biológicas como culturales de los residentes, mediante personal con formación adecuada para tal fin, y contemplar áreas específicas según requerimientos prestacionales, en un ambiente adecuado al funcionamiento institucional.

Con respecto al tema abordado, Paola et al. (2009), explican que el enfoque de derechos humanos es aquel que responde a las necesidades de la PM institucionalizada, reconociéndolo como sujeto de derechos, con la finalidad de organizar y mejorar su calidad de vida de manera integral.

Autonomía de la Persona Mayor

En la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, se establece a la Autonomía como un derecho fundamental y esencial para el desarrollo integral de las personas. Y lo define de esta manera:

“... El derecho de la persona mayor a tomar decisiones, a la definición de su plan de vida, a desarrollar una vida autónoma e independiente, conforme a sus tradiciones y

⁴ El “Plan de Viena” fue aprobado en la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de Viena en 1982. Es el primer instrumento jurídico internacional específico para la población mayor, lo que marca un hito en tanto se trata de la primera vez que las personas mayores ingresan en la agenda pública internacional. En dicho plan se liga el envejecimiento al desarrollo y se formulan una serie de recomendaciones para abordar la vejez desde los ejes de salud, consumo, vivienda y medio ambiente, la familia, el bienestar social, la seguridad económica y la educación (Roqué et al., 2012:31).

creencias, en igualdad de condiciones y a disponer de mecanismos para poder ejercer sus derechos... ”.

Siguiendo a González C.C. (2017), consideramos que la autonomía es una dimensión fundamental del paradigma de derechos, y por ello, debe ser tenida en cuenta en la práctica profesional con las personas mayores. La autora desarrolla la noción de autonomía como un derecho fundamental de las personas, haciendo referencia a la capacidad de autodeterminación y toma de decisiones. En este sentido el consentimiento de la PM es un derecho fundamental. A su vez aclara que este derecho no puede ser ejercido por personas que se encuentran inhabilitadas por sentencia judicial. En este caso, deben intervenir personas autorizadas para decidir por la PM en cuestión, siempre en pos de garantizar su derecho y bienestar integral.

Por su parte la Cepal (2014)⁵ concibe a la autonomía como un derecho y capacidad de controlar la propia vida, y por tanto como término opuesto a heteronomía. Como derecho hace referencia a la garantía de que las personas, al margen de sus capacidades, puedan desarrollar un proyecto vital basado en su identidad personal y tener control sobre el mismo. Y como capacidad se refiere al conjunto de habilidades que cada persona tiene para hacer sus propias elecciones, tomar sus decisiones y responsabilizarse de las consecuencias de las mismas.

Asimismo, Fassio (2001), define a la autonomía como la capacidad de llevar adelante una vida satisfactoria (en términos relativos, en función de las características en la se vive), esto significa que un sujeto es más autónomo, cuanto más libremente pueda llevar adelante sus decisiones en las distintas esferas de la vida.

Por otra parte, Etxeberria Mauleon, X. (2014) advierte que el ejercicio de la autonomía resulta problemático desde diversas perspectivas, más aún cuando a las edades avanzadas se le suman los impactos de las enfermedades crónicas, y en contextos sociales discriminatorios y marginadores. Para el autor, la autonomía remite a realidades diferentes, y por ello se puede realizar diversas distinciones para encarar el modo de vivirla en las vejez. En este sentido plantea la diferencia entre autonomía moral y autonomía fáctica. La primera refiere a la capacidad de tomar decisiones asumiendo cierta responsabilidad. Mientras que la segunda remite a la posibilidad de concretar la decisión

⁵ Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

tomada, ambas son complementarias. En términos del autor, para garantizar el ejercicio de la autonomía de la PM, primero será necesario identificar la capacidad de autonomía de dicha persona. Es decir, si la autonomía de la PM se encuentra fragilizada psíquica y/o físicamente, los apoyos primarios tienen que fortalecerla en todos los aspectos posibles. Asimismo, señala que, si la autonomía de decisión es moralmente legítima, la autonomía fáctica debe ser hecha posible a través de la justicia, o a través de los apoyos pertinentes.

Por otra parte, Etxeberria Mauleon, X. (2014) refiere a la autonomía como capacidad para decidir, pensando en su efectivización, y en la posibilidad para elegir eficazmente, esto sucede cuando no existen coacciones externas, y cuando se dispone de los recursos necesarios, en forma de bienes y servicios, y además estar en circunstancias personales y sociales que lo faciliten, ya que no es una responsabilidad únicamente individual, sino también es una cuestión de justicia distributiva.

Estrategias de intervención interdisciplinaria

Para comprender la intervención profesional nos basamos en los aportes de González, C.C. (2017) ya que explica que la intervención profesional se hace desde posicionamientos teóricos-políticos y metodológicos, de manera explícita o implícita, es decir, toda intervención está atravesada por un enfoque epistemológico, teórico y metodológico. Del mismo modo señala que la intervención profesional en el campo gerontológico implica el reconocimiento y el trabajo conjunto con las propias PM, promoviendo así la participación mediante el fortalecimiento de espacios de representación social y política en las organizaciones. A su vez, coincidimos con la autora en el sentido de que la intervención no sólo debe centrarse en lo microsocio de una organización, sino debe tener la capacidad de incidir en el análisis y diseño de políticas públicas orientadas a este sector poblacional (González, C.C. 2017).

Por su parte Mallardi (2013) define a la intervención profesional como la capacidad profesional de realizar una determinada intervención, o conjunto de intervenciones, orientada por una finalidad determinada a partir de la coincidencia de dos tendencias: una es la resultante de la síntesis de interés y, la otra son los objetivos de los actores sociales que se constituyen en la expresión socio histórica de las dimensiones propias de la práctica profesional. La estrategia supone el análisis de la tensión y posibilidad entre el deber ser y el puede ser, lo cual implica el estudio de la viabilidad (política, económica e

institucional organizativa) de aquello que se quiere realizar. Como afirma Matus (1987), el éxito de la estrategia no está dado por la adaptación de los objetivos perseguidos a lo posible, sino mediante la creación de posibilidades que construyan viabilidad a los objetivos perseguidos.

En relación con lo planteado, integramos el término de “interdisciplina” ya que forma parte de la caracterización de las estrategias de intervención de los profesionales. Para ello nos basamos en los aportes de Stolkiner (2005), quien define a la interdisciplina o el abordaje interdisciplinario como un enfoque que atraviesa el campo de las ciencias sociales y de las prácticas. Para la autora, la interdisciplina supone el reconocimiento de la incompletud de todo saber disciplinario, de su parcialidad. En el abordaje interdisciplinario los saberes son, definitivamente, herramientas de acción. Y la acción es inherente a la producción, reproducción y transformación del conocimiento, que requiere un particular cuidado metodológico. Así, el trabajo fundante de un equipo interdisciplinario es lograr construir un marco referencial y ético común, y coincidir en los objetivos de la tarea.

En base a lo planteado resaltamos lo fundamental de la intervención del Trabajo Social en las RLE, ya que el Trabajo Social es una profesión basada en la práctica y en una disciplina académica que promueve el cambio, el desarrollo social, la cohesión social, el fortalecimiento y la liberación de las personas. Como también los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad, que son fundamentales para esta disciplina. A su vez, el Trabajo Social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a los desafíos de la vida y aumentar el bienestar (Ley Federal del Trabajo Social, 2014).

La alimentación humana

Para el desarrollo de nuestra investigación incorporamos a la alimentación como categoría de análisis, ya que la entendemos como una construcción social, y por ende atravesada por representaciones sociales, intereses y disputas. En este sentido comprendemos que el abordaje y el servicio de la alimentación en el HSM, visibilizan visiones de vejez que inciden en la subjetividad y en la autonomía de los residentes.

Desde la perspectiva de Aguirre (2008), la alimentación humana es entendida como un proceso complejo que trasciende al comensal, e implica situarlo en un tiempo, geografía

y en una historia, compartiendo y transmitiendo real o simbólicamente aquello que llama su comida, y el sentido que tiene por conseguirla y compartirla, es decir, el acto de comer no significa sólo ingerir nutrientes para mantener la vida. Para la autora, comer implica un *comensal*, una *comida* y una *cultura* que legitima a los dos anteriores. Así, en el acto cotidiano de comer se articula el sujeto con la estructura social, uniendo el pasado con el presente. De esa manera, la alimentación humana es una construcción social, y como tal tiene condicionantes sociales, en donde las relaciones sociales influyen fuertemente en las opciones de elegir y/o producir esa comida anhelada del comensal, impactando en la subjetividad y en la autonomía del individuo, en el sentido de reproducirse física y social de una determinada manera.

Asimismo, nos basamos en Patricia Sedó y Gastón De Mezerville (2003) para definir a la “alimentación” como un aspecto fundamental de la actividad cotidiana, que, más allá de obtener los alimentos necesarios para vivir, es una de las principales tareas por medio de la cual el ser humano logra satisfacer y manifestar sus sentimientos, emociones y tradiciones, su cultura etc., se trata de disfrutar de una determinada calidad de vida. El alimento puede satisfacer la necesidad fisiológica primaria (el hambre), sin embargo, el ser humano canaliza su atención hacia otros factores socioculturales, psicológicos y emocionales en relación con la alimentación. De ese modo, las personas pueden construir, a partir de sus comidas, una forma particular de ver e interpretar el mundo.

Si bien es claro que el acto de comer no implica solamente aportar nutrientes para el organismo, y que se deben tener en cuenta todos los aspectos culturales que lo atraviesa, las PM sufren cambios físicos y fisiológicos propios del proceso de envejecimiento, y por ello es esencial una buena alimentación que garantice su bienestar integral. Las PM que viven en RLE son las más afectadas en este sentido.

En ese marco, los estudios de Sánchez et al. (2010), señalan que la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde la Conferencia Internacional de Nutrición de 1992, reconoce a las PM como uno de los grupos más vulnerables desde el punto de vista de la nutrición. Con el envejecimiento se presentan varios cambios en el metabolismo y se producen algunas alteraciones en la sensibilidad a los alimentos que puede afectar la salud de la PM si no recibe la atención adecuada. Los cambios fisiológicos propios del envejecimiento junto con la incidencia de enfermedades, que suele acompañar de dificultades como la

masticación, elevados consumos de medicamentos entre otros facilitan la malnutrición de la PM.

De ese modo los autores señalan que un inadecuado estado nutricional afecta al funcionamiento de todos los órganos y favorece el desarrollo de enfermedades, y en términos de derechos, vulnera el ejercicio de la autonomía, particularmente de las PM institucionalizadas, ya que no pueden elegir libremente una alimentación acorde a sus gustos y necesidades (Sánchez et al., 2010). Dicha cuestión se agrava en instituciones con características totalizadoras que tienden a homogeneizar a sus residentes, allí, las necesidades, gustos y valores culturales con respecto a la alimentación son invisibilizadas. De acuerdo con Barenys (2012) en una institución total todo está previsto, y todo se impone como norma institucional, allí no se piensa en las necesidades o en la felicidad del residente. La rutina alimentaria forma parte de la homogeneización y la despersonalización que constituyen a estas instituciones.

Vida cotidiana

La institucionalización puede resultar en muchos casos, una respuesta hacia esa necesidad funcional de envejecer puertas adentro (Salvarezza, 1998), lejos de la mirada de los otros. Esto conlleva necesariamente a la definición de la vida cotidiana, para el análisis e interpretación de los significados que se ponen en prácticas acerca de las vejez en el espacio institucional, y cómo esto impacta en la subjetividad y en el ejercicio de la autonomía de las PM.

En base a lo planteado nos basamos en Heller (1987), quien recupera los aportes de Lukács, para señalar que la vida cotidiana es el ámbito de la vida del hombre y, por ende, es una determinación insuprimible de la vida social. Es decir, sin cotidiano no hay posibilidades de existencia y desarrollo del hombre y la sociedad y, al mismo tiempo, el hombre y la sociedad, y por ende el cotidiano, adoptan formas particulares según el momento histórico y la clase social a la que se pertenezca. Reconociendo que el cotidiano es un ámbito esencial de la vida humana y el escenario en el cual se desarrolla la historia y el proceso de producción y reproducción individual y social, Heller agrega que la vida cotidiana es la vida del hombre entero, o sea, el hombre que participa en la vida cotidiana con todos los aspectos de su individualidad, de su personalidad, etc. Esta afirmación lleva a sostener que, frente a la apariencia singular y desvinculada de la vida cotidiana, las

tendencias universales se hacen presente, tanto en el plano objetivo como subjetivo, y, a partir de la relación dialéctica y conflictiva entre lo singular y lo universal, se producirá una síntesis que se constituye en el particular cotidiano de cada ser social. El sujeto está atravesado por aspectos universales, particulares y singulares. Lo universal expresa la condición de seres humanos, con derechos y capacidades; lo universal en tanto horizonte de sentido, el "deber ser". Lo particular, comprende al sujeto en sus condiciones sociales de existencia, la pertenencia, su modo de vida, su historia social familiar, lo que "hace ser". Lo singular, es el aspecto que da cuenta de la individuación del sujeto como ser único e irrepetible.

Hablar de lo singular, nos remite al concepto de singularidad, el cual Cazzaniga (1997) define como "el aspecto que da cuenta de la individuación de la persona como ser único e irrepetible, y su configuración subjetiva". El sujeto, que también es pleno, con potencialidades y condicionantes, es productor de su historia, pero a la vez producto de esa historia. Según la autora, esta forma de comprender al sujeto implica el compromiso de reconocer al "otro" como sujeto de derechos, y también poder reflexionar sobre las condiciones de vida presentes e históricas para entender sus necesidades, intereses y deseos, su expresión como ser singular.

Por su parte, el filósofo francés Henri Lefebvre (1972) define la vida cotidiana como la vida del ser humano desplegada de una pluralidad de sentidos y simbolismos, en espacios que lo moldean, y que él también da forma, dentro del flujo incesante de la vivencia del tiempo. Siendo así, lo cotidiano no se caracteriza sólo por lo frecuente sino también por las actividades que están regladas y pautadas. Inmersos en la vida cotidiana todo parece natural, sin embargo, los individuos desarrollan sus actividades determinadas según límites y premisas, impuestas muchas veces por el espacio que habitan. Entonces es de destacar que la vida cotidiana no es solamente un ámbito de espontaneidad e inmediatez, ya que muchas veces este cotidiano está pautado por ideologías dominantes a través de normas jurídicas que legitiman el sistema social. Una vez que el hombre asimila esas normas jurídicas las naturaliza, y actúa conforme a ese sistema.

Asimismo, Gianna (2011) agrega que lo cotidiano no implica únicamente las actividades comunes/esenciales para la supervivencia humana, en los entornos mencionados, sino también las motivaciones, deseos, capacidades, posibilidades, etc. Es allí donde está

presente la subjetividad, desde el ser y el convivir, donde se establecen relaciones temporales y espaciales que contribuyen a estructurar el mundo en el que vivimos.

Con relación a la subjetividad, el autor Castoriadis (1983) plantea que la misma se va conformando desde el momento que uno nace y las relaciones que establece con las personas que lo rodean. Esas relaciones junto con el tiempo y el espacio hacen que el sujeto vaya dando formas y significados a los acontecimientos cotidianos de su vida y su propia existencia en ella. El sujeto es sujeto porque está sometido a la dinámica de su aparato psíquico, pero también está sometido a los procesos instituidos e instituyentes de su sociedad. A través de instituciones socializadoras el sujeto comienza a construir su subjetividad incorporando significaciones establecidas socialmente. En síntesis, para Castoriadis (1987) el conjunto de significaciones relacionadas con el envejecimiento y la vejez se relacionan con lo que esa sociedad ha “instituido”.

A modo de cierre

Consideramos que todo el bagaje teórico que nombramos hasta el momento nos brindó herramientas fundamentales para realizar un análisis crítico de la temática de investigación. Para ello efectuamos una interacción constante entre la teoría y la práctica para así poder interpretar de forma integral la problemática que atraviesan las PM del HSM con respecto al ejercicio de la autonomía.

CAPÍTULO II

Visiones de vejez



“La vejez, son etapas, son ciclos de las personas. Cada una lo transita de manera diferente, dependiendo de sus vivencias anteriores. Es una etapa hermosa, en la que se puede ayudar. Si el abuelo está en las condiciones que debe hacerlo, dejando de lado la mochila de la tristeza en la que se le va la vida, se puede disfrutar” (Dr. O, profesional del HSM, relatos de entrevista, 2022).

En este capítulo analizamos las visiones de vejez que pudimos identificar en las entrevistas realizadas a los profesionales que trabajan en el HSM y que se materializan cotidianamente en sus estrategias de intervención para con los residentes. Asimismo, los propios residentes a través de sus relatos aportaron elementos que dieron cuenta de las visiones de vejez que predominan en el hogar.

1. Representaciones sociales de las vejez

Entendemos la temática de las vejez como un proceso universal que se desarrolla a lo largo de la vida. Este proceso da cuenta del entrecruzamiento particular y subjetivo de cada ser humano y su propia historia, por ello reconocemos las múltiples dimensiones del proceso de envejecimiento: psicológica, biológica y sociocultural. Afirmamos que el proceso de envejecimiento es singular, sujeto a la trayectoria vital de aquel que porta los años y al mismo tiempo responde a variables histórico-sociales más amplias. En este sentido, Ludí (2005) reafirma que las vejez se construyen social y culturalmente en cada espacio y tiempo, a partir de determinadas condiciones materiales y simbólicas de vida; adopta una multiplicidad de rostros, irreductibles los unos con los otros.

En ese marco, comprendemos que el conjunto social refiere a las vejeces, desde aspectos biológicos, científicos, médicos, psicológicos, etc., sin detenerse en otros factores relacionados con el proceso de envejecimiento, como ser la dimensión histórico social. En este aspecto, podemos decir que hemos identificado rasgos-características del modelo asilar en algunas intervenciones profesionales del HSM. Dicho modelo conceptualiza a las vejeces desde la dimensión biológica y médica, dejando de lado la singularidad y los atravesamientos culturales de cada persona mayor institucionalizada. Esta representación se vio reflejada en los relatos de los profesionales del hogar, cuando se referían y nombraban a los residentes. En dichos relatos predominaban los términos de “*abuelos*” y “*pacientes*”.

En ese aspecto, Manes et al. (2016), señalan que el lenguaje puede manifestar ciertos estereotipos, imaginarios y prejuicios sobre las vejeces, pensándola como una única realidad homogénea regida por ciertas pautas culturales universalizadas. Estas concepciones tienen por lo general una connotación negativa, ya que se relaciona a las PM con el abandono, la soledad, la marginalidad, la dependencia, el deterioro y la enfermedad, por lo que hay un fuerte rechazo y miedo hacia esta etapa de la vida por parte de la sociedad.

Por su parte Iacub y Sabatini (2012), señalan que, a lo largo de la historia, las distintas culturas se han referido a las vejeces mediante diversos términos. Entre ellos se encuentran el de anciano/a, señor/a, senil, viejo/a, y más cerca en el tiempo, tercera edad, personas de edad, jubilado/a, adulto/a mayor y persona mayor.

En base a todo lo planteado señalamos algunas representaciones que se reproducen en el HSM para referirse a las PM, como ser “paciente, abuelo, viejo”:

“...Me especialicé en Geriatria en la Universidad Maimónides y el Hospital Durand, con el fin de entender más y poder aplicar la medicina para los abuelos...” (Dr. O, profesional del HSM, relatos de entrevista, 2022)

“... Lo que más chequeo es el malestar en los viejos y apunto mucho a eso...”, “...Se pueden hacer otras apuestas con los pacientes que están en mejores condiciones cognitivas...” (M. Psicóloga, profesional del HSM, relato de entrevista, 2022.)

“...Depende del estado del paciente que ingresa. Tengo uno que llegó mal y ahora te habla todo, te contesta...” (C. Cuidadora, profesional del HSM, relato de entrevista 2022)

Estas formas de nombrar a las PM se pueden comprender desde la categoría de performatividad introducida por J. Butler (1990) para referirse a prácticas que se reiteran de manera constante generando un discurso que produce los efectos que nombra. La performatividad no es un acto único, sino una repetición y un ritual que logra su efecto de naturalización de estos prejuicios. Siguiendo a la autora y aplicando esta categoría a las vejeces, el rol del viejo será el actuar a ser viejo, en un juego cuyas reglas vienen pactadas e impuestas de antemano. A su vez las vejeces están atravesadas y constituidas por un cuerpo de discursos compuestos de enunciados que producen eso que nombran. Es decir, representaciones y visiones construyen maneras de ser y estar de las PM. La performance es violenta de por sí, porque propone una esencialización de esa forma de estar y ser en el mundo que se impone como verdadera.

1.1 Mirada viejista

Con relación a las representaciones sociales negativas acerca de las vejeces, Robert Butler (1969) introduce el término “ageism”, para referirse a la discriminación que sufren las personas mayores. Este fenómeno, es retomado y estudiado en la Argentina por Leopoldo Salvarezza (1998), a través del término “viejismo” que implica rechazo, temor, desagrado, negación, marginalización, agresión, estas son actitudes ligadas entre sí y operan discriminando a la persona que envejece. En concreto, el viejismo se sustenta en un entramado de prejuicios y constituye una actitud irreflexiva transmitida por la cultura. Esta visión discriminatoria es única a diferencia del racismo o del sexismo, ya que la discriminación por edad es realizada y propagada por personas que algún día llegarán a ser viejas. Las prácticas sustentadas en la mirada viejista se reproducen de manera legítima y naturalizada en nuestras sociedades, invisibilizando así relaciones de poder, tensiones y disputas en torno a la igualdad y a los derechos de las PM. Esta visión se cristaliza en las intervenciones profesionales del HSM.

Al respecto mencionamos algunas representaciones negativas que fueron identificadas en los relatos del médico del hogar:

“Para tener una hermosa vejez, hay que llegar con plata, que estén acomodadas las economías de los gastos y con las menores enfermedades posibles. “¿Quién visita a un viejo pobre sin plata y enfermo”?”. (Dr. O. profesional del HSM, relato de entrevista, 2022).

“No es como nosotros los adultos, que luego de un día de trabajo volvemos a casa y en la intimidad podemos liberarnos cuando lo necesitamos. En el caso de los viejos, no.” (Dr. O. profesional del HSM, relato de entrevista, 2022)

“El que llega a viejo, y sobre todo ahora que aumentó la expectativa de vida, y llega enferma y sin plata y tiene la suerte o la desgracia de morir a los 90/95 años, los últimos 20/30 años, en realidad, la pasan muy mal. Y si terminas en un geriátrico del Estado es porque hiciste mal las cosas...” (Dr. O, profesional del HSM, relato de entrevista, 2022)

1.2 Mirada biologicista/patologizante

Otra de las representaciones más comunes que hemos identificado sobre esta población, es la patologización de las vejeces. Al respecto Salvarezza (2002), señala que la patologización implica considerar a las PM como viejos enfermos y/o discapacitados, y el resultado de esto es que se establece una fuerte sinonimia “viejo:enfermo”, poniendo en tensión el ejercicio de sus derechos. Esta patologización de las vejeces implica comprender y reducir las conductas de las PM dentro de una mirada biologicista y patologizante, es decir, predomina la tendencia a medicalizar cualquier cambio que pueda presentar la PM institucionalizada. Al respecto, Paola (2012) señala que en torno a los cambios biológicos que ocurren al envejecer, se configuró el llamado modelo médico tradicional que conceptualizó a las vejeces en términos de déficit y de involución acentuando la percepción de vejeces como un proceso degenerativo y de decrepitud.

En base a la visión abordada, podemos decir que hemos identificado que la propuesta nutricional se planifica en base a las patologías de las PM, esto se visualiza en las tipificaciones de las dietas, y entre otros aspectos de la alimentación. Según la nutricionista existen dietas para diabéticos, hipocalóricas, gástricas y hepáticas. A su vez identificamos que estas dietas, basadas solo en la cuestión biológica, no responden a las necesidades particulares y deseos de cada residente, y por este motivo algunos dejan de comer algunas comidas que ofrece la institución, y la respuesta frente a esta situación es la medicalización. Esta cuestión es señalada por la médica del hogar:

“La comida es lo principal más que la medicación” ... “.... porque si están bien comidos, bien alimentados con una dieta balanceada, se podría, en muchos casos, evitar la medicación. Los complejos vitamínicos no se tendrían que usar...” (Dra. P, profesional del HSM, relato de entrevista, 2022)

Estas representaciones negativas hacia las vejeces son formas de invisibilizar las necesidades y demandas particulares de las PM, y vulneran el ejercicio pleno de sus derechos, ya que se oculta la heterogeneidad de las vejeces. En otras palabras, se desconoce que las vejeces son vividas de distintas formas dependiendo de cada persona y del contexto en el que se encuentra (Manes et al, 2016).

Todas las representaciones negativas nombradas hacia las vejeces se complejizan en contexto institucional, ya que en una institución de larga estadía existen normas que regulan la vida cotidiana de las PM, en donde los residentes tienen poca participación y decisión con respecto a sus necesidades, intereses, demandas y deseos.

2. Concepciones de vejeces en las prácticas institucionales

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), según los datos del censo del año 2010 y su proyección del 2021, el 21,5% de la población porteña tiene más de 60 años. Esto es, 663.062 personas de un total de 3.078.836. El 6 % de esta población está institucionalizada en las hoy llamadas RLE y abarcan tanto las estatales como las privadas de CABA, y una de ellas, es el HSM. Cabe aclarar que los datos del Censo 2022, en detalle y por población etaria aún no fueron publicados por el INDEC, por ello no podemos reflejarlos en nuestro análisis. Esta realidad demográfica indica mayor expectativa de vida, lo que implica mayor población envejeciente en la sociedad y un gran desafío para el Estado en términos de políticas públicas destinadas a proteger los derechos de las PM.

2.1 Visión reguladora de la vida cotidiana

El HSM, anteriormente mencionado, es una residencia que alberga aproximadamente trescientas PM con diferentes grados de dependencia y vulnerabilidad. La institucionalización surge como respuesta al proceso de envejecimiento. En el lenguaje cotidiano, y en la actualidad, a estos establecimientos se los suele llamar “residencias” u “hogares”, como forma de quitar o reducir la “carga” negativa que implica la

institucionalización. Como antes mencionado, las instituciones de esta índole fueron creadas con el fin de albergar locos, indigentes y viejos, con el objetivo de apartarlos y ocultarlos de la sociedad en estos establecimientos (Zolotow, 2011). La lógica institucional que se plasmaba en estos lugares era la del denominado modelo asilar (Barenys, 1992), que se caracteriza por la regularización de la vida cotidiana, prácticas de disciplinamiento y aislamiento del mundo social. Algunas de estas características siguen permaneciendo en las prácticas del HSM impactando negativamente en el ejercicio de la autonomía de los residentes.

En este marco recuperamos el concepto de Institución Total definida por Goffman (1970) como: “Lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente por otros” (p.13). Señalamos que en el HSM se reflejan algunas características que se ajustan a esta definición; como por ejemplo, las actividades que se llevan a cabo de forma rutinaria y bajo estrictas normas por la institución. Allí existe una regulación de la vida cotidiana en todos los aspectos, como, por ejemplo: horarios de la comida, horarios para dormir, para bañarse, para recibir visitas de familiares, ir a consultas médicas, etc. Los residentes deben aceptar estas normas para transitar sus vejez en este contexto. Cabe recordar que las visiones y modelos institucionales se reproducen legítimamente a través de las representaciones sociales. En relación con lo planteado podemos señalar las normas establecidas por el HSM con respecto a los horarios de comida:

“El horario lo establece la institución. Es un tema complejo porque la cena está estipulada a las 18:30 hs y es un horario que parece de merienda. Para un residente nuevo es una diferencia enorme, por la costumbre de cenar alrededor de las 20:00 hs. Pero eso tiene que ver con el horario del personal del turno tarde que se retira a las 20:00 hs, ya que ellos son los que les dan de comer en la boca y eso implica mucho tiempo, y deben dejarlos en condición para que luego se acuesten” (S. Nutricionista, profesional del HSM, relato de entrevista, 2022)

En ese marco, las normas suelen estar ligadas al control y disciplinamiento de los cuerpos para mantener el orden dentro de la institución favoreciendo los intereses de la misma y no de los residentes. A su vez, esta lógica nos remite al origen de las instituciones de encierro en las sociedades industriales, que se crearon como dispositivos para controlar y

disciplinar los cuerpos de las personas. Este proceso es denominado por Foucault como “Biopoder”, que es el poder sobre la vida, que se va transformando y adaptando a cada contexto histórico particular, pero siempre, reproduciendo la misma lógica “vigilancia/control y disciplinamiento de los cuerpos”. (como se citó en Sibilia Paula, 2013). Cabe aclarar que el HSM es una institución de puertas abiertas con una lógica anclada en el enfoque de derechos, sin embargo, reconocemos que las normas con respecto a los horarios de cualquier actividad y de la distribución de espacios y residentes funcionan como dispositivos de control y disciplinamiento.

2.2 Visión homogeneizante

Con respecto a la homogeneización de las vejeces, observamos que las normas rigen para todos los residentes por igual. Esto nos permite dimensionar que en el HSM hay una tendencia a homogeneizar las vejeces. Hemos identificado que las intervenciones de los profesionales se ven atravesadas por estas normas institucionales, ya que los mismos también deben responder a ellas, y de ese modo se termina favoreciendo los objetivos propios de la institución y no las necesidades y demandas propias de los residentes. Bajo estas prácticas, las PM comienzan a perder su singularidad, su privacidad, la dignidad y el derecho a ejercer en su totalidad la autonomía. En referencia al derecho a la privacidad y a la autonomía, pudimos observar como los residentes hacían fila semidesnudos en los pasillos cuando llegaba la hora estipulada del baño. Hemos presenciado como una residente manifestaba su deseo de bañarse sola y lo decía de la siguiente manera:

“...yo quiero lavarme yo mis partes íntimas...y ellas no quieren, no me escuchan...”
(Residente C. Observación durante trabajo de campo, 2022)

Esta visión homogeneizante de la población también implica reconocer a las vejeces como “dependientes y frágiles”, a partir de la cual se determina que las PM no tienen la capacidad para tomar sus propias decisiones, vulnerando así su derecho a la autonomía. Además de la vulneración de sus derechos, hay que señalar que los lleva a un acelerado deterioro físico y mental. Esto se refleja principalmente en los nuevos ingresantes, ya que acceden a una institución donde la cotidianeidad, privacidad y singularidad de cada persona es suprimida, como ya mencionamos, bajo las normas institucionales. En relación con esto, observamos que las PM, una vez ingresadas a la institución, comienzan a abandonar algunas funciones

como: ir al baño solas, vestirse solas, caminar solas, o, las realizan con menor frecuencia. El acelerado deterioro de los residentes lo pudimos identificar en sus propios relatos:

“...si, se ve el envejecimiento de los demás, comparado a cuando llegaron. Se deterioran rápido. En nuestra sala, que es chica, por ahora estamos bien...” (B, residente del HSM, relato de entrevista, 2022)

“...así que estamos todos en silla de ruedas, me costó horrores adaptarme...” (J. residente del HSM, relato de entrevista, 2022)

De esta forma, la lógica institucional, que se materializa en la organización y en las intervenciones, predispone a generar cierta dependencia de los residentes. Al respecto agregamos el siguiente relato:

“Yo antes de entrar acá, era un tipo de movimiento continuo, acá no dejan hacer muchas cosas...yo sé hacer muchas cosas, cinturones, perfumes y me dijeron no a todos, no por el alcohol, NO NO, NO. La palabra NO se usa muy a menudo.... (J, residente del HSM, relato de entrevista, 2022)

“...muchos por su deterioro físico, y otros perdieron la práctica. Ese señor que trabajaba ahora no sale, se mantienen acá... Tiene un tema de rodilla que se le acrecentó y le quedó ese temor desde la pandemia...” (Dra. P. profesional del HSM, relato de entrevista, 2022)

En este marco, Danel (2008), señala el impacto de la institucionalización de las PM, en donde identifica, la disposición de los cuerpos en un mismo lugar por horas, los movimientos acotados y un silencio que invade todo el espacio institucional. Coincidimos con la autora que no es extraño ingresar a la residencia y ver a las personas sentadas alrededor de una mesa sin hablarse durante horas, o que estén sentadas en algún lugar durmiendo hasta que lo vengán a buscar para comer. En relación con esto señalamos algunos ejemplos:

“Acá la gente termina de comer y duermen ..., en cualquier horario. duermen en el mismo comedor, eso a mí me mata, porque me va a pasar lo mismo, en cualquier momento” ...
“Acá la gente está aplastada, duermen todo el día” (J, residente del HSM, relato entrevista, 2022).

“...acá tenes dos o tres personas para hablar ... y los otros no hablan, no saben que existen...” “ . Quiero ser el mismo que antes, pero no tengo con quien reírme, ¿me explico?, estoy solo...” (J, residente del HSM, relato de entrevista, 2022)

De esta forma la lógica institucional que sigue reproduciendo lógicas asilares, tiende a generar situaciones que conllevan a la inactividad y pasividad de las PM, hasta lograr transformarlas en cuerpos dóciles. En este aspecto señalamos a Scapin, C. (2018) que señala que las RLE, en tanto instituciones, remiten a la noción planteada por Foucault, de pensar al cuerpo del viejo como elemento susceptible de ser cercado. Dicha cuestión se expresa en la voz de un residente del HSM:

“Yo estoy mejor en el campo que acá, esto es una cárcel a largo plazo. Acá te morís, listo, fuiste. No hay reclamo. ...Ellos quieren que vos te quiebres, te mueras ahí...” (R, residente del HSM, relato de entrevista, 2022)

De esta forma logramos comprender y visibilizar el impacto de las visiones de vejez en la subjetividad y en el ejercicio de la autonomía de los residentes del HSM. También es importante señalar que en dicha institución existen visiones enmarcadas en el enfoque de derechos, desde el cual se busca poner en tensión las prácticas asilares y se intenta promover los derechos de las PM institucionalizadas.

3. Perspectiva de derechos en el abordaje de las vejez

Durante el proceso de envejecimiento, los derechos no se modifican ni se pierden. Tampoco se pierden al ingresar a una RLE. El enfoque de derechos en el campo de la gerontología⁶ se fue consolidando en las últimas décadas. Ello supuso una modificación del modelo asilar en las intervenciones profesionales, desde el cual el sujeto no era reconocido como titular de derechos sino como el beneficiario de las acciones de beneficencia y/o asistencia.

El primer antecedente significativo a nivel internacional fue la 1° Asamblea sobre envejecimiento realizada en Viena en 1982⁷, en la cual, si bien se comienza a tratar la

⁶ Según Calenti, M (2010), la Gerontología se puede definir como la ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos, tanto biológicos como psicológicos o sociológicos, teniendo en cuenta, además, su evolución histórica y los factores referidos a la salud de la persona mayor», englobando de esta manera varias disciplinas que la van a enriquecer.

⁷ Primera Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento (1982): “Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento”. Viena, Austria. Recuperado de

temática y se lleva a la agenda pública, se situaba al tema del envejecimiento como una cuestión del orden de la vida privada de las personas y no una cuestión de Estado. Será a partir de la 2º Asamblea Mundial sobre Envejecimiento del año 2002, desarrollada en Madrid (en la que se elaboró el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento)⁸, donde se comenzó a vincular el paradigma de los Derechos humanos con el envejecimiento y el compromiso de los Estados en la implementación de políticas públicas basadas en los Derechos de las personas de edad. Posteriormente, a partir de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, aprobada en junio de 2015, se produce un significativo avance en la consolidación de este paradigma, dado su carácter vinculante. Al respecto, citamos a la Convención en referencia a los derechos de las PM:

“...Reconocemos que la persona, a medida que envejece, debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación en las esferas económica, social, cultural y política de sus sociedades...”. (Ibid, 2015, p. 2).

Nos parece importante señalar que, si bien se ha logrado un gran avance en materia de derechos, y que las reglamentaciones en las RLE se enmarcan en esta perspectiva, en la práctica institucional del HSM aún permanecen lógicas asilares para intervenir sobre esta población.

Un ejemplo de esto es la medicalización, que en algunos casos funciona como una solución rápida a cuestiones que no son estrictamente médicas, sino que involucran un trabajo interdisciplinario para abordar de manera integral la heterogeneidad de las vejeces. Referente a esto añadimos el relato de una profesional del HSM:

“Todos tienen medicación, de acuerdo con la patología: puede ser cardiológica, para el dolor” (Dra., P. profesional del HSM, relato de entrevista, 2022)

En referencia a la visión patologizante, retomamos los aportes de Foucault (1977), quien señala que la medicalización no es una función de la medicina, sino más bien un requisito funcional del sistema para concretar claros objetivos de control social, a través de

http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Plan_Viena_sobre_Envejecimiento_1982.pdf. Fecha de consulta: 110-2017.

⁸ Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, España, 8 a 12 de abril de 2002. Naciones Unidas Nueva York, 2003

estrategias de normatividad, disciplinamiento y estigmatización. Pensar la salud desde el enfoque integral de derechos, permite incluir, también, el derecho a la no medicalización de la vida. Al respecto una profesional del HSM explicaba que los medicamentos deben ser utilizados únicamente en casos necesarios, y no utilizarlos como alternativas frente al problema de la alimentación que existe en dicha institución.

“...La comida es lo principal, más que la medicación” ...porque si están bien comidos, bien alimentados con una dieta balanceada, se podría, en muchos casos, evitar la medicación... (Médica, P. profesional del HSM, relato de entrevista, 2022)

3.1 Perspectiva de derechos en la intervención profesional

En base a todo lo desarrollado nos parece fundamental señalar que existen otras miradas que ponen en tensión la lógica asilar que aún persiste en el HSM. Hemos identificado que algunos profesionales como el Trabajador Social y la Psicóloga del hogar, plantean una perspectiva de derechos en sus intervenciones trabajando interdisciplinariamente para promover y garantizar los derechos elementales de las PM institucionalizadas. En relación con esto, recuperamos sus relatos cuando describen sus estrategias de intervención:

“...Fundamentalmente es centrar y escuchar a la persona. Tratar de sacar ciertos prejuicios que uno va construyendo de los viejos, qué sería mejor para ellos. Y lo mejor es escuchar y trabajar en relación con eso. Ellos van diciendo qué cosas quieren hacer, más allá del deterioro que tenga. Hay que trabajar en relación a las expectativas y al deseo de la persona, no siempre se puede, pero vamos por ese camino...” “Se va definiendo en lo que cada uno necesita. Articulamos con las familias y sus redes sociales. Queda un lugarcito para intervenciones proactivas, desarrollo más satisfactorio para todos, con actividades de desarrollo personal...” (S. Trabajador Social, profesional del HSM, relatos de entrevista, 2022)

“...Trato de estar presente interdisciplinariamente, con Santi laburamos a la par y con la médica también, trabajamos en conjunto. Con otras áreas es más específico de acuerdo a cada necesidad puntual. Nosotros somos quienes realizamos el seguimiento diario de los viejos. La intervención es eso: estar en el día a día. Paso por la sala, veo como están, hago seguimiento. Siempre hay alguno que necesita más ayuda por algo en particular, hasta que va mejorando. Hay cuestiones de otros departamentos que es un abandono de

persona, se vulneran los derechos. Uno lo ve con los viejos con los que estamos constantemente”. (M. Psicóloga, profesional del HSM, relatos entrevista, 2022)

En relación con lo planteado, J. Paola (2012) reflexiona sobre la intervención profesional con las PM, y plantea la necesidad de considerar el envejecimiento como un complejo proceso multicausal y multidimensional de ganancias y pérdidas. Esto implica que los profesionales tengan un posicionamiento abierto a los nuevos paradigmas científicos, para intervenir desde una visión compleja con la población envejeciente.

Acerca de lo mencionado, el Trabajador Social sintetiza y define su intervención profesional en el HSM, dejando a la vista las bases de nuestro quehacer profesional:

“...Trato de ser lo más humano posible. En estas instituciones se quitan mucho los rasgos de humanidad, sobre todo en los viejos que se transforman en cuerpos que se enferman. Trato de rescatar su perspectiva, su historia que es enriquecedora. ...” (S. Trabajador Social, profesional del HSM, relato de entrevista, 2022)

4. Reflexiones preliminares

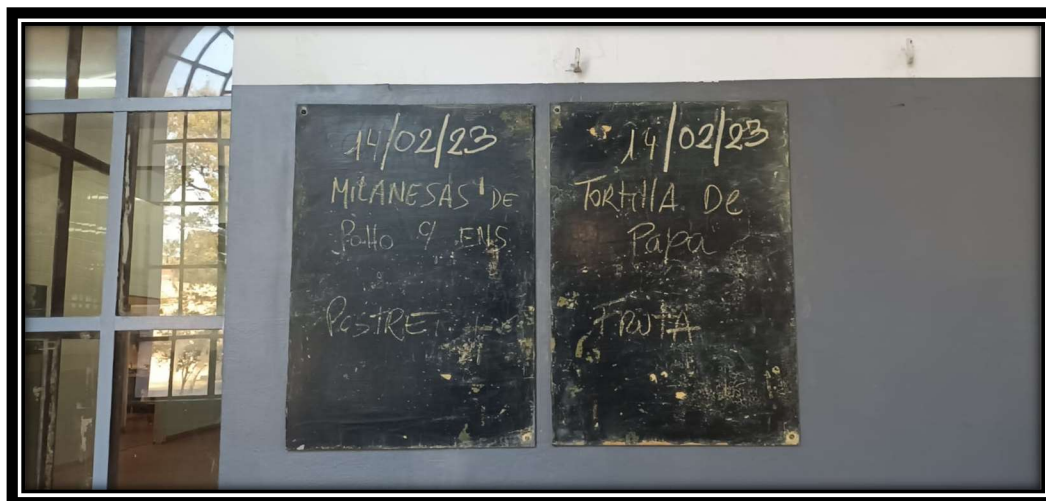
Observamos que en gran medida las prácticas implementadas en el HSM reproducen visiones de vejez en donde se considera a la PM como un “objeto de cuidado”, y no como sujeto pleno de derechos.

Asimismo, consideramos fundamental que las intervenciones del equipo interdisciplinario consideren al proceso de envejecimiento como una construcción social y cultural, que otorga sentidos diferentes a la experiencia particular del envejecer. Que puedan cuestionar los procesos de homogeneización, los estereotipos y preconceptos acerca de las vejez, para ubicar a las PM como sujetos de derechos. En este aspecto es fundamental rescatar la función y compromiso de nuestra disciplina para promover los derechos humanos, la justicia social, la ciudadanía y la forma de vida democrática, tal como está establecida en la Ley que rige nuestra profesión⁹.

⁹Ley 27072 - <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=239854>

CAPÍTULO III

Vejeces: aproximaciones conceptuales desde la perspectiva de la alimentación en el Hogar San Martín



“Es un gusto la comida, tiene que ser un deleite. Sobre todo, a esa edad” (Dra. P, profesional del HSM, relato de entrevista, 2022)

En el presente capítulo nos abocamos a analizar la temática de la alimentación en el HSM, ya que la misma está atravesada por representaciones sociales con respecto a las concepciones de vejeces enmarcadas en prácticas asilares. Las representaciones sobre las vejeces se cristalizan en el abordaje de la alimentación por parte de los profesionales del hogar. Esto se ve reflejado en la propuesta nutricional, en la planificación de las dietas, en los horarios establecidos, y en las respuestas que brindan algunos profesionales frente a las demandas de los residentes con respecto a la comida. También, a través de los propios relatos de los residentes pudimos identificar el impacto negativo de estas visiones estereotipadas/discriminatorias en el ejercicio de su autonomía.

También explicamos la importancia del carácter social de la alimentación, mostrando su valor simbólico para el ser humano en cualquier etapa de la vida, aspecto que consideramos fundamental para el ejercicio de la autonomía, ya que constituye los valores culturales, deseos y preferencias de cada persona.

1. El carácter social de la alimentación y las representaciones de las vejeces

Partimos de considerar a la alimentación como un fenómeno sociocultural que se construye socialmente. En este aspecto tomamos los aportes de Chaves, S. y Rodríguez G. (2013), para comprender el “acto de comer” como un fenómeno bio-psicosocial complejo, ya que éste no implica solamente un hecho biológico, sino también sociocultural.

De igual manera, la autora Patricia Aguirre (2008), señala que la “comida humana”, no se limita únicamente a alimentar y nutrir. Se trata de comprender a la alimentación como un proceso complejo que trasciende al comensal, que lo sitúa en un tiempo, espacio, y en una historia con otros. De este modo comprendemos que la comida tiene una representación determinada para cada individuo, y es transmitida de generación en generación. Y cuando la alimentación cumple solamente la función de satisfacer la cuestión fisiológica, aparecen las tensiones, ya que las personas rescatan de los alimentos, y de la práctica de alimentarse, otros factores relevantes para su vida. Analizar el abordaje de la alimentación en el HSM desde una perspectiva sociocultural, nos permite identificar concepciones de vejeces que predominan en dicha institución, como también identificar su impacto en la autonomía de los residentes.

Acerca de lo mencionado, señalamos que la propuesta nutricional del HSM se asienta sólo en lo biológico, es decir, intenta satisfacer únicamente la cuestión fisiológica de las PM institucionalizadas. De ese modo los residentes pierden esa identidad cultural que le aportaba el simbolismo alimentario, como también el derecho a decidir sobre sus preferencias. A modo de visibilizar dicha cuestión aportamos el relato de una profesional del hogar:

“El tema de la comida, acá y en varias instituciones, es un problema. Estamos acostumbrados a varias cosas, a que no les gusta y contentar a todos con una misma dieta o dos dietas es difícil y complicado” (Dra. P, profesional del HSM, relato de entrevista, 2022)

“Acá podrían tener la comida que les gusta, están todos los ingredientes, pero el problema es la cocina, de cómo se elaboran. He visto un plato con todos los ingredientes: papa, pollo, arroz, pero la presentación ya te quitaba las ganas de comer: todo hervido, todo mezclado. Percibía, que el que cocina lo hace sin importarle el otro, la comida es

mucho más que para satisfacer el hambre.” (Dra. P, profesional del HSM, relato de entrevista, 2022)

En la misma línea de pensamiento, Chaves, S. y Rodríguez G. (2013), aluden a la alimentación desde una perspectiva antropológica, como un fenómeno biopsicosocial que nos acerca por demás a la comprensión de prácticas, y problemas particulares de la misma. Esto significa que todas las personas necesitan energía para poder desarrollar diferentes actividades a lo largo de toda su existencia, siendo los alimentos la principal fuente de energía para el bienestar integral de las personas. Esta perspectiva tensiona las prácticas alimentarias del HSM ya que las mismas se basan en miradas biologicistas y patologizantes de las PM institucionalizadas.

Al respecto una profesional del HSM señalaba:

“La comida no es una cuestión de status. “La comida es lo principal, más que la medicación”. Porque si están bien comidos, bien alimentados y con una dieta balanceada, se podría, en muchos casos, evitar la medicación. Los complejos vitamínicos no se tendrían que usar” (Dra. P, profesional del HSM, relato de entrevista, 2022)

En la misma línea, Sedó M y G Mezerville (2003), señalan la carga emocional que puede representar un alimento. Las personas según los atravesamientos culturales, religiosos, grupo étnico construyen ciertos hábitos y preferencias por alguna comida particular. Así, la preparación, presentación y consumo de la comida se convierten en prácticas y hábitos fundamentales para la identidad de las personas y para el ejercicio de su autonomía. Por ende, es fundamental comprender que cada comida tiene un mundo de significados diferentes para las personas. No obstante, llegado a una determinada edad parece perderse esa diversidad, ese valor singular enlazado al afecto, a la manifestación del amor y a los cuidados entre personas, y, se comienzan a homogeneizar las demandas y necesidades de las PM, principalmente de las que se encuentran institucionalizadas.

Esta visión homogeneizante también se ve reflejada en la propuesta nutricional del HSM de esta manera:

“Si eso es todos los días. Algunos están cansados de la misma comida, o no les gusta. En cocina, se hace un menú semanal, algunas cosas se cambian y otras no. Que sean

generalizados, nutritivos, económicos y que no afecte la salud. Hoy hay medialunas, como un mimo” (Dr. O, profesional del HSM, relato de entrevista, 2022)

“Sí, ahora que vino este muchacho que es psicólogo, fue a la cocina y habló bastante. Ahora nos están dando un poquito más de comida “normal”, digamos... porque hay veces que no se puede comer, es la misma comida de siempre... Yo a veces no lo como, me compro sanguchito de miga o alguna empanada” (A, residente del HSM, relato de entrevista, 2022)

Asimismo, el abordaje de la alimentación refleja normas rígidas establecidas por la institución, funciona como un organizador de la vida cotidiana de los residentes del hogar. En este sentido encontramos características que se vinculan con la lógica de institución total. Una de ellas según María Pía Barenys (1992), es la imposición de una rigurosa reglamentación de la vida cotidiana, en donde los residentes reciben un trato estandarizado y en el que la satisfacción de sus necesidades se realiza mediante un sistema de organización burocratizado. Acerca de esto, en el HSM el servicio de la alimentación regula todos los aspectos de la vida cotidiana de los residentes, ya que los horarios de las comidas condicionan todas las demás actividades dentro de la institución, como ser: las visitas, los horarios para bañarse, la recreación, las salidas, entre otras. De este modo el servicio alimentario se convierte en una dimensión central del ordenamiento y regulación de la vida cotidiana de los residentes del HSM. Algunos profesionales comentan sobre esto:

“El horario lo establece la institución. Es un tema complejo porque la cena está estipulada a las 18,30 y es un horario que parece de merienda. Para un residente nuevo es una diferencia enorme, por la costumbre de cenar alrededor de las 20hs. Pero eso tiene que ver con el horario del personal del turno tarde que se retira a las 20hs, ya que ellos son los que les dan de comer en la boca y eso implica mucho tiempo, y deben dejarlos en condición para que luego se acuesten” (S, Nutricionista, profesional del HSM, relato de entrevista, 2022)

“Es la tercera edad, tampoco es cuestión que los tengamos con régimen de hospital todo el tiempo, cuando es un lugar de larga estadía” (S, Nutricionista, profesional del HSM, relato de entrevista, 2022)

Estas representaciones sociales de las vejeces que fuimos identificando por medio de la alimentación, se enmarcan en lógicas biologicistas, paternalistas, homogeneizantes y discriminatorias, y se materializan en los relatos y en las prácticas cotidianas de los miembros de la institución. Sobre lo planteado identificamos estas visiones en algunos relatos de los profesionales y de los residentes del HSM:

“De acuerdo a las patologías que traen cuando llegan al hogar se les determina la dieta que les corresponde” (Dra. S, profesional del HSM, relato de entrevista, 2022).
(Representación enmarcada en una visión biologicista)

“No te dejan si esta la cocina eléctrica ahí y el gas no te lo dejan usar. “Fulana” quiero hacer esto esto esto. No, esto no se puede por el gas” (J, residente del HSM, relato de entrevista, 2022). **(Representación enmarcada en una visión paternalista)**

“La milanesa acá es dura, la tenes que cortar con motosierra”, “Hay gente que no tiene dientes” (R, residente del HSM, relato de entrevista, 2022). **(Representación enmarcada en una visión homogeneizante)**

“Es imposible mantener un lugar tan grande con tanta oferta”. No estamos en un salad bar, donde cada uno puede acercarse y elegir lo que quiere” ... () ... “y si no están conformes pueden darse el gusto si tienen recursos” (S. Nutricionista del HSM, relato de entrevista, 2022). **(Representaciones homogeneizante y discriminatoria)**

Estas representaciones sociales sitúan a las PM en una situación de subordinación y vulnerabilidad. Donde no tienen la posibilidad de ejercer su derecho a decidir sobre sus necesidades, deseos y preferencias. Siguiendo a Danel (2008) señalamos que en general las decisiones sobre nutrición, calidad, variación de alimentos son establecidas de manera rígida por las autoridades de la institución y con un criterio estrictamente sanitario. De este modo, la autora señala que el objetivo principal de la institución en relación a la alimentación es el de “llenar” un objeto, por lo cual el residente se convierte en ese “objeto a llenar”, perdiendo así su condición de sujeto de derecho.

En cuanto a la variedad y calidad alimentaria la misma nutricionista nos comenta:

“No se puede mantener algunas concesiones en el tiempo, no tengo un menú a la carta” ... () “Y la calidad de la comida que obviamente, pasa por los costos. Muchas veces hay

que hacer magia con lo que llega”. (S, Nutricionista, profesional del HSM, relato de entrevista, 2022)

Concebir a las PM como objetos a ser cuidados, está fuertemente arraigada en una óptica asilar, en donde pierden su condición de sujetos de derechos, y los sitúa como una población vulnerable, frágil y sin capacidad para tomar sus propias decisiones en cualquier aspecto de su vida.

El ejemplo que detallamos a continuación visibiliza la vulneración de los derechos de las PM institucionalizadas, ya que refleja la subordinación y la discriminación hacia esta población.

“La calidad de la comida está alrededor de los 6/7 puntos. Cuando tenemos más de tres llamadas por diarrea, lo primero que se consulta es que han comido dos días atrás. Hay menús que se sabe los van a descomponer. Acá desayuno y meriendo en la cocina y puedo observar, así que el sábado se cuidan en la cocina porque está mi mirada” ... ()
“La comida, por tratarse de una institución pública, podría decirse que está bien” (Dr. O, profesional del HSM, relato de entrevista, 2022).

2. Alimentación y autonomía de las personas mayores institucionalizadas

Partimos de considerar que el acceso a una buena alimentación es un derecho básico y fundamental de cualquier ser humano para el desarrollo y bienestar integral de su vida. Tener un derecho significa tener necesidades, intereses y libertades reconocidos en la ley como esenciales para el desarrollo integral de las personas.

En ese marco, señalamos según la información obtenida en las entrevistas a profesionales, que la prestación alimentaria en el HSM se obtiene a través de una licitación del Gobierno de la Ciudad de Bs. As., donde se designa una empresa por contrato que brindará la prestación por tres años. Sin embargo, existen solo tres o cuatro empresas que monopolizan este servicio, y se adhieren al procedimiento de carácter excepcional llamado de “legítimo abono”¹⁰ para justificar su continuidad y así perpetuarse en el “negocio” alimentario en el hogar por décadas. Existen muchos residentes que llevan entre catorce y diecisiete años en el hogar, alimentándose con la misma comida, en el

¹⁰ “El legítimo abono es un procedimiento de carácter excepcional que se utiliza “cuando el trámite de una contratación no se hubiese ajustado a las normas” del Reglamento de Contrataciones de la Provincia, “a los fines de evitar eventuales perjuicios al proveedor o prestador y de facilitar la regularización administrativa”

mismo horario y en el mismo lugar desde el día que ingresaron. Dicha cuestión visibiliza la situación de vulnerabilidad a la que se ven expuestos los residentes en relación a la alimentación.

“Hace años que no se cambia el menú. Tratamos de hacerlo nosotros lidiando con la empresa constantemente, porque a la nutrición también le corresponde el control de la empresa tercerizada. Siempre viendo qué otras alternativas pueden ofrecer” ...” El menú llega a través de un pliego de bases y condiciones de contratación, las normas que el Estado le impone a una empresa tercerizada para que brinde un servicio en la institución. No solo está el menú, sino también otras condiciones”. (S, Nutricionista, profesional del HSM, relato de entrevista, 2022)

Al respecto, pudimos observar que el servicio alimentario en el HSM está basado en los aspectos técnicos de la nutrición. Mejor dicho, el abordaje de la alimentación se orienta a especificar las porciones a consumir, las dietas específicas, los horarios del servicio, el almacenamiento de los alimentos, la distribución de los mismos, etc, dejando al margen cualquier aspecto sociocultural de la alimentación, o las necesidades y deseos de los residentes. En dicho lugar, como hemos mencionado predomina la visión biologicista/patologizante de las vejez, allí, el residente es mayormente es tratado como “paciente”. Con respecto a lo desarrollado señalamos algunos ejemplos:

“Esa sala es para postrados físicamente y para los que tienen problemas mentales. Otros están enteros, bien vestidos, pero tienen amnesia, Alzheimer, es decir, que están limitados psicológicamente.” (Dr. O, profesional del HSM, relato de entrevista, 2022)

“Tenemos una tipificación: con sal o sin sal, y comidas blandas para los que tienen problemas dentales. Luego cuatro tipificaciones más: diabético, hipocalórico, gástrico y hepático. De acuerdo a las patologías que traen cuando llegan al hogar se les determina la dieta que les corresponde” (S, Nutricionista, profesional del HSM, relato de entrevista, 2022)

En este marco, Contreras y Arnaiz (2005), consideran que la alimentación históricamente ha sido percibida en relación con la salud/enfermedad, y la palabra dieta tiene todavía un significado más restrictivo, aplicándola, sobre todo, para referirse a un régimen específico de alimentación, recetado u ordenado en pos de mejorar una situación de “anormalidad” o una “enfermedad” de las personas.

Todo lo mencionado hasta aquí, complejiza y obstaculiza el acceso a esa comida deseada con todas sus implicancias socioculturales, cuestión que se encuentra completamente ligada con el ejercicio de la autonomía de las PM institucionalizadas. En las entrevistas a los residentes pudimos reconocer la importancia de acceder a una alimentación que contemple todas las dimensiones socioculturales, nutricionales, las necesidades y demandas de cada residente. Sin embargo, observamos que las demandas no son tenidas en cuenta, vulnerando su derecho a elegir y decidir.

“... Si, las necesidades básicas como: ... la comida que es mala y nos la dan fría, o viene con una hora de retraso. No se cumplen con las dietas. ...” (H, residente del HSM, relatos de entrevista, 2022)

“Acá la comida viene helada como es de costumbre, y no como debería ser la comida normal, caliente”. (J, residente del HSM, relato de entrevista, 2022)

“Intenté comer la comida del hogar trayendo queso, sal y varias cosas, pero no pude. Incluso, han llegado a tener fruta podrida, si me dan a mí eso a ellos que les queda” ... (Dra. P, profesional del HSM, relatos de entrevista, 2022)

3. Reflexiones preliminares

En base a todo lo planteado, podemos señalar que el abordaje de la alimentación nos permitió identificar visiones de vejez enmarcadas en lógicas asilares que tensionan el derecho al ejercicio de la autonomía de la PM institucionalizada. El abordaje de la alimentación por parte de los profesionales del hogar y las demandas y preferencias de los residentes dieron cuenta de concepciones de vejez con una mirada biologicista y patologización de las vejez, las cuales conllevan a la despersonalización y cosificación de las vejez.

Asimismo, identificamos la subordinación y el sometimiento de las PM a las rigurosas normas institucionales, en donde los derechos de las PM son vulnerados constantemente. Con respecto al abordaje de la alimentación por parte del equipo interdisciplinario, observamos la falta de estrategias colectivas de discusión y difusión de la situación, debido a la naturalización e invisibilización de la problemática.

CAPÍTULO IV

El derecho al ejercicio de la autonomía de los residentes del Hogar San Martín



“Es fundamentalmente centrar y escuchar a la persona. Tratar de sacar ciertos prejuicios que uno va construyendo de los viejos, qué sería mejor para ellos. Y lo mejor es escuchar y trabajar en relación a eso. Ellos van diciendo qué cosas quieren hacer, más allá del deterioro que tenga. Hay que trabajar en relación a las expectativas y al deseo de la persona, no siempre se puede, pero vamos por ese camino” (Trabajador Social, S. profesional del HSM, relatos de entrevista, 2022)

En este capítulo abordamos el ejercicio de la autonomía de las PM en el HSM. En nuestra investigación apuntamos a identificar las visiones de vejez que predominan en el hogar y su impacto en el ejercicio de la autonomía de los residentes. Para esto organizamos el capítulo de la siguiente manera. En primer lugar, nos planteamos qué entendemos por la autonomía, cómo se ejerce en este contexto, cómo se entiende la misma por parte de los profesionales del HSM, y si se identifican acciones (en sus intervenciones) que fomenten la misma. En segundo lugar, exponemos los distintos factores que facilitan y/o obstaculizan el ejercicio de la autonomía en el hogar.

1. Autonomía de la Persona Mayor

En la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, se establece a la Autonomía como un derecho fundamental y esencial para el desarrollo integral de las personas. Y lo define de esta manera:

“... El derecho de la persona mayor a tomar decisiones, a la definición de su plan de vida, a desarrollar una vida autónoma e independiente, conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones y a disponer de mecanismos para poder ejercer sus derechos...”

Entendemos a la autonomía como un derecho que hace referencia a que las personas, al margen de sus capacidades, puedan desarrollar un proyecto vital basado en sus deseos, elecciones, y en su propia identidad. En el caso de las personas que se encuentran transitando situaciones problemáticas, el ejercicio del derecho a su autonomía suele ser indirecto, es decir mediado por otros, a través de apoyos específicos (Croas; Colmeneros, 2013).

En este sentido es que Etxeberria, X. (2014) plantea que el ejercicio de la autonomía puede resultar problemático, y más cuando a las edades avanzadas se les agregan los impactos de las enfermedades crónicas, como también las relaciones y contextos sociales discriminatorios. De este modo incorpora la diferencia entre autonomía moral y fáctica, señalando que las dos son complementarias. Si llevamos esta perspectiva al HSM significa que, para garantizar el ejercicio de la autonomía de las PM institucionalizadas, primero los profesionales de dicha institución deberán identificar la capacidad de autonomía de cada residente. Es decir, deben tener en cuenta tanto la capacidad moral que refiere a la facultad de tomar sus propias decisiones, como la capacidad fáctica que alude a la posibilidad de poder concretar esa decisión tomada. Es preciso señalar que la acción o intervención de los profesionales con respecto a la autonomía, estará ligada con la visión que tenga sobre las vejeces, o sea, con las representaciones sociales instituidas en su subjetividad. Desde la perspectiva de derechos es fundamental que las intervenciones profesionales tengan en cuenta de forma complementaria a la capacidad de decisión y la capacidad física de las PM institucionalizadas, a fin de garantizar su derecho a la autonomía en todos los aspectos, por el medio que sea necesario.

Como hemos referido, la visión de vejeces instituida en la subjetividad de los profesionales conlleva a comprender de una determinada forma la autonomía de las PM. En este sentido señalamos la tensión encontrada en el HSM con respecto al modo de concebir a la autonomía por parte de los profesionales. En dicha institución se reduce la autonomía a la capacidad física y motora de las personas, que corresponde a una visión biologicista enmarcada en el modelo asilar. No obstante, entendemos que la

independencia y/o mayor movilidad física de las personas, no pueden ser comprendidos como sinónimos de autonomía. A modo de visibilizar lo mencionado agregamos algunos relatos de profesionales del HSM:

“Creo que son bastante autónomos acá adentro, por supuesto teniendo en cuenta las limitaciones físicas que cada uno tenga” (S. Nutricionista, profesional del HSM, relatos de entrevista, 2022)

“Los que no pueden caminar, no tienen nada de autonomía; solo se les brinda las funciones básicas, no se estimula para nada” (Dr. O, profesional del HSM, relatos de entrevista, 2022)

“Desde mi campo es muy difícil acá, porque la autonomía es muy chiquita. Trato de decirles que cuando vayan al departamento médico o a la dirección lo hablen. Que lo hagan solos, aunque yo ya sé cuál va a ser la respuesta. Esa es una manera de darles independencia, que mantengan algo de la vida que tenían en el exterior: trasladarse para ir al médico, tiene que ir a la farmacia, etc.” (Dra. P. profesional del HSM, relatos de entrevista, 2022)

Como se observa en estos relatos, la autonomía es mayormente entendida como independencia física. Xabier Etxeberria Mauleon (2014) plantea que cuando se describe a la PM, muchas veces se habla con cierta naturalidad de vidas independientes que pasan a ser dependientes, o, de personas autónomas que dejan de serlo. Pero el dilema dependencia/independencia, capacidad/incapacidad es existencialmente falso. Nadie nunca es plenamente independiente, y todos somos siempre personas dependientes, con los lazos relacionales correspondientes que esta dependencia genera, y que fluctúan de modos diversos en las biografías. Por lo tanto, el autor señala que el ideal, no puede ser el de la independencia, sino el de una interdependencia compleja y biográficamente personalizada y cambiante, que sintetice de la mejor manera posible en cada momento, dependencias e independencias en solidaridad. Por eso, es importante remarcar que el decrecimiento de la autonomía en las vejez se sitúa en este marco global de lo que somos, que supone entre otras la comprensión de lo que significa independencia/dependencia. En primer lugar, la independencia ya no es definida como la pura autosuficiencia ante el otro, pues siempre se está “debiendo” algo a alguien, sino como la no dominación de la libertad por el otro. Ninguna PM debe sufrirla en ningún

momento, ni en ningún aspecto de la vida. En segundo lugar, la dependencia deja de ser identificada con la sumisión al otro, para pasar a reconocer la fragilidad propia, pero enmarcándola en la solidaridad constitutiva de los seres humanos. A partir del enfoque de derechos, la PM institucionalizada, frente a cualquier situación de vulnerabilidad tiene derecho a recibir una intervención integral que contemple sus necesidades y sus propias decisiones en base a su singularidad.

En base a lo planteado, observamos que existe una representación social acerca de la fragilización de la autonomía de la PM, y que está determinada por un déficit funcional. Como lo antedicho, esto deriva de las visiones de vejez (discriminatoria/biologicista/patologizante/homogeneizante), y de los obstáculos sociales a los que se encuentran expuestas las PM institucionalizadas producto de su edad avanzada (Etxeberria, 2008). En lo que refiere a las intervenciones de los profesionales en el HSM, la autonomía es definida en base a la concepción que tengan sobre las vejez.

En base a lo planteado, podemos señalar algunos relatos de los profesionales en referencia al concepto de autonomía:

“TS: ¿Qué es la autonomía?, E: La independencia que tienen para salir, y hacer los que quieran. Si, en la institución sí. Porque es un hogar de puertas abiertas. Incluso, ingresaban bebidas alcohólicas, y no hay una forma de prohibirlos, pero sí de controlarlo. Que no tomen en el comedor.”. (Dra. P. profesional del HSM, relatos de entrevista, 2022)

“La autonomía a veces está muy aplastada, digamos...tratamos de fomentar el deseo , fomentar la autonomía en la medida que ellos puedan decidir, tratamos de que lo hagan, y en la medida de que se pueda, tratamos de darles una mano...no todos los sectores lo promueven...en otros sectores, a veces no lo piensan al otro como sujetos de derechos, en enfermería si quieren ir al baño le ponen pañal,...y ponen a la gente que caminan en silla de ruedas, y a veces el flaco no se para más, y ese ambiente hace que lo deprima cada vez más. Hay que tratar de no invalidarlo. Esas acciones los invalidan. Se complica en los casos que son físicamente recontra autónomo y cognitivamente no tanto” (M. Psicóloga, profesional del HSM, relatos de entrevista, 2022).

“...De hecho, cuando entra un residente que no tiene tanta dependencia, generalmente, se “dependizan” más Si entra un residente que camina un poquito, no camina más.

Si contenía esfínteres, le empiezan a poner pañales. Si el residente dice: quiero ir al baño, los cuidadores les dicen: hace tranquilo tenes pañal. (S. Trabajador Social, profesional del HSM, relatos de entrevista, 2022)

En cuanto a los residentes, también observamos la representación que tienen con respecto a la autonomía, que está sumamente ligada con la independencia. Esto conlleva a no exigir o demandar (individual o colectivamente) el derecho a la autonomía para tomar decisiones sobre sus vidas, y lo expresan de esta manera:

“Lo que se puede hacer, es lo que uno puede llegar a hacer. Pero, después, así vivir independiente como en una casa, ya no. Pero, nosotros tenemos la ventaja de que podemos salir, tenemos contacto con la calle. Pero ser independiente, no”. (B, residente del HSM, relatos de entrevista, 2022).

“...Aquí estamos todos en silla de ruedas, me costó horrores volver a caminar...” (J. residente del HSM, relatos de entrevista, 2022)

Sabemos que las vejez pueden llevar a carencias muy intensas, no solo físicas, sino también emocionales, cognitivas, de autoconciencia, y comunicativas. Estas dificultades pueden generar una mayor fragilización de su autonomía, pero no significa una pérdida total de la misma. Así como mencionamos anteriormente, la autonomía como derecho, hace referencia a que las personas, al margen de sus capacidades, puedan desarrollar un proyecto vital basado en sus deseos, elecciones, y en su propia identidad. En el caso de personas que se encuentran transitando situaciones problemáticas, el ejercicio del derecho a su autonomía suele ser indirecto, es decir mediado por otros, a través de apoyos específicos (Croas; Colmeneros, 2013). La autonomía no es una capacidad única y fija. Todas las personas, en cualquier etapa de su vida, tienen derecho a elegir y tomar sus propias decisiones en base a sus deseos e intereses personales, incluso las personas con algún deterioro cognitivo, ellas pueden y deben tener oportunidades y apoyos para ejercer el derecho a su autonomía (Rodríguez, T. M., 2013). Al respecto, un residente del HSM describe que la institución no cuenta con los recursos necesarios para que puedan desarrollar ese proyecto vital basado en sus deseos particulares, elecciones y demandas.

“... pero si uno puede caminar, y está en la casa es distinto... Comes lo que te parece, lo que te gusta, como un bife a la plancha haces el fuego y ya está. Acá hay cocina eléctrica, pero está hecha pelota. Compraron una cocina para poner acá y la cocina desapareció. Nunca más, y no te dejan traer garrafito ni anafe...” (R, residente del HSM)

Teniendo en cuenta que la autonomía de la PM consiste en que los mismos puedan tomar sus propias decisiones, desarrollar una vida plena y autónoma según sus costumbres y valores culturales, y contar con los mecanismos necesarios para ejercer sus derechos, nos parece fundamental analizar los recursos que ofrece el HSM para garantizar este derecho.

2. Factores que restringen la Autonomía de la Persona Mayor en el Hogar San Martín

En este punto nos proponemos mencionar algunos factores que consideramos limitantes para el desarrollo del ejercicio de la autonomía de las PM en el HSM. De este modo buscamos visibilizar las situaciones problemáticas a las que se ven expuestas cotidianamente los residentes del HSM.

2.1 Acerca de la estructura edilicia

A lo largo de las visitas hemos observado que la estructura edilicia del hogar se encuentra muy deteriorada, funcionando como un factor obstaculizador del ejercicio de la autonomía del residente. Asimismo, hemos visto cómo los residentes en sillas de ruedas se ven obligados a permanecer varias horas en el mismo lugar durante todo el día, sin la posibilidad de trasladarse al parque porque los accesos al mismo están llenos de pozos, y, en algunas salidas no hay rampas que faciliten la movilidad.

“...el tema es que si te caes en un pozo de esos no salís más. Acá tiene que mejorar todo el camino...” (R. Residente del HSM, relato de entrevista, 2022)

Al respecto, observamos que la estructura edilicia del hogar ha conservado el diseño de un modelo hospitalario que, en muchos casos, naturaliza las concepciones patologizantes hacia los residentes.

Es preciso recordar que, en materia de accesibilidad, el artículo 26 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos en Personas Mayores, exige que los Estados garanticen la movilidad de las personas mayores en el entorno físico,

social, económico y cultural. Se requiere la implementación de herramientas útiles para que los mayores puedan desarrollar sus vidas de forma independiente y que puedan participar plenamente en todos los aspectos de la vida en igualdad de condiciones con las demás. Junto a ello, obliga a identificar y eliminar de manera progresiva los obstáculos y barreras habitacionales y urbanísticas y así poder acceder al ejercicio pleno de su derecho a la autonomía (OEA, 2015).

A modo de ejemplo traemos algunos relatos de los residentes donde manifiestan la falta de accesibilidad, y otras cuestiones que hacen referencia a los obstáculos para ejercer la autonomía en su totalidad.

“...arreglar las calles que es un asco, lleno de... ustedes están viendo...” (J, residente del HSM, relatos de entrevista, 2022)

“...acá adentro hay dos baños para todos los enfermos, diríamos, discapacitados. Hay un baño que hace ocho meses que está roto, no lo arreglan, ¿entendes? Como eso un montón de cosas. ¿Vidrios? Falta la mitad en el pasillo ese...” (J, residente del HSM, relato de entrevista, 2022)

“...No hacen nada, se viene el parque abajo, las salas se están cayendo abajo. Antes estaba todo mucho mejor; ahora se empezó a caer todo. La sala nuestra es un desastre, los pisos están rotos, los baños no funcionan ..., La cocina es un espanto...” (A, residente del HSM, relatos de entrevista, 2022)

“...También proponía reunirnos afuera, tener una actividad, pero hay partes que no están en condiciones y entonces no pueden ir todos. Parecía que ya estaban listos los materiales para las rampas, pero no se hicieron...” (B, residente del HSM, relatos de entrevista, 2022)

Los aportes de Danel (2008) nos permiten reflexionar acerca de los espacios que habitamos. La casa propia, un hogar, el espacio físico en el que transitamos nuestra vida cotidiana, durante mucho tiempo es el que nos proporciona abrigo y protección, configurándose en una expresión de autonomía e independencia. Entendemos que el espacio físico no es solo un lugar material, sino que está relacionado con otros significados simbólicos. La PM dejó atrás una experiencia de vida para comenzar a reconocerse en este nuevo lugar, produciéndose un proceso de apropiación del nuevo

espacio tanto físico como simbólico. La dimensión simbólica hace referencia a las significaciones afectivas y biográficas que el espacio representa para quien lo habita. En este proceso de apropiación del espacio, comienzan a aparecer las dinámicas institucionales y, es allí, donde observamos que estos espacios comienzan a ser “preestablecidos y fijos”: se instituye la lógica asilar y sus prácticas limitantes, poniendo a la PM como objeto de cuidado, lo cual impacta negativamente en todos los aspectos de su vida, como ser el ejercicio integral de su autonomía.

2.2 Acerca de las demandas y deseos de los residentes

Como venimos mencionando, las PM institucionalizadas se enfrentan con situaciones que tienden a desconocer su derecho a ejercer la autonomía en todas sus dimensiones, muchas de estas situaciones son productos de las concepciones negativas respecto a las vejeces y la falta de políticas públicas dirigidas a esta población. Referente a esto, podemos señalar que en las entrevistas logramos identificar las demandas, intereses, deseos y necesidades de los residentes, que fueron propiamente manifestadas (por los residentes) a los profesionales del hogar con la finalidad de obtener una respuesta por parte de la institución. Muchos de estos deseos refieren al mejoramiento de la alimentación que reciben cotidianamente, como también del espacio habitacional, del mobiliario en general y principalmente, su necesidad de contar con actividades según sus intereses y que sean planificadas por ellos mismos.

Si bien la institución cuenta con un cronograma de actividades, las mismas no se adecuan a las necesidades particulares de cada residente para participar en ellas, y tampoco responde a los intereses y deseos de los mismos. Esto puede entenderse como producto de las representaciones negativas acerca de las vejeces. En este sentido, Rodrigo Jiménez (2014) señala que el proceso de envejecimiento conlleva a una serie de cambios biológicos en el sistema sensorial, orgánico, psicológico y social. Y que estos cambios influyen negativamente en el bienestar de las PM cuando su entorno resulta discriminatorio y violento, es decir, la calidad de vida se deteriora cuando su entorno cuestiona su capacidad, y sobre esta base se impone una mirada que descalifica constantemente los deseos y decisiones de las PM. Desde la categoría de habitus entendemos que estas prácticas negativas y naturalizadas sobre las vejeces, funcionan como obstáculos para que las PM puedan ejercer de forma integral sus derechos y transitar sus vejeces dignamente.

En este marco, y a manera de reconocer y visibilizar las demandas, necesidades y reclamos de los residentes señalamos varios ejemplos. De este modo le damos voz a los residentes del HSM.

“Pero por ejemplo acá ese coso que se ve allá de cemento, esa parecita chiquita estoy peleando desde que vine para que le pongan arena para comprar los tejos. El juego del tejo, no tienen idea ustedes, la gimnasia que hace” (J, residente del HSM, relatos de entrevista, 2022)



“No puede ser que la calefacción una vez sola la pusieron, por el consumo” (R, residente del HSM, relatos de entrevista, 2022)

“Acá no te sacan a tomar sol acá, acá no te sacan de allá, no te traen” (R, residente del HSM, relatos de entrevista, 2022)

“Acá tengo una televisión, pero no la puedo poner, no hay cable. Y para poner la televisión y tener todo el día los canales de aire, tengo todo el día en el comedor” (J, residente del HSM, relatos de entrevista, 2022)

“No tenes como acomodar, tomas mate y bueno vas a tomar un litro de agua. yo me he pasado noches enteras sin dormir, me he sentado en la cama para no hacer ruido a los compañeros. ¿A dónde vas acá? No tenes cocina, no podes calentar agua” (R, residente del HSM, relatos de entrevista, 2022)

“Acá no se puede, está prohibido todo. Vas muriendo sin cumplir esos deseos, no hay otra escapatoria” (R, residente del HSM, relatos de entrevista, 2022)

“Acá estamos presos. Somos como el árbol, estamos hasta que aguante” (R, residente del HSM, relatos de entrevista, 2022)

“Tener la comida helada como es de costumbre acá, que comer la comida normal, caliente” (J, residente del HSM, relatos de entrevista, 2022)

En materia de derechos de las PM institucionalizadas, nos parece fundamental recordar que existe la Ley 5670/16 donde se reconoce el derecho de los residentes a “... ser escuchados en la presentación de reclamos ante los titulares de los establecimientos y ante las autoridades, respecto de quejas o reclamos vinculados a la prestación del servicio...”. Esto no parece suceder en el HSM.

2.3 Acerca de los recursos institucionales

Retomando a Xabier Etxeberria (2014), la autonomía como capacidad para decidir se da cuando no solo hay ausencia de coacción externa, sino cuando se dispone de los recursos que se precisan, en forma de bienes y servicios, y además se está en circunstancias personales y sociales que permiten aprovecharlos. En el caso de las RLE (estatales) el acceso y distribución de los recursos necesarios para brindar un servicio integral a sus residentes es una responsabilidad institucional y del Estado.

Ya hemos señalado, a lo largo del trabajo que es responsabilidad del Estado¹¹ garantizar los derechos de las PM, para lograr el bienestar integral durante el proceso de envejecimiento en contexto institucional. Por ello consideramos fundamental que las RLE cuenten con recursos para mejorar el bienestar de los mismos. Ya que hemos identificado en el hogar visiones de vejez enmarcadas en lógicas asilares, que dificultan el ejercicio de la autonomía de la PM, entendemos que la falta de recursos materiales y humanos profundiza la situación de marginalidad y vulnerabilidad de los residentes. En este sentido, hemos evidenciado que el HSM carece de recursos: materiales, tecnológicos, económicos, humanos, que dificultan las intervenciones de los profesionales, y en consecuencia afectan el bienestar integral de los residentes.

¹¹ Convención Interamericana de Protección de los Derechos Humanos de los Adultos Mayores, ratificada por la Ley 27360, durante el 2017, le da un rango constitucional, y obliga al Estado Nacional y las provincias a adoptar la perspectiva de considerar a las PM como sujetos de derechos.

A modo de visibilizar lo mencionado, hemos seleccionado parte de algunas entrevistas que muestran los escasos recursos con los que cuentan los profesionales para sus intervenciones y cómo estas situaciones repercuten en el ejercicio de la autonomía de los residentes.

“Los recursos en general son bastante inexistentes. Un obstáculo es el tema del auto que comentaba antes. Es la única camioneta que hay: es para la persona que tiene que hacerse un estudio, la persona que tiene que hacer una pensión por Anses o un trámite a PAMI...”. ...De hecho yo pongo mi auto. Mañana vamos con un residente al neurólogo que tiene Parkinson. --(S, Trabajador Social, profesional del HSM, relatos de entrevista, 2022)

“Es todo a pulmón. Organizar algo que le demande mucho a la institución, es imposible. Hacer algo por fuera es complicado. El recurso humano profesional es poco. Ojalá pasara algo como patch adams” (S. Trabajador Social, profesional del HSM, relatos de entrevista, 2022)

El trabajador social del hogar nos comenta que hay una única camioneta para el traslado de los residentes, y que ésta no cuenta con accesibilidad para sillas de ruedas. Cabe aclarar que un gran porcentaje de residentes del HSM se movilizan solo en sillas de ruedas.

“Hay ochenta en silla de ruedas, y el único móvil de traslados en un miniván de quince asientos, que tiene dos escalones angostos para subir” (S, Trabajador Social, profesional del HSM, relatos de entrevista, 2022)

Por su parte, el profesional médico de guardia nos comentó acerca de la carencia en su área para la intervención frente a situaciones emergentes. En dicha área no cuentan con los medicamentos necesarios o básicos para atender las demandas de los residentes. A su vez, manifiesta que no cuentan con computadoras para realizar informes, ni registros digitalizados de las historias clínicas, lo que implica el desconocimiento del estado de salud de cada PM.

“Estando en el año 2022 deberíamos tener una computadora donde escribir los informes, tampoco hay internet o es mala la señal. Solo nos dieron un celular para contactarnos, y se pasa de médico en médico y es solo para llamadas y wasap. Es decir, que seguimos trabajando de forma artesanal, precaria... (Dr. O, Médico, profesional del HSM, relatos de entrevista, 2022)

En referencia a la falta de recursos, la nutricionista expresaba la necesidad de contar con los registros de las dietas de los residentes de forma digital y así poder obtener la información con rapidez y planificar la prestación de manera eficiente.

“Si bien hay recursos, otras cosas faltan. Por ejemplo, una computadora, así que vamos con un pendrive para todos lados para organizarnos, lo hacemos en nuestras casas” (S, Nutricionista, profesional del HSM, relatos de entrevista, 2022)

A partir del enfoque de derechos entendemos que la falta de recursos también visibiliza lógicas asilares en donde se brinda atención solo para cubrir las necesidades básicas de subsistencia de las PM institucionalizadas, obstaculizando así el pleno ejercicio de su autonomía.

2.4 Relaciones de Poder

En las entrevistas visualizamos la existencia de relaciones de poder en donde se sitúa al residente en una posición de subordinación, vulnerando así su derecho a la autonomía. Siguiendo la perspectiva de Bourdieu, la autora Alicia B. Gutiérrez (2004) define al poder y las relaciones de poder como componentes intrínsecos que terminan siendo interiorizados en cada persona a través de las formas de vida. El poder existe en las cosas y en los cuerpos, en los campos y en los habitus, en las instituciones y en los cerebros. Por lo tanto, tiene una doble dimensión: existe, objetivamente, pero también simbólicamente.

A continuación, detallamos algunas entrevistas que reflejan estas relaciones de poder:

“...yo quería hablar, pero no me dejaron. Me dijeron que no. ¿Por qué? Si yo soy un ciudadano que tiene todo el derecho de pedir hablar con el director. ¿Por qué motivo? Son cuestiones personales. No tengo por qué ir a decirle a un empleado que es lo que quiero hacer, lo que quiero pedirle, pavana, pero son pedidos...” (J, residente del HSM, relatos de entrevista, 2022)

“...hay televisión... pero son de aire, no son cable... Yo quiero ver un partido de Inglaterra, por ejemplo, y no lo puedo ver. Quiero ver un partido nuestro y si no tienes el aparato decodificador no lo ves. Seis canales es todo lo que tenemos nosotros, confórmate con eso. (J, residente del HSM, relatos de entrevista, 2022.)

En términos de Foucault (1999), como mencionamos anteriormente, nos referirnos al poder como mecanismo de control y disciplinamiento de los cuerpos, que tiene como finalidad modificar las conductas para lograr construir un sujeto/objeto ideal para un contexto y objetivo determinados. Asimismo, señalamos que esta perspectiva se enmarca en un modelo institucional basado en lógicas asilares, y se materializa en algunos aspectos en el HSM. Al respecto evidenciamos algunos relatos de entrevistas:

“Porque la política de este director es mantenernos separados, con la excusa de la pandemia” (R, residente del HSM, relatos de entrevista, 2022)

“Ellos saben que soy la que les puedo cambiar la comida, les conviene”. (S, Nutricionista, relatos de entrevista, 2022)

“No estamos en un salad bar, donde cada uno puede acercarse y elegir lo que quiere” (S., Nutricionista del HSM, relato de entrevista, 2022).

“Es una cárcel a largo plazo. Acá te morís, listo, fuiste. No hay reclamo. Los médicos no te dan resultados” (R., residente del HSM, relatos de entrevista, 2022).

“Tengo que ceder a los demás, que están en la misma. Acá un médico me dijo: “ustedes están acá, en la etapa final, antes de ir a la chacarita”. (H, residente del HSM, relatos de entrevista, 2022)

En este marco, entendemos que las relaciones de poder constituidas por lógicas asilares obstaculizan el pleno ejercicio de la autonomía de las PM ya que los considera como “objetos de cuidado” y no como sujetos de derecho.

3. Factores que promueven el ejercicio de la autonomía

A lo largo de nuestra investigación pudimos comprobar, como dice Zolotow (2010), que la organización, atención y servicios brindados en las RLE están en directa relación con las concepciones de envejecer, y las representaciones que sustentan quienes están a cargo de las mismas. Estas concepciones, que en muchos casos están basadas en modelos asilares, han restringido los derechos de las PM institucionalizadas. Es fundamental promover perspectivas de derechos que tomen en cuenta la participación activa de los residentes, y esto requiere de un abordaje integral e interdisciplinario con un compromiso por parte de todos para garantizar los derechos de las PM en contexto institucional.

En ese aspecto, retomamos los aportes de Paola (2011) para señalar la importancia de un enfoque gerontológico para abordar interdisciplinariamente el proceso de envejecimiento. Esto implica que todos los profesionales tengan un posicionamiento abierto a los nuevos paradigmas científicos desde una visión compleja para intervenir de manera integral con las PM. Desde este lugar, el autor plantea que el Trabajo Social realiza sus aportes, ya que es una disciplina que busca constantemente problematizar y desnaturalizar situaciones que vulneran los derechos de las PM.

En referencia a este abordaje, pudimos identificar algunas intervenciones profesionales enmarcadas en este enfoque de derechos.

“Es fundamentalmente centrar y escuchar a la persona. Tratar de sacar ciertos prejuicios que uno va construyendo de los viejos, qué sería mejor para ellos. Y lo mejor es escuchar y trabajar en relación a eso. Ellos van diciendo qué cosas quieren hacer, más allá del deterioro que tenga. Hay que trabajar en relación a las expectativas y al deseo de la persona, no siempre se puede, pero vamos por ese camino” (Trabajador Social, S. profesional del HSM, relatos de entrevista, 2022)

“Lo que más chequeo es el malestar en los viejos y apunto mucho a eso. El malestar puede producirse por angustia, porque pasan diversas cosas que hacen que se sientan mal” (M. Psicóloga, profesional del HSM, relatos de entrevista, 2022)

Desde el enfoque de derechos las intervenciones son pensadas y construidas teniendo en cuenta la voz, los deseos y la singularidad de las personas. En este aspecto, nos parece fundamental promover el fortalecimiento de este enfoque con el fin de fomentar la participación de los residentes entre salas, es decir, intentar romper los límites espaciales y normas establecidas por la institución y que de esa forma puedan construir lazos afectivos y de contención entre ellos mismos. De esta manera, se brindan recursos a los residentes para facilitar el ejercicio de la autonomía. Al respecto, pudimos observar en la Sala Vincular como la participación y la existencia de lazos afectivos pueden mejorar el bienestar integral de los residentes, ya que hay acompañamiento y contención entre los mismos residentes, fortaleciendo el ejercicio de la autonomía.

4. Reflexiones preliminares

La autonomía real de las PM será el resultado de la interacción entre sus capacidades personales y las posibilidades y apoyos que se les ofrezcan. Del mismo modo que sus limitaciones afectivas, sus dependencias concretas, serán también el resultado de la interacción entre sus limitaciones subjetivas y los obstáculos que les impongan quienes se relacionan con ellos, así como los contextos en los que desarrollan su vida. La pérdida o disminución de la autonomía está ligada a las concepciones de las vejeces y a factores del entorno, por lo que es preciso realizar un viraje hacia un modelo social del envejecimiento y de derecho. La PM que se encuentra en contexto institucional, tiene derecho a vivir dignamente como cualquier ciudadano.

Conclusiones

Al inicio de nuestra investigación nos propusimos analizar las estrategias de intervención llevadas a cabo por el equipo interdisciplinario del HSM, para identificar las visiones de vejez que subyacen en sus intervenciones, a fin de comprender su impacto en el ejercicio de la autonomía de las PM institucionalizadas. Consideramos fundamental reconocer las diferentes visiones de vejez que se reproducen dentro del HSM, ya que estas representaciones reproducen sentidos, mitos, prejuicios, y que terminan impactando negativamente en el proceso de envejecimiento, poniendo en tensión permanente el ejercicio de autonomía de las PM institucionalizadas.

Cabe recordar, que históricamente estas instituciones fueron creadas para ocultar a personas que se encontraban en situaciones de indigencia, mendicidad, problemas de salud mental y vejez, entre otras. Así, bajo el supuesto de “protección y cuidado” se lograba deslegitimar los derechos de las personas que se encontraban en situación de vulnerabilidad.

En relación con lo planteado, observamos que en el HSM aún persisten ciertas visiones de vejez que se enmarcan en la lógica del modelo asilar en donde se considera a la persona mayor como un “objeto de cuidado” y atención, y no como un sujeto pleno de derechos. Al respecto, hemos identificado las diferentes representaciones sociales sobre las PM que reproducen miradas homogeneizantes y patologizantes de las vejez, donde los residentes son categorizados de manera homogénea como pacientes, abuelos, viejos, etc.

En tal sentido, hemos observado que algunas intervenciones de los profesionales del HSM tienden a reproducir miradas biologicistas en donde se contemplan únicamente los aspectos fisiológicos de las PM, predisponiendo a la patologización y medicalización de cualquier cambio que presente el residente. Desde la perspectiva de derechos, consideramos que bajo esta visión se logra homogeneizar, controlar y disciplinar los cuerpos de las PM institucionalizadas, invisibilizando la singularidad y heterogeneidad de las vejez y, en consecuencia, la vulneración del derecho a la autonomía.

Asimismo, en el trabajo de campo, el abordaje de la alimentación se convirtió en un eje crucial de análisis para nuestra investigación, ya que, a través del mismo, logramos visibilizar varios aspectos de la perspectiva asilar y algunas características de instituciones totales. En lo que refiere al modelo asilar, pudimos identificar que la propuesta nutricional se piensa en base a las patologías de los residentes, es decir, predomina la visión biologicista y patologizante, en donde el residente es considerado un “objeto a llenar”, y no un sujeto con derechos a decidir sobre sus preferencias con relación a la alimentación. En cuanto a las características de las instituciones totales pudimos identificar como el servicio de la alimentación funciona como regulador de la vida cotidiana de los residentes, ya que organiza de manera rigurosa todas las actividades dentro del hogar, y a las cuales los residentes deben “adaptarse”.

En la misma línea, consideramos fundamental señalar que también la estructura edilicia refleja las características del modelo asilar, ya que la misma está basada en un diseño y sistema hospitalario. Estas estructuras espaciales impactan negativamente en la subjetividad de los residentes, y en su autonomía, ya que son considerados como pacientes y no como sujetos con derechos a tener un hogar para transitar su vida dignamente.



Como mencionamos anteriormente, las visiones de vejez identificadas en el HSM, en su mayoría están enmarcadas en lógicas asilares, vulnerando el derecho al ejercicio de la

autonomía de la PM institucionalizada. En relación con esto, pudimos observar que la lógica institucional del HSM no promueve el ejercicio de la autonomía del residente, en el sentido de no tomar en cuenta sus demandas, necesidades y preferencias. Al respecto, los residentes han manifestado reiteradamente sus deseos de planificar sus propias actividades colectivamente, sin embargo, la institución no incluye estas decisiones en su organigrama de actividades, silenciando así la voz del residente y vulnerando su derecho a decidir.

En relación con las estrategias de intervención del equipo interdisciplinario del HSM, hemos identificado que no existe un objetivo en común que guíe la intervención y esté dirigido al bienestar integral de las PM. Si bien existe una interacción entre profesionales podemos señalar que cada disciplina interviene desde su propia perspectiva teórica. En relación con esto, la autora Cazzaniga (2002), señala que la interdisciplina es un esfuerzo por aunar puntos de vistas distintos, lenguajes diversos y diferentes marcos teóricos, y el desafío radica en lograr una comunicación real que exceda la simple derivación, y trabajar en conjunto, para abordar de manera integral las demandas de la población.

En referencia a esto, la disciplina del Trabajo Social tiene un rol fundamental en las intervenciones interdisciplinarias ya que defiende y promueve el ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales. Sin embargo, la Ley 5670/16 que regula las RLE no lo interpreta de la misma manera ya que no contempla el Trabajo Social en su nómina.

Por otro lado, es importante señalar que el ejercicio de la autonomía de las PM no puede ser analizado únicamente en el contexto institucional del HSM, ya que el mismo forma parte de una política pública implementada por el GCBA y que el Estado debe ser el principal garante de los derechos de esta población. Sin embargo, notamos la mínima intervención del Estado para garantizar el bienestar integral de las PM institucionalizadas. La poca intervención, se visualiza en varios aspectos, como ser: la cuestión edilicia (deterioro del hogar), la falta de recursos para realizar actividades o trasladar a los residentes, para contratar más empleados, para contar con medicamentos y una buena alimentación, etc. Consideramos que estas acciones reflejan y reproducen cierta discriminación y exclusión de la población envejeciente, pasando por alto los derechos establecidos en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

También entendemos que transformar las concepciones de vejez enmarcadas en prácticas asilares en el HSM, implica incorporar un enfoque de derechos en donde se fomente la participación de las PM a tomar sus propias decisiones en base a sus deseos, intereses y necesidades. Por ello, consideramos fundamental promover el abordaje de las vejez desde un enfoque gerontológico para garantizar sus derechos de forma integral, contemplando la singularidad, la heterogeneidad y la voz de las PM institucionalizadas.

Y, por último, nos gustaría finalizar con nuestra investigación señalando que, si bien predominan visiones de vejez enmarcadas en lógicas asilares, evidenciamos tensiones que generan nuevas miradas metodológicas y ético-políticas que luchan por construir espacios de reivindicación de derechos y de revalorización de los saberes y trayectorias de las personas mayores. Nos preguntamos si estas tensiones pueden ser el comienzo de un cambio definitivo de paradigma, donde la persona mayor institucionalizada pueda ejercer con plenitud su derecho a la autonomía, y vivir su proceso de envejecimiento dignamente.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, P. (2008). El carácter social de la alimentación. Capítulo I de Elementos de Antropología alimentaria. Material de cátedra Seminario Antropología Alimentaria. Idaes-Unsam.
- Arias Campos, R. (2007) “Aportes de una lectura en relación con la ética del cuidado y los derechos humanos para la intervención social en el siglo” En: Revista Trabajo Social N°9, Universidad Nacional de Colombia: Bogotá.
- Barenys, M. Pia (1992) “Las residencias de ancianos y su significado sociológico” - Universidad Autónoma de Barcelona.
- Barenys, M. P. (2012). Los geriátricos, de la institucionalización al extrañamiento. Revista Kairós-Gerontología, 15(4), 7-24.
- Bourdieu, P. (1991). Estructuras, habitus, prácticas. El sentido práctico. Taurus Ediciones, Madrid. Pp. 91-111.
- Castoriadis, Cornelius, La institución imaginaria de la sociedad, vol. 1, Marxismo y teoría revolucionaria, Tusquets, Barcelona, 1983.
- Cazzaniga, S. (1997). El abordaje desde la singularidad. Facultad de Trabajo Social Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Cifuentes Cáceres, R., Merchán Maroto, E., & Suárez Gayo, F. (1992). La calidad asistencial y los recursos humanos en las residencias de ancianos. Revista Española de Geriátría y Gerontología, 27(1), 27-30.
- Cívicos, A. (2012). "La política social gerontológica y su reflejo en la prensa de Tenerife. El caso particular de la protección a la dependencia 2006-2007". Universidad de la Laguna. La Laguna, España.
- Dabove, M.I.: (2000) “Derecho de la Ancianidad y Bioética en las Instituciones Geriátricas”, en Libro Homenaje a Dalmacio Vélez Sarsfield, Córdoba, Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Córdoba, tomo III, p. 221 y ss.

- Dabove, M. I. (2014). Las residencias gerontológicas en el derecho de la vejez: panorama normativo en Argentina.
- Danel, P. M. (2008). Adultos mayores institucionalizados: Objetos de protección, cuidado y rentabilidad. In Jornadas de Cuerpo y Cultura de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Educación Física.
- Danel, P. (2008). Algunas pistas para reflexionar sobre la construcción social de la vejez con dependencia. In IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales-Universidad Nacional de Misiones, Posadas.
- De la Cuesta-Benjumea, C. (2011). La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enfermería clínica*, 21(3), 163-167.
- Doughman, R., Fukuoka, M. P., Ortega, G., Torrents, A., Segovia, D., & Segovia, M. (2010). Soberanía alimentaria y vida digna. *Base Investigaciones Sociales*.
- Etxeberria Mauleon, X. (2014). Autonomía moral y derechos humanos de las personas ancianas en condición de vulnerabilidad. En compilado por Sandra Huenchuan y Rosa Icela Rodríguez: *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. Santiago: CEPAL, 2014. LC/L. 3942. p. 61-70.
- Fassio, A. (2007). La institucionalización de los adultos mayores en la Argentina. *Volumen XVIII-Nº 76–Noviembre–Diciembre 2007*, 18(75), 443.
- Foucault, M. (1976) “Vigilar y Castigar” - Siglo XXI de España Editores s.a.
- Foucault, Michel. (1974). ¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina?. En Michel Foucault, M. (1999), *Obras Esenciales*, Volumen II. Madrid: Paidós.
- Foucault, M. (1999). *Los Anormales*. Argentina. FCE, 2001.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11(1), 3-25.

- Galeano ME. (2004) Estrategias de investigación social cualitativa. El giro en la mirada. Medellín; La Carreta Editores.
- Geertz C. (2003) La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa.
- Goffman, E. (2001). Internados. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.
- Golpe, Laura (2003) “Edaísmo y Trayectoria vital: una encrucijada de la cultura”. En: Golpe, Laura; Bidegain, Luisa; Arias Claudia (Comp.) “Edaismo y apoyo social”. Ediciones Suárez. Mar del Plata.
- González, C. C. (2017). La intervención social en el campo gerontológico. ConCienciaSocial, 1(1).
- Gutiérrez, A. B. (2004). Poder, habitus y representaciones: recorrido por el concepto de violencia simbólica en Pierre Bourdieu. Revista complutense de educación.
- Huenchuan, S (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos, Libros de la CEPAL, N° 154 (LC/PUB.2018/24-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Huenchuan, S., Rodríguez, R. I., Bárcena Ibarra, A., Mancera, y otros (2014). Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores en Repositorio Cepal (<https://hdl.handle.net/11362/37523>).
- Jiménez, R. (2014). Autonomía personal y capacidad jurídica de las personas mayores: la necesidad de un cambio de paradigma. Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores. Santiago: CEPAL, 2014. LC/L. 3942. p. 77-84.
- Lalive d’Epinay, C. (2008). La vida cotidiana: Construcción de un concepto sociológico y antropológico. En: Sociedad Hoy, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.
- Ludi, M. (2005) Envejecer en un contexto de (des) protección social. Claves para pensar la Intervención Social. Buenos Aires: E. Espacio.

- Manes, R., Carballo, B., Cejas, R., Machado, E., Prins, S., Savino, D., & Wood, S. (2016). Vejececes desiguales. Un análisis desde el enfoque de derechos de las personas mayores. *Revista Margen*, (83), 1-13.
- Menéndez, E. L. (1998). Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix: Revista médica para el estudio y difusión de las medicinas alternativas*, (51), 17-22.
- Montaña, C. (2019). El trabajo social crítico. *Revista Pensamiento y Acción Interdisciplinaria*, 5(2), 8-21.
- Moscovici, S. (1979) “El psicoanálisis, su imagen y su público” - Editorial Huemul.
- Oddone, M. J. (2014). El desafío de la diversidad en el envejecimiento en América Latina. Repositorio CONICET.
<https://notablesdelaciencia.conicet.gov.ar/handle/11336/35884>
- OEA, A. G. (2017). Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. *Cuaderno Jurídico y Político*, 2(7), 65-89.
- Paola, J; Samter, N. y Manes, R. (2011) “Trabajo Social en el campo Gerontológico. Aportes a los ejes de un debate”. Capítulo 4 Hacia la formulación de una intervención profesional fundada. Espacio Editorial, Buenos Aires.
- Paola, P., & Danel, J. (2009). Modelos comunitarios e institucionales de gestión gerontológica. Mar del Plata, UN de Mar del Plata.
- Roqué, M., Fassio, A., Massad Torres, C., Herrera Muñoz, F., Rovira, A., Karin Rubin, R., & Ordano, S. (2016). Políticas Públicas sobre Envejecimiento en los Países del Cono Sur. Flacso.
- Roqué, Mónica. (2011). Carta de derechos de las personas mayores. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, ISBN 978-987-25954-7-0. Buenos Aires.
- Rodríguez, T. M. (2013). La atención está centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 209-231.

- Salvarezza, L. (1998). Una mirada gerontológica actual. Editorial Paidós. Buenos Aires-Barcelona.
- Sánchez-Campillo, M., Torralba, C., López, M., Zamora, S., & Pérez-Llamas, F. (2010). Estrategias para mejorar el valor nutricional de los menús ofertados en residencias públicas para personas mayores. *Nutrición Hospitalaria*, 25(6), 1014-1019.
- Scapin Fierro, C. L. (2018). ¿Objeto de cuidado o sujeto de derecho?: aportes para pensar el trabajo con personas mayores en residencias de larga estadía. Facultad de Psicología de la Universidad de la República del Uruguay.
- Sedo Masis, P y Gastón De Mezerville (2003) “Los significados del alimento: Caso del Adulto Mayor gerotranscendencia y Alimentación: Propuesta de un modelo teórico denominado Gero..alimento ..terapia basado en las etapas de desarrollo psicosocial de Erik Erikson.
- Sibilia Paula (2013) “Biopoder” en: El hombre postorgánico. Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales. Fondo de Cultura Económica. Bs. As; 147- 168
- Stolkiner, A. Fernandez, T. (2013) “Las prácticas de cuidado de la Salud de las Personas Adultas Mayores institucionalizadas” *Anuario de Investigaciones*, vol XX, pp. 302-310. UBA, Argentina.
- Zolotow, D. (2011). Hogares de ancianos, transformaciones posibles para un buen envejecer. Revista “Debate Público. Reflexión de Trabajo Social”-Artículos seleccionados.
- Zolotow D. (2004) Gestión de Hogares de ancianos, en: “Los devenires de la ancianidad” Ed. Lumen Humanitas.

Páginas consultadas:

- Reglamento para establecimientos para Personas Mayores. Ley 5670:
<http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley5670.html>
- Trabajo Social con Personas Mayores: <http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2022/06/Libro-Trabajo-Social-con-Personas-Mayores.pdf>
- Convención Interamericana sobre la Protección de los derechos Humanos de las Personas Mayores:
http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf
- Ley 27360: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley>
- Ley Federal de Trabajo Social N° 27072 (2014):
http://catspba.org.ar/?page_id=4805
- OEA - Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores: <http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/56286/1/convencion>, artículo 26.
- Primera Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento (1982): “Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento”. Viena, Austria. Disponible en: http://www.gerontologia.org/porta1/archivosUpload/Plan_Viena_sobre_Envejecimiento_1982.pdf. Fecha de consulta: 11-02-2017

Anexo I: ENTREVISTAS

1.1. ENTREVISTA REALIZADA A UN PROFESIONAL DEL HSM

TS: Entrevistadora

E: Profesional entrevistada

PROFESIONAL: NUTRICIONISTA S.

TS: ¿Cómo podrías definir la vejez?

E: Bueno, no vamos a hacer una definición de manual. Es un proceso creo que, hoy en día, bastante largo en el que se involucran millones de factores porque cada uno lo va viviendo de acuerdo a la carga cultural que venga con cada uno, en el que incluye, obviamente también, estados emocionales que muchas veces tienen que ver con su entorno o con lo que han vivido antes, con procesos de enfermedades, que, llegando a la tercera edad, uno va acumulando ciertos deterioros del cuerpo.

Entonces, me parece que es un momento de la vida en el que uno va haciendo balances y se encontrando con situaciones que tienen que ver con lo que uno pudo construir o no, con lo cual ahí también vienen un montón de cosas, que tienen que ver con si lograron lo que les permita tener hoy la vejez que uno planeó, que quiso, o la que le tocó. Digo eso, porque estando en este tipo de lugares, se ve mucho eso. Es gente que, quizás, no tuvo otras oportunidades, o si las tuvo no logró darlas vuelta, o mantenerlas como para hoy no estar acá.

Me parece que la vejez, es un momento de la vida sumamente rico que yo valoro mucho, porque me parece que la experiencia de vida es la que te permite ver de otra manera todo, pero quizás, hoy, está un poco subvalorada y acá uno ve una parte más fea del proceso de vejez, porque precisamente, muchos vienen acá porque es la opción de descarte. Desde lo mío y de todo los que trabajamos acá, tratamos de ver esa parte positiva, de valorarlos y poder darles la oportunidad de que puedan vivirlos lo mejor posible con las condiciones que les tocó.

TS: ¿Hace mucho que estás acá?

E: Si, más de diez años

TS: ¿Qué significa envejecer en un contexto institucional?

E: Yo creo que hay formas de verlo, una más positiva que la otra. Si bien es un momento en el que uno viene con un montón de carga, de acuerdo a su historia y a lo que le toque enfrentar en referencia a su salud y otras problemáticas, en la institución se suman otros factores: compartir la habitación, rodearse de gente que te toca, y buscando la parte positiva se puede encontrar esos lazos que hacen que mi día a día sea mejor, o quedarse en la crítica de decir que esto a mí me tira para abajo y no llegar al mejor desenlace. Uno no tiene aca oportunidades de juntarse con quienes son más afines.

TS: ¿Se promueve eso? Que puedan conectarse con quienes desean.

E: Los dividen por sala, y para esa división lo que prima es la condición física y/o psicológica de cada residente. Si es un residente con algún problema psicológico o referente al lenguaje se lo incluirá en una sala en la que pueda comunicarse con el resto de esa población. Si lo más importante es su condición física, como andar en silla de rueda, seguramente estará en una sala en planta baja donde pueda moverse más libremente, pero a su vez esté con otros que están más deteriorados psicológicamente con lo cual el entorno lo va a cambiar.

TS: Cuando ingresan se los entrevista y se los evalúa...

E: Claro y es de acuerdo a eso que se determina para cual sala irá. Cada sala tiene sus características. De todos modos, se les hace un seguimiento, cómo responde a esa sala o esta para otra, si hay posibilidad de cambiarlo; como así también, si se queda en la sala, ver si tiene algún inconveniente con algún otro residente. Se pueden hacer cosas, más allá de este momento que les toca, ya sea por un tema económico o familiar. Aca se ve el abandono, gente que ha quedado un poco sola.

TS: ¿Cómo definen y construyen las intervenciones?

E: Desde mi lado, yo. Nutrición, con lo cual evalúo que coman, que no coman y que se pueda hacer, aunque tampoco tengo una gran cantidad de cosas para hacer. Tenemos una tipificación: con sal o sin sal, y comidas blandas para los que tienen problemas dentales.

Luego cuatro tipificaciones más: diabético, hipocalórico, gástrico y hepático. De acuerdo a las patologías que traen cuando llegan al hogar se les determina la dieta que les

corresponde. Entonces debo ver cómo se van adaptando a ese nuevo régimen, se puede cambiar: por las tipificaciones entre sí o si es necesario un régimen individual – para lo que no tengo una gran canasta-, entonces conversando con ellos puedan hacer un diagnóstico. Y ver si no les gusta por las costumbres que traen o si es un tema de voluntad relacionado más a un estado depresivo. Todo repercute en la comida, el ánimo también. Cuando esto pasa busco a los otros profesionales.

Hay reuniones de sala que se hacen los días que viene el médico, pero yo no voy a esperar esa reunión. Generalmente trato de comunicarme con el psicólogo o quien corresponda, para consultar como ven a ese residente, y realizar alguna reunión si fuera necesario. Por supuesto en la reunión de sala, al estar todos, se revisa cada caso: si tiene laboratorio realizado, si responde a las consultas porque al ser un lugar de puertas abiertas existen residentes que no quieren que nosotros intervengamos, y en ese caso debemos aclarar que se niega a evaluarse nutricionalmente. Ellos saben que soy la que les puedo cambiar la comida, les conviene. Nutrición sin el equipo, no puede hacer mucho más. Se trata de respetar gustos, aunque, a veces, no se puede, no se puede mantener algunas concesiones en el tiempo, no tengo un menú a la carta.

TS: Si se consulta con el director, por la demanda, ¿se puede hacer algo? O se respeta lo establecido

E: Lo que tengo más a mano son las variaciones del menú en sí. Si hay milanesa de carne, la opción para el gástrico es milanesa de pollo, y tengo dos tipos de puré: de papá y amarillo. En el día modificar según gustos, y como una excepción lo puedo hacer.

También se tiene que tener en cuenta es si ese residente puede darse un gusto si tiene recursos económicos.

Si todos se están quejando de algún plato específicamente, podemos tomarlo diciendo que no gusta en general, y tratamos de cambiarlo. Primero variamos la preparación (procesado, entero, frito, al horno).

Estamos esperando que lleguen los pliegos nuevos para saber con qué menú nos encontramos, porque, supuestamente, van a bajar un nuevo menú.

TS: ¿Lo van cambiando periódicamente?

E: Hace años que no. Tratamos de hacerlo nosotros lidiando con la empresa constantemente, porque a nutrición también le corresponde el control de la empresa tercerizada. Siempre viendo que otras alternativas pueden ofrecer.

TS: ¿La comida no se hace acá?

E: Se hace acá, la elaboración se hace en la planta. Si nos van a bajar un menú nuevo hay que ver cómo es y que tiene. Tercera edad se acostumbra a ciertas cosas que después es difícil sacarla, por eso espero que el nuevo menú, (que no se cambia hace más de un siglo) respete algunas cosas a las que ellos están acostumbrados a comer, que no nos genere un nuevo problema.

TS: ¿Pero ¿quién baja eso?

E: Llega a través de un pliego de bases y condiciones de contratación, las normas que el estado le impone a una empresa tercerizada para que brinde un servicio en la institución. No solo está el menú, sino también otras condiciones: el gramaje de cada uno de esos menues que podés ver en un mosaico, cuantos camareros debe haber, horarios del servicio. Es decir, que a nosotros nos llega un pliego armado, aunque nos han pedido que elaboremos, modifiquemos cosas, pero tenemos que trabajar con ese pliego (no queda claro quienes le piden esas modificaciones).

TS: Horarios ¿depende de ellos o de la institución?

E: El horario establece la institución. Es un tema complejo porque la cena está estipulada a las 18,30 hs y es un horario que parece de merienda. Para un residente nuevo es una diferencia enorme, por la costumbre de cenar alrededor de las 20 hs. Pero eso tiene que ver con el horario del personal del turno tarde que se retira a las 20hs, ya que ellos son los que les dan de comer en la boca y eso implica mucho tiempo, y deben dejarlos en condición para que luego se acuesten. Para algunos tenemos una colación nocturna, como los diabéticos que pueden llegar a hacer una hipoglucemia.

TS: Si alguien no quiere comer en el horario estipulado ¿se queda sin comida?

E: En esos casos, les pedimos que ellos tengan su “tuper”, porque la comida sale igual. Es decir que si avisan que llegan tarde o tienen como guardarlo se les deja.

TS: ¿Se quejan del horario?

E: Si y el de la cena es un gran tema, solo se modificó una media hora, pero no se puede hacer mucho más. Porque el personal del hogar tiene que estar al momento de servir la comida, no puede quedar a cargo de un camarero. Si se quisiera modificar ese horario, habría que cambiar, además, todo el horario del personal.

Los cuidadores en la sala ven el servicio que se hace, y el residente lo necesita. Es decir, que no es solo una cuestión institucional solamente sino además del cuidado del residente.

Los residentes que no pueden moverse necesitan de cuidados constantemente, el que se puede sentir mal, les avisan a los cuidadores quienes nos avisan a nosotros.

TS: Es difícil, porque quizás en la sala de mujeres que pueden comer solas no necesitarían de asistencia y podrían cenar más tarde.

E: A veces lo hacen. Las salas que tienen prioridad son las que necesitan mayor asistencia y al final para los que no, o bien, que lo coman más tarde bajo su responsabilidad. Deben tener siempre en cuenta que los alimentos se pueden descomponer y muchas veces aparece comida en mal estado. Dejarlos hacer su vida, no es tan simple, es gente que se olvida de las cosas, que está deteriorada.

TS: ¿Cómo fue en la pandemia? Porque ellos no podían salir para nada.

E: No no podían salir.

TS: Se tenían que adaptar a la comida de acá.

E: Al principio no podían entrar comida de afuera, luego con ayuda de psicólogos y asistentes que les compraban comían cosas que les gustaban a ellos.

En el teatro acá adentro se armó un quiosco institucional donde se vendían algunas cosas y compraban de ahí. (Si hay interés en hablar de ello es con la dirección del hogar).

TS: ¿Cuáles son los principios y pilares en los que se basan sus intervenciones?

E: En esto, en tratar de que ellos lo pasen un poco mejor con las herramientas que tenemos, por el bien de ellos y por lo que visualizamos para nuestro futuro. “uno trata de tratar como a uno le gustaría que lo traten”.

TS: ¿Cuáles son los aspectos centrales a la hora de pensar la intervención y el seguimiento?

E: Un aspecto importante es la respuesta del residente, cómo se adapta o no. La respuesta del equipo porque uno solo no puede. No puedo lograr, solo con hablarle, que coma y ahí es cuando entra el psicólogo y/o el medico quienes pueden ordenar la realización de estudios de laboratorio o de donde viene el problema que puede ser emocional.

Los cuidadores para nosotros son básicos quienes están todo el día con el residente. De ellos surgen varias veces las inquietudes en referencia al bienestar de algún residente en particular. Para lograr esto, la comunicación entre nosotros es fundamental, siendo responsabilidad de cada uno ver que puede o debería hacer.

TS: ¿Vos vas a las salas?

E: Si. La nutrición es muy compleja, “para ellos tenemos cara de alimento” y te preguntan: “¿por qué me estas mandando esto?”. Y generalmente se quejan de la elaboración, pero no somos quienes la hacemos. Pero soy el referente para que ellos vean si algo no está bien, para solucionar ese problema con quienes lo elaboran. “El que se queja está bien”, es como un sensor.

TS: Lo que pude observar en cada sala es que la queja pasa porque la comida sea más sabrosa.

E: Si

TS: Parece que solo fuera un plato que les tiran y ya. Esa es una queja general más allá de estar o no en silla de ruedas, los que están bien también se quejan.

E: Nosotros podemos adornar un poco el régimen general. Por eso me gustaría que todos accedan a ese general porque es tercera edad. Hay cosas de salud a las que debemos prestarle mucha atención, y en otras, hay que ser un poco más flexible.

Es la tercera edad, tampoco es cuestión que los tengamos con régimen de hospital todo el tiempo, cuando es un lugar de larga estadía.

Yo constantemente hablo con los médicos para lograr que me cambien estas prescripciones y ser un poco más flexible. El régimen gástrico es el más duro que tenemos, está pensando para alguien que ha tenido alguna ulcera o una cosa compleja, o alcohol. Ahora, dejarlo ahí

por siempre... Se puede ver cuánto tiempo llega con esa dieta o ya tiene defensas, para cambiarle algo, no solamente darle pollo todos los días.

No tenemos posibilidad de condimentar las dietas o hacerles ciertas salsas.

Al régimen general, podemos un poco más.

TS: ¿Y vos crees que se puede mejorar eso?

E: Y eso es lo que hago todos los días. Todo lo que puedo pasar a general, lo hago. Y mucha gente que tiene general, me plantea que tal día o tal cosa no le gusta. Y nos miramos entre nosotros y decimos: hasta donde le damos. Y algún día lo pasamos a dieta para hacerle el favor de que coma otra cosa. Y ahí, aparecen los gustos. Y la elasticidad institucional y estará en cada uno. Mientras pueda mantenerlo así y en orden, lo hago. Sino mareo hasta al camarero, porque es mucha gente para repartir. Ahora son 74 personas en Aguas que se quejan porque los dejaste al final o me dieron primero. Entonces, para que sea más ordenado, si el camarero ya sabe que ese grupo de personas como de tal forma, es más ágil, y hay menos posibilidad de error.

La comida se reparte en esos carros térmicos que están enchufados, y una vez en sala, se abre la puerta, pero cuanto más se tarde más se enfría. El camarero debe estar entrenado para no dar por error la comida.

Los residentes están muy pendientes, saben qué les va a tocar, porque están acostumbrados. Hay 14 listas de menues armados de almuerzo y de cena. Saben qué comida hay tal día, y por ende, si tienen cambio. Y lo están esperando porque así lo pidieron. Si no pasa se enojan.

Creemos ser bastantes flexibles si nos comparamos con otras instituciones.

TS: ¿Hay forma de que ustedes puedan sugerir que alimentos puedan bajarles, en base a la demanda, a las necesidades? Hacer un planteo a la empresa que va a bajar esa carta.

E: La carta no la baja nunca la empresa, solo ejecuta el pliego que hace el estado-el gobierno, quienes ponen las condiciones y la empresa acepta o no, de acuerdo al precio.

TS: ¿También hay un tema de presupuesto?

E: Por supuesto, y es el principal argumento cuando nos quejamos o pedimos algún cambio. Nuestra función es que se ejecute lo que tenemos planteado para el día, teniendo en cuenta las cantidades que son lo principal para mí porque a veces por un tema de costo te bajan esa cantidad, es decir que tenemos que pelear por eso. Mi forma de defenderme a través de notas a la empresa-con copia a mis superiores-con el reclamo correspondiente: pesajes, diferentes salsas que no salieron como debían, atraso en el servicio, falta de personal. Por lo general, el trato queda entre nutrición y la empresa. Cuando hay quejas de diferentes hogares, nuestros superiores toman más cartas en el asunto. Quizás somos el instrumento para que ellos negocien los precios.

TS: ¿Hace cuando no se cambiaba, me dijiste?

E: Y luego...: Ojo con esto: está desactualizado ahora, no está vigente. “No sé si esta bueno que yo te diga hace cuanto está desactualizado, porque esto hablaría de cómo el gobierno maneja este tipo de cosas”. Aunque, me están diciendo, que para el mes siguiente quieren cambiarlo.

TS: Es que debe cansar comer lo mismo por diez o veinte años...

E: Y tenes las dos partes: el no quiere cambiar y el que sí. Una de las quejas es que hay mucho pollo, por eso tratemos de incorporar el cerdo y de esa forma tratar de cambiar el tipo de carne blanca. También hay pescado, y me gustaría que fuera cada semana en lugar de quince días. Después veremos cómo se elabora, como se condimenta para que tenga más sabor. “Y la calidad de la comida que obviamente, pasa por los costos. Muchas veces hay que hacer magia con lo que llega”.

TS: ¿Existen límites por parte de la institución con respecto a la intervención? ¿Los recursos son facilitadores? Los recursos para intervenir y darle por ejemplo el plato de comida que quiere la persona.

E: Habría que ver hasta qué punto sería beneficioso abrir todo tanto, que cada uno pueda pedir. En cualquier lugar que vayas, desde un hogar hasta un hotel, siempre hay normas. Sería muy positiva alguna variación más con respecto a unos regímenes vegetarianos, cosas que culturalmente están avanzando, y tarde o temprano, va a haber adultos mayores que pidan ese tipo de comida.

“Es imposible mantener un lugar tan grande con tanta oferta”. No estamos en un salad bar, donde cada uno puede acercarse y elegir lo que quiere.

Los residentes que tienen recursos económicos pueden utilizarlas en sus gustos porque desde la alimentación nunca vamos a satisfacer a todos. Estamos pendientes de que sean comidas blandas, con consistencia para la tercera edad por el tema dental; con sal o sin sal.

Si bien hay recursos, otras cosas faltan. Por ejemplo, una computadora, así que vamos con un pendrive para todos lados para organizarnos, lo hacemos en nuestras casas.

“El servicio lo hacemos como podemos, pero lo hacemos”.

Limitaciones en cuanto a la intervención no tenemos. Nunca me ha pasado que nadie me impida acercarme a algún residente. Estando en el turno mañana están todos los profesionales para realizar interconsultas, y nunca tuve ningún inconveniente.

TS: ¿Cuáles son las demandas del adulto mayor?

E: Esas, que es cambiemos la comida, que está frío o caliente. Nutrición también debe evaluar peso, talla. Algunos se obsesionan con bajar de peso y quieren pesarse más frecuentemente.

TS Y E hablan de Alicia Fernández por el peso que tuvo en la pandemia de 35 kg.

E: Siempre tuvo bajo peso, hay algo medio anoréxico en ella y además fuma mucho que lleva la disminución de peso, y el vínculo con los gatos que nunca nos termina de quedar claro: si le da parte de su alimento al gato o lo come ella. Es bastante especial, no suele acercarse a nosotros a pedir nada. Por eso la sospecha de la anorexia. Ella no solicita nada.

TS: ¿Tiene alguna dieta para subir de peso?

E: Estaba con dieta, ahora la pasamos a general.

TS: ¿Cómo se abordan los intereses del adulto mayor?

E: Tratando de ver cómo se puede ayudar, la conexión con los otros profesionales para ver qué situación están pasando como la depresión. La hidratación porque la gente grande no suele tomar agua, por lo que se instaló en verano la opción de un vasito con sorbete para que lo tengan a mano y tomen constantemente.

TS: ¿Tiene dispenser en la sala?

E: Si, desde hace poco y para el que está en silla es más cómodo. Aca igualmente se realizan en cocina análisis microbiológicos del agua que es apta para consumo.

TS: ¿Qué opinas del ejercicio de la autonomía dentro del hogar, entendiendo autonomía como capacidad para decidir?

E: Creo que son bastante autónomos acá adentro, por supuesto teniendo en cuenta las limitaciones físicas que cada uno tenga. Lo más doloroso es que si se realiza una actividad de recreación en el teatro nos gustaría ver a todos los que están en sillas disfrutando del show, y ahí se nota la escasez de recursos humanos para el traslado.

Pero la gente entra sale se van a pasear y terminó peleando si no están en la hora del almuerzo. Muchas veces comen afuera comida no indicada y tengo que asentarlos por si después tienen inconvenientes, eso es porque tienen mucha autonomía.

TS: ¿Si un médico deja una prescripción de dieta específica y no quiere comerla...?

E: Tengo que hacer cumplir la orden médica, hacerles saber que no hay forma de modificarlo. Hay residentes que no le importa lo que den porque igualmente sale y come lo que le parece, y el que trata de pelearlo más e intentamos ir cambiando algo de a poco por un tiempo de acuerdo al laboratorio. Siempre es preferible que coman esta comida a que vayan y se hagan daño comiendo mal, pero no todos dejan que se los acompañe.

TS: ¿La institución responde a los intereses de los residentes?

E: Si responde bastante, de forma positiva.

TS: ¿Desde lo edilicio?

E: Y no, sería mejor que cada uno tenga su habitación particular con baño en suite para que vayan cómodos y cuando quieran.

“A veces pienso en las personas que comparten la habitación con malos compañeros o que no se llevan bien, ¿Qué sería de ellos fueras de acá, en una casa, solas”? “No sé si abandonada es la palabra, pero con menos atención que la que tienen acá. La institución, en ese sentido, ayuda un poco. Somos más los que estamos pendientes de los que les puede

pasar, lo podemos abordar antes, que cuando están solos dependiendo algún hijo o familiar que lo ve una vez por semana y lo termina llevando a un profesional que no lo conoce y que no puede hacerle un seguimiento.

Comparado a estar solo completamente, es una institución que los puede contener. Acá hay gente que llego justamente por eso, porque solos no se bañaban, no se cocinaba, ya no tenían ganas. Acá hay más alarmas, podemos intervenir antes. Ojalá pudieran tener alguna salida que los despejará para hacer lo que les guste”.

1.2 ENTREVISTA A R. RESIDENTE SALA JOAQUIN

TS: Entrevistadora

E: Residente entrevistado

TS: ¿Qué edad tenés?

E: 72

TS: ¿Cuánto hace que estás en el hogar?

E: 8 años para nueve. Soy de Saladillo, vine a parar acá del Hospital Fernández, me agarró una neumonía y me agarró un ACV en Saladillo.

TS: ¿Cómo se modificó tu vida desde que estás en el hogar?

E: Acá. Yo estoy mejor en el campo que acá

TS: ¿Te gusta más?

E: Sí, toda la vida. Es más sano que acá. El campo era mi vida. Mi quinta, mis gallinas. Comía lo que yo quería comer.

TS: ¿Sabes de campo?

E: Coseché trigo, maíz, soja, yo me crié en el campo. Planté pinos, coseché yerba, té. En Las Marías. Nacido y criado ahí. Después me vine a Bs As, acá en la capital y trabajé en todo el territorio argentino, en rutas argentinas.

TS: ¿Qué hacías?

E: Asfalto, bacheo de ruta. La 14, la 12, la 11. Mar del Plata, la ruta 3 hasta Ushuaia.

TS: Y a partir de que llegaste acá ¿qué pasó?

E: Después vine a trabajar en la autopista Ezeiza – Cañuelas y ahí terminó el laburo con el gobierno. Pusieron a Cristóbal López sacaron a Aixa. Sacaron como ochenta personas de ahí, trajeron a su gente.

TS: ¿Y quedaste sin trabajo?

E: No me quedó otra cosa, cobre desempleo. Nos enteramos por radio que necesitaban maquinistas para cosechar trigo. Vine a Retiro y saque pasaje para Saladillo.

Dice algo de Bolívar que no se entiende. Nombra Guaminí, La Pampa, Mendoza.

TS: ¿Recorriste todo? ¿Solo?

E: En camión, siempre trabajando.

TS: ¿Qué cosas quisieras hacer o tener en el hogar?

E: Yo quiero caminar.

TS: ¿Y cómo va eso?

E: Murmura algo como “bien”.

TS: ¿Mejoraste?

E: Si.

TS: ¿Podes caminar?

E: Si, camino con la baranda de la pared. Son sesenta metros de entrada, y sesenta de salida.

TS: ¿lo haces todos los días?

E: No, no. Todos los martes.

TS: ¿Solo los martes? ¿Por qué?

E: Así está la planificación de los médicos.

TS: Sería bueno hacerlo todos los días.

E: Pero también tienen razón. No se le puede exigir mucho al cuerpo. Porque hoy haces, y mañana te duele todo, te tiran todos los músculos, los tendones

TS: ¿cómo es tu día en el hogar?

E: Me levanto, si me tengo que bañar me baño, me baño solo. Me ayudan a cambiarme.

TS: ¿El horario del baño es a la mañana, ¿no?

E: A la mañana, después de las seis de la mañana.

TS: ¿Si no quieres, no te bañas?

E: No.

TS: ¿Tienen agua fría y caliente?

E: Hay. El tema es que si te caes en un pozo de esos no salís más. Acá tiene que mejorar todo el camino.

TS: Eso impide que vos puedas salir tranquilamente.

E: Si.

TS: Vos y los demás.

E: Si, hay un montón. Hay muchos que caminan, vienen caminando, salen en grupo.

TS: Es una lástima, mira todo el parque que hay, pero con los pozos...

E: Pero con la silla de ruedas, no se puede andar ahí. Pero para jugar al tejo que hay una cancha ahí, hay que comprar medio metro de arena y hay un lío.

TS: ¿Te gustaría?

E: SIIII. También la cancha de bochas.

TS: Aaaahhh siiii? ¿Había?

E: Si hay ahí. Atrás está la cocina, cuando se sale dónde está el teatro. Mira para este lado. Hay como cuatro canchas.

TS: ¿Y qué se necesita para las bochas?

E: Las bochas las tienen.

TS: Se necesita que esté lisita la cancha.

E: Claro. Ahí no hay nadie que sepa de canchas.

TS: Si vos quisieras cambiar algo te gustaría que arreglen el asfalto y que compren arena.

E: Para divertirme un rato ahí.

TS: ¿Eso se lo planteaste a alguien?

E: Con Santiago, con Mercedes.

TS: ¿Y qué te dicen? ¿Qué respuesta vos tenes?

E: Que no hay presupuesto.

TS: ¿Por qué crees que no hay presupuesto? ¿Crees que solamente pasa acá en el hogar, o es en general?

E: Acá adentro.

TS: Es acá adentro.

E: Acá adentro. A vos te parece. Que trajeron ochenta camas con ruedas para sacar de este hogar.

TS: ¿Y dónde están?

E: Dice algo que no se entiende. Duda, vacila.

TS: ¿Decís que trajeron ochenta camas y no están?

E: Ochenta colchones.

TS: ¿Y no están?

E: ¿“260 SÁBANAS”? ¿A dónde fueron? Un día Vino un camión, ahí en ese galpón, cargó todo. ¿A dónde lo llevaron? ¿Tienen otro hogar este? No sé. Hay que investigar. Si tienen otro hogar lo tienen con algún intendente de la provincia. Yo no soy investigador, por lo menos tengo segundo año de comercial.

TS: Pero bueno ¿ves las cosas que pasan acá?

E: Yo me fijo y leo. Y viene alguno que son de afuera, me cuenta, converso.

TS: Vos decís, que hay recursos, hay presupuesto, pero para lo que ustedes demandan, no

E: Todos los días pollo, milanesas de pollo, no, no va.

TS: ¿Qué te gustaría comer?

E: Por lo menos un día, una vez al mes, un asado como la gente.

TS: ¡Un asado! Pensé que ibas a decir guiso de lentejas...

E: No saben cocinar.

TS: Es un problema. Se escucha bastante el tema de la comida.

E: Bueno...

TS: Un asado, unos choricitos.

E: Nosotros queremos comer asado. Ahí hay una parrilla, ni siquiera hay una rampa para subir. ¿Cómo haces para subir?

TS: ¿Dónde está la parrilla?

E: Ahí derecho.

TS: O milanesas, algo así, diferente.

E: La milanesa acá es dura, la tenes que cortar con motosierra.

TS: O sea que, si se hace, pero mal.

E: Compren el roast beef entero y ellos lo cortan, y eso es duro. Hay gente que no tiene dientes.

Pasa gente que saluda a Ramón y él dice que son cuidadoras que lo conocen.

TS: ¿Y vos sentís que si pedís algo te lo dan?

E: Si yo pido, se consigue. Te sacan a comprar.

TS: ¿Tenes tus propios recursos? ¿Tenes una jubilación?

E: Si si tengo.

TS: ¿Lo manejas vos? ¿O lo maneja alguien?

E: Mi hermana.

TS: Porque acá en el hogar hay un área de valores

E: Eso no. Metes tu plata ahí, y no la ves nunca más, y ni tu familia va a reclamar. Porque ahí está toda la mafia. Tienen coche nuevo, cubiertas nuevas todos los días. Cambian de traje.

TS: ¿Vos sabes cómo está organizado el hogar? ¿Qué sala es esa? ¿Qué cosas hay en el hogar?

E: Yo no lo recorrí al hogar. Yo sé que está el teatro, el gimnasio, el taller ahí, infraestructura allá.

TS: ¿Por qué no lo recorriste? ¿Por el tema de la silla?

E: Adentro está el piso roto, en la parte del baño hay un agujero así ancho. Se te mete una rueda ¿Cómo salís de ahí?

TS: Pero ¿no hay alguien que te acompañe?

E: Sí, pero están los de mantenimiento que no hacen nada, gastan fortuna en mantenimiento y ¿Qué hacen? ¿Qué les cuesta hacer una rampa ahí para nosotros subir? Por lo menos queremos un día comer un asado. Ponemos entre todos, plata. Yo fui un día al ángulo allá, llegaron todos los ángulos y eran de acá, ¿ves de las mesas que se rompen? Tiene ángulo...

yo me animo a soldar. Con la amoladora corto, yo soy soldador profesional. Trabajé un año para Gas del Estado, soldando cañerías. Hice una red de tres kilómetros, de un depósito de yerba. Caños de 115.

TS: ¿Sabrías hacer una huerta?

E: Si, si yo te dije que tenía quinta en Saladillo, yo no compraba nada. Plantaba papa, zapallo, sandía, melón.

TS: ¿Te gustaría hacer algo así acá? Hay espacio.

E: Sí pero acá no lo podes hacer, porque te afanan. Acá esta gente...

TS: ¿Te sacan?

E: Vienen con bolsos, es una quinta pública.

TS: ¿Quién te saca?

E: Vienen de allá, la jefa. Acá vienen todos, de noche entran ahí, tenes que pelear.

TS: ¿Qué sentís que es este lugar para vos? ¿Cómo lo definirías? ¿Es un hogar?

E: No, no es.

TS: ¿Qué es?

E: ES UNA CARCEL A LARGO PLAZO. Acá te morís, listo, fuiste. No hay reclamo. Los médicos no te dan resultados.

TS: ¿El médico que hace?

E. Te ve y te dice: vamos a hacer esto, esto vamos a conseguir. Yo tengo una hernia de antes de las fiestas y estoy en tratamiento que van a conseguir. En la pandemia no había turnos.

TS: Vos tenes una hernia ¿Dónde?

E: Una hernia inguinal.

TS: ¿Es para operar eso?

E: Si para operar. Ya tenía que estar operado yo, pero los médicos no se calientan por nada. Miran allá, suben a su coche y se van. Si te he visto, no me acuerdo. El PAMI nos tenía que dar los remedios, no nos dan.

TS: ¿Por qué?

E: Hay que hacer un trámite en el consultorio médico y hasta que vaya al PAMI.. En PAMI te dicen: ahí tenemos farmacia. La mayoría tenemos PAMI, pero nadie hace nada. Por ejemplo: para conseguir pañales, nadie hace nada.

TS: Las actividades que hacen.

E: Acá no hay actividades. Alguno que otro elegido, no es para todos.

TS: Hay un espacio de actividades ¿vos sabes? ¿No te avisan? ¿Es lejos?

E: Acá hay uno de acá, pero estás a cuarenta metros, pasas la cocina. Ahora no hay presupuesto, yo sé que hay muchos ñoquis.

TS: ¿Tenes algún espacio en el que te guste estar en el hogar?

E: El gimnasio.

TS: ¿Te gusta el gimnasio? Como un lugar favorito.

E: Si me gusta, ¡pero ahí tenemos un loco! ¡Dios me libre! Después esta esté acá, ese fuma como.... Te sentas a tomar mate, no podes estar. A mí el humo, tengo el EPOC el humo de las maquinas, del cigarrillo y otra porquería más. La esfera de vidrio aspira uno.

TS: Muchos años de hacer eso.

E: Si, y la pintura también tiene un olor, y un humo blanco depende la pintura. Te da plata.

TS: Si. Porque como es dulce...

E: Si si así es como se va la plata. El palo ese seco tiene nido de abejas.

TS: ¿En serio? Medio peligroso.

E: En Saladillo tenía un vecino que tenía como cuarenta cajones de abejas todas con naranjo. Yo me iba y enterraba, con cáscara y todo, no hay que sacar semilla. Dejarle que crezca para trasplantar y sacar. Haces otro pozo, pero más playo. Juntas la yerba al mate en un tarro, le entreverás un poquito de tierra y abajo le echas un tornillo alumbrado y te planta arriba.

TS: Saca raíz.

E: Arriba de la planta.

TS: Entonces ¿Qué cosas harían en el hogar? ¿Qué mejoras? El asfalto...

E: El asfalto, y arreglar la puerta del baño. Hace diez meses que tenemos un solo baño, somos 26 sillas de ruedas.

TS: Si me conto José.

E: Y no hay presupuesto.

TS: O sea que no responden a ninguna de tus necesidades.

E: Ellos quieren que vos te quiebres, te mueras ahí. Ellos te dicen cuando entras si tenes sueldo y quieres dejarlo en valores, te están trabajando la cabeza, envenenándote. Yo me di cuenta y le dije a mi hermana: vos ni hagas, yo a estos bichos los conozco por olfato.

TS: Entonces ella te compra cosas. Vos no podes confiar en esta gente del hogar.

E: En esta gente, no.

TS: ¡Que difícil!

E: Es así de claro, sino echale agua.

TS: ¿Y con tus compañeros?

E: Acá andamos. Con el flaco Veronelli y otro Martinez compartimos la pieza.

TS: ¿Y con quien hablas cuando tenes algún problema?

E: Con los cuidadores.

TS: ¿Tenes algún referente? ¿Quién sería?

E: Mirta, Jorgito, Claudio, a la mañana.

TS: ¿Cómo los tratan?

E: Bien. Los cuidadores de la noche... yo no tengo problemas con nadie.

TS: ¿Y si vos quieres salir?

E: Salgo, pero me tienen que acompañar. Solo no.

TS: ¿Cómo podrías definir o explicar la vejez? Porque José habló de las etapas de la vida, algunas con más alegrías. ¿Coincidís con eso?

E: Yo coincido con él.

(Habla de la sobrina, y cuenta que plantaba tomates cherry y se reía del viejo, de regar las plantas. Compraba membrillo y cortaba en tiras y lo cocinaba con grasa de cerdo. Lo retaban).

TS: ¿Y ahora que sentís? ¿Lo que decíamos de la vejez?

E: De vejez vamos todos para el mismo camino, no tenemos escapatoria de eso.

TS: ¿Vos cómo te sentís?

E: Yo me siento... todavía de 20. Antes andaba en bicicleta.

TS: Pero sentís que acá...

E: Acá es la muerte...

TS: Envejecer acá ¿Cómo es?

E: Envejecer en el campo, estoy de acuerdo. Acá adentro, no.

TS: ¿A vos te gustaría envejecer en el campo?

E: SIIII, más vivo.

TS: Acá ¿Cómo sería?

E: Te sentís encerrado, es lo mismo que te ponen en una bolsa de nylon en el cuello.

TS: José nos dijo que envejecer acá es como la muerte, vos coincidís con él. Para vos es como la cárcel, nos dijiste.

E: Si es como una cárcel a largo plazo.

TS: Para vos después del hogar ya no hay otra cosa. La muerte nos va a llegar a todos.

E: Pero si uno puede caminar, y está en la casa es distinto. Comes lo que te parece, lo que te gusta, como un bife a la plancha haces el fuego y ya está. Acá hay cocina eléctrica, pero está hecha pelota. Compraron una cocina para poner acá y la cocina desapareció. Nunca más, y no te dejan traer garrafito ni anafe.

TS: En esta etapa de tu vida te gustaría tener esas cosas, pero en el hogar no podes.

E: Acá no se puede, está prohibido todo. Vas muriendo sin cumplir esos deseos, no hay otra escapatoria.

Había un escritorio ahí y venía uno que sentaba, pero no se puede porque es madera prensada. Yo me desperté un día a las cuatro de la mañana, y le dije: “eso no es para sentarse, traje sillas de allá”. Hacían cumpleaños ahí en la mesa. Venían doctores y se sentaban a escribir en el escritorio y hacía calor y se veía el parque verde. Yo ponía mi pava para tomar mate. Si colaboran todo está bien.

Acá tenes que tener cuidado con todo.

TS: Eso es terrible. Hay un montón de profesionales que deberían acompañarlos a cumplir esos deseos, a trabajar esos intereses.

E: Si, pero lo enfrentan a los profesionales (¿)

TS: ¿Entonces no se tienen en cuenta las necesidades de cada uno?

E: No, somos todos enemigos. Pero no es así, no tiene que ser así.

TS: ¿Enemigos entre ustedes?

E: Con los cuidadores, les dicen que no sirven, que no mandan.

TS: ¿Hay una disputa constante?

E: SI, ES UNA GUERRA. No se puede desayunar, almorzar porque pelean.

TS: ¿Peleas de qué?

E: Porque está el ciego que tenía un hermano que trabaja acá. El ciego se acuerda de todo, pero ahora se pelea.

TS: ¿Ustedes no tienen esa libertad que quisieran?

E: No, no acá estamos presos. Somos con el árbol, estamos hasta que aguante.

TS: GRACIAS

Anexo II: FOTOS

Fotos del Hogar San Martín que fueron tomadas en el marco de nuestra investigación durante el año 2022.

