

Escuela de Gobierno de la Provincia del Chaco
Escuela de Política y Gobierno - Universidad Nacional de
San Martín
Cohorte 2009

El Viejismo como Exclusión Social. Disciplinamiento de los Adultos/as mayores en Instituciones de Internación en la Provincia del Chaco, Argentina.

Tesis para obtener el grado de Maestría en Gobierno y Economía Política

Presenta: Lic. Roberto Rosenfeld

Directora de Tesis: María Matilde Ollier

Provincia del Chaco, Argentina 2012

Dedicatorias

Al Ingeniero Oscar Domingo Peppo y la Sra. Susana Simonofski, que apostaron en mi para acompañarlos en su proyecto; a María Ollier con su paciencia para corregir esta tesis, y a Axel y Silvia, quienes quiero y me tienen paciencia.

**Lic. Roberto Rosenfeld
Argentina, Chaco. Diciembre de 2012**

Resumen

Esta tesis arriba a resultados que demuestran que la internación de adulta/os mayores en Hogares de Ancianos podría llevar a prácticas violatorias de derechos humanos, por acción u omisión, afectando la calidad de vida del anciana/o institucionalizado.

Se realizó un estudio descriptivo de casos, para analizar la influencia de ciertas variables sobre la calidad de vida de los ancianas/os que viven en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús. Con tal fin se seleccionó una muestra integrada por 25 ancianas/os autoválidos, institucionalizados, entre 60 y 84 años (44% mujeres y 56% varones), 84% entre analfabetos y semianalfabetos, y que se encontraron en alguna situación de vulnerabilidad física o social que determinó su ingreso a la Institución. Se administraron los siguientes instrumentos de medición: un cuestionario de datos personales, una entrevista semiestructurada a adulta/os mayores, la Entrevista Estructurada de Fuentes de Apoyo Social (Social Support Resources de Vaux, A & Harrison, D., 1985) y también entrevistas a personal e informantes claves. Una vez identificados los anciana/os se estableció sus vínculos dentro de la Red de Apoyo Social y el poder avanzar sobre si se producen situaciones de discriminación, abuso, maltrato o negligencia en cuanto a la atención del adulta/o mayor.

Palabras Claves

Adultos/as mayores– Derechos Humanos – Internación- Institución- Vulnerabilidad

Abstract

This thesis arrive to demonstrate that the admission of elderly people in Old People's houses could lead into violating practices of Human Rights, because of action or omission, affecting the quality of life of the institutionalized elderly residents.

A descriptive case study was carried out, to analyse the influence of certain variables on the life quality of elderly residents who live in the Old People's House called Sacred Heart of Jesus. For that reason, a sample was taken, consisting of 25 auto-validelderly residents, institutionalized, between 60 and 84 years old (44% women, 56% men) 80 % between illiterate and semi-literate, who were somewhat found in a situation of physical or social vulnerability which determined their admission to the institution. The following measuring instruments were provided: a questionnaire about personal data and semistructured interviews to elderly residents, a structured interview from Social Support Resources was applied (Social Support Resources de Vaux, A &Harrison, D., 1985), too interviews to the personnel and key informants. Once people were identified, the link in the network was stated and also the possibility of moving forward to know if situations of discrimination, abuse, mistreat or negligence were taking place regarding the attention of elderly residents.

Old People's -Human Rights- Admission- Vulnerability- Institution

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	14
CAPITULO I: Marco Teórico y Metodológico.....	19
I.1.1. Marco Teórico.....	19
I.1.2. Vejez y Derechos.....	24
I.1.3. Familia, Redes Sociales y Adultos Mayores.....	31
I.2. Marco Metodológico.....	43
CAPITULO II: La Población Adulta en Argentina.....	53
II.1. Evolución de la Población en el Periodo 1975-2050....	53
II.2. Análisis del Envejecimiento en la Provincia del Chaco...	57
II.3. Características de la Población de Adultos Mayores Alojada en Instituciones de Internación del Chaco.....	60
II.4. Historia, Competencias y Funcionamiento de la Dirección de Adultos Mayores y de los Hogares de Ancianos del Chaco.....	63
II.5. La Institución Total Hogar de Ancianos.....	69
II.6. Algunas Consideraciones sobre la Atención del Sistema Hospitalario al Adulto Mayor.....	76
CAPITULO III. Análisis del Reglamento de Funcionamiento de los Hogares y Residencias de Anciana/os en la Provincia del Chaco.....	81
III.1. Marco Legal.....	81
III.2. El Reglamento.....	83
III.3. Las Fortalezas.....	99
III.4. Las Debilidades.....	99
CAPITULO IV. Entrevistas al Personal e Informantes Clave.....	103

CAPITULO V. Características de las Redes de Apoyo Social de los Adultas/os Mayores Alojados en el Hogar de Ancianos.....	118
V.1. Características Socioeconómicas y estructurales de los Adultos Mayores.....	118
V.1.1. Características estructurales.....	120
V.1.2. Nivel de Distribución de los vínculos Representada en el Mapa de la Red.....	128
V.1.3. Nivel de Densidad de las Redes de Apoyo Social....	131
V.1.4. Homogeneidad.....	134
V.1.5. Dispersión.....	134
V.2. Características Funcionales de las Redes de Apoyo Social.....	137
V.2.1. Nivel de Funcionalidad.....	137
V.2.2. Funciones de Apoyo Social.....	139
V.2.3. Atributos de los Vínculos.....	143
V.2.4. Nivel de Intimidad.....	146
V.2.5. Nivel de Frecuencia de Contacto.....	149
V.2.6. Historia y Nivel de Suficiencia Total de la Red de Apoyo Social.....	150
V.3. Conclusión sobre las Redes de Apoyo Social Estudiadas.....	152
CAPITULO VI. Relevamiento y Análisis de las Situaciones de Discriminación, Abuso y Maltrato Intrainstitucionales.....	155
CONCLUSION.....	187
BIBLIOGRAFIA.....	191

ANEXO I: Propuesta de Diseño Organizacional para Detección de Situaciones de Discriminación, Abuso y Maltrato hacia Adultas/os Mayores, en la Municipalidad de Villa Ángela.....	198
ANEXO II : Reglamento de Funcionamiento de Hogares de Ancianos de la Provincia del Chaco.....	205
ANEXO III: Sanción Cámara de Diputados de la Provincia del Chaco de Ley de Prevención de Violencia Familiar N° 4.175.....	214
ANEXO IV: Red de Instituciones de Atención para Adultos Mayores Dependientes de la Provincia del Chaco.....	217

LISTA DE TABLAS

Tabla II-1. Provincia del Chaco por Departamento. Envejecimiento de la Población en Porcentaje. Año 2010.....	59
Tabla II-2. Población Asistida en Instituciones de Internación de Adultos Mayores del Chaco. Año 2003.....	62
Tabla V-3. Edad.....	118
Tabla V-4. Nivel de Estudios de los Adultos Mayores Internados.....	119
Tabla V-5. Tenencia de la Vivienda de los Adultos Mayores Residentes Entrevistados.....	120
Tabla V-6. Distribución de los Vínculos que Conforman la Red de Apoyo Social de los Adultos Mayores Entrevistados.	121
Tabla V-7. Composición de las Redes de Apoyo Social por Vínculos Familiares y No Familiares.....	126
Tabla V-8. Nivel de Distribución Total de las Redes de Apoyo Social.....	129
Tabla V-9. Nivel de Densidad de las Redes de Apoyo Social.	132
Tabla V-10. Nivel de Dispersión de las Redes de Apoyo Social en cuanto a Lazos Familiares.....	135
Tabla V-11. Nivel de Funcionalidad de las Redes de Apoyo Social.....	137
Tabla V-12. Medias de Cantidad de Vínculos de Apoyo Social.....	140
Tabla V-13. Cantidad de Vínculos que Cumplen Funciones de Ayuda Práctica en las Redes de Apoyo Social.....	140
Tabla V-14. Cantidad de Vínculos que Cumplen Funciones de Orientación Cognitiva y Consejos de las Redes de Apoyo Social.....	141

Tabla V-15. Cantidad de Vínculos que Cumplen Funciones de Ayuda Económica en las Redes de Apoyo Social.....	142
Tabla V-16. Nivel de Intimidad de las Redes de Apoyo Social.....	147
Tabla V-17. Nivel de Frecuencia de Contacto de la Redes de Apoyo Social.....	150
Tabla V-18. Nivel de Suficiencia Total de las Redes de Apoyo Social.....	151
Tabla VI-19. Composición de la Población Asistida por modalidad de Internación. Variación 2003-2011.....	156
Tabla VI-20. Obra Social.....	157
Tabla VI-21. Fuentes de Ingreso Económicos de los Adultos Mayores Internados en la Institución.....	159
Tabla VI-22. Representación Social de la Vejez y Autoimagen.....	162
Tabla VI-23. Percepción de los Adultos Mayores Residentes del Hogar de Ancianos sobre lo que Piensan los Jóvenes sobre Ellos.....	165
Tabla VI-24. Número de Ancianos que Padecieron alguna Situación de Abuso o Maltrato antes y después a su Ingreso al Hogar de Ancianos.	168
Tabla VI-25. Situaciones de Discriminación, Abuso y Maltrato vividas previas al Ingreso al Hogar de Ancianos.....	168
Tabla VI-26. Personas que el Adulto Mayor Identifica como Responsables de Situaciones de Abuso y/o Maltrato.....	172
Tabla VI-27. Cantidad de Adultos Mayores que Realizaron Acciones contra su Voluntad antes y durante su Internación en Hogar de Ancianos.....	173
Tabla VI-28. Respuesta sobre la Firma de Papeles o Documentos sin Consentimiento por Adultos Mayores durante su Residencia en Hogar de Ancianos.....	175

Tabla VI-29. Frecuencia de las Visitas Recibidas por los Adultos Mayores Residentes.....	178
Tabla VI-30. Lugares de Concurrencia y Frecuencias en las Salidas de los Adultos Mayores Residentes.....	179
Tabla VI-31. Aumento De la Fragilidad en los Adultos Mayores Residentes.....	180
Tabla VI-32. Palabras que Representan Sentimientos más Frecuentes en los Adultas Mayores Institucionalizados en Hogar de Anciano en porcentaje.....	183

LISTA DE GRAFICAS

Figura 1.1. Representación del Mapa de Red.....	52
Figura 2.2. Pirámide de Población Argentina Año 1975.....	54
Figura 2.3. Pirámide de Población Argentina Año 2000.....	55
Figura 2.4. Pirámide Población Argentina Año 2025.....	56
Figura 2.5. Pirámide Población Argentina Año 2050.....	57
Figura 5.6. Mapa de la Red de Apoyo Social de los Adultos Mayores Internados en la Institución.....	122
Figura 5.7. Representación del Mapa de Red de Apoyo Social de Víctor.....	123
Figura 5.8. Representación del Mapa de Red de Apoyo Social de Berta.....	124
Figura 5.9. Representación del Mapa de Red de Apoyo Social de Pablo.....	125
Figura 5.10. Representación del Mapa de Red de Apoyo Social de Juan Carlos.....	130
Figura 5.11. Representación del Mapa de Red de Apoyo Social de Ramona.....	131
Figura 5.12. Representación del Mapa de Red de Apoyo Social de Martha.....	133
Figura 5.13. Representación del Mapa de Red de Apoyo Social de Aníbal.....	136
Figura 5.14. Representación del Mapa de Red de Apoyo Social de Ramón.....	138
Figura 5.15. Representación del Mapa de Red de Apoyo Social de Francisco.....	144
Figura 5.16. Representación del Mapa de Red de Apoyo Social de Fidelina.....	145

Figura 5.17. Representación del Mapa de Red de Apoyo Social de Eugenio.....	148
Figura 5.18. Representación del Mapa de Red de Apoyo Social de Sofía.....	149
Figura 5.19. Autonomía y Tipos de Discapacidad en los Adultos Mayores Residentes Hogar de Ancianos.....	161
Figura 5.20. Situaciones de Discriminación, Abuso y Maltrato Padecido por el Adulto Mayor dentro del Hogar de Ancianos.....	169
Figura 6.21. Respuestas y Porcentaje de acciones contra Adultos Mayores contra su Voluntad.....	174

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ACV: Accidente Cerebro Vascular

CELADE: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

DDHH: Derechos Humanos

EPH: Encuesta Permanente Hogares

HOGAR DE ANCIANOS: Hogar

INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

IT: Institución Total

NEA: Noreste Argentino

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONGs: Organizaciones no Gubernamentales

ONU: Organización Naciones Unidas

PAMI: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

PROFE: Programa Federal de Salud

RAS: Redes de Apoyo Social

Introducción

Esta tesis se propone analizar como las instituciones de internación de adultos mayores¹ en el Chaco, regulan la vida cotidiana de los ancianas/os² residentes en ellas, desde dos perspectivas contrapuestas tanto desde la teoría como desde la práctica: por un lado el concepto clásico de Institución Total, en los trabajos de Erving Goffman³ (1996), donde los Hogares de Ancianos son lugares de control, de reglamentación y de encierro y por otra parte el enfoque de Derechos Humanos, por el cual los adultos mayores son sujetos plenos de derecho y no posibles ciudadanos de segunda determinados en el prejuicio de viejo- enfermo, instalado tanto desde los usos y prácticas cotidianas, como desde los medios de comunicación que condicionan nuestra mirada hacia ellos (Salvarezza, 1998).

Al respecto, estas dos teorías y prácticas de funcionamiento contrapuestas, conviven en las normas y reglamentos de actividades internas de los Hogares de Ancianos o Residencias Geriátricas, confundiendo tanto, el juicio de valor de la comunidad hacia estas instituciones, como del personal que se desempeña en ellas y de los propios adultos mayores internalizados, en cuanto a lo que se debe hacer con ellos y por ellos cuando ingresan y residen en una Institución de este tipo y los derechos que los asisten.

¹ En el desarrollo de la tesis se empleará como sinónimos el concepto de "adulto/a mayor" y el término anciano en forma indistinta.

² Se utilizará la palabra "anciano" en vez de anciana/o, para referirse a los dos sexos en forma indistinta, para facilitar la lectura de la tesis.

³ La noción de Institución Total nace como resultado de la investigación realizada por Erving Goffman entre los años 1955 y 1957. Su intervención en el Hospital St. Elisabeth, de Washington -macro institución psiquiátrica federal de 7000 internos-, le permitió aprender sobre la dimensión social de los pacientes hospitalizados allí, "según ellos mismos lo experimentaban subjetivamente". Se aproximó a la investigación en el rol de asistente del director de gimnasia, nunca revelando su condición de investigador, pasó por ser un estudiante de actividades recreativas.

De esta manera logró un acercamiento a los internos, sin tener contacto con el personal destinado a la atención de éstos. Con el auxilio de las herramientas provistas por la micro sociología, pudo "someterse personalmente" a la rutina diaria del grupo estudiado, corroborando su hipótesis de que cualquier grupo de personas forma una vida propia que es -particularmente considerada en su especialidad- "significativa, razonable y normal". Descubrió, además, la especial estructura y dinámica de instituciones como la abordada en su investigación, a las que daría el nombre de instituciones totales.

Es necesario remarcar que la problemática de los Derechos Humanos en el ámbito de los adultos mayores, es una mirada nueva⁴ y contemporánea, posterior en su implementación a los trabajos de Goffman (1996) y de Michel Foucault (1989). Como se ha señalado, ambas conviven en la actualidad en el funcionamiento Institucional de cualquier Hogar de Ancianos provincial, de acuerdo a las normas vigentes.

El presente trabajo se enmarca dentro de un enfoque exploratorio y descriptivo de análisis. Pretende responder y entender las formas de convivencia y las normas que regulan los procesos institucionales de las Instituciones de Internación provinciales dirigidas a los adultos mayores. Tiene un desarrollo micro sociológico en su análisis, evitando en lo posible caer en los lugares comunes que hacen a los estigmas que condicionan a la vejez, intentando superar esta mirada, desde las posibilidades que brinda el enfoque de los DDHH.

Las preguntas que apuntaron a recolectar información en vistas a la propuesta de la tesis fueron:

- 1) ¿Cuáles son los criterios para que un adulta/o mayor ingrese a una institución y como se realiza su consentimiento informado?
- 2) ¿Cómo se estructuran los vínculos con las familias en aquellos ancianos alojados que las posean?
- 3) ¿Cómo se regula el día a día de cada adulto mayor en cuanto a las normas que debe cumplir dentro de la Institución y cuales son los protocolos que marcan los permisos sobre la posibilidad de salir de la Residencia si así lo desea?

⁴ Esta última circunstancia en particular ha provocado que, hasta el presente, estos derechos hayan funcionado como objetos de políticas sociales coyunturales, más que como derechos subjetivos directamente operativos. Consultar Méndez Costa, María Josefa (1985). Los ancianos en la legislación civil. Ley 1983-A. López Aranguren, Eduardo (1986). Los derechos de la tercera edad. En Revista "Derechos y Libertades", Instituto de Derecho Humanos Bartolomé de Las Casas, de la Universidad Carlos III de Madrid, Nº 2, 1993. Dabove, M.I. (1995).

- 4) ¿Cómo maneja y administra su dinero si lo tuviera, y que mecanismos de delegación de dichos ingresos están previstos en los reglamentos de funcionamiento?
- 5) ¿Cómo puede denunciar situaciones de maltrato, abandono y/o negligencia, una vez institucionalizado?
- 6) ¿Cómo se respetan sus decisiones en cuanto al autocuidado de su cuerpo, tanto en situaciones de salud como de enfermedad?
- 7) ¿Cómo se estructuran sus redes de apoyo social, una vez alojados en una Institución de internación?

La respuesta a estas preguntas permitió comprender los juicios de valor desde donde se construyen las normas y reglas que se erigen como determinantes, en la evolución del funcionamiento de las instituciones de internación para adultos mayores de la provincia. También posibilitó definir el concepto de la vejez, sus múltiples dimensiones, los cambios históricos, demográficos, sociales y culturales que hacen a la evolución en la construcción de lo que entendemos por ancianos, adultos mayores, vieja/os, abuelos, etc. Estas cuestiones son desarrolladas a lo largo de los capítulos de esta tesis, mostrando el camino que ha llevado a la construcción de estereotipos, estigmas y prejuicios, que condiciona los modos de disciplinamiento del adulto mayor institucionalizado y como se articula esta proceso con la integración de sus redes de apoyo social, como posible salvaguarda de sus derechos y de su identidad individual.

La hipótesis que se plantea en el siguiente estudio de caso es la siguiente:

Las leyes y reglamentos que se dictan y aplican desde los organismos de la Administración Pública que regulan el funcionamiento de las Instituciones de internación de adultos mayores de la Provincia del Chaco, tienen una concepción y redacción prejuiciosa y estigmatizadora hacia el adulto mayor. El grado y condiciones de internamiento de los adultos mayores

institucionalizados que determinan dichas normativas, medido por la frecuencia, calidad e intensidad de intercambios con el mundo externo, tendrá relación directa con las situaciones de vulnerabilidad que pudieran padecer los ancianos: a mayor internación, mayor posibilidad de exclusión de derechos.

Los objetivos de la presente tesis son:

Objetivo General:

- i. Describir las condiciones de vida y las rutinas de los adultos mayores residentes en la actualidad, en instituciones de internación públicas de la provincia del Chaco.
- ii. Demostrar las construcciones socioculturales, los juicios de valor desde donde se redacta e impone la reglamentación de funcionamiento vigente, que se erigen en mecanismos de control, regulación y disciplinamiento en las Instituciones de internación de adultos mayores provinciales.

Objetivos Específicos:

- i. Detectar situaciones que hagan a la discriminación, abuso, negligencia y maltrato dentro del funcionamiento que marcan las reglas y normas que definen la propuesta Institucional.
- ii. Describir las redes de apoyo social de los ancianos institucionalizados en el Hogar de Ancianos de Villa Ángela- Chaco, en cuanto al grado de internamiento y reglamentación dentro de una Institución Total.
- iii. Interpretar los resultados de las estructuras de Redes de Apoyo Social obtenidas, desde las normas y leyes que regulan las relaciones dentro de la institución.
- iv. Sugerir cambios en las políticas sociales provinciales hacia los adultos

mayores institucionalizados desde el enfoque de Derechos Humanos, articulando con las propuestas de la gestión por resultados.

En cuanto a la viabilidad de la investigación, se consideró un lapso de doce meses para obtener los datos del estudio de caso del presente trabajo de Investigación. Las fuentes de recolección de datos aparecieron como accesibles en tiempo y espacio, no insumiendo grandes costos que harían impracticable la investigación.

Los acuerdos institucionales necesarios para trabajar dentro del Hogar de Ancianos, fueron aprobados por la Municipalidad de Villa Ángela, Chaco, sobre el acceso hacia la institución, el personal y los adultos mayores alojados. Se elaboraron acuerdos Intrainstitucionales con los ancianos y el personal que trabaja en la institución respetando las garantías constitucionales de respeto a la dignidad y confidencialidad de los datos obtenidos. Las fotos que ilustran el trabajo son publicados con el consentimiento de las personas retratadas.

Desde las conclusiones de este trabajo más el diseño de intervención planteado en el Anexo I, se muestra una propuesta de acción presentada al Municipio de Villa Ángela, para reducir la vulnerabilidad de los adultos mayores residentes en el Hogar de Ancianos o que vivan fuera de ellos, en cuanto a plasmar indicadores válidos para detectar situaciones de discriminación, abuso y maltrato o violatorias de DDHH de los ancianos que integran nuestra comunidad, desde un Tablero de Comando, pasible de ser replicado en otros lugares de la provincia.

Marco Teórico y Metodológico

1.1 Marco Teórico

Esta primera sección del capítulo, profundiza distintos conceptos que hacen a la definición de vejez, su evolución en el tiempo y las particularidades de los derechos de la ancianidad. Representa como se construyen las redes de apoyo social del adulto/a mayor, la importancia del componente familiar en el acontecer histórico y como estas pueden prevenir situaciones de discriminación, abuso y maltrato violatorias de derechos humanos. Finalmente se describen las características de las Instituciones de Internación.

Para hacer referencia a la vejez o envejecimiento existen diferentes concepciones que tienen que ver generalmente con aspectos culturales. Así se encuentran expresiones para referirse a la vejez como: tercera edad, vieja/o, abuelo/a, anciano, geronte. Etimológicamente, vejez -derivado de vieja/o- procede del latín, *veclus*, *vetulusm*, que a su vez, viene definido como la persona de mucha edad.

Existen dos enfoques históricos en occidente, sobre la vejez, contradictorios y que pertenecen a los desarrollos filosóficos de la antigua Grecia. Platón en su obra "La República" en su Libro Primero (390 AC) considera positivamente a la vejez y al vieja/o, desde una postura de respeto a ultranza de los mismos y merecedores del poder en la sociedad. Su postura privilegia lo individual del anciano, diciendo que se envejece como se ha vivido. Platón es un referente de la visión positiva de la vejez, de la importancia de la prevención y la profilaxis.

En contraposición Aristóteles (384-322 A.C.) en “La Retorica y La Política”⁵ crítica a la vejez, censurando a la sociedad espartana por tener un concejo de adultos mayores como órgano de gobierno, al cual culpa de ser el causante de muchos males que aquejan a la humanidad, dado su condición de receptores de poder social. Aristóteles, presenta lo que podríamos considerar etapas de la vida del hombre: la primera, la infancia; la segunda, la juventud; la tercera -la más prolongada-, la edad adulta, y la cuarta, la senectud, en la que se llega al deterioro y la ruina considerando a la vejez como una enfermedad natural.

En la Edad Media, el ser vieja/o no pudo hallar un ámbito adecuado de reflexión filosófica, salvo en Instituciones religiosas. Con una esperanza de vida muy limitada, por guerras, epidemias, desnutrición, indigencia y conocimientos médicos endebles, pocos llegaban a la vejez. Es en este período cuando aparece la institución del "retiro" que antecedente a las residencias actuales, dentro de un marco asistencial privado, brindado por conventos y monasterios a partir del siglo VI.

El Renacimiento marca un cambio en favor de la concepción antropocéntrica del universo. Sin embargo, en este periodo no se promueve un marco jurídico y político sobre la condición del adulto mayor. La juventud es el eje superlativo de valoración plena. El vieja/o, "cargado de fealdad y decadencia", queda una vez más fuera del círculo de lo que se puede comprender: el vieja/o renacentista es un ser trágico por estar ridículamente vivo, para Erasmo de Rotterdam⁶. Es pura y simplemente, la vuelta insensata a la niñez en Montaigne⁷.

La Reforma Protestante, movimiento religioso cristiano, iniciado en Alemania en el siglo XVI permite alcanzar un acercamiento más directo al problema de la vejez. Con la elaboración del “Derecho de Pobres Isabelino” se marca la primera norma legal para atender a esta población. Esta iniciativa se

⁵Aristóteles: Retórica I, 1355b, citado en Jordi Berrio: ob.cit., p.24.

⁶Coloquios familiares, Anthropos, 2005. ISBN 978-84-7658-730-0, edición de Alonso Ruiz Virués (siglo XVI)

⁷Los ensayos (según la edición de 1595 de Marie de Gournay). Prólogo de Antoine Compagnon. Edición y traducción de J. Bayod Brau. Colección Ensayo 153. 1738 páginas. Quinta edición. Barcelona: El Acanalado.

fue difundiendo poco a poco por el resto de países europeos, estableciendo un sistema de socorros para pobres (léase, no sólo mendigos, también enfermos, locos, huérfanos, viudas y vieja/os, en general los marginales). De modo que la caridad privada de los monasterios medievales fue dando paso a un nuevo concepto de solidaridad: el de la asistencia pública positivada (Dabove, 2002).

Desde el Iluminismo, se plantearán dos preguntas contra el verdadero respeto hacia la ancianidad:

1) Desde la problemática de la razón como clave de la dignidad humana y

2) Desde el concepto de trabajo, entendido como expresión económica y como un imperativo moral, ético, incluso religioso. Desde estas dos posiciones el vieja/o se transforma en un ser extraño: extraño por anormal y por su condición de marginado.

La modernidad obliga a un nuevo giro en la mirada hacia la vejez, gracias a los avances que permiten aumentar la esperanza de vida de la población. Al haber un número mayor de población vieja, se deben renovar y discutir muchas de las consideraciones y prejuicios existentes, replanteándose las consideraciones hacia ellos, aunque siempre persistiendo viejas prácticas y prejuicios alrededor de esta temática.

En la Década de 1980, la Revolución Demográfica, trasladó el eje de la discusión hacia el envejecimiento de la sociedad y sus consecuencias en el plano económico. El aumento de la población adultomayor se veía como amenaza para los Estados, por el incremento en la demanda de recursos y provisión de servicios. Es así como la población “vieja” pasa a ser una problemática social, presentándose como una etapa de carencias económicas y sociales, que requiere de atención, de la cual se encarga el Estado, organizaciones de la sociedad civil, entidades de salud, etc., dando paso a la construcción de lugares de atención para la población anciana (geriátricos, albergues, de internación, etc.). Sin embargo, esta población es vista como un problema socioeconómico, una carga financiera para el Estado y la sociedad,

siendo estigmatizados, abandonados y olvidados, convirtiendo a la vejez en un prejuicio social.

En general, los conceptos vieja/o, vejez y envejecimiento, hacen alusión a la condición temporal de la historia del individuo, es decir a los determinantes que hacen a la edad y de cómo se va construyendo el sujeto anciano. No hay algo culturalmente que defina cuando se es viejo y cada sociedad plantea cual es la frontera de edad que nos hace pasar de adultos a viejos. A nivel internacional y siguiendo las recomendaciones de las Naciones Unidas, se estipula que se es viejo a partir de los 60 años. En la actualidad esta edad ha aumentado y se estipula en 65 años.

El límite de edad se establece en la actualidad y desde las prácticas cotidianas, por la pérdida de facultades y autonomía en la vida diaria que hacen que al adulto mayor se lo vea como un ser sumamente dependiente, desde el recorte que hizo el saber médico sobre el anciano, tomándolo como su objeto de estudio exclusivo hasta fines del Siglo XX.

La vejez desde el saber gerontológico amplía esta mirada medica hacia el adulto mayor, *"no será una enfermedad, sino una etapa más de la vida, como la infancia, adolescencia, embarazo, etc., y si no es considerada una enfermedad, por lo tanto, no se la puede tratar ni curar porque la vejez es la continuidad de la vida"*. (Fassio, 2008)

Para la Organización Mundial de la Salud (1997), los grupos de ancianos en situación de vulnerabilidad y riesgo son aquellos que poseen algunas de las siguientes características:

- Los muy ancianos (los vieja/os), mayores de 80 años.
- Los que viven solos en una vivienda.
- Las mujeres ancianas, sobre todo solteras y viudas.
- Los que viven en Instituciones.

- Los que están socialmente aislados (individuos o parejas).
- Los ancianos sin hijos.
- Los que tienen limitaciones severas o discapacidades.
- Las parejas de ancianos en las que uno de los cónyuges es discapacitado o está enfermo.
- Los que cuentan con muy escasos recursos económicos.

Igualmente, la Organización Mundial de la Salud OMS (2002) define el envejecimiento activo como “*el proceso de optimizar las oportunidades para la salud, la participación y la seguridad de manera de realzar la calidad de vida a medida que las personas envejecen*”⁸. De este modo aunque la vejez es la etapa de la vida en donde las pérdidas físicas sociales y materiales prevalecen, también la posibilidad de romper el paradigma y desarrollar capacidades es la nueva mirada que privilegia en enfoque de Derechos Humanos.

Según Uhlenberg y Dannefer (2007), la edad se refiere a las personas y a sus estructuras sociales. Para las personas marca cuánto se ha vivido hasta ahora. En las estructuras sociales denota el criterio de cómo realizan papeles o roles, como los toman y se apropian de ellos y porque los dejan, localizando a las personas según su edad en la sociedad. Esta mirada se centra en los cambios en la experiencia de envejecer y los cambios en las relaciones entre las franjas etarias clásicas -niñez, pubertad, adolescencia, adultez, vejez- reconociendo que el envejecimiento es una construcción social y que los modos cambian con el tiempo. Es un proceso dinámico. La edad es un significante universal de los individuos y de la población y se puede definir según su composición por años de vida, a pesar de que el significado de edad difiera en las distintas sociedades. Desde esta mirada, los estratos de edad reflejan esferas socialmente significantes de las personas, y sólo se definen en parte por la Biología.

⁸Un concepto fundamental a definir para entender como se articulan los conceptos de vejez y salud es la definición de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que la define como un estado no en términos de déficit sino de mantenimiento de la capacidad funcional (OPS/OMS, 1982).

La edad no se constituirá desde este enfoque, como única variable que uniformiza a todos: en ello influye el género, el acceso a recursos, la condición social, económica, cultural, el estilo de vida, la capacidad de disfrutar de las múltiples combinaciones de los mismos, lo que conlleva a reflexionar sobre la diversidad que constituyen los adultos mayores

Desde el sentido cuantitativo de cuando somos vieja/os, pasamos a reflexionar en el nuevo siglo sobre lo cualitativo, a como vivimos cada uno nuestra vejez y como construimos nuestros mecanismos de inclusión desde este nuevo paradigma. El fenómeno del envejecimiento se evidencia mostrando que la calidad de vida en relación al envejecer plantea desafíos. En este contexto de cambios, el poder lograr mejorar el bienestar y la calidad de vida, es un proceso que involucra a los adultos mayores, su grupo familiar, al entramado social y a los dispositivos de internación que las políticas sociales constituyen para dar cobijo a los ancianos, que presentan mayores situaciones de exclusión y/o inequidad.

1.2 Vejez y Derechos

Desde el Derecho actual, ser vieja/o significa vivir sujeto a una situación de debilidad caracterizada por los siguientes determinantes:

- 1) La dinámica social del Derecho debilita al anciano, en tanto lo estereotipa y lo constriñe en su ámbito de actuación.
- 2) El sistema normativo lo debilita, en tanto no ofrece un marco de protección jurídica adecuado a su naturaleza.

- 3) Los valores jurídicos imperantes, en tanto no reconocen suficientemente a la vejez como fin en sí.⁹

La rama del derecho que estudia los derechos de los adultos mayores, como rama autónoma, se impone como una necesidad del mundo actual que responde a los datos reveladores del engrosamiento de la población anciana, la cual posee características que le son propias.(Dabove, 2002).

El anciano es una persona vulnerable, que requiere de una protección especial, no en el sentido de los estereotipos que equiparan al vieja/o-enfermo-decrepito, sino como un ser humano que dada su condición necesita ser tratado con respeto, garantizándole su integridad física y psicológica, bien sea que se encuentre al lado de su familia o en una Institución de internación. Esto es responsabilidad del Estado, de la sociedad y de su familia. (Salvarezza, 1988).

Los Derechos Humanos de los Adultos mayores son indivisibles, interdependientes, e interrelacionados. Están establecidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y en otros Tratados y Pactos que se analizan en el desarrollo de esta tesis de investigación.

Ellos son:

- El derecho a un estándar de vida adecuado, incluyendo alimentación, vivienda y vestimenta.
- El derecho a un seguro social, asistencia y protección.
- El derecho a la no discriminación por cuestiones de edad u otro estatus, en todos los aspectos de la vida, incluyendo el empleo, acceso a vivienda, cuidado de la salud y servicios sociales.
- El derecho a los más altos estándares de salud.

⁹Al respecto puede verse: Ciuro Caldani, M.A.; op. cit.; BAZO, María Teresa; Institucionalización de personas ancianas: un reto sociológico; en "Revista Española de Investigaciones Sociológicas", Nº 53, enero-marzo de 1991, págs. 150 yss.; Investigaciones y estudios básicos para la definición de las políticas sociales para la tercera edad en España, "Sociología de la vejez", Madrid, U.D.P., 1992, págs. 53 y ss.

- El derecho a ser tratado con dignidad.
- El derecho de protección ante cualquier rechazo o cualquier tipo de abuso mental
- El derecho a una amplia y activa participación en todos los aspectos: sociales, económicos, políticos y culturales de la sociedad
- El derecho a participar activamente en la toma de decisiones concernientes a su bienestar.

En la Argentina, las políticas de Estado en materia de vejez tienen antecedentes que se establecen desde la década de 1940, cuando se establecieron los “Derechos de la Ancianidad”¹⁰, contenidos en un decálogo en el que se garantizaba a las personas en la última etapa de su vida, el bienestar del que tienen derecho por haber dado su esfuerzo en bien de la comunidad. Esta conquista, que señala una etapa trascendente en la política social, fue incluida en la Constitución Nacional, por la Asamblea Constituyente Reformadora, el 11 de marzo de 1949. Ese documento incorporaba los derechos a la asistencia, a los alimentos, al vestido, a la salud física y mental, a la salud moral, a la recreación, al trabajo, a la estabilidad y al respeto, lo cual pone en evidencia que la Argentina fue un país pionero en instalar el tema de los derechos económicos, sociales y culturales de los adultos mayores.

La Argentina llevó al concierto de las Naciones Unidas la preocupación por este tema, que fue incorporado en la agenda del tercer período de sesiones de la Tercera Comisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 18 de noviembre de 1948. Si bien a partir de esa presentación la Argentina se posicionó como pionera en la promoción de la temática en el plano internacional, en el contexto nacional no hubo mayor seguimiento del tema ni avances posteriores hacia una ley integral de protección que hiciera operativos los derechos de los adultos mayores (Pochtar y Pszemiarower, 2011).

¹⁰ Por iniciativa de la Fundación de Ayuda Social, el 26 de agosto de 1948.

A nivel nacional, el reconocimiento de los derechos de la ancianidad hasta ahora sigue siendo débil. En la Constitución Nacional (1994) hay algunos artículos que hacen referencia al tema pero sólo se cuenta con alguna referencia específica en el Art. 75, inc. 22 referido a la vigencia de los Tratados y Pactos Internacionales en materia de Derechos Humanos, y el inciso 23 donde se expresa:

“Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad.”

Lo que sí existe es una profunda dispersión en el reconocimiento de los derechos de los ancianos¹¹. Las normas vigentes del Derecho Civil y Comercial están más referidas al problema previsional¹². En el plano jurisprudencial se encuentran algunos fallos que contemplan la situación del anciano de manera integral. La Jurisprudencia Argentina señala:

“Corresponde distinguir entre la simple ancianidad y la calificada senilidad que ocasiona la incapacitación o inhabilitación....de la persona que la padece y que, por ello, demuestra una ineptitud para conducirse en la vida de relación con sus semejantes...Senectud o ancianidad normal, no equivale a senilidad patológica...La vejez, por sí, no es sinónimo de enfermedad, aún cuando implique disminución de facultades de la persona....Si la jurisprudencia admitiera la inhabilitación de simples senectos, resultaría afectada la seguridad jurídica de vastos sectores de personas en materia tan importante como es su propia capacidad...” (Cámara Nacional Civil, 1982, págs.312-322).

Las Naciones Unidas (1995) formulan los “principios” orientadores de las políticas para incorporar los derechos de los mayores, como un eje clave en la

¹¹Esta última circunstancia en particular ha provocado que, hasta el presente, estos derechos hayan funcionado como objetos de políticas sociales coyunturales, más que como derechos subjetivos directamente operativos. ¹² En este sentido puede consultarse: MENDEZ COSTA, María Josefa; Los ancianos en la legislación civil, "La Ley", t. 1983-A, págs. 318 y ss.; LOPEZ ARANGUREN, Eduardo; Los derechos de la tercera edad, revista "Derechos y Libertades", Instituto de Derecho Humanos Bartolomé de Las Casas, de la Universidad Carlos III de Madrid, Nº 2, 1993; DABOVE, M.I.; Los derechos... cit.; La condición de la mujer anciana... cit

¹² Ley Nº 26425. Sistema Integrado Previsional Argentino.

agenda de los gobiernos y sociedades. Estos principios son: Independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad. Considera que el acercamiento a la realidad de los adultos mayores posibilita conocer la calidad de vida en la tercera edad, desde los aspectos subjetivos que la definen, teniendo en cuenta que,

“el bienestar del ser humano no depende exclusivamente de un ingreso, o de la satisfacción de necesidades básicas, sino también de crecientes reivindicaciones, como la justicia, libertad, ejercicio de un pluralismo político y social, la participación activa en la toma de decisiones, el desarrollo de la propia identidad cultural y el despliegue de las potencialidades creativas de individuos y sociedades”.

Los derechos fundamentales de la persona anciana se basan en este marco, en el reconocimiento de la dignidad que corresponde a cada ser humano por su sola condición de tal. El derecho a la dignidad es la facultad que tiene todo hombre de reclamar el respeto de sus semejantes, a causa de su condición humana. Desde este enfoque de las Naciones Unidas (1995), se cambia el enfoque hacia el adulto mayor, ahora sujetos de derecho no objeto de asistencia y cuidado.

Los adultos mayores pasarán, de plenos derechos civiles (libertad de pensamientos e igualdad ante la ley y propiedad), políticos (derecho de sufragio y libertad de expresión), sociales (trabajo, salud, educación y protección familiar), como también derechos de cuarta generación (como son ecología, biotecnología e información), incluyendo a los que constituyen núcleos con características especiales, como los adultos mayores internados en Residencias u Hogares de Ancianos.

En cuanto a las situaciones de maltrato o violencia que pueden padecer los adultos mayores, el Documento del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (2002) titulado “El maltrato de las personas de edad en un contexto mundial” señala 6 tipos de violencia:

- 1) Violencia Física: uso no accidental de la fuerza física, cuyo resultado es daño físico, dolor o discapacidad.
- 2) Violencia por exceso: siendo que la sobreprotección afecta o daña el desenvolvimiento cotidiano y la capacidad funcional de las personas.
- 3) Abuso sexual: contacto sexual de cualquier tipo con una persona mayor, no consentido por éste.
- 4) Abuso emocional: provocar angustia emocional por medio de la amenaza, la humillación, los insultos reiterados u otras conductas abusivas, verbales y no verbales.
- 5) Abuso financiero: uso no autorizado y/o ilegal de los fondos, la propiedad, o los recursos de una persona mayor. También suele ocurrir que los mayores sean manipulados por engaños a firmar documentos en donde cedan derechos.
- 6) Negligencia o Abandono: no atender las necesidades de una persona mayor. A su vez se clasifica en: negligencia activa, cuando se realiza intencionadamente, y negligencia pasiva, cuando es consecuencia del desconocimiento o la incapacidad por parte del cuidador.

En Argentina, todavía no existe una legislación clara que garantice los derechos humanos de la población anciana, que prevenga y castigue la violencia, la discriminación y el maltrato de las personas ancianas. Las condiciones de esta población son complejas y de alta vulnerabilidad. Afecta su desarrollo físico, psicológico y su consideración en el plano social histórico y cultural. No se ha logrado una ley nacional de protección integral de los

derechos de las personas mayores, como sí se ha alcanzado en los casos de otros grupos mencionados en convenciones internacionales específicas.¹³

La provincia del Chaco, al respecto cuenta con la ley N° 4175, de Prevención de Violencia Familiar que dice en los artículos que más significan para la temática tratada:

*“Artículo 1.- Toda persona que sufriese lesiones o maltrato físico o psíquico por parte de los integrantes del grupo familiar, podrá denunciar estos hechos en forma verbal o escrita ante el juez con competencia en la materia que entiende en asuntos de familia y solicitar medidas cautelares conexas....Artículo 2.- Cuando los damnificados fuesen menores o incapaces, ancianos o discapacitados, los hechos deberán ser denunciados por sus representantes legales y/o el Ministerio Público.- También estarán obligados a efectuar la denuncia los servicios asistenciales sociales y educativos, públicos o privados”.*¹⁴

En la actualidad a nivel nacional, se están tomando decisiones fundamentales para revertir situaciones de inequidad, como es el caso de la ley N° 25.994, denominada de “Prestación Previsional Anticipada”, la cual ha hecho posible que los varones de 60 años y las mujeres de 55 que no contaran con los años de aportes que marca la ley pudieran jubilarse (60 años para las mujeres y 65 para los varones). El Artículo N° 6 de esta ley estableció un período para efectivizar el programa de inclusión jubilatoria, con el propósito de incorporar al sistema previsional a las personas que cumplían con la edad de retiro aunque nunca hubieran aportado o no contaran con los años de aporte que marca la ley (Pochtar, 2011). La recuperación económica es un paso fundamental, para lograr una inclusión social que privilegie no solo la igualdad de derechos sino la igualdad de oportunidades, con adultos mayores sujetos de derecho pero además, consumidores y usuarios de servicios.

¹³Por ejemplo, la ley 26.061, de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes adecua los derechos establecidos en la Convención sobre los Derechos del Niño; y la ley 26.485, de Protección Integral a las Mujeres, garantiza todos los derechos reconocidos por la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, además de derechos contemplados en otras normas nacionales e internacionales.

¹⁴En el Anexo III, de esta tesis se puede consultar el texto completo.

1.3 Familia, Redes Sociales y Adultos Mayores

En la vejez, hay una tendencia a volvernos conservadores en nuestras relaciones, con menor plasticidad para establecer nuevos vínculos: se intenta preservar los ya conocidos, aun con gran pérdida de energía libidinal ante la posible no correspondencia de los mismos: las viejas amistades, la familia (aun la que se ha vivido como conflictiva y con nulo compromiso con el adulto mayor, y los vecinos (que adquieren importancia por una cuestión de proximidad, más que de compromiso afectivo).

La modernización además trajo la crisis de los sistemas de seguridad estatal, con el consiguiente incremento en la cantidad de adultos mayores, que viven en exclusión social como excedente humano (Bauman, 2003), al margen de la posibilidad de utilizar y ejercer la legislación que protege sus Derechos Constitucionales.

La cuestión social se articula en este contexto, no sólo con la exclusión social¹⁵ de grandes franjas de población, sino también, con situaciones de precariedad laboral y vulnerabilidad que describe la inestabilidad bajo la cual se inscribe el individuo en el tejido social (Castel, 1997). Las dificultades y la precarización del mercado laboral, posicionan a un sector numeroso de ciudadanos en un lugar semejante, al que ocupaban los trabajadores en la sociedad industrial. Se trata de poblaciones caracterizadas por lo inestable y precario del empleo, con frágiles redes de amparo y contención, y el aislamiento social. Esta nueva transformación social cambia el lugar en el mundo de los adultos mayores, los que tendrán una participación deficiente en el mercado laboral (menor remuneración salarial y gran precariedad laboral) incrementando y diversificando situaciones de vulnerabilidad, con una gran incidencia de la pobreza y una alta y creciente participación en el mercado informal, una situación de exclusión social y una baja cobertura de las posibilidades de seguros sociales estatales.

¹⁵ A. Sen habla de la existencia de la exclusión pasiva, que resulta de la ausencia de acción; y la activa, que es resultado de acciones deliberadas. En sociedades democráticas como las actuales, es más común observar formas de exclusión Pasiva con respecto a los Ad. Mayores. (Sen, 2000b).

Se erige así como *constructo social*, como un fenómeno que se da en una sociedad en dimensiones históricas puntuales, con la eliminación, segregación y aislamiento del cual, los ancianos y las poblaciones vulnerables son sus primeras víctimas. Surge de este modo varios interrogantes: ¿Quién sostiene al adulto mayor que no posee redes sociales o estas son muy frágiles? ¿Qué dispositivos sociales se movilizan cuando el anciano se enferma?

La II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid en abril del 2002, nos señala sobre el deber ser:

“la voluntad de los gobiernos de promover la consolidación de la democracia y profundizar en la realización, tanto de los derechos humanos en general, como de los sociales en particular. La salud y la seguridad aparecen como componentes básicos del envejecimiento pleno al que se aspira en este nuevo siglo. La exclusión es medida según las siguientes dimensiones: relaciones sociales, realización de actividades culturales y cívicas, acceso a servicios básicos, acceso a espacios públicos, bienes y servicios” (ONU, 2002).

La exclusión hacia el adulto mayor en la actualidad se manifiesta en la atención en salud, en la educación, en la cultura, en la recreación, en el acceso a un salario digno, en la participación social, como algunas de sus manifestaciones, orientadas casi todas hacia un culto a la juventud¹⁶, adultocéntricas y con la vejez como paradigma de decadencia. Se produce de este modo una tensión entre las dinámicas de inclusión y exclusión¹⁷. Y aunque excluidos los ancianos siguen “estando” en nuestra comunidad. La marginación no adquiere características definitivas y muchos encuentran como solución natural la internación compulsiva del anciano a un Hogar de Ancianos o

¹⁶Un estereotipo es que los ancianos son desagradables a la vista. La belleza se asocia a la juventud, y mucha gente, especialmente mujeres, temen la pérdida de su belleza en la vejez. Los términos siguientes reflejan este estereotipo: Arrugadas, Marchitas, Brujas, Fósil.

¹⁷Perez Sainz y Mora Salas (2006) expresan que La exclusión social parte de una comprensión relacional de la sociedad, en donde el poder juega un papel importante, lo que implica que en términos de su eliminación se requieren redefinir las relaciones de poder. En este caso particular el predominio de la visión adultocéntrica es un claro ejemplo de relaciones desiguales de poder. .

Residencia Geriátrica¹⁸. Los mecanismos de disciplinamiento y reglamentación de la Institución Total harán el resto para invisibilizar al anciano.

La primera exclusión del mercado laboral, es la obligación de jubilarse, de dejar de trabajar, con el duelo agregado de la pérdida de su sueldo, devenido en pobre jubilación, que condiciona inexorablemente la nueva identidad de la persona, convirtiendo al adulto/a en vieja/o en un solo paso. Por otra parte supone una ruptura básica con las redes de relaciones sociales que giran en torno al trabajo (las únicas en muchos casos), lo que aumenta el riesgo de soledad y aislamiento social y por último, origina una marginalización de su papel y función en la sociedad, desvalorizando la significación social de los adultos mayores“.

Hoy, la lógica imperante en las sociedades desarrolladas basada en el reconocimiento personal y social de cada persona según su valor de mercado hace que los saberes y experiencias de los adultos mayores no sean reconocidos. *“No es que no tengan un lugar en la sociedad, sino que como actores carecen de un lugar dominante“*.¹⁹ De este modo, con la jubilación las personas mayores se vinculan a una situación de “pérdida”, no sólo, de un status ocupacional, sino también de ingresos económicos, de salud, de relaciones sociales, en suma, de un lugar de importancia en la sociedad.

La jubilación tiene fuertes connotaciones en los procesos familiares. En la vida, establecemos vínculos con diferentes personas, con quienes compartimos vivencias significativas. Estos vínculos históricos y presentes constituyen nuestro mundo interno, forman parte de la subjetividad, desde donde observamos, comprendemos la realidad y nos comunicamos con las demás personas. En toda familia, las personas se jerarquizan y se clasifican según sus papeles sobre la base de algunos patrones culturales institucionalizados

¹⁸ El Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús, pasa a denominarse en el año 2011 por resolución del Ministerio de Desarrollo Social Residencia Geriátrica Sagrado Corazón de Jesús, confirmando lo planteado en la pregunta de tesis, en cuanto al desconocimiento del saber gerontológico, lo que significa una institución geriátrica y lo que debe realizar como prestación medica-sanitaria, cuestión que la estructura actual del Hogar, por su propia definición no esta obligada a brindar como eje de su misión. Se tratará con más detalle en el Capítulo IV.

¹⁹ Ministerio de Desarrollo Social, Presidencia de la Nación, Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia. Op. Cit.

legitimados. El rol implica ocupar un papel o posición relativa que involucra expectativas de conducta.

Los roles que asumen o adquieren las personas en la estructura familiar permiten identificar las transacciones, la comunicación y la ubicación de cada uno. El rol es definido como un lugar en la trama vincular familiar. En la sociedad actual, marcada por las crisis económicas, y la situación descrita de precariedad laboral, existen dos roles adquiridos por los “abuelos” en el seno familiar: o asumen un papel sustituto en la socialización familiar, cuando hay ausencia de figuras paterna o materna, o se constituyen en el principal sostén económico de la familia, cuando poseen hijos desempleados aun con el cobro de su exigua jubilación.

Para los adultos mayores, la familia es el principal referente y grupo de pertenencia. Es el ámbito de refugio, de apoyo, auxilio, compañía, cooperación y asistencia. Generalmente depositan todas sus expectativas en los integrantes de la familia, más que en la interacción con sus pares. Fuimos educados y socializados en el respeto a los valores familiares, donde la formación y protección de la familia, ha sido una de las premisas básicas de nuestras vidas. Los adultos mayores esperan recibir todo de su entorno más inmediato concentrando sus expectativas en sus hijos y nietos, más que en sus amigos. El problema surge cuando los restantes miembros del grupo familiar, no comparten con ellos las mismas expectativas. Esto provoca situaciones de depresión, angustia, sentimiento de soledad y marginalidad.

“En todas las culturas, la familia imprime a sus miembros un sentimiento de identidad independiente. *“La experiencia humana de identidad posee dos elementos: un sentimiento de identidad y un sentimiento de separación”*. (Minuchín, 1986). El sentido de identidad de cada miembro se encuentra influido por su sentido de pertenencia a una familia específica y el sentido de separación se logra a través de la participación en diferentes subsistemas familiares y grupos extra familiares.

Como condición natural del proceso de envejecimiento la salud se fragiliza, y los roles sociales y familiares generalmente disminuyen. Cuando esto sucede, los adultos mayores que por ejemplo, viven solos o no tienen hijos y que en su vida activa han desarrollado diversos roles (ej. trabajos voluntarios, actividades en la iglesia, participación en organizaciones de la comunidad, etc.) pueden sentir en mayor medida el aislamiento social al no poseer un entorno familiar que los contenga.

Los hijos generalmente ayudan a sus adultos mayores de varias formas y ellos colaboran con sus hijos. En algunos casos, es una relación de mutua ayuda. Los hijos son los que brindan el nexo con los demás miembros de la familia, en especial con los nietos; en algunos casos los abuelos se involucran con ellos, prestan dinero y lo que es más usual los cuidan mientras los adultos trabajan. Estas y otras situaciones que pueden presentarse en la tercera edad²⁰, se relacionan con la disponibilidad del adulto mayor de poseer redes que los contengan.

Estas redes de apoyo social están definidas como, un proceso de construcción permanente, tanto individual como colectiva. Es un sistema abierto, que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potenciación de los recursos que posee cada miembro de una familia, de un grupo, o de una institución: se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla.²¹

La red de apoyo social se constituye cumpliendo funciones de apoyo. Tiende a ser amplia y heterogénea durante la adultez (Fuster, 1997). La misma presenta diversidad en lo que respecta a los vínculos que la componen y posee un adecuado nivel de funcionalidad durante la etapa adulta articulada con la experiencia que se ha adquirido en la vida, así como con las relaciones interpersonales estabilizadas que facilitan la respuesta a las demandas del

²⁰ Utilizado frecuentemente en el lenguaje cotidiano como sinónimo de ancianidad o vejez.

²¹ Dabas, Elina Nora, Red de Redes, "Las prácticas de la intervención en Redes Sociales", pág. 21, año 1998 Editorial Paidós.

entorno social (Salvarezza, 1993). Sin embargo durante la vejez esta situación se revierte y los lazos que a lo largo de la vida se habían incorporado y conformado en la red social se van perdiendo y se desprenden del mapa de la red progresivamente y por diversas razones, provocando disrupciones (Slutzky, 1996).

En los ancianos residentes en Hogares de Ancianos prevalece un diseño de red que recae en escasas relaciones, que se ven sobrecargadas ante la variedad de demandas, conformándose una red ineficiente, sobrecargada y que concentra una gran cantidad de expectativas en muy pocas relaciones (Slutzky, 1996). Esta situación se agrava, si consideramos que el marco de nuestra sociedad posmoderna presenta una amplia gama de prácticas edaistas (Golpe y Fassio, 1999) que pueden concurrir al desarraigo social o a la muerte social, si no se logran establecer nuevos vínculos (García y Tours, 1992).

Las redes sociales, nos ayudan a mantener vínculos afectivos, a obtener información de la vida diaria y a preservar la calidad de vida, sobre todo en los adultos mayores alojados en Instituciones de internación, donde las condiciones socioeconómicas históricas no han permitido adoptar medidas suficientes para cubrir las necesidades básicas, de los ancianos internados en las mismas.

Otros autores, definen las redes sociales como

*“...prácticas simbólico-culturales, que incluyen el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional, para evitar el deterioro que podría generarse cuando se presentan dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto”.*²²

Estos conceptos demuestran que la noción de redes sociales apunta al tipo de relaciones sociales, a los actores involucrados y a los vínculos

²²CEPAL (2003) Manual sobre indicadores de Calidad de Vida en la vejez. Cap. IV: “Envejecimiento y Entornos Favorables”. Guzmán, Huenchuan. Montes de Oca.

interpersonales por los cuales pueden o no resultar apoyos sociales hacia los adultos mayores.

Cuando se habla de redes sociales está implícita la idea de intercambio de apoyos que configuran la red. La importancia de las redes de relaciones varía en el tiempo y en el espacio. En coyunturas específicas de vulnerabilidad social, o en este caso las que construyen los adultos mayores internalizados pueden marcar la diferencia en la posibilidad de sobrevivida.

Existen diferentes formas de clasificar las redes sociales, entre las cuales se puede mencionar:

Según los tipos de intercambio entre los adultos mayores, existen tres tipos de redes:

- 1) *Redes basadas en reciprocidad*, en las cuales, se produce un intercambio paritario de bienes y servicios, como parte integral de una relación social duradera.
- 2) *Redes basadas en la redistribución de bienes y servicios* que se centran, primero en un individuo o institución, para luego distribuirse en la comunidad o sociedad.
- 3) *Redes basadas en el mercado* en las que los bienes y servicios se intercambian sobre la base de la ley de oferta y demanda, sin implicaciones sociales de largo plazo.

Y según el grado de interconexión de sus miembros:

- 1) *Redes basadas en contactos personales*, se basan en las relaciones personales de cada individuo.
- 2) *Redes basadas en contactos grupales*, en las que las personas se relacionan con miembros de grupos estructurados en torno de agrupaciones y organizaciones, de las cuales forman parte, se asemeja

a redes de intercambio recíproco y pueden ser democráticas o ser dirigidas por una o más personas.²³

Por otra parte, a diferencia de las redes de apoyo,

“los apoyos sociales, son un conjunto de transacciones interpersonales o transferencias que operan en las redes, presentándose como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula en las categorías de estas transferencias que pueden ser materiales, instrumentales, emocionales o cognitivas”²⁴

El concepto de apoyo social, enfatiza los distintos tipos de ayuda que reciben y se les da las personas mayores. Cuando el intercambio de apoyo es recíproco se generan efectos psicológicos positivos para la persona, en cambio, cuando se da más de lo que se recibe, se experimenta sobrecarga y frustración, y cuando se recibe más de lo que se da, puede haber sensación de dependencia. Entregar obligatoriamente un apoyo produce consecuencias negativas, como maltrato, violencia, abuso, agresiones, ridiculización, abandono etc.

La funcionalidad de una red en la vejez está dada por la presencia de los apoyos sociales, provenientes de fuentes formales e informales.

El sistema formal de apoyo se origina en instituciones gubernamentales y no gubernamentales: dispone de una organización burocrática, con objetivos específicos en áreas determinadas y utiliza profesionales o voluntarios para el logro de sus metas.

El sistema informal, por otra parte deviene del grupo familiar, las amistades, la vecindad. Se constituye así por redes personales y comunitarias, y no se estructura en base a programas de apoyo. Los apoyos informales pueden, a su vez, clasificarse en cuatro tipos:

1) *Apoyos Materiales*: Implican recursos monetarios, recibir dinero de forma

²³ http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/9/12939/EPS9_JMGSHNVMO.pdf.

²⁴ CEPAL, Op.cit.

regular, y no monetarios, como vivienda, alojamiento, comidas, regalos, ropa, pago de servicios.

- 2) Apoyos Instrumentales: Se dan a través del transporte, ayuda en labores del hogar, el cuidado y acompañamiento.
- 3) Apoyos Emocionales: Se expresan por la vía del cariño, la confianza, empatía, sentimientos asociados a la familia, a la amistad, preocupación por el otro, reconocimiento de roles; o pueden tomar distintas formas, como visitas periódicas, transmisión física de afectos o una actitud de reconocimiento y atención.
- 4) Apoyos Cognitivos: Se refieren al intercambio de experiencias, a la circulación de información, dar consejos que permitan entender una situación.²⁵

En los adultos mayores, los apoyos sociales, refuerzan las relaciones horizontales, la participación social y comunitaria con sus pares, como estrategia para combatir la soledad producida por el alejamiento o ausencia de sus familiares. *“El mantenimiento de las relaciones con personas de la misma edad, con las que han compartido sucesos de la vida, genera una gran gratificación, a partir del reconocimiento y confirmación mutua, así como, la posibilidad de recordar tiempos pasados”*(Arias, 2005).

En el estudio de caso de la presente investigación, la evaluación de la red de apoyo permitirá identificar los vínculos que la componen, los recursos de ayuda de que dispone los adultos mayores, y conocer los tipos de relaciones ausentes, o relaciones patológicas o privadoras de derechos humanos, dentro del Hogar de Ancianos. También conocer los aspectos a fortalecer y los vínculos que requieren ser incluidos o activados.

²⁵http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/28240/W113_3.pdf.

La internación en el Hogar de Ancianos, no tiene el mismo matiz que en otras formas de internamiento social. Está determinado por un estado de salud precario, dificultades psicomotoras o de autonomía; o forzada por el olvido y lejanía de la familia (Belsky, 1996). En todos los casos, no es un *a priori* en el diseño organizacional ni aplicado desde una política coercitiva, lo cual no quiere decir que no produzca los mismos efectos que en otros tipos de internados. Lo que ocurre es que los ancianos ya están bastante marginados antes de llegar a un Hogar de Ancianos. La rutina institucional reglamentada desde el control y la disciplina se encarga de profundizar en los residentes la internalización de este prejuicio.

Al respecto los Hogares de Ancianos se definen como albergues que ofrecen servicios sociales fundamentalmente: vivienda, alimentación, vestimenta, recreación, laborterapia, gestión de pensiones, entre otros, mientras que las Residencias Geriátricas atienden por lo general a una población más añosa, que requiere asistencia y controles médicos en forma intensiva.

Las prácticas de sobreprotección del Hogar de Ancianos, muchas veces hacen que los ancianos dejen de realizar actividades, incluso aquellas que implican autonomía física y mental, convirtiéndose en objetos pasivos de asistencialismo. El desarraigo se produce cuando las expectativas básicas de vida de los ancianos no son satisfechas. Ellos se encuentran con una serie de limitaciones en múltiples dimensiones: en el uso del espacio, en el desarrollo de su sexualidad, en la movilidad y en la realización de actividades de su preferencia.

El aislamiento de los ancianos residentes con el medio y la ejecución de casi todas las actividades institucionales dentro de la institución, dificulta ejercer sus derechos ciudadanos, realizar actos cívicos, participar en actos eleccionarios, en ONGs, en obras solidarias, en fiestas patrias, realizar trámites personales, asistir a marchas, reuniones barriales, etc. Estas actividades son vistas por la institución y por la sociedad en general como inapropiadas pues implican un aumento adicional en gastos de transporte, cuidados y expendios

necesarios para la movilización de los ancianos, por lo que estas actividades generalmente no son consideradas.



Ancianos residentes junto a la cancha de bochas del Hogar. Posan pero nunca han jugado. Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús. Villa Ángela, Chaco, Argentina. Foto: Roberto Rosenfeld.

Hay tres problemas recurrentes básicos, que padecen los adultos mayores, colocándolos en el lugar de víctimas de acciones de discriminación: la vulnerabilidad física, la pobreza y el aislamiento. Estos factores se suman al incremento poblacional de ancianos contribuyendo al desarrollo del “Edaismo” en términos de Butler (1975), nuevo fenómeno discriminatorio causado por la portación de mayor edad. El viejismo²⁶ o edaismo como expresiones de discriminación dentro de nuestra comunidad, se constituyen como los grandes determinantes de exclusión social (Salvarezza, 1988). Generalmente predomina una imagen social de la vejez asociada a estereotipos negativos, desconociendo el potencial aporte al desarrollo de las personas mayores.

²⁶Salvarezza señala que “Está ampliamente demostrado y sin lugar a discusión, que en la sociedad existe una actitud de discriminación y segregación hacia la población vieja que se denomina ‘viejismo’. Esta conducta, ampliamente extendida, se sustenta fundamentalmente en la utilización de prejuicios sin los cuales perdería su soporte operacional”. Salvarezza Leopoldo (1998) “La vejez: una mirada gerontológica actual”, Paidós, Buenos Aires, pág. 29.

El Edaismo es una actitud social en forma de discriminación hacia las personas por razón de su edad sobre la única base de prejuicios y estereotipos. Son muchas las situaciones cotidianas que permiten detectar estilos edaistas. Sin ir más lejos, el uso cotidiano del lenguaje para referirse a las personas mayores se caracteriza a menudo por términos y expresiones como: “los abuelos”, “los jubilados”, “los viejos”. Aún en el ámbito del lenguaje, a menudo se emplea un registro característico al dirigirse a las personas mayores, lo que ha sido bautizado como “habla para mayores”. Hace referencia al empleo de un volumen exagerado, un tono agudo, una acusada melodía e, incluso, al uso de palabras inapropiadamente melosas o que denotan un exceso de confianza sin estar a veces justificado.

Esto repercute tanto en la atención médica, social, cultural, política, de desarrollo humano y todas las posibilidades y ofertas económicas del Estado, que manifiesta un discurso ambivalente. Por un lado continuador de la postura prejuiciosa y estigmatizadora hacia el viejo y sin solución de continuidad, una mirada que intenta articularse desde el nuevo patrón de vejez, más longevo y a la vez más activo, sano, creativo, educado, con mayor capital individual y social que en las décadas pasadas.

Bajo este panorama resta exigir al Estado el desarrollo de capacidades en forma articulada con la sociedad civil y el mercado, para la atención integral del anciano como sujeto con plenos derechos, a quien se le debe proveer los requerimientos necesarios para que tenga una vida digna y se desarrolle como persona. Implica garantizar sus derechos básicos: vivienda, salud, recreación, ocio, etc., que potencien el desarrollo de su condición de adultos mayores, haciéndolos partícipes de la toma de decisiones en los programas para ellos establecidos. Es necesario comenzar a cambiar los estereotipos socialmente contruidos que ven al anciano como un ser que estorba, inútil que no tiene nada que aportar a la sociedad.

2. Marco Metodológico

Para el desarrollo de la presente tesis desde el enfoque de los estudios de caso, se ha observado y analizado los estilos de vida y la construcción de redes sociales de un grupo de 35 adultos mayores residentes en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús durante un lapso de 12 meses. También se han analizado las interacciones y representaciones sociales de la vejez que presenta el personal que se encuentra al cuidado de los adultos mayores institucionalizados.

La población de estudio corresponde a un total de 35 ancianos, 12 mujeres y 23 hombres, residentes permanentes en esta Institución. Las edades oscilan entre los 60 a los 105 años.

Se trabajó en un primer momento con el total de la población del Hogar de Ancianos, aunque se hizo un recorte para la interpretación de los casos, tomando el testimonio de 25 ancianos, dado el grado de fragilidad de diez adultos mayores, que planteaban testimonios difusos y teñidos por psicopatologías mentales. El análisis de casos quedó circunscripto al relevamiento de datos y testimonios de 14 hombres y 11 mujeres de 60 a 84 años.

Se escogió esta Institución como objeto de análisis, dada la accesibilidad de la misma, en cuanto a la posibilidad de los permisos institucionales y los problemas presupuestarios que plantea una investigación de este tipo, que impiden viajar por toda la provincia.

Describiendo la estructura edilicia del Hogar de Ancianos, este se encuentra edificado en un predio de una hectárea, en el espacio límite entre la planta urbana y la zona rural, tomando características campestres. La gestión del mismo es municipal, recibiendo aportes económicos provinciales para su funcionamiento. El edificio de estilo colonial, consta de 16 habitaciones, donde pueden alojarse hasta tres personas, con espacios para dirección, enfermería

sala de usos múltiples, salón comedor y baños. En un edificio anexo funciona el sector de economatos, sector de ropería, costurero y lavadero de ropas. Contiguo al predio, en otro sector colindante al Hogar pero dependiente de este funciona los sectores de depósitos generales y la Escuela para adultos mayores, para los ancianos que deseen completar su escolaridad primaria. También disponen de sectores de huerta, viveros y granja, para que desarrollen actividades de laborterapia.



Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús. Villa Ángela, Chaco, Argentina. Foto. Roberto Rosenfeld.

El Hogar se define como institución gerontológica²⁷, con un enfoque más integral en las prestaciones que brinda sobre la atención más focalizada de las Residencias Geriátricas: la atención médica no es el centro de la misión del Hogar de Ancianos, sino otro aspecto de la atención al usuario del servicio.

El personal que cuenta se puede dividir en cuatro grandes rubros: el profesional, la maestranza capacitada, los auxiliares de mantenimiento y

²⁷La gerontología (de *geronto*, anciano y *logos*, estudio) es el área de conocimiento que estudia la vejez y el envejecimiento de una población. A diferencia de la geriatría (rama de la medicina que se centra en las enfermedades asociadas a la vejez, y el tratamiento de las mismas), la gerontología se ocupa de los aspectos de promoción de salud, pero no es una especialidad médica. Por lo que aborda aspectos psicológicos, sociales, económicos, demográficos y otros relacionados con el anciano.

limpieza, y el directivo-administrativo. Dentro del recurso humano profesional, se cuenta con asistente social, asistente geriátrica, enfermero universitario, psicólogo, médico y cuerpo docente. El personal especializado es el que atiende los sectores de cocina y costura, los cuidadores particulares de ancianos, personal de mantenimientos eléctricos y de infraestructura general. El personal de maestranza se divide entre los que hacen el aseo por áreas edilicias, el cambio de pañales, limpieza de baño de los ancianos, costureras, lavanderas y serenos. En casos de urgencia médica, se articula las acciones con PAMI²⁸, referidas a la atención médica y/o posible internación. Los ancianos que no disponen de PAMI, reciben atención hospitalaria, y cuando se recuperan vuelven al Hogar.

La Institución se mantiene abierta los 365 días del año, las 24 horas de todos los días y no se detienen nunca sus actividades de atención a los adultos mayores, característica propia de las Instituciones Totales. La dimensión espacial de la Institución Total Hogar de Ancianos, se convirtió en un factor necesario para su caracterización, ya que todos los aspectos de la vida de los adultos mayores internos se desarrollan en el mismo lugar. La dificultad de la investigación residió en seleccionar las variables clave propias de toda organización y estudiar cómo influyen de manera significativa en las variables que caracteriza Goffman de Totales, y en este caso específico de los Hogares para Ancianos.

Como se señala en la hipótesis, las dos variables relevantes de esta investigación son importantes en nuestro trabajo: El *grado de internamiento* (medido por la frecuencia e intensidad de intercambios con el mundo externo) y *la reglamentación*, dos polos fundamentales de articulación del modelo, que se intenta describir.

En un primer momento de la investigación se recolectaron datos estadísticos secundarios y se indagó sobre la legislación y los reglamentos de funcionamiento vigentes de los Hogares de Ancianos Provinciales, continuando

²⁸Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

in situ, con entrevistas exploratorias a informantes clave y personal que se desempeña en la institución. Se profundizó el conocimiento con grupos de conversación con los ancianos institucionalizados y con la descripción de sus redes de apoyo social.



Pareja de adultos mayores, conformada dentro del Hogar, los dos con discapacidad motriz. Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús. Villa Ángela, Chaco, Argentina. Foto: Roberto Rosenfeld.

Sobre las condiciones contextuales se privilegió la investigación observacional, abordando hechos en circunstancias naturales. Una de las técnicas utilizadas para lograr los objetivos propuestos fue la administración de una entrevista no estructurada, que permitió un conocimiento más íntimo para conocer los pensamientos y sentimientos tanto de los mismos ancianos como sobre su entorno institucional y sus redes sociales. Finalmente se realizaron entrevistas más exhaustivas, a casos típicos como discrepantes e ilustrar mediante las técnicas de mapeo, las redes de apoyo social de algunos de los ancianos alojados.

Las personas fueron invitadas a participar en el estudio respetando su propia voluntad y su disposición a realizar las entrevistas y a completar las

pruebas de manera voluntaria. Se garantizó el anonimato de las respuestas, así como la posibilidad de abandonar la tarea si en algún momento no tenían deseos de hacerlo o estaban cansados, o por cualquier otro motivo.

Se tuvo en cuenta que la información que brindan los estudios cuantitativos, no siempre captan toda la indagación necesaria para entender con profundidad y detalles la situación de los adultos mayores, en especial la de aquellos con pérdida de autonomía, psicopatologías en progresos, trastornos cognitivos y todas aquellas situaciones donde aparece como determinante el concepto de fragilidad..

La aplicación de metodología cualitativa articulada con la cuantitativa sirvió para profundizar conocimientos permitiendo revelar los múltiples sentidos de las palabras y los conceptos en el uso cotidiano de las personas que componen la institución Hogar de Ancianos: personal, adultos mayores, sus familias, las visitas, etc. (Gallart, 1993). Es necesario comprender que para esta investigación se trabajó con ancianos, muchos de ellos padeciendo algún tipo de patología o pérdida en su autonomía, que dificultó las posibilidades de expresión, tanto en cuanto a la mecánica de la misma, como a los significados otorgados a las palabras, y por ello el abordaje se realizó desde esta posibilidad cualitativa.

La metodología cualitativa permitió profundizar el estudio de caso, revelando los múltiples sentidos de las palabras y los conceptos: los desplazamientos de las cadenas de significantes y significados del lenguaje en el uso cotidiano y que sentido le dan los adultos mayores en la construcción del entorno con el cual participan.²⁹

Se recurrió a los aportes en la literatura gerontológica nacional (Arias, 2005), los cuales fueron fundamentales para el análisis de varios aspectos de la vida de los adultos mayores: su estado de bienestar, como se estructuran

²⁹La metodología cualitativa podrá aumentar la relevancia y distribución de los resultados a nivel comunitario donde se hayan muchos de los retos y se postulan las respuestas al envejecimiento global. ONU, Plan internacional de Envejecimiento (2002).

sus relaciones emocionales, su rol dentro del grupo familiar o de amistades, su participación en las redes de apoyo social, como percibe su fragilidad, etc.

En una primera etapa se utilizaron fuentes de datos cuantitativas, tomadas de estadísticas, sobre la situación de los adultos mayores a nivel nacional y provincial. Para la segunda etapa se recolectaron indicadores de composición social del grupo etario conviviente del adulto mayor interno en la institución.

Los medios de información secundaria, fueron los datos de fuentes correspondientes a los Censos Nacionales de Población y Vivienda de los años 2001 Y 2010 y estadísticas de la Dirección de Adultos Mayores del Ministerio de Desarrollo Social del Chaco. También estudios poblacionales de la CEPAL, de donde se pudo identificar las características demográficas de la población de adultos mayores de la Provincia del Chaco.

Se analizó la legislación internacional, nacional y provincial sobre los derechos que asisten a la población de adultos mayores, incluido el Reglamento vigente de funcionamiento de los Hogares de Ancianos del Chaco.

Para la obtención de datos de fuentes primarias se utilizaron:

- 1) Observación edilicia institucional.

- 2) Cuestionario de datos sociodemográficos y filiatorios: Se entrevisto a los propios ancianos alojados en la institución realizándoles preguntas abiertas y cerradas que indagaron acerca de las siguientes variables: sexo, nivel educativo, edad, tipo de hogar, estado civil, número de hijos, número de nietos, lugar de nacimiento, datos migratorios, enfermedades actuales, participación en grupos dentro o fuera de la Institución.

- 3) Observación de las interacciones institucionales entre los adultos mayores e interacciones con el personal y las visitas. También las relaciones del personal con sus pares y con las visitas.
- 4) Entrevistas a informantes claves: Se seleccionaron como informantes claves a profesionales de la salud y de los equipos sociales que trabajan en la Institución. Se administraron al personal de planta que se desempeña en distintos oficios (cocineras, lavanderas, personal de maestranza, serenos, costureras, personal de mantenimiento). También a familiares de ancianos alojados que deseaban participar de forma voluntaria y abierta, para aportar datos a nuestra Investigación. Al respecto se gestionó ante las autoridades institucionales, los permisos para poder entrevistar a los contactos establecidos y poder realizarlas en el lugar de trabajo.
- 5) Descripción de la población de ancianos con la que trabajan: como llegan al Hogar de Ancianos y por cual motivo.
- 6) Relación de los adultos mayores con familiares y amigos.
- 7) Impacto psicosocial de la perdida de familiares, amigos y parejas.
- 8) Reorganización de la vida de los ancianos a partir de la Internación en el Hogar.
- 9) Modos de establecimiento de los vínculos dentro de la Institución, tanto entre los mismos ancianos, como con el personal y el mundo del afuera.
- 10) Descripción subjetiva de las normas de funcionamiento de la institución y como piensan que las viven los ancianos alojados.
- 11) Percepción que tiene la comunidad sobre lo que se hace dentro del Hogar de Ancianos en cuanto a la atención general que brinda hacia los adultos mayores residentes.

Por último se realizó la administración de técnicas para evaluar el bienestar psicológico: Se desarrolló a partir de dos técnicas estructuradas que brindan datos tanto sobre la red de apoyo social como de las posibles situaciones de discriminación, abuso, maltrato y/o negligencia que pudieran ocurrir en la Institución.

Para evaluar la red de apoyo social y el grado de internamiento se aplicó la Entrevista Estructurada de Fuentes de Apoyo Social (Social Support Resources de Vaux, A & Harrison, D., 1985). Una vez identificadas las personas se estableció el vínculo dentro de la red, constatando posibles situaciones de discriminación, abuso, maltrato o negligencia respecto a la atención del adulto mayor (Arias, 2005).

La Red de Apoyo Social obtenida mediante esta metodología evalúa cuatro formas de apoyo social: emocional, práctico, financiero, y social que incluye orientación y consejo. Proporciona además el tamaño total de la Red de Apoyo Social.

Se pide al entrevistado que nombre a las personas que le brindan los distintos tipos de apoyos describiéndoles situaciones típicas a modo de ejemplificaciones que faciliten la identificación de las relaciones en cuestión. Una vez detectadas las personas que cumplen las diferentes funciones de apoyo, se elabora el listado total de relaciones que posee la persona y se completan una serie de datos de cada uno de ellos que permite identificar de manera específica el tipo de vínculo y sus características con cada miembro de la red.

Las técnicas de graficación de redes mediante un mapa social (Slutzky, 1990.1996), permitió representar los datos obtenidos en las entrevistas. Esto consistió en incluir a todas las personas representativas en la vida del adulto mayor, permitiendo demarcar en una circunferencia, cuatro sectores que diferencian al tipo de relaciones en familiares, de amistad, de relaciones intrainstitucionales o de atención a salud, y relaciones comunitarias.

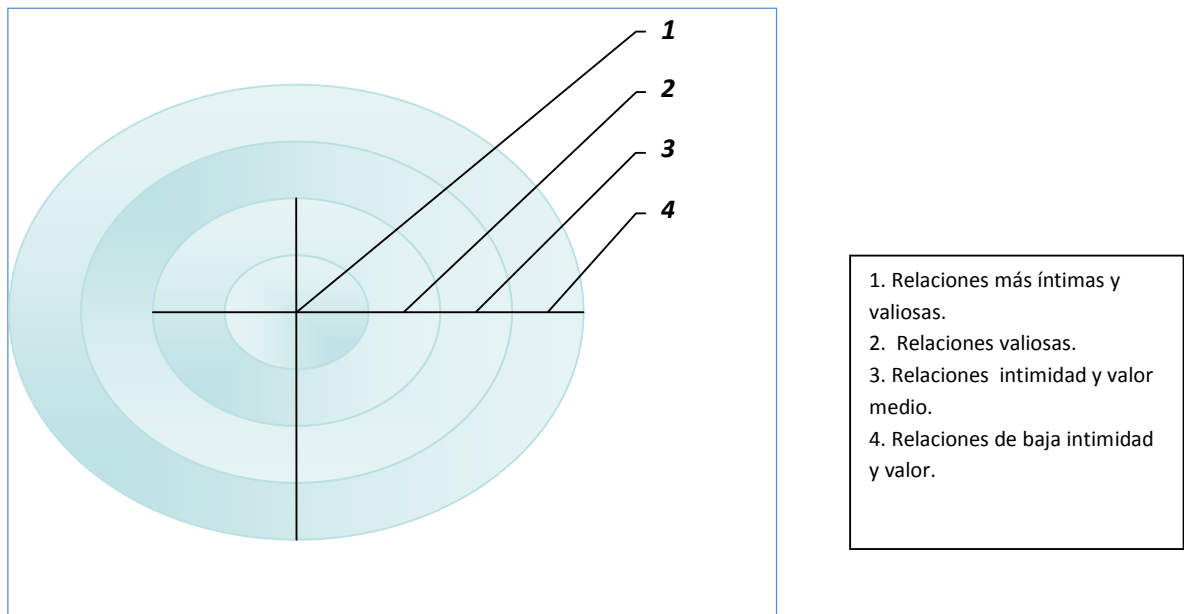


Figura 1: Representación del Mapa de Red.

Fuente. Elaboración propia con base en Slutzky, (1990.1996)

A su vez estos 4 sectores, como se observa en la Figura N° 1, son atravesados por cuatro círculos concéntricos, que distinguen los vínculos de acuerdo con el grado de intimidad; alta, media y relaciones ocasionales o sin ningún tipo de amistad en el círculo más excéntrico, incluyendo a vecinos, familiares lejanos, compañeros de trabajo, etc. En este mapa cada uno de los miembros que conforman la red se grafican con un punto y finalmente se usan las líneas que unen los puntos para indicar los miembros que se conocen e interactúan entre sí.

La otra técnica administrativa para detectar posibles situaciones de discriminación, abuso, maltrato y negligencia fue la entrevista estructurada diseñada especialmente para este trabajo, que sigue las directrices generales de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos mayores que se administró a los residentes del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús, la cual se encuentra plasmada en el Capítulo N°VI.

Desde estas posibilidades metodológicas se realizó el estudio de caso para responder a la pregunta de hipótesis de la presente tesis.

CAPITULO II

La Población Adulta en Argentina

1. Evolución de la Población Mayor en el Periodo 1975-2050

En este capítulo se describen los cambios poblacionales de la Argentina y de la provincia del Chaco, considerando el aumento de la población adulta mayor, fenómeno cuya aceleración cambiará las características demográficas en los próximos años. También se analizan las particularidades regionales de la población adulto mayor y los factores que determinan la internación en un Hogar o Residencia de Ancianos.

La evolución del envejecimiento poblacional en Argentina en la estructura demográfica comprendida en el periodo 1975-2050, muestra el aumento de la población adulta mayor. Plantea los dilemas que habrá que enfrentar para lograr prácticas inclusivas con criterios de accesibilidad, hacia una nueva construcción social que tenga en cuenta el envejecimiento poblacional.

El envejecimiento era, hasta hace unas pocas décadas, un fenómeno característico sólo de los países desarrollados. Actualmente, se está extendiendo por todo el mundo, abarcando todas las regiones de los países en desarrollo. El siglo XXI ha sido denominado por la ciencia gerontológica y por los expertos en demografía, el siglo del "envejecimiento demográfico". En el panorama mundial, Argentina (30.5 años) junto con Uruguay (32.8 años) y Cuba (38 Años)³⁰ se encuentran en un nivel intermedio de la transición demográfica y no presentan niveles elevados comparados con otros países, como, Japón e Italia, donde para el año 2000 más de la cuarta parte de la población tiene 60 años o más.

³⁰Estimaciones y proyecciones de la población 1970-2050. Boletín Demográfico N° 73. CELADE CEPAL (2004).

El proceso de aumento de la población mayor de 60 años a nivel mundial comienza en el año 1920, y continúa hasta la actualidad. Se observa que éste proceso fue muy rápido hasta 1970 y luego comenzó a ser más lento hasta el año 2000. Según las estimaciones de CELADE- CEPAL (2006) la proporción de personas mayores de 60 años, sobrepasaría a la población menor de 15 años en el año 2040.

La siguiente figura muestra la estructura poblacional de Argentina en el año 1975: la población era joven, menor a 34 años y la población mayor de 60 años relativamente baja en porcentaje.

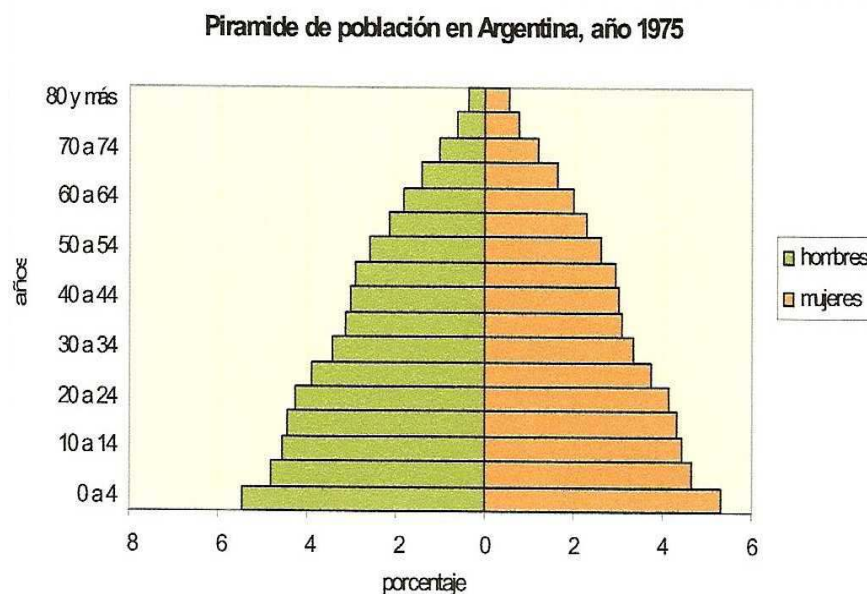


Figura 2: Pirámide de Población Argentina 1975. Fuente: Grafica tomada de CELADE³¹-CEPAL (2004) Estimaciones y proyecciones de la población 1970-2050. Boletín Demográfico N° 73.

Esta situación cambia para el año 2000, como lo muestra la Figura 3, donde se observa el engrosamiento de la base de la pirámide poblacional, marcando el envejecimiento paulatino de la población argentina, y la mayor tendencia en la cantidad de mujeres viejas que prácticamente duplican la cantidad de hombres mayores de 70 años o más.

³¹Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.

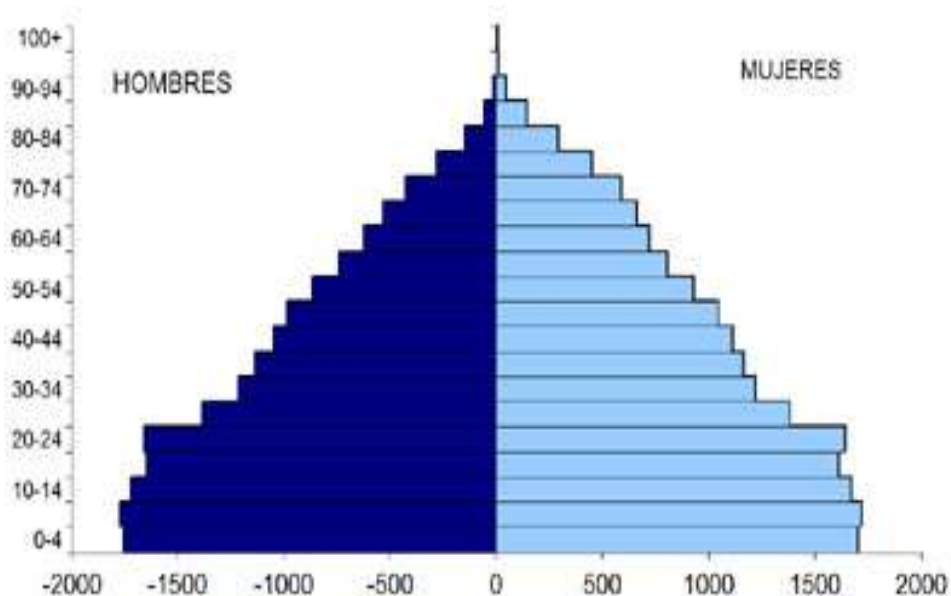


Figura3: Pirámide de Población Argentina 2000. Fuente: Grafica tomada de CELADE³²-CEPAL (2004) Estimaciones y proyecciones de la población 1970-2050. Boletín Demográfico N° 73.

De acuerdo al censo de población y vivienda del año 2010 en Argentina, la población total del país, era de 40.091.359 personas, con un crecimiento intercensal desde el 2001, de 10.6%. El 14,3% son adultos mayores: 2,8 millones son mujeres de 60 o más años y 2,1 millones son hombres mayores de 60 años.

Si observamos la proyección de la pirámide al 2025, representada en la Figura 4, se advierte que la base va disminuyendo, mientras que en los grupos etarios intermedios y los correspondientes a la población de 60 años la franja se ensancha. Al diferenciar por género, observamos que la esperanza de vida de las mujeres es, en promedio, siete años más que la de los varones. Podemos ver que, en el quinquenio 1970-1975, la esperanza de vida al nacer de los varones era de 64,1 años y 70,8 años en las mujeres.

³²Ib.

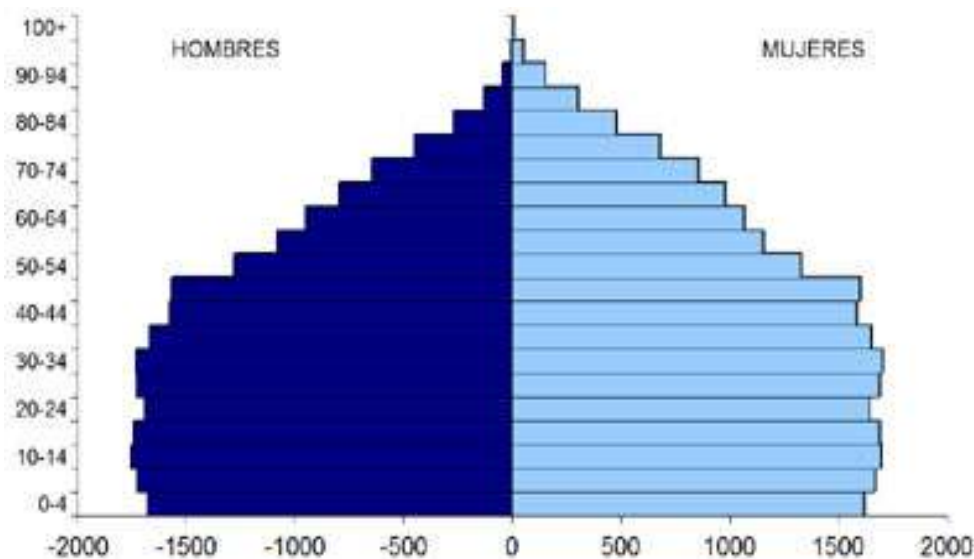


Figura 4. Pirámide de Población Argentina 2025. Fuente: Grafica tomada de CELADE³³-CEPAL (2004). Estimaciones y proyecciones de la población 1970-2050. Boletín Demográfico N° 73.

Los problemas que tiene esta distribución en la dinámica socioeconómica, se percibe en múltiples dimensiones, especialmente en situaciones que hacen a las políticas previsionales, con disminución de la población económicamente activa y los servicios de salud, que no adaptan sus modalidades de atención a esta nueva distribución de personas que demandan atención sanitaria.

Esta tendencia de seguirse manteniendo provocará que en el 2050 la esperanza de vida al nacer sea de 77 años en los varones y de 84,5 años en las mujeres, apreciándose en la Figura 5. La edad media de la población, que se ha incrementado en el último cuarto del siglo XX, pasando de 27,30 años en 1975 a 27,8 años en el 2000, crecerá en la primera mitad del siglo XXI y pasará a 34 años en el 2025 y a 40 años en el 2050.

³³ib.

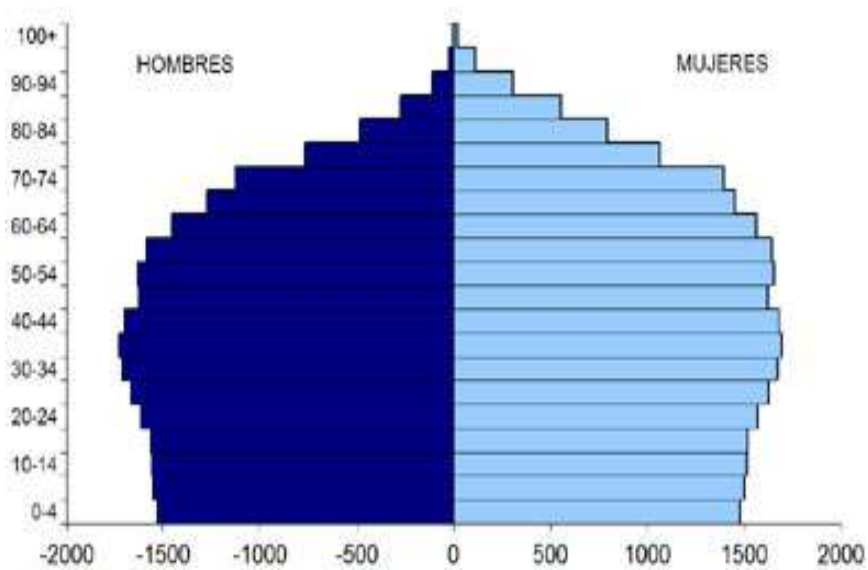


Figura 5: Pirámide de Población Argentina 2050. Fuente: Grafica tomada de CELADE³⁴-CEPAL (2004). Estimaciones y proyecciones de la población 1970-2050. Boletín Demográfico N° 73.

2. Análisis del Envejecimiento en la Provincia del Chaco

Los datos estadísticos en Argentina según el Censo de Población y Viviendas del año 2010, indican que la población mayor de 60 años es de 4.871.957 personas, que representa el 13.4% de la población total. Esta población tiene las siguientes características:

- El 17,3% de los mayores de 60 años vive solo.
- El 2,3 % de las personas mayores de 60 años vive en Hogares colectivos (Hogares, hospitales, etc.). El 61% de los mayores institucionalizados reside en hogares de ancianos (70.003); el 18% en hospitales (20.137); el 4% (4.913) en hogares religiosos y el resto en otras instituciones colectivas.

³⁴Ib.

- El 37,3% de las personas mayores tienen alguna discapacidad, este porcentaje alcanza al 64% de los varones y al 60% de las mujeres de 90 a 94 años.
- El 95% de la población de 65 y más años percibe una jubilación o pensión (88,3% de las mujeres mayores de 60 años y el 89,7% de los hombres mayores de 65 años). Accede actualmente a la jubilación del régimen contributivo, dado la flexibilización en el acceso al régimen previsional, a partir de haber alcanzado la edad jubilatoria, de acuerdo con las moratorias implementadas a partir del 2005.
- La esperanza de vida al nacer es de 76,13 años para toda la población, de 72,45 años para los varones y de 79,95 para las mujeres. A los 60 años, la expectativa de vida es de 19,9 años para ambos sexos y de 17 años para los varones y 22,3 años para las mujeres. (INDEC, Proyecciones de población 2010-2015).

La Provincia del Chaco tiene una población total de 1.055.000 (2012), y la población mayor de 60 años son cerca de 90.000 habitantes. De este total 86.000 cobra jubilación y/o pensión. (Censo 2010).

La incidencia de la pobreza a nivel país, de las personas adultas mayores descendió del 25,9% en el cuarto trimestre de 2003 al 2,3% en el cuarto trimestre de 2011. Por su parte la indigencia en las personas mayores descendió en el mismo período del 8,8% al 0,7%. (Fuente EPH-INDEC),

En la provincia del Chaco, estos índices también han disminuido para la población en general. La pobreza se sitúa en el 5,8% y la indigencia en el 4% (INDEC (2011)). No se tienen a la fecha el desagregado de los datos de los índices de pobreza e indigencia en la población mayor de 60 años provinciales, pero es posible que estos índices aumenten significativamente en comparación

a la población general del país, dado que los adultos mayores en la mayoría de los casos, sólo cuenta con la pensión o jubilación para subsistir.

En la siguiente tabla, se puede observar que la sobrevivencia de las mujeres sobre los hombres es una constante en el Chaco.

Tabla 1: Provincia del Chaco por Departamento. Envejecimiento de la Población en Porcentaje, Año 2010.

Jurisdicción	Total	Mujeres	Hombres
	65 años y más %	65 años y más %	65 años y más %
General Güemes	4,9	5,2	4,6
Almirante Brown	5,0	4,9	5,0
Independencia	5,4	5,5	5,3
General Belgrano	6,3	6,6	6,1
Tapenagá	6,3	6,1	6,4
O'Higgins	6,4	6,5	6,3
San Lorenzo	6,5	7,2	5,9
Maipú	6,5	6,5	6,4
25 de Mayo	6,6	7,0	6,1
12 de Octubre	6,6	6,9	6,3
Libertad, Chaco	6,7	7,3	6,1
Fray Justo Santa María de Oro	6,7	6,7	6,7
Libertador General San Martín	6,7	7,2	6,3
Mayor Luis J. Fontana	6,9	7,7	6,1
Quitilipi	7,0	7,7	6,3
1º de Mayo	7,1	7,7	6,6
Presidencia de la Plaza	7,2	7,5	6,9
Chacabuco	7,2	8,1	6,2
9 de Julio	7,3	8,0	6,5
San Fernando	7,4	8,7	6,1
General Donovan	7,4	8,2	6,6
2 de Abril	7,4	7,6	7,1
Sargento Cabral	7,6	8,1	7,0
Comandante Fernández	7,6	8,7	6,5
Bermejo	8,7	9,3	8,0

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Se destaca que la población más vieja se concentra en el centro de la provincia y la que presenta menor tasa de envejecimiento es la que se asienta en la región noroeste, correspondiente a los departamentos donde se concentra la población aborígen de la provincia, zona conocida como “El Impenetrable Chaqueño”. Es determinante para ello, la carencia de hospitales, centros de salud y puestos sanitarios, la ausencia de provisión de agua potable de red, y adecuado servicio de excretas, la cronificación de enfermedades endémicas como mal de Chagas, tuberculosis, lepra, paludismo, piodermis, etc., todas prevalentes en la población de los pueblos originarios. Situación que se trata de revertir a la fecha del presente trabajo, con la creación de hospitales (hospital de cabecera de Castelli, 2010), pero con el problema que no se encuentran profesionales que quieran ir a trabajar a esta zona inhóspita.

3. Características de la Población de Adultos Mayores alojada en Instituciones de Internación del Chaco

La provincia del Chaco posee una población inmigratoria importante, que se encuentra en pleno proceso de envejecimiento. Las corrientes migratorias de las provincias limítrofes se constituyeron en un principio en la mano de obra del sector primario y del cordón industrial de las grandes ciudades del Chaco conformando su grupo familiar y llevando una vida con mejor inclusión social que el resto de los adultos mayores, ya asentados con anterioridad en la provincia, compuesto en su gran mayoría por integrantes de los pueblos originarios e inmigrantes provenientes de la Primera y Segunda Guerra Mundial todos sin recursos económicos, y la mayoría sin calificación de oficios.

La población de adultos mayores ubicadas en las áreas rurales (obrajes y cosechas), constituyó dentro de este colectivo, los estratos con mayor inequidad. No lograron conformar un grupo familiar o no pudieron estabilizarlo en el tiempo, posiblemente por su condición de trabajo golondrina. La escasa capacitación laboral, el analfabetismo, la nula cobertura social, el estar indocumentados, la prevalencia de enfermedades psicosociales (alcoholismo entre ellas), provocó que habitualmente padecieran un estado de soledad

absoluta o abandono social en sus vidas, situación que aún en la actualidad, no ha podido ser superada. El precario equilibrio que conllevan en sus vidas, lo altera además las incapacidades que genera el propio trabajo rural, desde el uso de agrotóxicos, picaduras de alimañas, problemas posturales, etc.

Las situaciones en que el adulto mayor pierde la capacidad de desenvolverse en forma autónoma y que lo aísla, son las que coyunturalmente utilizaron y utilizan el grupo de convivientes si los tuviere, para desembarazarse de la carga que representa el anciano con pérdida de su salud y de su autonomía, constituyendo la internación en hospitales como la excusa frecuente hacia el abandono por parte de su grupo de pertenencia.

En los hospitales la situación de abandono de ancianos internados en sus instalaciones, dificulta las altas médicas al carecer el adulto mayor de un medio social continente de sus necesidades de atención y medicación una vez compensada su salud con el necesario egreso del sistema de salud. Este sistema no está preparado y tampoco es su función atender pacientes que requieren contención social a mediano y largo plazo a su situación de riesgo y vulnerabilidad: las altas así se postergan en el tiempo cronificando la estadía del adulto mayor en el hospital y probablemente contagiándose otras enfermedades iatrogénicas. También es frecuente que se otorguen altas que se vuelven fallidas al no considerar la red de apoyo social del anciano provocando, mayor dependencia, mayor deterioro, reingresos y reintervenciones costosas en los sistemas de salud y tal vez aún la misma muerte.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1997) señala que:

“La planificación y distribución de los servicios para los ancianos debe dar respuesta a sus necesidades específicas, e idealmente el sistema de servicios debe incluir servicios para el anciano relativamente sano e independiente, servicios para aquellos que experimentan limitaciones y requieren apoyos, y servicios para aquellos cuyas necesidades requieren cuidado institucionalizado.”

Esta problemática aun hoy está sin resolver, dado que los hospitales públicos provinciales no cuentan con servicios especializados de atención gerontológica. Se recurre como solución de externación de los pacientes del sistema de salud a la internación en Hogares de Ancianos, sin un adecuado abordaje de alternativas de contención social.

La población adulto mayor residente en Instituciones de Internación, con datos provistos por la Dirección de Adultos mayores de la Provincia del Chaco (2003), muestra la siguiente distribución representada en la tabla:

Tabla 2: Población Asistida en Instituciones de Internación de Adultos Mayores del Chaco, 2003.

Variables	Cantidad/Porcentaje
Población total	984.446
Población mayor de 60 años	86.817
Porcentaje de Población Mayor de 60 años	8,81%
Población asistida en Hogares Internación.	753
Población con Cobertura Previsional	51%
Cantidad de Servicios Asistenciales	25
Cantidad de localidades con Servicios Permanentes	23
Total de Personal afectado a la Dirección de Ancianidad y sus Servicios Dependientes.	254

Fuente: Dirección de Adultos mayores (2003).

Se debe recordar que el año 2003, representa un momento muy particular de Argentina, saliendo de la gran crisis socioeconómica de fines del año 2001, con los más altos índices de indigencia y pobreza de su historia y con la exclusión social instalada como constante en las poblaciones con mayor vulnerabilidad, entre ellas los adultos mayores.

Como se verá en el Capítulo N° VI al cruzar otras fuentes de información, se observa un descenso significativo para el año 2011 dado el acceso a las jubilaciones anticipadas o sin aportes implementadas por la Estado a través de la Ley N°26.425 del Sistema Integrado Previsional Argentino.

Aunque la red de Hogares de Ancianos o Residencias Geriátricas ha sido mejorada por la Dirección de Adultos Mayores, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia del Chaco y se ha ido adecuando en sus estructuras al paradigma del respeto hacia los derechos humanos, el esfuerzo está caracterizado por la falta de planificación y de recursos, concentrado en atender esta demanda hospitalaria solamente con buena voluntad, y con lo que se tiene.

En este contexto de envejecimiento provincial el análisis de las normas de funcionamiento de una institución de internación provincial, como el Hogar de Ancianos de Villa Ángela, Chaco respecto de los servicios que brinda relacionados a la atención de los ancianos alojados, permitirá mostrar la problemática en la prestación de servicios y atención hacia el adulto mayor, las inercias estructurales y las zonas de incertidumbre³⁵, en donde se desenvuelve la dinámica de la atención hacia el adulto mayor institucionalizado.

4. Historia, Competencias y Funcionamiento de la Dirección de Adultos Mayores y de los Hogares de Ancianos del Chaco

El primer servicio de atención a los adultos mayores de la provincia del Chaco, data de 1962, con la creación del Hogar de Ancianos de Colonia Baranda, aún hoy el más grande de la provincia. Luego, continúa en la red de atención provincial de adultos mayores una etapa de dispersión y diversificación de la población atendida, en todo el territorio provincial que culminó con la creación de la red de Hogares de Ancianos de la provincia a principios de la década de los 80. A posteriori surge la necesidad de una mejor definición del perfil institucional del adulto mayor a ser institucionalizado

³⁵ Las zonas de incertidumbre son simultáneamente una parte integrante del sistema humano que sustenta la organización y una respuesta a los problemas propios de dicho sistema, es decir, del *constructo* humano organizacional. Éstas deben considerarse también un artefacto, es decir, algo que puede ser creado por los propios actores organizativos aprovechando las circunstancias "objetivas" de una situación, mediante sus recursos materiales y culturales propios. La existencia "objetiva" de una fuente de incertidumbre no nos dice nada sobre la voluntad o la capacidad de los actores para aprovechar la oportunidad que ésta constituye. En ciertos casos una misma fuente de incertidumbre de naturaleza aparentemente técnica puede volverse una fuente de poder importante que condiciona profundamente el funcionamiento de la organización o, por lo contrario, permanecer relativamente menor e inexplorada. (Crozier y Friedberg, 1990).

focalizándose en comprender y atender los problemas sociales que conllevan el envejecimiento y la asistencia a los adultos mayores que hubieran perdido su autonomía.

A inicios de los 90 se diseña y ejecuta el primer programa de asistencia domiciliaria de ancianos de la provincia haciendo posible una alternativa asistencial a la institucionalización, mejorando la calidad de vida y postergando en el tiempo el ingreso a un Hogar a los Ancianos, a los adultos mayores con mayor dependencia y fragilidad, aunque solo se aplicó en la ciudad de Resistencia.

En esta misma década la Dirección de Ancianidad, de la cual depende la red de Hogares de Ancianos, toma la estructura vertical de funcionamiento tal cual se desarrolla hasta la actualidad. Dicho organismo provincial es actualmente la Dirección de Adultos Mayores, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la provincia.

Esta Dirección desde su creación, ha debido lidiar con escasos recursos económicos, técnicos y profesionales, albergando y resolviendo la situación de muchos ciudadanos excluidos, no solo por razón de edad-contradiendo muchas veces la definición de su funcionamiento- erigiéndose a través de sus Instituciones de internación, como un gran depósito de todo lo que “molesta”, a la sociedad. Así dentro de los Hogares de internación para adultos mayores se albergan no solo ancianos, sino los enfermos mentales, los cirujas, las personas jóvenes que han sido excluidas de la sociedad por uno u otro motivo, los oligofrénicos, los indocumentados, las personas extraviadas, etc.

Para intentar resolver el problema, de alojamiento de las personas, la Dirección de Adultos Mayores, ha optado por establecer una estructura de funcionamiento vertical, de orden jerárquico y burocrático, con escasa posibilidad de debatir órdenes o instrucciones por parte de los que trabajan dentro de su organización, como de las personas alojadas en su red institucional. Los lazos con la comunidad también se han visto alterados por esta estructura funcional rígida, en cierto sentido introvertida, con grandes

dificultades en cuanto a una posibilidad de apertura institucional que muestre y demuestre que es lo que se hace, realizándose solo a veces, con cierto criterio estético a modo de actuación hacia el afuera. Las posibilidades de los diseños organizacionales de gestión por resultados participativos son un ideal al que no se ha comenzado a debatir a la fecha de la presente investigación

Dicho organismo no tiene realmente la responsabilidad exclusiva de crear esta forma de funcionamiento: el mandato de las autoridades superiores, del gobierno y de la propia comunidad han diseñado este formato de atención.

Las posibilidades de creatividad, de trabajo sistémico, así se han visto fragmentadas por esta estructura vertical, a la que solo le interesa trascender lo menos posible hacia la comunidad, y con su propia percepción de que todo lo que ocurre dentro de los Hogares, no debe ser mostrado, pues suponen que la comunidad no entendería lo que sucede, tomando como malo, lo que solamente en realidad "és": los problemas en la atención de este gran conglomerado humano de adultos mayores y ciudadanos excluidos y las dificultades que conlleva el cuidado de ancianos con pérdida de autonomía y/o situaciones de exclusión social.

Si se caracteriza el funcionamiento institucional desde las metáforas de Mintzberg (1995) las rutinas de trabajo del Hogar de Ancianos se pueden representar como las de una máquina con partes interdependientes y ensambladas en una secuencia dada, trabajando de un modo rutinario y previsible. Se encontraría unidad de mando (los empleados reciben órdenes de sus superiores), staff y línea de control (hay servicios de consulta pero sin violar la autoridad) y existe centralidad de la autoridad y encadenamiento escalar.

Aunque este diseño presenta ventajas en el funcionamiento del Hogar de Ancianos, con pasos de funcionamiento estructurados y secuenciados, también se detecta que se producen rigideces en las propuestas de implementación de cambios por parte del personal o de los adultos mayores institucionalizados o no, con un excesivo número de pasos burocráticos en sus

procedimientos, sin comprender las urgencias de la demanda de atención del adulto mayor por su misma edad, agregado a que la información muchas veces se distorsiona al pasar por varias manos y que no hay instancias motivantes ni creativas en el trabajo para el personal de la institución.

La organización Hogar de Ancianos, además genera sus propias fuentes de poder. Crozier y Friedberg (1990) distinguen para este tipo de estructuras organizacionales cuatro grandes fuentes de poder correspondientes a los diferentes tipos de fuentes de incertidumbre especialmente pertinentes para una organización:

1. Las que provienen del control de una competencia particular y de la especialización funcional.
2. Las que están ligadas a las relaciones entre una organización y sus entornos.
3. Las que nacen del control de la comunicación y de la información.
4. Las que provienen de la existencia de reglas organizativas generales.

Ejemplos de ello son la posesión de una competencia o de una especialización funcional difícilmente reemplazable. El experto en adultos mayores en los distintos sectores de funcionamiento, será el único que sabe cómo hacer las cosas y el que dispone de los conocimientos y de la experiencia del contexto que le permiten resolver ciertos problemas cruciales para la organización (ingreso, enfermedades, muertes, etc.).

La utilización de las reglas organizativas, punto fundamental de la estructura de esta investigación, serán respuestas de los directivos frente al problema que plantea la existencia de las otras tres fuentes de poder. Las reglas están destinadas a suprimir las fuentes de incertidumbre en la atención hacia los adultos mayores internos en el Hogar, pero la paradoja reside en que no sólo no las eliminan completamente sino que crean otras que pueden ser

inmediatamente aprovechadas por el personal cuyo comportamiento debían hacer previsible.³⁶

Generalmente se admite que la regla es un medio en manos del superior para obtener un comportamiento dado por parte de sus subordinados (Crozier y Friedberg, 1990). Estudiar una organización desde el punto de vista de las relaciones de poder a través de las cuales los actores organizativos manipulan las zonas de incertidumbre con que cuentan para negociar continuamente su propia buena voluntad y para imponer, en la medida de lo posible, sus propias orientaciones a otros actores, nos revela una segunda estructura de poder dentro de las instituciones de internación para adultos mayores, paralela a la que el organigrama oficial codifica y legitima. Esta estructura de poder (desde el uso de las zonas de incertidumbre) se constituye de hecho como el verdadero organigrama de la organización, que completa, corrige e incluso anula las prescripciones formales, situación que caracteriza a la Institución total Hogar de Ancianos, y su órgano de competencia normativo, la Dirección de Adultos mayores.

Un medio también informal pero no menos poderoso de definir a los integrantes de la organización y regular la circulación o el aprovechamiento de las zonas de incertidumbre es el chisme (Thomas, 2005). La organización Hogar de Ancianos regula la conducta de sus miembros, personal y adultos mayores en gran medida hablando de ellos mismos. El chisme tiene mala reputación porque a menudo es malicioso, falso, estructurado en base a estereotipos y discriminación, pero en este ámbito se utiliza para hacer crecer el status del que lo expresa y degradar a su objeto (personal, adulto mayor, visitas, etc.).

El chisme es una fuerza organizadora (Thomas, 2005). Es un modo de definir la situación en un caso dado y de unirle elogio o acusación en la estructura de personas que viven y trabajan dentro de la Institución Hogar de

³⁶ El análisis del reglamento institucional, en el Capítulo IV, y el testimonio de informantes claves en el Capítulo V permitirán enmarcar y comprender como circulan continuamente estas zonas de incertidumbre en el contexto del Hogar de Ancianos.

Ancianos y es uno de los medios por los cuales se fija el status de un personal institucional o un adulto mayor institucionalizado. La estructura organizacional en relación al uso del chisme sabrá como generar el oprobio hacia el personal o hacia los propios adultos mayores institucionalizados.

Los epítetos al respecto que definen al chisme serán al mismo tiempo breves y emocionales definiendo o marcando los estereotipos como caracterizaciones hacia las personas integrantes de la organización: “puta” “sucia”, “traidor”, “chupamedia”, “basura”, “trollo”, “puto”, “cornudo” “chorro”, etc., son epítetos de este tipo. Las risitas, los encogimientos de hombros, la risa abierta, los movimientos de cabeza, las sonrisas de superioridad, la altanería, la frialdad, “parar el carro al otro” son también definiciones de la situación a través de lenguajes y son sentidos dolorosamente como reconocimientos desfavorables. Comportamientos que refuerzan los carriles organizacionales que definen las zonas de incertidumbre que regulan las relaciones institucionales, dentro de la estructura de la Institución Total Hogar de Ancianos.

La evolución de la red de Hogares de Ancianos en la provincia, sus cambios de dependencias de referencia organizacional burocrática³⁷, el sentido de la misión y visión de los mismos, en realidad nunca redactada, se constituyeron como un modelo anárquico de funcionamiento, más allá de las disposiciones y circulares emitidas con periodicidad por las autoridades provinciales, que generaron en realidad muchísimas zonas de incertidumbre organizacionales. De hecho uno de los cuestionamientos a respetar las normativas emanadas por la Dirección de Adultos Mayores, ha sido la contraprestación provincial en cuanto al funcionamiento económico de los hogares o residencias.

La gran mayoría de las instituciones de internación son propiedad de los Municipios o de ONGs y la provincia como contraparte por la prestación de servicios hacia los adultos mayores, más allá de las circulares o normas que

³⁷ Tratado cuando se analicen los reglamentos de funcionamiento de los Hogares de Ancianos en el Capítulo IV.

regulan el funcionamiento institucional, solo hace un ínfimo aporte económico en cuanto al importe de la ración económica (a diciembre 2011: \$12 por cada adulto mayor interno por día, equivalente a U\$S 2.50) destinado a cubrir todos los gastos que demande el cuidado de cada anciano institucionalizado, desde su alimentación, la ropa a utilizar por ellos y por servicios de alojamiento, el pago de servicios de gas, de agua, los consumos eléctricos, el gasto de pañales en los ancianos indigentes, los gastos de enfermería, del consumo de los artículos de limpieza y del mantenimiento de los edificios, etc.

Por este escaso compromiso económico por parte de la Dirección de Adultos Mayores³⁸ los mecanismos de control y de organización son laxos por parte de la provincia, y se limitan a la parte formal, orientados solo al clásico control webereano de estructuras organizacionales, y solo desde el año 2011 intentando tomar la modalidad de controles dirigidos a la satisfacción del usuario del servicio.

5. La Institución Total Hogar de Ancianos

Desde un enfoque histórico y siguiendo el pensamiento de E. Goffman (1961), la Institución Total, constituye 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 dispares (socorro, prevención, cura, castigo, etc.). Los términos que anteceden constituyen algunos de los matices de la función residencial y delatan la ambigüedad que ha persistido en la instauración de estas instituciones, ambigüedad que aún hoy en día se mantiene, lo que plantea serios interrogantes sociológicos no tanto acerca de la “verdadera” función y a las políticas de bienestar social.

Las instituciones de esta índole comparten dos espacios inseparables: nacen para remediar ciertas situaciones individuales e, *ipso facto* resuelven

³⁸ Se señala que las partidas económicas no son directamente ejecutadas y relevadas por dicha Dirección, sino que el Ministerio de Desarrollo Social, cuenta con la estructura que determina provisión de partidas económicas e instrumentación en el uso de las partidas de los mismos. Sin embargo la Dirección de Adultos Mayores se supone es la encargada de realizar las cascadas de costos correspondiente a las raciones para atender a cada adulto mayor institucionalizado en la red de Hogares.

problemas globales de la comunidad donde se instalan. Foucault (1996), muestra cómo el problema social de la locura se mezcla con el de la mendicidad, la enfermedad contagiosa y otras formas de marginalidad aguda, lo cual genera este precipitado asilar del siglo XVII, el cual caracteriza como “*el gran encierro*”.

Sólo una mirada ingenua sobre las residencias de ancianos actualmente produciría la ilusión de pensar que la polaridad se ha revertido y que en contrapartida al asilo de *la Modernidad*, justifica su existencia, ante todo, por las ventajas que reportan a los ancianos y sólo en segundo término por las que obtiene la sociedad. Goffman (1961) describe desde su análisis microsociológico que toda organización tiende a absorber a las personas que pertenecen a ella. Para ello delimita unas fronteras con el exterior. Así las organizaciones son ámbitos ecológicos. Parte de su riqueza estriba paradójicamente, en el tipo de intercambios que establece con otros ámbitos:

“La característica central de las instituciones totales, es la ruptura de un ordenamiento social básico en la sociedad moderna, la distinción entre los espacios de juego, descanso y trabajo, en los que por lo general, se interactúa con distintos coparticipantes bajo autoridades diversas y sin respetar un plan administrativo muy estricto(....)Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 1996, 19-20).

Según Goffman las Instituciones Totales se caracterizan por:

- 1) Las dimensiones de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo una única autoridad.
- 2) Las etapas de la actividad cotidiana de cada miembro de la Institución Total se llevan a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros miembros, a los que se da el mismo trato y de los que se requiere que hagan juntos las mismas cosas.

- 3) Las actividades cotidianas están estrictamente programadas, de modo que la actividad que se realiza en un momento determinado conduce a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone jerárquicamente, mediante un sistema de normas formales explícitas y un cuerpo administrativo.

- 4) Las diversas actividades obligatorias se integran en un único plan racional, deliberadamente creado para lograr los objetivos propios de la institución.



Cuarto de Hogar. Hogar de Ancianos de Colonia Baranda. Colonia Baranda, Chaco, Argentina.
Foto: Roberto Rosenfeld.

En la medida que toda la vida de una persona transcurre dentro de la institución, ésta cobra el matiz de “Total”. Las instituciones de ancianos son más propensas a revestirse de este carácter cuanto más deteriorados, física o psíquicamente se encuentren sus residentes. Los sentimientos que operan en el adulto mayor al ingresar a un establecimiento de internación son específicamente dos: los sentimientos de carga e inutilidad por ser vieja/os.

Otra característica de las Instituciones Totales que descubre Goffman (1961) es que no se respeta el sentido de la individualidad y el derecho de propiedad de los mayores sobre elementos personales. La capacidad del espacio y a veces, la rigidez normativa prohíbe al residente poseer bienes que ocupen un lugar significativo. La vestimenta suele ser usada indiscriminadamente. La tarea de baño colectivo a los residentes genera pudor y humillación, como casi todas las prácticas de trato que ofrece la Institución total.

El trato colectivo, efecto de la reglamentación, se manifiesta de forma más evidente en la pérdida de la privacidad: los ancianos así tengan mayor o menor poder adquisitivo, se ven obligados a convivir con extraños en situaciones que nuestra construcción cultural define como íntimas o privadas. A la promiscuidad de la convivencia en un territorio cerrado como la residencia u hogar de internación, agrega la dificultad de crear cada anciano un espacio propio aunque sea pequeño, con sus límites personales, los objetos que son de él, los significantes objetos personales del decorado que lo convertirían en su "hogar", incluso su suciedad personal: los objetos que otros pueden desechar por inútiles pero importantes para el vieja/o internado. Otras manifestaciones más sutiles se dan en la exigencia reglamentaria de indagar en la vida, los antecedentes, el nivel económico del anciano, como paso previo a su admisión en el Hogar de Ancianos.

La dimensión espacial de la Institución Total se convierte en un factor necesario para su caracterización, ya que todos los aspectos de la vida de los adultos mayores unidos a ella se desarrollarán en el mismo lugar. Éste no es un lugar abierto. La entrada y la salida -el ingreso y el egreso- de este espacio no son "libres", sino que, de alguna manera, la Institución Total encierra a los miembros del grupo en cuestión, haciendo las veces de capa aislante que los separa del resto de la sociedad. Goffman (1996) al respecto escribe:

"En la Institución Total, los miembros se ven privados del pleno contacto extramuros y no tienen la posibilidad de conjugar la vida que desarrollan en la institución con otra vida externa, esto es: entrar y salir de la órbita de este mundo institucional"

absorbente, para lograr -en ese balancearse- cambiar de roles y/o de ámbito físico, etc. La misión institucional -como fuero de atracción- llama a todos los móviles particulares a disolverse en ese objetivo común y formal que brinda la Institución, afectando irremediamente los proyectos existenciales de los miembros. Es por esto que el ejercicio de ciertas actividades instrumentales personificantes, que en "el afuera" son percibidas con menor magnitud y, de cierta forma, tomadas ligeramente -horario de las comidas, horarios del descanso, interacción entre compañeros, códigos de lenguaje y vestimenta, etc.-, en la Institución Total alcanzan el paroxismo, convirtiéndose en el centro de la vida de los que en ellas residen."(Goffman, 1961, 25-26).

A cambio, la Institución los cuidará todo el tiempo, los protegerá frente al deterioro físico y/o mental, del mundo exterior que no comprende al anciano, y que no tiene tiempos para él. Sin embargo esto tiene un costo, no necesariamente económico. Para lograr su objetivo la Institución Total Hogar de Ancianos recorta los derechos humanos que asisten a los adultos mayores institucionalizados, que aparecen seriamente vulnerados incluso con prácticas sutiles (por ejemplo no dirigirles la palabra, o mirar para otro lado, estirar unos minutos de más la higiene personal del adulto mayor sin motivo), no constitutivas de delitos³⁹ junto con determinados tipos de abuso psicológico, o acciones de sobreprotección.

En este sentido la problemática de la vejez se constituye en un asunto de integración social del anciano: al ser separados del mercado del trabajo la inserción de los adultos mayores queda limitada a las redes familiares y los amigos y en un escalón mas problemático y vivido como conflictivo y no deseado, a las Instituciones de Internación, como solución final para el sistema, y como "solución final"⁴⁰ para los ancianos próximos a su internación.

³⁹ La ley Nº 4377 de la provincia del Chaco define las víctimas de la violencia familiar no constitutiva de delito, entendiéndose como tal al sujeto pasivo alcanzado por los efectos de todo tipo de agresiones físicas, o de acción psicológica o emocional, provenientes de algún miembro del grupo familiar conviviente y que afecte en forma directa o indirecta la salud de alguno de sus integrantes; o altere el equilibrio y armonía de la familia, aunque no le extienda al ámbito institucional.

⁴⁰ Término utilizado durante la II Guerra Final, para justificar la matanza internación y muerte de judíos, discapacitados y gitanos en los campos de concentración alemanes.



Ancianos sentados juntos, pero separados.... Hogar de Ancianos de Colonia Baranda. Colonia Baranda, Chaco, Argentina. *Foto: Roberto Rosenfeld.*

En los años '70 la idea de la institucionalización de las personas de edad se populariza, dando lugar a una verdadera “explosión” de residencias para ancianos. Dos ejes temáticos movilizan este proceso: un concepto de vejez asociado a la idea de “vida declinante” –anciano: cuasi enfermo, sujeto dependiente- y la necesidad de encontrar respuestas eficientes, en un mundo con un curso histórico cada vez más acelerado (Bobbio, 1997). Desde estos parámetros, el binomio casa-senectud es resuelto mediante la construcción de lugares que medicalizan y concentran la última etapa de existencia humana. En estas instituciones, el vieja/o no sólo tiene cama, alimento y algo de compañía. También cuenta con cierto grado de asistencia sanitaria permanente, acceso a fármacos y personal de enfermería dispuesto a ayudarlo. Pero, su vida sólo transcurre al lado de otros ancianos, de otras personas que padecen problemas semejantes, en el mejor de los casos, en un contexto vivencial totalmente fabricado⁴¹

⁴¹CIURO CALDANI, Miguel Ángel; Derecho de la Ancianidad, en "Investigación y Docencia", N° 20, Rosario, FIJ, 1992, págs. 39 y ss.; Comparación jusfilosófica del Derecho de Menores y el Derecho de la Ancianidad, en "Investigación y Docencia", N 25, FIJ, 1995, págs. 7 y ss.

Los Hogares de Ancianos u otras formas de internación de adultos mayores, se constituyen así como parte del sistema de atención prolongada o de continuidad de cuidados de adultos mayores que perdieron alguna o varias de sus capacidades para el autocuidado, o que padecen situaciones de vulnerabilidad social, careciendo de una adecuada red de apoyo familiar y social que les pueda asistir en los cuidados que necesiten. Las demandas de internación emitidas por diferentes entes suelen desconocer otros servicios y recursos del sistema de continuidad de cuidados, tales como: Centro de Día, Atención Domiciliaria, (Incluidos cuidadores domiciliarios), las Unidades Geriátricas Hospitalarias, Clubes, los Centros de jubilados, Grupos de Tercera Edad, Viviendas Tuteladas. Estos recursos y servicios están pensados desde la prevención y promoción gerontológica o geriátrica, mientras que las Instituciones de Internación, están pensadas básicamente como asistenciales.

La misma ambigüedad de la palabra “Hogar”, permite el reconfortante uso para denominar centros en que los ancianos pasan horas de su jornada diaria o bien el sitio donde se retiran en sus últimos días. Con esto no se quiere prejuzgar que las Residencias y Hogares de Internación de ancianos no sean lugares adecuados desde multiplicidad de puntos de vista. Algunas incluso podrían parecer hoteles de primera categoría pero remedando expresiones de la sabiduría popular cabría comentar al respecto aquello de “hogar no hay más que uno”.

Nunca igualan las posibilidades del hogar si por ello se entiende algo más que techo, mantención económica, convivir con los seres queridos y contar con servicios en caso de pérdida de autonomía, fragilidad o enfermedad. Siempre el hogar, el espacio, la casa o territorio propio de cada uno, se construye desde el pensamiento del individuo, por encima de su condición material: una historia de relaciones personales, un conjunto inolvidable vivencial asociado que el mejor trato hotelero de cualquier Institución de Internación, no podrá de ningún modo reproducir. Cuando se ingresa al Hogar o Residencia de Ancianos, el vieja/o siente que no hay horizonte hacia el futuro, ni promesas y los interrogantes son sentidos como vivencias de la pérdida de integridad y dignidad diferente.

Lo antedicho no significa necesariamente un sentido negativo hacia todos los Hogares o Residencias de Internación para adultos mayores: son necesarias y pueden constituir respuestas técnicas pertinentes en muchas situaciones críticas en las que se encuentran las personas de edad. Las residencias pueden constituir un espacio de vida para satisfacer las necesidades básicas de nuestros mayores. Pero, entre esas necesidades de derechos se deben contemplar los derechos de libertad, de intimidad, de individualidad, de realización como ciudadanos, amparados por nuestra Constitución Nacional (1994).

6. Algunas Consideraciones sobre la Atención del Sistema Hospitalario al Adulto Mayor

El aumento de la expectativa de vida dado por los avances de la medicina, el saber gerontológico, las políticas públicas, etc., indica que se tiene un mejor nivel de desarrollo y una mejor calidad de vida, como indicador de Desarrollo Humano de un país, aunque la morbimortalidad infantil, el número de nacidos vivos, sigue siendo el indicador preferido válido del estado de la salud pública para cualquier referencia estadística que presente un Estado a los medios de comunicación, u organismos internacionales de crédito, para demostrar eficacia y eficiencia en la aplicación de las políticas pública. Posiblemente los prejuicios hacia lo viejo también estén presentes en este ámbito de las estadísticas en donde luce más los que nacen – futura fuerza productiva- que los que viven más y significa mayores erogaciones para el Estado.

La longevidad ha permitido el desarrollo y la evolución de enfermedades degenerativas crónicas, con su secuela de invalidez, de las que emergieron distintas formas de dependencia con pérdida de autonomía, que demandan mayores cuidados, mayor asistencia médica y de enfermería, es decir mayores costos sanitarios. Mientras algunas afecciones físicas imponen limitaciones en

el estilo de vida del adulto mayor, las formas progresivas de declinación mental impiden su vida autónoma.

Los aspectos clínicos de estas dependencias están condicionados por las características de las patologías, según los niveles de gravedad y la predominancia motriz o intelectual que puede ser o no concomitante. La percepción del envejecimiento por el sistema de salud provincial, frecuentemente es integrada a través de un prisma de prejuicios que se traduce en actitudes, diagnósticos e intervenciones a menudo inadecuadas. Los cambios que acompañan al proceso de envejecimiento se perciben como degenerativos y otro tanto ocurre con los referidos al envejecimiento patológico, atribuidos erróneamente al proceso de envejecimiento normal.

Quizás el prejuicio más común contra los ancianos es que la mayoría son todos enfermos o discapacitados. Asegura que los viejos pasan mucho tiempo en cama a causa de sus enfermedades; también que tienen muchos accidentes en el hogar, tienen pobre coordinación psicomotriz, desarrollan infecciones fácilmente, que una gran proporción de los viejos se encuentran institucionalizados y viven en residencias geriátricas y que la mayoría de los ancianos no son lo suficientemente sanos como para realizar sus actividades cotidianas normalmente. Este hecho favorece que no exista interés por su estudio diagnóstico y tratamiento.

Se subestima o desestima, el potencial de readaptación de las personas ancianas que viven con secuelas de un accidente cerebro vascular, de una amputación o una fractura o de cualquier otra enfermedad invalidante. Lo mismo ocurre con las intervenciones psicoterapéuticas y las enfermedades mentales. Los ancianos se visualizan como consumidores importantes de servicios hospitalarios, donde la concentración de los recursos los pone ante un sistema de cuidados fuertemente atado al tratamiento de problemas de salud física que se presentan en forma aguda y que requieren intervenciones de corto tiempo, ya que han sido diseñados para responder a las necesidades curativas de una población joven y no para los tiempos que lleva la atención del adulto mayor con su propia evolución y tiempos.

La solicitud de atención pública del adulto mayor esta sometida a largas listas de espera, retardos, bloqueos de cama, etc. Las pocas alternativas de asistencia privadas existentes en la provincia, son para los que pueden pagar la atención o tienen un sistema de salud prepagos o PAMI: este último si está al día en el pago de sus prestaciones hacia los servicios de salud.

Las ofertas de servicios existentes no cubren las demandas en salud específicas de la población adulto mayor donde generalmente la pérdida de la autonomía se percibe como un fenómeno casi normal que no es necesario investigar o comprender, y no se tiene en cuenta que la instalación de la dependencia en los ancianos reclama del pensamiento clínico el mismo esmero diagnóstico y terapéutico, que una perturbación metabólica u hormonal.



La relación de los Ancianos con los animales es muy significativa, proyectando en ellos su desamparo. Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús. Villa Ángela, Chaco, Argentina.
Foto: Roberto Rosenfeld.

Los problemas psicosociales como la soledad, la depresión y en general la variedad de psicopatologías prevalentes, exigen atención profesional. Pero a

menudo son tratados desde la mirada estigmatizadora hacia el viejo, como simples efectos secundarios de sus problemas de salud. Ya que el estereotipo arraigado cree que los típicos ancianos están enfermos, que son impotentes, que son inservibles, y que están en decadencia, es natural que se concluya que los viejos estén deprimidos.

Los servicios de asistencia domiciliaria desarrollados en función de una mejor distribución de los recursos socio-sanitarios y para descongestionar las salas de urgencia, reducir la estadía y facilitar a las personas ancianas al regreso a su hogar en buenas condiciones de salud son una alternativa importante a considerar. Trabajar desde la sensibilización y concientización hacia estos factores mejorará las prácticas e intervenciones sin perder de vista al menos seis premisas ante la asistencia a un anciano:

1. Que la edad cronológica no es un diagnóstico. Debe contemplarse la edad biológica y su polipatología.⁴²
2. Que puede descompensarse de alguna de sus patologías en lo orgánico y en lo mental.
3. Que esta etapa de la vida tiene “leyes” y características propias.
4. Que en la persona mayor hay un retardo entre el estímulo y la respuesta. Palmore (1990) expresa al respecto que la mayoría de las personas ancianas retienen su habilidad mental, incluyendo la habilidad para aprender y recordar. Es verdad que el tiempo de reacción tiende a disminuir con la edad y puede que a la persona le cueste un poco más aprender algo nuevo. Igualmente, muchas de las diferencias entre

⁴² Según datos aportados por Palmore (1990) la mayoría de los ancianos (cerca del 78% de gente sobre 65 años) son bastante sanos. Realizan sus actividades con normalidad. Mientras que una vasta mayoría de la población cree que entre un 20 y el 50 % de los viejos están institucionalizados, solamente el 5% de la población mayor de 65 años lo está. Con referencia al estereotipo de que los viejos desarrollan más fácilmente infecciones y tienen más accidentes, en realidad hay entre ellos muchas menos condiciones agudas de este tipo que entre las personas más jóvenes/1,1 por persona y por año contra 2,3 por persona y por año debajo de los 65 años). Es cierto que los viejos tienen más problemas crónicos (81%), pero solo una vez y media más que las personas entre 17 y 64 años (54%), si se incluyen algunas condiciones menores tales como el uso de anteojos, reducción de la audición y alergias.

jóvenes y viejos pueden ser explicadas por otras variables que incluyen falta de motivación, estilo para aprender, práctica o monto de información. Cuando estas variables son tomadas en cuenta, la edad cronológica no pasa a un segundo plano como determinante.

5. Que casi el único medio de expresión es el de la queja difusa o somática.
6. Que luego de la etapa diagnóstica interesa saber con precisión lo que queda más de lo que se perdió.

La evaluación rigurosa de las necesidades del anciano es fundamental a fin de asegurar una adecuada asistencia, derivación y tratamiento. Del amplio espectro de formas clínicas, psicológicas, sociales y evolutivas de las dependencias múltiples, debe corresponderse con un abanico de posibilidades de respuesta, desde la mirada gerontológica, abarcativa de todas las dimensiones de la persona adulta mayor.

CAPITULO III

Análisis del Reglamento de Funcionamiento de los Hogares y Residencias de Ancianos en la Provincia del Chaco, Argentina

1. Marco Legal

La Ley provincial N° 3602 promulgada en noviembre de 1990 es el marco legal en la provincia del Chaco para la atención hacia los adultos mayores. Esta ley establece el Régimen Jurídico Básico para las Personas de la “Tercera Edad” (término utilizado hasta la actualidad como sinónimo de vejez) y define quienes quedan comprendidos y amparados por ella: personas que hayan cumplido los 60 años o más⁴³. El artículo más exhaustivo y que interesa para esta investigación es el Artículo N° 3 que expresa:

Son Derechos De Las Personas De La Tercera Edad: a) alojamiento en centros especiales y adecuados cuando se encuentren carentes de los mismos, b) alimentación sana y adecuada a su edad y estado psicofísico, c) asistencia moral y espiritual conforme a sus creencias religiosas, d) asistencia médica integral especial, e) cultura y recreación, f) acceso al trabajo productivo para que se sientan útiles a la sociedad, g) respeto y consideración por parte de sus semejantes, h) subsidios y pensiones que les permita satisfacer sus necesidades, i) el acceso a una vestimenta decorosa y apropiada y j) derecho a una vivienda propia.

La otra ley marco que contempla sobre la situación de los adultos mayores en la provincia del Chaco es la de “Promoción, Ayuda y Protección de las Personas de la Tercera Edad”, ley N° 4964, del año 2001 en donde para

⁴³ “Artículo Protección de los Ancianos: Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a. proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada, a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas; b) ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos; c). Estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos. ”.---Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos En Materia De Derechos Económicos, Sociales Y Culturales "Protocolo De San Salvador" OEA (Noviembre 1988)

nuestro análisis del Reglamento de funcionamiento de los Hogares de Ancianos podemos resaltar los siguientes artículos:

De sus derechos

- *Artículo N° 5.- el organismo de aplicación, adoptará los mecanismos para prevenir, controlar y revertir: a) la internación compulsiva del anciano, b) el maltrato y el abuso económico de la familia,⁴⁴ c) todo tratamiento inhumano que ponga en riesgo la salud, la integridad y la dignidad de la persona anciana.*
- *Artículo N° 7.- el estado adoptará medidas para (...) d) cuidar el apropiado funcionamiento de las instituciones dedicadas a la atención de los adultos mayores.*

Dentro de lo que marcan estas leyes, los Hogares de Ancianos de la provincia del Chaco, así llamados por la norma que regula su funcionamiento están diseminados por toda la provincia, con distintas modalidades de prestación de servicios. Algunos son Hogares de Ancianos de día, en donde el adulto mayor a la tarde regresa a su domicilio, luego de realizar sus actividades, otros son comedores en donde el anciano se queda a almorzar o retira su vianda para comer en su domicilio. También está la modalidad central de internación o de residencia permanente dentro de una Institución de la provincia (generalmente la más cercana al domicilio del adulto mayor), y por último están las Instituciones dedicadas a los adultos mayores en situación de calle, que no desean por voluntad propia permanecer internados, a pesar de tener indicadores de vulnerabilidad social y que se alojan por el tiempo que ellos mismos consideren conveniente sin forzar su decisión.

La población beneficiaria⁴⁵ son los adultos mayores de 60 años y más que se encuentren en situación de máximo riesgo social, sin recursos económicos o vivienda, con o sin familia y que no cuenten con recursos

⁴⁴ ... Los Gobiernos deberían asegurar una participación continua en la sociedad de las personas ancianas... Los gobiernos deberían asegurar que la creación de medidas necesarias son desarrolladas para permitir a las personas que sus vidas sean determinadas por un factor de auto- confianza, y vidas productivas, y saludables para hacer un uso completo de las habilidades que ellos han adquirido en sus vidas para beneficiar a la sociedad... Los Gobiernos, en colaboración con las Organizaciones no Gubernamentales y los sectores privados deberían fortalecer los sistema de apoyo formal e informal y redes de seguridad para las personas ancianas y eliminar toda forma de violencia y discriminación... en todos los países, poniendo especial atención a las mujeres ancianas..." Conferencia de El Cairo sobre la Población y el Desarrollo (1994).

⁴⁵ Término utilizado por la Provincia en el Reglamento en análisis. Los adultos para el texto no están caracterizados como sujetos de derecho.

económicos suficientes para su contención por parte de su grupo de pertenencia o por su propia autonomía, y/o sin la posibilidad de cobertura social. La modalidad de ejecución y resolución de la conflictividad del adulto mayor que padece esta situación de riesgo y vulnerabilidad física y/o social por parte de la Dirección de Adultos Mayores, es la red de Hogares o Residencias de Adultos mayores, que cuenta con un total de 27 instituciones dependientes destinadas a la atención de 1000 ancianos aproximadamente bajo diferentes modalidades.

Las prestaciones de la red de Hogares de Ancianos en sus diferentes componentes o modalidades son:

Hogares de Ancianos, Hogares de día, Comedores, Casas Protegidas (supervisión, orientación y seguimiento institucional). Asesoría y Capacitación al Personal, Cuidados Domiciliarios, y habilitación a geriátricos privados. También atención a la demanda por apoyos económicos, trámites y gestión de los mismos. Orientación, coordinación y derivación a otras entidades tanto públicas como privadas.⁴⁶

2. El Reglamento

La norma de funcionamiento de la red de Hogares de Ancianos de la provincia del Chaco, surge de la Actuación Simple del Ministerio de Gobierno y Justicia de la Provincia, el 31 de diciembre de 1982. En este año ya el país se encuentra saliendo del gobierno de la última dictadura militar de nuestra historia, y se inicia el periodo de democracia en octubre de 1983 con la asunción en la presidencia del Dr. Alfonsín.

Este momento histórico es clave para entender la redacción y simbolizaciones del reglamento, la posición que asumen y como son tratados los adultos mayores desde esta normativa redactada con una redacción

⁴⁶Dirección De Adultos Mayores (2005).

ambivalente, entre una posición de un anciano receptor de la beneficencia del Estado y un adulto mayor como sujeto de derecho.

Esta norma se divide en cuatro Capítulos generales:

1. Sistema de ingreso y egreso de adultos mayores.
2. Derechos y obligaciones de los adultos mayores.
3. Disposiciones internas ampliatorias.
4. Servicios asistenciales.

Estos capítulos a su vez se dividen en artículos, reglamentando aspectos como: el ingreso, las normas de convivencia internas, la vida diaria, las prestaciones que se deben cumplir y las condiciones de egreso de los adultos mayores alojados. La estructura reglamentarista, se adapta perfectamente al discurso de las Instituciones Totales descrito por Goffman.

Un tema importante a tratar aquí es el de las «justificaciones racionales» que sirven de sustento a la normativa de la residencia. No hay, evidentemente, ninguna intención punitiva ni pedagógica (de reinserción social) en la imposición del Reglamento y la exigencia de que se cumpla; más bien hay una cierta representación o prejuicio de lo que es un anciano junto con una mentalidad burocrática que dice asumir seriamente responsabilidades de custodia. (Goffman ,1996)

El Capítulo I contiene los mecanismos de ingreso y egreso de los ancianos. El sentido de las condiciones de ingreso de su mera lectura marca aspectos en donde ningún anciano que presente situaciones de vulnerabilidad, exclusión⁴⁷ o pérdida de autonomía en sus diversas formas podría ingresar. Entre otras consideraciones se destaca el “*expresar por escrito su voluntad de ingresar*” a la Institución. En una provincia como el Chaco en donde gran parte de la población adulta mayor es analfabeta o semianalfabeta, o donde las

⁴⁷La idea de exclusión social comenzó a utilizarse en la década de los setenta en Francia, para referirse a las condiciones de grupos de la población desprotegidos por la seguridad social, por lo que se le vinculaba con las deficiencias en el acceso al mercado laboral de personas que por distintas condiciones (mental y físicamente discapacitadas, suicidas, ancianos inválidos, fármaco dependientes, delincuentes, sociópatas, marginados, entre otros no podían formar parte activa de los mecanismos que aseguraban la seguridad social. (Sojo, 2008)

enfermedades son las características generales de la población adulta mayor esta consideración en si es un despropósito.

Otros requisitos mínimos de ingreso de los ancianos candidatos a ingresar considerados en este Capítulo son:

- I. Que no padezca enfermedad mental*
- II. Que no padezca enfermedad infecto- contagiosa*
- III. Que sus esfínteres sean continentes*
- IV. Que deambule y se valga de sus propios medios.*

El primer punto reflexivo de la lectura de dichos apartados, marca en realidad un gran criterio exclusivo de los adultos mayores que podrían ingresar al sistema público provincial de internación. Los requisitos señalan que solamente podría ingresar, un anciano lucido, autoválido, sin enfermedades contagiosas (en una de las provincias históricamente más pobres del país y con prevalencia endémica de Chagas y tuberculosis entre otras enfermedades), un anciano que no tiene inconvenientes para moverse y hacer sus necesidades y en óptimas condiciones mentales, sin padecer procesos de demencia, psicosis o accidentes cerebro vasculares: esto es un anciano que en teoría no tendría necesidad de ingresar a un Hogar de ancianos desde lo psicofísico.

El estudio del último censo del Indec 2010, señala que la población del Chaco es una población con tendencia al envejecimiento y en donde se presupone que la medicina ha avanzado más en lograr mayor longevidad, pero todavía sin resolver materias que hacen a la calidad de estos años. Por otra parte la población que padece mayor vulnerabilidad en su estado psicofísico se encuentra en relación directa con la población que padece situaciones de pobreza o indigencia, materias que el Reglamento no considera en su articulado.

En ninguno de sus artículos se hace mención a derechos humanos, al desarrollo humano, o expresiones que hablen de capacidades, equidad, vulnerabilidad o ciudadanía. El lenguaje insiste una y otra vez en un criterio reglamentarista, objetivador y cosificador del anciano, en donde terceros deciden y asisten a los mismos y los adultos mayores solo son sujetos, al firmar un mecanismo de consentimiento no demasiado claro en su redacción u objetivo de internación del anciano: la reglamentación, no tiene demasiadas observaciones para su realización más allá de alguna ficha básica de datos.



La discapacidad, otra constante en la internación. Hogar de Ancianos/as de Colonia Baranda. Colonia Baranda, Chaco, Argentina. *Foto: Roberto Rosenfeld*

El Reglamento define como sujeto de internación un ciudadano anciano ideal con un criterio de recorte en el ingreso institucional, que se contradice con la misión que deberían cumplir estas instituciones. Curiosamente más adelante el artículo 6º, que define las prioridades de ingreso institucional señala la prioridad en cuanto al “grado de invalidez” mostrando una discrepancia entre los puntos señalados en su artículo 2º y este artículo, posiblemente redactados por diferentes personas y/o en diferentes momentos del análisis.

Es necesario aclarar que en esta parte de la reglamentación tienen mayor importancia los informes socio asistencial y médicos sobre las posibilidades del adulto mayor candidato a internarse. Necesidades bien definidas en cuanto a indicadores de análisis, pero sin operacionalizarlos con un instrumento estándar para todas las Residencias de internación. Tampoco se observa en la redacción la evaluación psicológica y las posibilidades y criterios que definan la autonomía del adulto mayor. No se considera la estructura de la personalidad del adulto mayor que le posibilite elegir la mejor opción de internación⁴⁸. El residente deberá convivir con otros ancianos de diferentes culturas, provincias, condición física, económica, etc., en habitaciones compartidas con dos o tres personas. Un análisis detallado ameritaría una evaluación psicológica previa, fundamentalmente para no vulnerar más los derechos de los residentes, de los que podrían ya estar cuestionados a priori en el ingreso a una Institución de internación. Tampoco hay presencia de profesionales especialistas en la admisión de los ancianos (sociólogos, psicólogos, antropólogos, etc.) que consideren las características poblacionales chaqueñas, para articular las políticas institucionales de agrupamientos de los adultos mayores residentes teniendo en cuenta su cultura y su idiosincrasia.

El Capítulo II del Reglamento, hace referencia a los derechos y obligaciones que asisten a los futuros residentes adultos mayores. En su artículo 1º se detalla *“que los ancianos dispondrán de un lugar aseado, con mobiliario indispensable, pero prohibiendo la tenencia de muebles propios”*. Luego hay un detalle en cuanto a que *“recibirán alimentación adecuada, ropa, podrán recibir visitas, formular sugerencias, participar de tareas de acuerdo a sus posibilidades, y realizar las articulaciones con las familias, para aquellos Ancianos que las tuvieran, en cuanto a la asistencia a los mismos”*.

⁴⁸. Los Gobiernos deberían asegurar una participación continua de en la sociedad de las personas ancianas. Los gobiernos deberían asegurar que la creación de medidas necesarias son desarrolladas para permitir a las personas que sus vidas sean determinadas por un factor de auto- confianza, y vidas productivas, y saludables para hacer un uso completo de las habilidades que ellos han adquirido en sus vidas para beneficiar a la sociedad... Los Gobiernos, en colaboración con las Organizaciones no Gubernamentales y los sectores privados deberían fortalecer los sistema de apoyo formal e informal y redes de seguridad para las personas ancianas y eliminar toda forma de violencia y discriminación... en todos los países, poniendo especial atención a las mujeres ancianas..." Conferencia de El Cairo sobre la Población y el Desarrollo (1994).

La redacción de este articulado aunque en una primera lectura podría parecer correcta, en un análisis más fino denota en su redacción la reiterada cosificación del adulto mayor a ingresar. Es un objeto que se lo debe alimentar, asear, permitir que asista a cultos religiosos, usar instalaciones, todos temas básicos que a pesar de la necesidad de tener que estar por escrito, se dan como prestación obvia de este tipo de instituciones.

Se muestra un adulto mayor con sus derechos recortados: no se habla explícitamente de sus ingresos económicos y de cómo gastarlos, de su sexualidad, de su desarrollo institucional, tampoco del derecho a poder denunciar y quejarse por situaciones que perciba violatorias de sus derechos humanos, en cuanto a la posibilidad de padecer conductas de discriminación, abuso y maltrato. Tampoco se manifiesta en el texto, los derechos que asisten a los ancianos sobre la posibilidad de salir de su situación de exclusión, de vulnerabilidad social y desarrollar capacidades.

El Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos (OEA, 1988) expresa al respecto:

“Artículo Protección de los Ancianos: Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a:a). proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada, a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas; b) ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos; c). Estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos. ”.

En el Reglamento se habla de la participación de los ancianos en tareas culturales, recreativas y laborales, pero no tienen el sentido del enfoque del

desarrollo humano⁴⁹. Son actividades internas institucionales, que marcan en realidad el carácter cerrado de la institución. Ninguno de los puntos del Capítulo II realiza consideraciones en cuanto a la posibilidad de desarrollar capacidades y/o agencia⁵⁰ para lograr la inclusión institucional del adulto mayor, como sujeto de derecho. En gran medida, son entretenimientos con un sentido de ocupar tiempo, para que pasen las horas dentro de la Institución.

El Reglamento desconoce o no hace mención, de los instrumentos de inclusión internacionales que ya en esos años se estaban gestando en las Naciones Unidas, específicamente el Plan de Madrid⁵¹ que como se ha señalado, produjo un clivaje en la mirada hacia los ancianos, proponiendo una serie de acciones y metas a cumplir por los distintos Estados.⁵²

Si bien al comienzo del Capítulo II, se habla de “Derechos y Obligaciones”, no se le da el marco constitucional que deberían tener los derechos que asisten a los adultos mayores. Tampoco aparece en algún apéndice del texto del Reglamento en cuestión, que le daría el gran marco legal, en donde se basarían las acciones a desplegar por los cuerpos directivos, los que trabajan directamente en la atención del anciano, y los ancianos mismos: la redacción parece más la de un manual de buen comportamiento que un texto con entidad reglamentaria.

La palabra “Reglamento” hace que el texto se defina como regulador y controlador de comportamientos, de cuerpos, de posibilitar prohibiciones, más que de un instrumento de inclusión. Se recuerda que el nombre específico del

⁴⁹En sus aspectos más prácticos, el desarrollo humano -tal como se le concibe en la actualidad- se sustenta sobre cuatro principios básicos (UlHaq, 1995: 13) a los que deben responder las políticas públicas y las acciones que busquen el desarrollo: a) la equidad; b) la eficiencia; c) la participación/ empoderamiento; y, d) la sustentabilidad.

⁵⁰Estas formas de pensar en orden al bienestar y las necesidades humanas influyeron en la construcción del enfoque de las capacidades, impulsado por Amartya Sen, quien explica que el fin principal y el medio primordial del desarrollo es la “(...) expansión de las libertades reales de que disfrutaban los individuos” (Sen, 2000a:55).

⁵¹La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento del año 2002, celebrada en Madrid (OPS/OMS, 2002), convocó a 142 países miembros de las Naciones Unidas a objeto de evaluar el estado de avance de las recomendaciones del Plan de Acción de Envejecimiento de la Primera Asamblea celebrada en Viena en 1982 (Naciones Unidas, 1982) y aprobar una declaración política de los gobiernos y un plan de acción internacional que mejoraría las condiciones de vida de la población adulta mayor.

⁵²La Constitución de la Provincia del Chaco en su artículo 35 inciso cuatro nos dice: “De la ancianidad. Protección integral de los ancianos y su inserción social y cultural, procurando el desarrollo de tareas de creación libre, de realización personal y de servicio a la comunidad.”

texto analizado es el de “Reglamento para el Ingreso y Permanencia de Ancianos en Hogares dependientes del Ministerio de Gobierno y Justicia”, aunque mas adelante el mismo texto reconoce que dependen para la época de la redacción de la Subsecretaria de Acción Social.

El Capítulo sobre los Derechos de los residentes, se completa con la descripción de las obligaciones de los adultos mayores alojados en el Hogar de Ancianos donde queden internados. Se hace énfasis en la buena conducta, en acatar las disposiciones reglamentarias, *ser respetuosos, no tomar alcohol, no provocar discusiones, “someterse” a exámenes periódicos y tratamientos de “saneamiento”, cuando el encargado lo disponga.*

El Reglamento también habla de las conductas que deben primar con respecto a la higiene, *“cooperar en la limpieza, cumplir con las regulaciones de horarios, no realizar proselitismo político o gremial o “racial”, y declarar al ingresar los valores que dispone, bajo acuse de recibo por parte del encargado”.* Vemos de nuevo que las disposiciones con respecto a las obligaciones marcan una cierta lógica del control de cuerpos, de vigilancia, que vulneran también los derechos de los ancianos.

Las prohibiciones aparecen como funcionales al desempeño y prestación que se espera de la Institución Hogar de Ancianos: un anciano estático, con poca proyección personal, con un amplio poder de sometimiento y de despersonalización por parte del funcionamiento de la Institución Total, en donde la buena conducta prima sobre la posibilidad del disenso, de tener ideas políticas o gremiales, de oponerse a la realización de estudios invasivos corporales: el orden y la armonía como ideal de regulación del comportamiento humano, el Hogar de Ancianos “jardín de infantes”, en donde el vieja/o debe contentarse con poder tener techo y comida, y cualquier proyección personal, puede ser vivida como peligrosa.

Incluso la posibilidad de amar, dimensión fundamental del ser humano, no se menciona en la redacción del texto. No solo en el plano sentimental o de formar pareja, sino también en la voluntad del adulto mayor de construir

vínculos con sus familias y amistades. El amar, queda entonces sin espacio, siempre será bajo la mirada de los otros si llegara a ocurrir y expuesto sin privacidad. Los estereotipos sobre la sexualidad y la vejez harán el resto: el viejo verde, el viejo degenerado o puerco, la vieja “calentona”, antigua dama indigna, por intentar amar o tener una relación sexual, restringirán su elección, a un ámbito vergonzoso y prohibido.



Nos quedamos sin comer pero los gatos comen. Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús. Villa Ángela, Chaco, Argentina. Foto: Roberto Rosenfeld

Hablamos de un adulto mayor, desde la visión reglamentarista, unitario y enajenado de los otros (parientes, amigos, conocidos, apoderados, etc.), que eventualmente aparecerán en el Hogar, cuando se les ocurra y no por voluntad del adulto mayor, como actores de una obra de teatro que cumplen su papel con el anciano y luego desaparecen de cuadro. La acción así se plantea como externa a la voluntad del adulto mayor, el no domina los tiempos, sino que los tiempos son reguladores de su vida: tiempo para comer, tiempo para dormir, tiempo para higienizarse, tiempo para asistir a la iglesia. No hay tiempo para discutir, disentir, decidir sobre su vida, plantearse como salir de esta situación de exclusión que la vida lo ha llevado. Esto en un Hogar de Ancianos, nos dice

la Institución Total, y por ello la sociedad ha cumplido con su rol de inclusora: tendrá que quedarse tranquilo y contento por lo que el Estado le concedió al ser “beneficiario” de las políticas sociales, sino se lo podrá echar y no va a tener donde “caerse muerto”, frase muy común entre los ancianos institucionalizados y el personal que se desempeña en el Hogar de Ancianos que nos habla de la intencionalidad del discurso del texto del Reglamento objeto de análisis.

Esta impresión es reforzada en el Capítulo III, que trata según su título sobre “Disposiciones Internas Ampliatorias”. Aquí se detallan una serie de informaciones que el anciano debe brindar al responsable institucional una vez ingresado, desde sus datos de identidad, que puede realizar dentro del Hogar, hasta obra social y religión que profesa.

En la misma definición de las condiciones de ingreso institucionales, hay una previa que ya ha permitido recolectar los datos que el anciano o su familia han brindado al equipo técnico asistencial social. Pero el carácter controlador nuevamente se pone de manifiesto en el diseño del Reglamento: el anciano ingresa y debe enfrentar una serie de preguntas, que en realidad ya ha cumplido en su respuesta, pero que lo colocan en una relación asimétrica, de *ablande* en cuanto al poder institucional.

Hablamos de ancianos, con pérdida de autonomía, excluidos por uno u otro motivo, con diversos grados de fragilidad psicofísica, en donde la redacción del texto los coloca en la situación del “deber”: al ingresar “deberá” tal cosa y tal otra, sin tiempos de adaptación personal, un farrago de información probablemente ya disponible por la dirección, pero que se replica con el objeto de hacer sentir el peso institucional sobre él: nosotros somos los que mandamos sobre su vida, nos interesa saber sus ingresos, que cosas tiene, que religión profesa, que profesión tenía para eventualmente aprovechar su capacidad. La obligación de tener que cumplir con todo ello está detallado en el artículo 17º del Reglamento, debiendo firmar la conformidad en un plazo no mayor de veinticuatro horas, caso contrario se lo podrá echar.



Las ancianas descansan, o están aburridas...Se observa la ausencia de efectos personales, solo un termo. Hogar de Ancianos Colonia Baranda, Colonia Baranda, Chaco, Argentina. Foto: Roberto Rosenfeld.

Un tema clave que debería haber sido puntualizado por escrito en la redacción del Reglamento y que marca el carácter controlador del mismo, es la falta de la figura del consentimiento informado. No se habla de la lectura previa al ingreso por parte del adulto mayor del “contrato” que supone el Reglamento, de la posibilidad de disentir en algún punto del mismo, o marcar algún tipo de reserva con respecto a sus disposiciones. Todo funciona como un juego de tiempos, en cuanto a la desesperación del anciano o su grupo conviviente para ingresar institucionalmente. No se debe preguntar demasiado y todo que este bien. Cualquier recorte de derechos será tolerado y soportado una vez ingresado, como el “costo” que obliga a la internación en este tipo de instituciones.

El artículo 18, de este Capítulo III, nos lleva otra vez por el camino del control de cuerpos y voluntades, el tener cuidado con el objeto viejo- anciano que puede estar enfermo: otra vez se remarca a la obligatoriedad de “someterse” al examen médico y psicológico al ingreso. El ideal del anciano sano que va a necesitar ser residente del Hogar, sin enfermedades y sin

psicopatologías, que desea residir en una Institución Total por propia voluntad y alegremente. El enfermo, el decrepito, el loco así quedan excluidos del diseño institucional: no son sujeto de derecho y no son los que la institución está dispuesta a albergar: que vayan a otro lado: “nosotros no estamos habilitados para tenerlos, no los queremos”, parece que expresa el sentido del texto, que en realidad se inscribe dentro de la mirada benefactora mas que de derechos.

A partir del artículo N° 19, se hace referencia a los bienes y administración de los valores que traen los adultos mayores al ingresar a la Institución. Se detalla entre otras, el registro de los bienes del anciano al ingresar, un especie de testamento sobre el destino de sus bienes en caso de fallecimiento, disposiciones sobre inventariar los bienes si quedaran para la institución y la mención que otro interno no puede administrar los bienes de otro adulto mayor y que la Dirección no se responsabiliza de los bienes no confiados a su custodia.

Aunque el detalle aparece como correcto en una primera impresión, se producen inconsistencias en cuanto al avance de la población beneficiaria de jubilaciones en Argentina, desde la fecha de redacción del documento, como se ha señalado con anterioridad. Hay que tener en cuenta que el Reglamento data del año 1982, donde imperaban políticas socioeconómicas neoliberales que marcaron el carácter de exclusión del mismo, y donde todavía no existían en Argentina las posibilidades de jubilarse sin aportes: los que si tenían jubilaciones, el monto de las mismas era ínfimo, convirtiendo a los ancianos en pobres en el mejor de los casos, indigentes o excluidos del sistema en la peor posibilidad.

Esta cuestión de poseer todos los adultos mayores haberes jubilatorios ha provocado en la actualidad, el aumento de la cantidad de bienes y efectivo circulante dentro de la Institución, en este caso no solo la estudiada en este análisis, sino en todas las Residencias y Hogares de Internación de la provincia y seguramente del país, provocando múltiples dificultades en la administración y seguimiento del destino que los propios adultos mayores realizan con su dinero.

Muchos ancianos cobran su jubilación pero por su fragilidad y pérdida de autonomía, no tienen demasiada conciencia sobre el destino de sus ingresos, administrados en estos casos por familiares, vecinos o cuidadores, quedando una zona gris sobre el destino de los mismos en cuanto a que la inversión no se produce en realidad, en bienes hacia el interesado, derivándose en beneficio de terceros, sin darle al adulto mayor que cobra, generador del recurso la prestación que se merece y/o los bienes que podría adquirir.

Aunque cobren su jubilación, no podrán exigir y complacer sus gustos, ya que la Institución Total Hogar de Ancianos definirá que se compra y cuanto se gasta, aprovechando la dificultad en la accesibilidad que los ancianos tienen hacia el mundo exterior: el mercado es mediatizado por el personal de la institución, sus amigos, sus redes de apoyo o por otros ancianos que mediatizan el dinero. Con este proceso, le reducen el valor de compra al adulto mayor: le mienten, le cobran “peaje” en su compra, y finalmente este no sabrá en realidad cuanto cuesta cada artículo.

El Capítulo III del Reglamento institucional, también hace referencia a las comodidades dentro de las habitaciones y las prohibiciones de lo que se puede hacer o no dentro de ellas: no consumir alcohol, no tener armas de fuego, calentadores, elementos cortantes, etc. En su punto d) se menciona la temática de fundamental importancia, que hace a las “Relaciones entre Residentes y de estos con el Personal” y que define en gran medida la constitución de las Instituciones de Internación para adultos mayores, como Instituciones Totales. En el Reglamento se establece que las relaciones deben ser “*respetuosas, prudentes y armoniosas*”, para concentrarse en realidad sobre las normas que regularán las salidas de los ancianos y de las visitas que puedan recibir.

Así de seis ítems que compone el articulado del título de referencia, solo uno se refiere propiamente a las relaciones intrainstitucionales personal-adultos mayores, y los otros cinco son reguladores de las salidas, características y sus tiempos. Se considera en ellos entre otros aspectos falta grave el regresar en

estado de ebriedad, motivo de expulsión de la Institución. También se establece la obligatoriedad de marcación, registro y autorización de las salidas por parte del Director Institucional: cualquier movimiento del anciano así deberá quedar registrado por escrito y ser autorizado.

En el inciso f) hay una serie de consideraciones en cuanto a la higiene personal y en el g) consideraciones sobre el servicio de comidas. Las recomendaciones de los mismos parecen razonables y correctas, aunque el análisis específico de las mismas se realizará más adelante desde otra dimensión, ya que son esenciales en el dominio territorial de los ancianos alojados, el personal, y la dirección institucional. Tanto la higiene institucional de los adultos mayores, como los espacios y tiempo de comidas, marcan los procesos, los tiempos, los vínculos intrainstitucionales y definen las relaciones de poder que se establecen en cualquier institución total. También son indicadores de negligencia, abandono o abuso psicológico en el cuidado de los adultos mayores institucionalizados.

El inciso h) que se dedica en tres artículos a las “actividades recreativas y ocupaciones” y es el único que marca en cierto sentido, alguna dimensión del desarrollo humano, en cuanto a la proactividad de generación de capacidades y agencia, aunque no expresado literalmente en estos términos. Se alude al “buen” uso del tiempo libre, ya marcando de nuevo alguna consideración sobre lo que deberíamos entender por “mal uso”, entendiendo que en realidad apunta a lo malo que no es funcional para el desenvolvimiento institucional y no a consideraciones que hacen a la maldad, o una figura penal.

Se presenta otra vez, un recorte funcional, una regulación de control en el artículo N° 45, del Capítulo III, que hace referencia a lo que un anciano desearía hacer y las recomendaciones que el médico pudiera realizar. Sin embargo no se indican los mecanismos de consentimiento adecuados sobre la información de devolución al propio anciano y su deseo de cumplir o no con dichas sugerencias.

En cuanto al posible egreso Institucional reglamentado en el inciso i) no se observan inconsistencias en cuanto a la redacción sobre dicha posibilidad de los adultos mayores institucionalizados. Los puntos articulados se plantean como considerados y respetuosos de las garantías constitucionales de libertad de circulación, aunque en cierto sentido se contradicen con otros artículos que marcan el control reglamentarista sobre las salidas de los ancianos institucionalizados.



La accesibilidad al jardín y la discapacidad. Hogar de Ancianos de Colonia Baranda. Colonia Baranda, Chaco, Argentina. *Foto: Roberto Rosenfeld.*

El Capítulo IV se refiere a los Servicios Institucionales que se brindan dentro de la institución. Se caracterizan tres grandes grupos: a) los servicios médicos, b) los servicios sociales, y c) los servicios religiosos.

En los servicios médicos, se plantea la asistencia médica interna a los ancianos residentes, que en realidad marca alguna contradicción con la figura que califica la función de los Hogares de Ancianos, que definen su prestación en la función de residencia o alojamiento. También se menciona el derecho a recibir la atención médica por sus obras sociales, en cuanto a la cobertura

propia de cada red mutual y se señala la obligatoriedad de “someterse” al examen médico con fines preventivos o curativos (art. 53), pero como sucede en toda la redacción sin la figura del consentimiento informado, prevista en las leyes de acceso a la salud nacionales y provinciales.

El apartado b) establece la función del Servicio Social. Habla de la atención de los problemas individuales de los residentes, teniendo como uno de sus objetivos, *“el bienestar de los mismos, creando un especial nexo entre el encargado y los internos y de estos con el medio exterior”*, según las propias palabras utilizadas en el texto. El condicionamiento al vínculo con el mundo de los otros está presente nuevamente: el no hablar con los “otros” sobre lo que les pasa a los adultos mayores internados, sino que debe ser solo mediatizado por el asistente social y tratar de resolverlo entrecasa con el Director del establecimiento. El anciano en lo posible quedará quieto, dentro de la Institución y las demandas se harán solo internamente evitando el acceso a otros servicios: la escucha queda mediatizada y limitada al entorno institucional, no trasciende hacia el afuera por voz del propio anciano.

En el Capítulo VI de la presente tesis de investigación, se observará con mayor claridad la fragilidad de las redes de apoyo social de los adultos mayores residentes, esta constitución casi general de vulnerabilidad de las mismas que condiciona al residente en sus movimientos hacia el afuera institucional: su mundo es el mundo del Hogar, el afuera es extraño y peligroso y así lo perciben casi todos sus vínculos en menor o mayor medida, sinergizando el temor hacia el mundo exterior de los otros no-viejos o según los residentes “viejos con plata”.

Finaliza el Reglamento con el apartado c) que considera los Servicios Religiosos dentro de la institución, limitando los realizados institucionalmente a la *“religión católica, apostólica, romana”* sin posibilidad que los cultos evangélicos, de los pueblos originarios, judíos o musulmanes en principio tengan acceso a nivel institucional. De hecho y como paradoja, en el Hogar de Ancianos sujeto de este análisis, participan los cultos evangélicos activamente, más allá de la letra del Reglamento.

Este artículo del Reglamento habla dentro de la modalidad de servicios religiosos, sobre la asistencia voluntaria a dichos cultos, cosa que en realidad no sucede, ya que cada iglesia “acapara” el mayor número de adultos mayores dentro de su ceremonia, aprovechando el carácter de interno y con un sentido de individuos definido por la mayoría de los cultos religiosos como ciudadanos propiedad de la beneficencia y no ciudadanos de derecho. Una regulación más fuerte se hace necesaria, para no saturar al anciano con un exceso de ceremonias religiosas, sin voluntad él mismo de participar realmente.

A modo de síntesis se exponen las fortalezas y debilidades que presenta el Reglamento en su redacción y ejecución. Seguramente la lista es más extensa, y no tan lineal ya que la estructura organizacional en realidad “juega” con las dos instancias, utilizando las zonas de incertidumbre, acomodando las reglas y desarrollos a la conveniencia de la Institución Total.

3. Las Fortalezas

- Hay alguna estructura de registro de la documentación personal del adulto mayor cuando ingresa y permanece en el Hogar.
- Se le garantiza al anciano los servicios socio-sanitarios que él no pueda obtener por sus propios medios.
- Preserva derechos básicos de asistencia socio- alimentaria y de alojamiento.
- Reglamenta ciertas normas de convivencia intrasistitucional.

4. Las Debilidades

Del análisis del texto se destaca que las sucesivas administraciones provinciales, no lograron actualizar el mismo desde el enfoque de DDHH, y

plasmar la misión y la visión del conjunto de Hogares y Residencias de internación de adultos mayores. Como consecuencia de ello cada una actúa en la actualidad mas allá de la norma escrita, de acuerdo al juicio de valor previo, que podría tener el Intendente de cada ciudad, o la Secretaria de Desarrollo Social de la cual depende cada Institución o de la ONG administradora de los fondos de ración o del propio director de cada Institución. No hay un plan común y la posibilidad de planificar estratégicamente con metas a lograr, aparece muy difícil de consensuar, más allá de buenas intenciones.

El Reglamento de funcionamiento de los Hogares, tampoco es conocido por el personal que se desempeña en los mismos (75% desconoce que existe⁵³). Se ha realizado una publicación del mismo en el año 2005 con circulación restringida, y donde no se indica que deba ser leído por el personal, o por los propios adultos mayores alojados, sino que aparentemente queda a disposición del Director. El análisis que realiza este trabajo ha podido verificar la coexistencia de posiciones antagónicas en la redacción del Reglamento, desde las características de privilegiar el control y exclusión, hasta el plantear problemas relacionados con la equidad y el respeto por los derechos humanos sin mencionarlos. Ni hablar de plantear conceptos relacionados a la eficacia, eficiencia o efectividad de los procesos intrainstitucionales que hagan al desenvolvimiento institucional. La estructura global de la Institución está montada en función del personal y no en función de los residentes y sus requerimientos, desde las propias inercias organizacionales asimiladas y perfeccionadas en su sentido controlador por más de 25 años de funcionamiento del Hogar.

Como asignaturas pendientes a incluir en el articulado del Reglamento se señala que no hay menciones explícitas al derecho a intimidad y confidencialidad de los datos, amparados por nuestra Constitución, especialmente al uso de imágenes de los propios adultos mayores sin consentimiento, tanto por visitas o personal. No esta reglamentado la prohibición de difundir esas imágenes por multimedia (Ej. You tube).

⁵³ Relevamiento Propio. Año 2011



Ancianos reunidos en el comedor para una actividad en forma obligatoria, el sacerdote esta al frente de ellos. Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús. Villa Ángela, Chaco, Argentina. Foto: Roberto Rosenfeld.

Tampoco esta considerado dentro del Reglamento, el consentimiento del adulto mayor de recibir determinadas visitas, ya sean familiares o no. La confidencialidad de los datos albergados en la Institución sobre cada interno (informes médicos, psicológicos, asistenciales, análisis clínicos, pedidos judiciales o de entes públicos y/o privados, etc.) y no hay una sola mención en cuanto al manejo de los mismos.

No están reglamentadas las materias básicas que hacen a la dinámica institucional cotidiana que deberían estar escritas para una mejor atención de los ancianos alojados, esto es menciones a la circulación de la sexualidad dentro del Hogar, y lugares destinados para la eventualidad de querer mantenerlas.

Muchas de las normas del Reglamento que rigen en las Residencias y Hogares son para “proteger” a los ancianos de las carencias inherentes a su vejez: las habitaciones no tienen llave para que no se encierren allí; no se les

permite tener provisiones para que coman bien a sus horas y no desordenadamente, no se les permite salir solos para no sufrir accidentes, cuando salen llevan poco dinero para que no se lo roben o no lo malgasten, se les disuade de acudir al médico porque son maniáticos de sus achaques (incurables), etc. Los directores y cuidadores de las residencias establecen estas normas porque se declaran responsables, ante las familias y ante las autoridades, de la vida y del bienestar de los adultos mayores residentes. Una lectura más sutil de todo esto nos sugiere que una función latente de las normas es reducir al mínimo la incertidumbre de la conducta de las personas que conviven en grupo.

La resistencia al Reglamento no puede ser muy fuerte en el caso de los ancianos institucionalizados, sus posibilidades de cuestionarlo son escasas y dependen de su indefensión y de su estado de salud. El *staff*, por tanto, goza de una inmunidad casi total a la hora de imponer y de exigir la aplicación del Reglamento.

Goffman (1996) entronca con esta misma conclusión al abordar el estudio del yo desde el ángulo de la institución centrándose en los aspectos *morales* del “currículum” de la persona internada. Analiza el ciclo de modificaciones que se producen en la personalidad del interno, por el hecho de “hacer allí carrera” y también en las modificaciones del sistema de representación por el que toma “conciencia de sí mismo y de los otros”, una vez ingresado en la Institución Total. Proceso que en definitiva domestica la conciencia del adulto mayor, quitándole casi toda proyección de si mismo y de posibilidad de trascender en una elección propia.

CAPITULO IV

Entrevistas al Personal e Informantes Claves

Cual es la mirada del personal que trabaja con adultos mayores gran parte de su vida diaria, es otro de los puntos en que se ha centrado esta tesina, que permitió comprender las situaciones que hacen a la mirada prejuiciosa y estigmatizadora sobre el viejo. También posibilitó realizar un análisis sobre la contingencia de que se produzcan situaciones de abuso, maltrato y/o negligencia hacia los residentes alojados en el Hogar, por acción, por omisión, por aplicación del Reglamento Institucional, o por desconocerlo.

Iniciamos presentando el relato de Rubén, personal que trabaja hace más de 20 años en la Institución:

“Me gusta trabajar en el Hogar, creo que es el mejor lugar de la Municipalidad, aunque antes se lo usaba como lugar de castigo para los empleados que se mandaban alguna cagada, o que tenían otro partido político al que gobernaba. Claro, cambiar pañales, estar con la mierda y la enfermedad, o tocar y bañar cuerpos desnudos no le gusta a casi nadie, les da a muchos de los que pasaron por acá asco y repugnancia. Pero como te digo, yo no me quejo, nos complementamos con las empleadas, en los horarios algunos días bañamos, otros hacemos la limpieza profunda, otro día limpieza de baños. Antes era un desastre todo abandonado, ahora mejoró muchísimo la atención. Antes se les pegaba mucho hace años, ahora ya no, lo que pasa que a veces te tocan con la mierda o el orín y te da un poco de bronca. También son muy desbocados con las mujeres y les dicen muchas guarangadas, pero las mujeres se la bancan⁵⁴, saben que nadie les va a creer, y pueden perder el trabajo”.

⁵⁴ Toleran.

María, otra empleada encargada del sector cocina complementa el testimonio de Rubén desde otra posición pero mirada similar expresando:

"Hace años que trabajo en la cocina, antes era mucama, pero como estoy un poco vieja para levantar el peso de los abuelos postrados el Director me mando a que cocine. En realidad es más tranquilo, aunque hay que estar mucho tiempo parada. Preparo el desayuno que es o mate o chocolate con leche con pan y luego el almuerzo que es sopa que les encanta guiso o estofado como comidas que más les gustan y fruta. No les damos cuchillos porque está prohibido, porque cuando toman vino a veces se pelean y se quieren hincar. Sabès que los medios siempre quieren hacer escándalo con esas cosas, y siempre se hablo mal del Hogar por más bien que esté. La gente tiene instalado que se los mata de hambre, que se les pega, que se los trata mal, y es toda mentira. Esos que hablan nunca vienen a darle siquiera una galletita a un viejo. Yo siempre mantengo la distancia con ellos, mas ahora que todos tienen dinero de su jubilación, siempre te tiran onda para tener relaciones o tocarte, que te van a dar \$20.- o \$30.-, pero creo que en realidad ni se les para. Yo no agarro pero otras no les da asco y les sacan un poco la plata. El jefe aunque sabe, pienso que se hace el boludo y no se mete, alguna vez dijo que si es algo que se ponen de acuerdo está bien, pero algunas se aprovechan demasiado".

Vemos en estos dos relatos, como se plantea el atravesamiento de la vejez en el Hogar de Ancianos, que determina las relaciones y las prácticas de cuidado, compartiendo ambos la mirada prejuiciosa hacia su objeto de trabajo. Mirada no necesariamente estigmatizadora, es decir con un matiz negativo aunque si cargada de prejuicios. Es desvalorizadora en cuanto a colocar al "otro" atendido demandante, en condición de "objeto" con el cual trabajan, valorándolo en la mayoría de los casos (75%)⁵⁵ solo como posibilitador o fuente de trabajo. En los dos testimonios no hay menciones a conocer o trabajar desde lo que marca el reglamento: las acciones son las adecuadas porque las rutinas

⁵⁵ Estadísticas de la presente investigación.

ya han prefijado que ese comportamiento laboral está bien, y se va pasando a las futuras generaciones de trabajadores.

Al respecto el testimonio de Estela es significativo:

“Acá todos se quejan de los viejos, que son como los chicos, que hay que cambiarlos a cada rato, que te sentás a tomar mate y ya te está llamando otro para que lo lleves al baño, o que tiene hambre. Pero la realidad que son nuestra fuente de trabajo: si no hay abuelos el Hogar se cierra y estamos jodidos. Por eso siempre es bueno que se renueven los viejos, y si entra alguno medio loco mejor, porque ese justifica que tengamos que seguir. Es como los presos y los policías: los policías se quejan pero si no hay delincuentes no hay policías, Acá es lo mismo. Tiene que ver la Municipalidad que el trabajo es sacrificado así nos pagan más. Si viene algún funcionario es bueno que vea esta cuestión de la caca, de las escaras, de los locos, para que valoren nuestro trabajo”.

Estela nos habla desde las prácticas de infantilización del adulto mayor, de tratarlo como un niño sin discernimiento, en donde la madre le dice lo que esta bien y lo que esta mal, y por otra parte desde aprovechar las zonas de incertidumbre que genera la practica laboral en beneficio propio: se debe representar una sobreactuación del trabajo para ganar más, ya que el mismo prejuicio social que existe frente a los ancianos atendidos, invisibiliza el Hogar para la comunidad, la Municipalidad y repercute en las condiciones laborales, en sueldos mal pagos o sobrecarga horaria más allá de las posibilidades de cumplir una adecuada atención.

Las representaciones sociales dentro del Hogar de Ancianos, se pueden clasificar en tres tipos de atención práctica hacia el adulto mayor, esto es de sobreprotección, de omisión y de cuidado integral desde lo que se entiende desde el respeto de los derechos humanos de los adultos mayores.

La entrevista con la asistente geriátrica de la Institución nos habla de algunas prácticas sobreprotectoras:

“Cuando ingresa el anciano, tiene que firmar el acta de consentimiento él o su familiar que lo interna y deja su documentación en la dirección para que no se le pierda. Es curioso, pero siempre en las entrevistas de ingreso, donde está el anciano con el familiar, por más que esté en sus cabales el viejo, nos dirigimos automáticamente a la familia, los miramos a ellos y no al anciano: capaz sintamos culpa por la situación, no se recién ahora lo pienso. Deja todos sus objetos personales o de valor, para que no los tenga, y no se le pregunta mucho sobre que le gusta hacer, sino sobre los cuidados que hay que brindarle, medicamentos, historia clínica, enfermedades. Buscamos enfermedad y no buscamos tanto placer. Creo que es una forma de descalificar al otro: yo puedo hacerlo soy joven yo no estoy internado y a vos viejo si te pasa y aguántatela”.

Todo concurre desde la interpretación del testimonio anterior. Los ancianos que viven reclusos en residencias (y tanto más cuanto su estado de salud intensifica su reclusión) acaban por asumir un *status* de persona disminuida; la interiorización correspondiente se traduce en una representación de un “yo” degradado. El lenguaje que se utiliza para dirigirse a algunos ancianos es a este respecto revelador. Hay cuidadores que los llaman por el apellido y los tutean; otros se dirigen a ellos llamándolos “abuelo/abuela”. Y es que, como comenta Goffman (1996), *“no poseen un status suficiente como para merecer las consideraciones de cortesía más elementales; por la misma razón no se molestan en escucharles”.*

Delos testimonios anteriores se puede argüir que el problema más común de los adultos mayores internalizados no es el de la tortura sino el de los malos tratos. En este sentido, se visibilizaron formas específicas de malos tratos a los adultos mayores, que no están dadas en otros grupos vulnerables, como la infantilización, la imposición de pañales, la descalificación permanente, lo que los residentes denominan “las faltas de respeto” y la prohibición de acciones sin motivo con la excusa de seguridad, generando en realidad conductas regresivas hacia la infancia. También las practicas de administrar medicación innecesaria, los acuerdos tácitos entre las familias y el Hogar de

Ancianos para no permitir que los adultos mayores hospedados puedan salir del lugar de residencia, la imposición de horarios de descanso, la falta de acceso a actividades sociales y culturales significativas.

Además se agregan las restricciones a la sexualidad que en los hechos los afectan, las separaciones de hombres y mujeres impidiendo incluso la convivencia de personas casadas durante más de la mitad de su vida, y en el caso de las mujeres adultas mayores, la práctica de internación geriátrica por el mero hecho de su viudez, entre otros.



La discapacidad prevalente en las Instituciones de Internación. Hogar de Ancianos de Colonia Baranda. Colonia Baranda, Chaco, Argentina. Foto: Roberto Rosenfeld.

La entrevista con Rosa, encargada del sector ropería nos habla de estas situaciones:

“Cuando ingresan les sacamos toda la ropa que traen, el reglamento dice que hay que hacer un inventario de los bienes personales, aunque nunca lo hacemos. El abuelo que entra en realidad trae muchas porquerías, cosas que ya no sirven más, la ropa de cuando eran jóvenes y otra toda amojosada. Una latita que guarda de no sé donde y que está prohibida tirar

para él. Nosotros recibimos todo, porque no pueden tener ropa en la pieza, sino después no la quieren dar para lavar. Yo tengo que estar peleando constantemente para que me den las cosas, es una guerra de todos los días, y se enojan muchísimo cuando abrimos los cajones y le sacamos toda la comida podrida que guardan. El Director no quiere que lo hagamos muy seguido, dice que siempre tenemos que dejar un poco de esa mugre, y que es propiedad de los abuelos. La ropa que ingresa la marcamos, antes lo hacíamos del lado de adentro para que no se vea, y se marca para que no se mezcle con otras. Ahora la marcamos del lado de afuera para que no la roben o la vendan por ahí, aunque te parezca mentira, quien se va a poner la ropa de un abuelo todo hecho encima“.

El control, en el testimonio de Rosa, se expresa como un constrictor personal y subjetivo que hace referencia a una actitud o postura de la persona frente a los acontecimientos que le suceden. Sentir que uno controla la situación o que la domina resulta, por una parte, de la experiencia de ser eficiente y competente para ello, postura que devela los relatos del personal. Esto redundaría en una evaluación de las propias capacidades de control. Pero por otra parte, también depende de la naturaleza del fenómeno o suceso a controlar, de qué tipo de reto supone y cómo objetiva uno los medios o la actividad adecuada para dominarlo, como se posiciona con respecto a ese adulto mayor que en el futuro puede ser él. El sentimiento que la persona adquiere de “poder controlar” depende, pues, de una historia de transacciones con el entorno natural y social del Hogar de Ancianos y el desempeño de su actividad por omisión, por sobreprotección o por el respeto hacia los derechos de los ancianos alojados.

Sobre las prácticas de omisión y de sobreprotección, Josefina, empleada del sector costura aporta lo siguiente:

“A mi me da mucha lástima los abuelos, son como chicos, son malos pero tienen la maldad de los chicos, si te lastiman, lo hacen porque no tienen nada de donde agarrarse. A veces las abuelas vienen a coser conmigo les doy aguja, tijeras, la maquina de coser, y aunque la mayoría no

entiende nada, por lo menos se distraen. Una la otra vez se agarro el dedo con la máquina de coser, y tuve un baile, pero por lo menos la hice un rato feliz a la vieja, si hasta se reía! También muchas me ceban mate, van a la cocina a tomar el termo y me hablan todas pavadas y hago que las escucho, pero me ayudan a hacer más llevadero el turno de trabajo”.

Josefina mezcla en su relato las prácticas señaladas y desde esta sobreprotección justifica y alimenta su prejuicio: “*no entienden nada, dicen pavadas*” son frases que sistematizan la mirada hacia el anciano y que buscan anclarse desde la propia estructura del lenguaje, que entrama la realidad laboral con la igualación del anciano con el niño, pero además con el demente senil, con el que no está en sus cabales.

Una cuestión llamativa que casi todo el personal menciona (85%)⁵⁶ es el percibir a la familia de los adultos mayores alojados como enemigos del sistema de internación, proyectado en la figura de los ancianos y su relación con dicho personal institucional. Mercedes, asistente social del Hogar, en su entrevista aporta:

“Vos sabés cuando ingresa el anciano con su familia, los familiares están hechos una seda, demandantes hacia la institución, pidiendo por favor el ingreso, que lo van a visitar al abuelo todos los días, que le van a traer comida, remedios, etc., etc., todo lo que necesite. Eso puede durar un mes en el mejor de los casos, luego las visitas se van espaciando cada vez más, y solo lo hacen o por el llamado del Director, o cuando cobran, o cuando se enferman. Cuando se mueren, incluso los casos que llegan terminales, se vuelven violentos con nosotros, proyectan sus culpas, todo lo que no hicieron en vida con su familiar, lo quieren cumplir a través de nosotros en esta proyección de lo que no hicieron o supieron hacer en la construcción del vínculo con su adulto mayor familiar. Es un momento terrible, feo, hay que pasarlo sin contestar, y muchos con el paso del

⁵⁶ Estadísticas de la presente investigación.

tiempo, vienen y se disculpan de ese momento diciéndonos que era el dolor que los cegó”.

Las prácticas de omisión, también toman relevancia en el diseño organizativo, que supuestamente privilegia algunas prácticas de participación democrática de los adultos mayores institucionalizados, pero que solo son una representación para cumplir con la formalidad impuesta por la Dirección, impuesta a su vez por algún organismo de mayor peso, que debe tener que cumplir algún paso burocrático de presentación de las actas de reunión.

Isabel, asistente geriátrica nos dice:

“De vez en cuando se los junta a los abuelos, para hacer una reunión y que nos digan como están y que quieren. Los genios de la provincia dicen, mira acá lo tengo escrito: se deben generar instancias de vida democrática dentro de la institución, donde exista la posibilidad de que los Ancianos tengan injerencia en las decisiones de la vida institucional (...) la mayoría ni habla en las reuniones, si están dementes, otros piden alguna cosa, alguna mejora en la comida, o alguna actividad que les guste, plantean alguna rencilla con el personal o con otro interno, y la reunión naufraga en nada. Desde que estoy acá siempre lo mismo, ninguna propuesta, una pérdida de tiempo. Capaz si estuviera organizado de otra manera funcionaría mejor, pero creo que en realidad están hechas adrede para que no se planteen mejoras, o reclamos y siga todo como está”.

Isabel refleja en su relato el uso de las zonas de incertidumbre, que posibilitan las trampas de la participación. Se realiza lo que manda la organización, pero no se empodera o explica conveniente a los adultos mayores internados el objetivo de la reunión, se prefiere que participen con desinterés y no en forma proactiva y de antemano ya está prefijado el fracaso, el sin sentido de la misma. Lo que digan no es muy importante para la organización, hay que hacer y representar que se hace, pero no para plasmarlo en hechos, sino para demostrar que existen los mecanismos democráticos de participación institucional.

No existe la posibilidad de “contestación” o de rebelión, ya que todo lo que allí se hace es “para bien” del residente. Al llegar aquí, siguiendo el análisis de Goffman (1996) lleva el modelo a sus últimas consecuencias psicosociales, cuando afirma que el internamiento desemboca en una remodelación del yo de tal manera que la persona acaba siendo lo que la institución pide que sea, a través de sus prácticas de vida y aplicaciones reglamentistas y al margen totalmente de su discurso ideológico. La circulación del chisme hacia la figura del que propone cambios, provoca rápidamente un efecto devastador sobre la personalidad del calificado, descalificándolo por cualquier motivo y quedando en ridículo su propuesta “rebelde”.



El anciano, no deja sus cosas en la pieza, para que no se las saquen. Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús. Villa Ángela, Chaco, Argentina. *Foto: Roberto Rosenfeld.*

La entrevista con el Director nos permite abordar otras temáticas que nos acercan a las distintas prácticas institucionales:

”El perfil del anciano que ingresa cambia mucho con el tiempo, antes eran indigentes exclusivamente, cirujas, linyeras, gente sin ingresos económicos, indocumentados, actualmente el anciano que ingresa tiene familia e ingresos, pero dada su condición de fragilidad física o mental, se le hace complicado a la familia tenerlo en la casa y cuidarlo. No es una situación de abandono o falta de cariño familiar, sino que no tienen las herramientas y asistentes necesarios para atenderlo, determinado por asuntos económicos (...) El personal hace bastante por los sueldos que tiene, lo perturban mucho los temas que hacen a la sexualidad, si dejarlos masturbarlos –algunos lo hacen compulsivamente- o dejarlos que tengan relaciones, incluso hemos tenido casos de zoofilia. En realidad no hay ninguna regulación o reglamento al respecto, y aunque se hace la vista gorda, son asuntos mal vistos por la comunidad, que piensa que los viejos son asexuados (...) La relación con las familias también es complicada, en el sentido de la distancia que toman con el anciano familiar internado, y siempre demandante hacia el personal, queriendo que hagan, lo que ellos no hicieron en vida. Un clásico es que la familia no quiere que el anciano familiar, se comunique demasiado con ellos, que no vaya a su casa por voluntad propia: ellos lo pueden llevar, pero el viejo no puede ir por su propia voluntad, y en lo posible que ni llame por teléfono(...)El trato del personal con los adultos mayores es bueno, aunque en realidad es bastante impersonal, se estila el venga, vaya, querido, padre, madre, abuelo, con un efecto en realidad de plantear la asimetría del poder de la relación con el otro a través de la despersonalización del trato. Todos son padres y abuelos, llamarlo por el nombre pocas veces”.

Aunque el testimonio del Director, tiene más claridad en cuanto al sentido de la atención hacia el adulto mayor, en el relato se nota las tensiones del discurso, en cuanto a justificar la atención desde un reglamento que no aporta sentido a la misión institucional. También los problemas que le ocasiona en su trabajo el depender casi permanentemente de su propio juicio de valor,

para resolver situaciones que hacen a la evolución institucional, entre ellas las vicisitudes en el dialogo con las familias, sobre esta cuestión de internar al anciano en el Hogar y que las molesten lo menos posibles en los problemas que hacen al cuidado del anciano.

En cuanto al sentido de lo que entiende el personal del Hogar de ser viejo, el a priori que condiciona su juicio de valor con respecto a los adultos mayores residentes expresado en porcentajes de respuestas mostró lo siguiente:

- El 40% lo define como una etapa de deterioro físico y mental, 34% como incapaces que hay que ayudar.
- El 75% los define como nuestra fuente de trabajo.
- El 45% expreso “son como nosotros pero no tienen familia que los asista”.

Ninguno entendió la vejez en un sentido de proactividad o de un par igual que ellos.

Otros prejuicios que tuvieron frecuencia destacada en los relatos de los entrevistados fueron:

- Están todos enfermos. (94%)
- Son como chicos. (90%)
- No quieren hacer nada. (87%)
- Son todos degenerados sexualmente. (80%)
- La vejez es estar enfermo. (75%)
- Les gusta estar solos. (75%)
- No les gusta bañarse. (70%)

- Las familias los tiraron en el Hogar por malos. (60%)
- Gastan la plata en juego y putas. (55%)
- Se hacen los enfermos. (45%)
- Si hablan mucho del pasado es que están dementes. (40%)
- Lo viejo se relaciona con lo feo. (38%)
- No se puede aprender cuando uno es viejo. (23%)
- No tienen sexualidad. (10%)



Anciana con apretón de dedos en el brazo. Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús. Villa Ángela, Chaco, Argentina. *Foto: Roberto Rosenfeld.*

Otro actor de relevancia dentro de los procesos institucionales del Hogar son los grupos familiares. Como construyen las familias de los ancianos el vínculo de esta relación con los otros actores que participan en el Hogar de Ancianos, se ejemplifica con algunos testimonios.

La Sra. F.G, es familiar de uno de los adultos mayores residente del Hogar, el Sr. H, a quien ha internado hace aproximadamente 4 años. Se encuentra en una posición económica de nivel medio bajo y tiene casa propia, pareja y tres hijos, dos convivientes todavía en su domicilio. Ella expresa:

”Tomé la decisión de internar a mi papá después de muchas vueltas y pensar mucho. El viejo se había puesto insoportable, vivía conmigo y ninguno de mis hermanos se quería hacer cargo: todo yo tenía que hacer. Primero mi papá vivía solo en una pieza que alquilaba, después se junto con una loca que le sacaba toda la plata, lo emborrachaba a propósito y lo tenía en pelotas, hasta que yo dije basta: después de la tercera internación que casi se muere, la última todo desnutrido, con piojos una mugre era. Lo llevé a mi casa pensando que iba a estar bien, y empezó a pelear con mi esposo y con mis hijos, que él era el que ponía todo con su jubilación, que mi esposo era un vago, que mis hijos no servían para nada, y me cansé, Lo hablamos con mi familia y decidimos llevarlo al Hogar con mucho dolor. El viejo se puso como loco, luego se abueno unos días, era una seda, pero la decisión ya estaba tomada. En el Hogar lo cuidan bastante, de vez en cuando voy a verlo, pero no hablamos de lo que pasó, creo que siente vergüenza y culpa. Yo quiero que esté tranquilo y yo también estar tranquila”.

El testimonio de F.G. nos habla de una trama muy compleja de relaciones, en donde su padre, quien pasa a cobrar una jubilación anticipada, comienza una relación de pareja con una persona mucho menor que él, que desbarranca su vida y resiente toda la estructura familiar directa con la que siempre se había llevado bien y era continente. El Hogar de Ancianos pasa a ser y es vivido como una solución, “un parche” en realidad en la vida de esta familia que aun hoy no puede elaborar el duelo de esta situación padecida y vive el ingreso institucional con culpa.

T.T es hijo del Sr. B, anciano con discapacidad motriz y deterioro cognitivo. Su relato nos dice:

“Yo lo quiero mucho a mi viejo, tiene 74 años. La verdad siempre fue laborante y se empezó a venir abajo de a poco, hace un par de años. Ellos se llevaban bien (con la madre y la esposa) pero el tuvo un pico de presión quedó postrado no podía mover ni media res (medio cuerpo), y mi vieja se

fue desgastando con el cuidado que le llevaba, que bañarlo, que cambiarle el pañal, que darle de comer en la boca, y la fue desgastando hasta que ella también se enfermó, le agarró también presión y murió rápido. Lo tuvimos que llevar a papá a casa, ya que no me daba el cuero para pagar cuidadora, y hacer todo nosotros con mi señora. Ella se puso el trabajo al hombro con todo, pero la pareja empezó a venirse abajo, ya ni relaciones (sexuales) teníamos. Yo sentía mucha culpa por mi señora, aunque ella no me decía nada, y como el viejo no entendía mucho, sin discutirlo demasiado lo llevamos al Hogar. Mis hermanos estuvieron de acuerdo, firmaron el consentimiento, y hasta el día de hoy está allá. Ojalá nadie tuviera que pasar lo que pasé yo con mi papá: el tema de las escaras es terrible, el olor a podrido dentro de la casa, el ver que se pudre en vida hace que te quedes sin lágrimas, y el Hogar fue una solución. Lo atienden bien, puede haber algún detalle, pero yo sé que es difícil atender a tantos viejos, todos con sus problemas y mañas. Yo gracias a Dios pude seguir con mi vida y no perdí a mi familia”.

La entrevista con T.T. expresa el dolor del pasado y como articularlo con el presente de uno: los afectos se mezclan y el relato nos muestra un hijo afectuoso, que trata de justificar su amor por su padre desde una historia en donde la ambivalencia está fuertemente presente: lo quiero –dice el hijo- pero hizo que mi mamá se muera; lo quiero pero casi agota a mi pareja; lo quiero pero ya no es mi papá, es un objeto que debo tomar distancia; tiene la forma de mi papá pero ya no me une demasiado el afecto: que otros lo cuiden. Yo hago lo que necesiten para que él esté bien – parece decirnos el relato del hijo-, pero no me obliguen a cuidar su cuerpo, debo pensar en mi futuro y mi familia: él ya no lo es, fué en el pasado pero ahora no.

En los dos relatos se percibe como el Hogar aún con sus limitaciones, analizadas en el relato del personal, se constituye en un actor indispensable en preservar el vínculo familiar y la red de apoyo que aún integran algunos de los ancianos internados. La familia usa la Institución, aunque la vive con mucha distancia. En realidad oculta la internación a terceros para no exponerse a esta decisión que sienten necesaria pero terrible, con culpa por no poder cumplir el

mandato familiar. Para ellos y para el anciano que va a ingresar la frase: “te voy a llevar al Hogar”, sintetiza desamparo y muerte en la construcción prejuiciosa social, el peor lugar para el peor destino.

Concluyendo, en este capítulo se observan distintas prácticas institucionales reflejadas en las entrevistas con el personal, Ellas nos plantean temas violatorios de DDHH, que en realidad no están siquiera tipificadas en el Código Penal, o en el Código de Faltas provincial. Algunas se acercan a figuras de negligencia o de prejuicio bordeando la discriminación si las quisiéramos abordar legalmente desde el ámbito de los derechos humanos, dentro de acciones u omisiones que constituyen formas no constitutivas de delito: algunas planteadas en la Ley Provincial Nº 4175 de Prevención de Violencia Familiar, pero como el mismo nombre de la norma lo dice solo planteadas en el ámbito familiar y no en el Institucional.

Por otra parte, el discurso familiar, que justifica las rutinas del Hogar no las discute y las presenta como necesarias para preservar la continuidad de la historia de vida actual del anciano internado. El discurso nos remite a un adulto mayor que ya fue, aun estando vivo. Nosotros (la familia) si continuamos vivos.

Para la hipótesis planteada en esta tesis los siguientes dos capítulos abordarán la problemática planteada pero desde la propia visión del adulto mayor institucionalizado, en cuanto a su propia percepción sobre si vive situaciones de discriminación, abuso o maltrato.

CAPITULO V.

Características de las Redes de Apoyo Social de los Adultos mayores alojados en el Hogar de Ancianos

1. Características Socioeconómicas y Estructurales de los Adultos Mayores Institucionalizados

A continuación se describen las principales características de las Redes de Apoyo Social (RAS) de los adultos mayores alojados en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús. El total de adultos mayores entrevistados es de 25, de los cuales 11 son mujeres (44%) y 14 hombres (56%).

La población del Hogar, en cuanto a la edad de los Adultos mayores, entrevistados revela que casi la mitad es menor a los 65 años, y el 80% padece algún tipo de dependencia física o mental. Se representa el desagregado por edades en la siguiente tabla.

Tabla3: Edad.

Edad	Cantidad	%
60-65	12	48
66-70	8	32
72- 84	5	20
Total	25	100

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

Desde los antecedentes laborales que permiten acceder a la jubilación, solo dos ancianos han realizado aportes jubilatorios por su trabajo en relación de dependencia. El 100% de los hombres han sido trabajadores rurales relacionados con los procesos de cosecha de algodón u otras, ninguno en tareas calificadas. Ninguna mujer trabajo en algún sistema laboral que le permitiera realizar aportes, todas en tareas rurales y amas de casa.

Respecto al nivel de estudios cursados, la Tabla N° 4 representa la situación de vulnerabilidad social, la construcción de la exclusión y la precarización del trabajo en una historia común a todos los ancianos internos, desde la escasa posibilidad de acceso al estudio que tuvo la población del Hogar. El 84% o es analfabeto o solo completo la escuela primaria.

Tabla 4: Nivel de Estudio Cursados de los Adultos Mayores Internados.

Nivel Estudios	Completo	Incompleto	%
Analfabeto	9	0	36
Primario	6	6	48
Secundario	0	4	16
Universitario	0	0	0
Total	15	10	100

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

La escasa proyección en los estudios, tiene un determinante de importancia en el hecho de que el 100% de los adultos mayores institucionalizados han tenido que trabajar de niños con sus padres en la cosecha, que marca una de las improntas que parece determinar la futura internación en el Hogar de Ancianos.

La siguiente tabla muestra las características de la posesión de vivienda de la población interna en el Hogar. En ello se puede apreciar el predominio de ruralidad de la población, que caracteriza la historia de los internos del Hogar. Un mínimo porcentaje tiene acceso a la vivienda propia (16%): los que calificaron con ella (16%), en la visita realizada a dichas viviendas, el 90% están compuestas por dos piezas, sin agua de red, ni cloacas, ni distribución de gas, con cocinas de leña, con techos de chapa, todas sin revocar.

Tabla 5: Tenencia de la Vivienda de los Adultos Mayores Residentes Entrevistados.

Tenencia de la vivienda	Número	%
Vivía en la calle	3	12
Vivía en el campo como cuidador	10	40
Le prestaban una pieza	3	12
Alquilaba	1	4
Vivienda propia	4	16
Vivienda Familiar	4	16

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

Los procesos productivos de las provincias del noroeste argentino, obligó y obliga a incorporar mano de obra golondrina, debiendo el trabajador rural circular por un gran territorio para aprovechar las épocas de las distintas cosecha. Ello queda representado en el 40% de la población residente en el Hogar que vivió en ranchos en los campos de los patronos, porcentaje que se incrementa con el 12% de ancianos que fue encontrado en situación de calle, pero que en algún momento también vivió en un campo.

1.1. Características estructurales

Se obtuvieron las siguientes tabulaciones en cuanto al tamaño de la RAS, mostrando ciertas particularidades con los trabajos que han estudiado redes con población de adultos mayores que no se encuentran institucionalizados (Arias, 2001), en particular la dimensión y calidad de la Red. Cantidad casi siempre mayor en los ancianos que no están institucionalizados, aunque no constituyan garantía de eficacia y eficiencia en la resolución de las demandas del adulto mayor.

La tabla muestra que el promedio del tamaño de la Red de Apoyo Social de los adultos mayores entrevistados es de 4.5 integrantes. La mayor frecuencia corresponde a la franja de vínculos de 1 a 3 miembros.

Tabla 6: Distribución de los Vínculos que Conforman la Red de Apoyo Social de los Adultos Mayores Internados Entrevistados.

Cantidad de vínculos que conforman la red	Número	%
Ninguno	0	0
1 a 3	13	52
4 a 7	7	28
8 a 10	3	12
De 11 a 13	1	4
Mas de 13	1	4
Total	25	100

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

En cuanto a la construcción de vínculos, es importante destacar que todos los ancianos señalan alguna relación aunque sea muy débil y casi siempre con algún personal de la Institución. Las relaciones comunitarias fuera de la Institución son escasas, concentrándose en la atención médica, en la internación en un centro de salud, o eventualmente ir al Centro de Jubilados, a retirar el bolsín de mercadería.



Anciana acompañada por su cuidadora, los desniveles del piso de fondo. Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús. Villa Ángela, Chaco, Argentina. Foto: Roberto Rosenfeld.

No hay Redes de Apoyo en cuanto a actividades recreativas por fuera de la Institución. Se justifica esta decisión en el discurso de los responsables de la organización, en el gasto que implica el traslado de un adulto mayor, que contempla además del transporte, los acompañantes y cuidadores, para resolver cualquier eventualidad que pudiera suceder.

Las redes se graficaron de acuerdo a la cantidad de vínculos que se deducen del relato de los adultos mayores entrevistados, y de acuerdo al modelo de la siguiente figura:

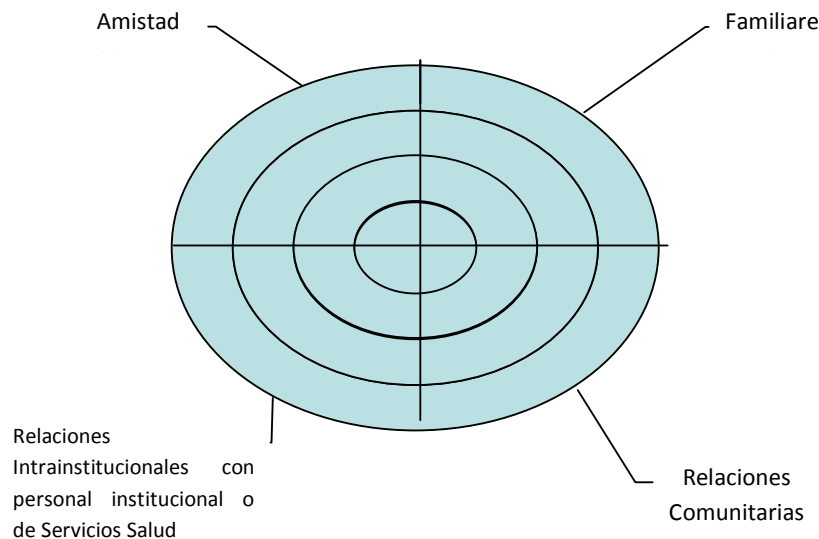


Figura 6: Mapa de la Red de Apoyo Social de los Adultos Mayores Internados en la Institución.

Fuente. Elaboración propia con base en Slutzky, (1990.1996)

En la mayoría de los casos la red se constituye por personal de la Institución, en donde el anciano siente lazos más fuertes, aunque no siempre correspondidos. Este es el caso de Víctor, un anciano de 72 años, que hace doce es residente en el Hogar de Ancianos, sin familiares (lo que el anciano expresa), semidependiente e incontinente, ha construido su Red de Apoyo con algún personal de maestranza de la Institución, los más queridos o más asociados a la resolución rápida de las exigencias que pudiera realizar el

anciano, como el cambiarlo a tiempo, conversarle o cebarle unos mates o realizarle mandados en el exterior con el dinero de su jubilación.

La siguiente figura muestra el mapa de la Red de Apoyo Social de Víctor.

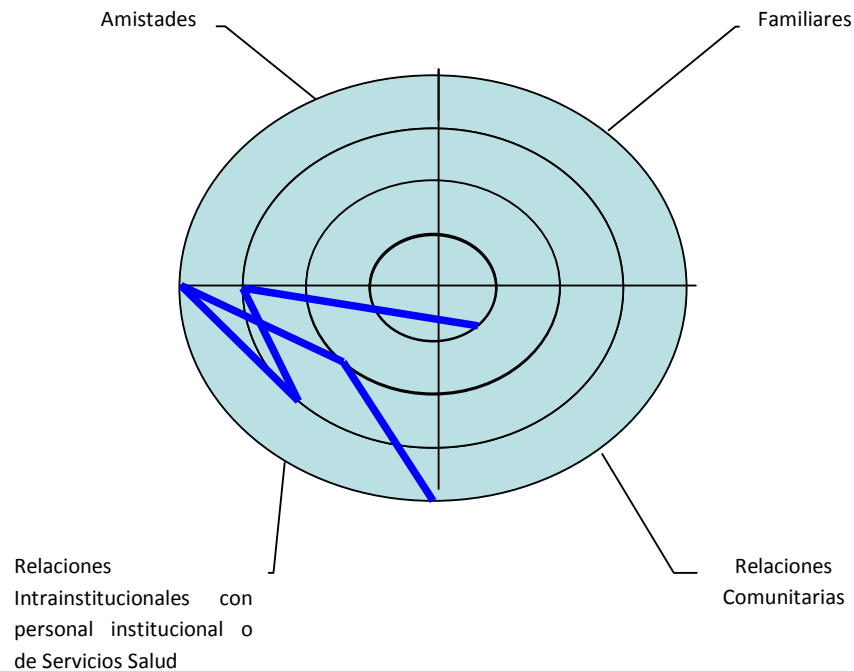


Figura 7. Representación del Mapa de Red de Apoyo Social de Víctor.

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

Víctor no ha construido vínculos con los otros ancianos residentes, observándose con claridad en la graficación que antecede. Son solo compañeros de cuarto en el mejor de los casos, no dándole ningún valor a dichas relaciones. Su médico de cabecera en cambio, se erige en su estructura vincular como alguien medianamente importante aunque comprende que la relación pasa por lo estrictamente profesional. Se visualiza como una Red extremadamente frágil.

El caso de Berta de 74 años, con cinco años de internación, presenta una mayor cantidad de vínculos, que los que tiene Víctor, distribuidos en los cuatro cuadrantes aunque la mayoría débiles, aun los que tiene con sus

familiares más directos, en este caso dos hermanos y dos hijos. Al respecto los hermanos viven en la misma ciudad, pero solo la visitan una vez por mes o llaman por teléfono para ver como está, cumpliendo solo un mayor compromiso cuando enferma. Los hijos viven en otra provincia y una sola vez la han venido a visitar en cinco años, esto por una urgencia médica.

Berta concurre al Centro de Jubilados una vez al mes a retirar su bolsín de mercadería y se queda medio día a conversar con los otros ancianos actividad que le da placer, pero que no siempre es correspondida por los otros. Las conversaciones en realidad giran sobre las vivencias de cada uno, sin importar demasiado lo que cuenta el otro. Su red de apoyo queda representada de la siguiente manera:

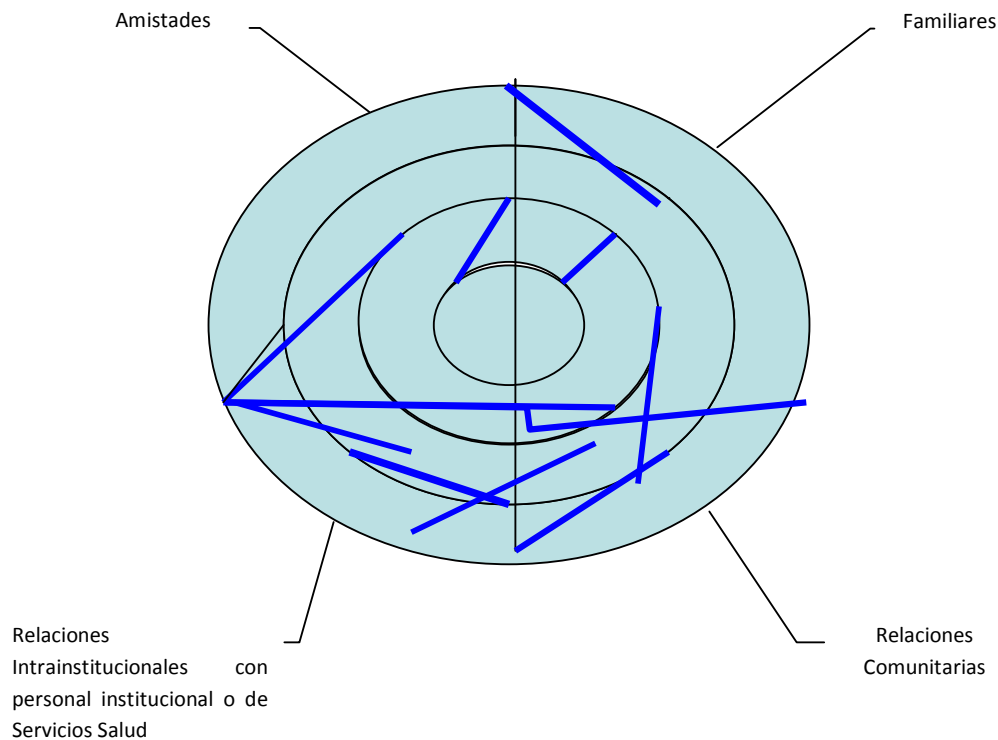


Figura 8: Representación del Mapa de Red de Apoyo Social de Berta.
Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

El personal de la Institución tiene un peso significativo en la Red de Apoyo de la anciana, siendo más importante que en el caso anterior de Víctor,

seguramente por cubrir las demandas directas que hace Berta durante el día y por la simpatía natural que es parte de su personalidad. También ha desarrollado algunos lazos de compañerismo en la escuela para adultos a la que concurre en las instalaciones de la Residencia. Dialoga siempre con cordialidad con sus dos compañeras de cuarto. Es una de las mejores Redes de Apoyo Social, construida por un adulto mayor, dentro del Hogar de Ancianos.

La siguiente gráfica representa el caso de Pablo, un anciano autoválido, que hace siete años se encuentra residiendo en el Hogar. Pablo sale todos los días en su bicicleta al centro de la ciudad a realizar actividades. Cobra jubilación la que gasta en quiniela y sexo fundamentalmente. Tiene varias amistades en la ciudad y sus lazos familiares son muy débiles. El personal también se muestra contenedor pero muy distante, dado su carácter pedigüeño y en cierta medida conflictivo. No participa en actividades en organizaciones de jubilados porque no se siente viejo, aunque tiene 73 años.

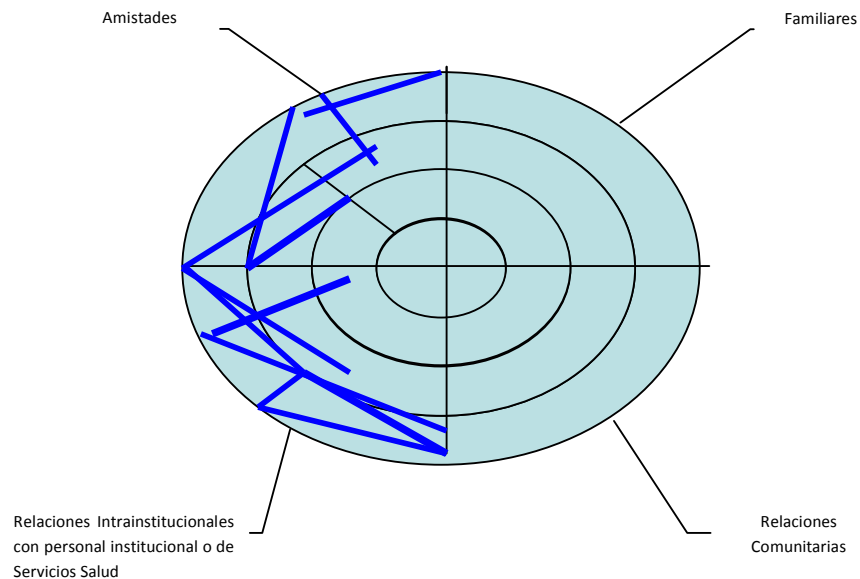


Figura 9: Representación del Mapa de Red de Apoyo Social de Pablo.
Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

En la red de Pablo se observa prevalencia de vínculos en dos cuadrantes, aunque todos con un alto grado de debilidad, hay mucho compañerismo pero poca amistad, y ante situaciones críticas que deba afrontar, seguramente solo darán acompañamiento pero no contención o resolución de problemas. Los mecanismos institucionales del Hogar, cumplirán con su misión, pero sin agregar plus de afectividad y/o intimidad.

El análisis del mapeo de los casos estudiados de los residentes en el Hogar, muestra una constante que es la debilidad de los mismos en todos los cuadrantes. Hay una marcada sectorización de la red; cuando prevalece un cuadrante, los otros se opacan en la función que deben cumplir en el diseño de red. Desde esta consideración el adulto mayor prefiere transitar las relaciones conocidas que le dan seguridad y deja de lado las posibles opciones de los otros cuadrantes.

Tabla 7: Composición por Vínculos Familiares y No Familiares de las Redes de Apoyo Social.

Composición de la red por familiares y no familiares	Número	%
Mayoría de Familiares	4	16
Mayoría de no familiares	10	40
Todos familiares	0	0
Todos no familiares	9	36
Paridad en la relación familiares- no familiares	2	8
Total	25	100

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

Se observa en la tabla anterior que en la mayoría de los casos la Red de Apoyo está constituida por no familiares, es el personal de la Institución el que la compone, siendo expresión común en muchos de los testimonios el “son como mi familia”. Esto no excluye la posibilidad de peleas en forma bastante cotidiana, por motivos de pérdida de objetos que los ancianos consideran valiosos, aunque no especialmente referido al valor en términos económicos sino sentimentales y como estrategia de preservación del territorio o espacio personal íntimo de cada uno de ellos.

Las redes que representan los lazos de amistad están muy devaluadas por lo general, representando en la mayoría de los casos lazos muy frágiles, y constituidos por amistades de la infancia y juventud, o con vecinos de otras épocas.

En cuanto a los vínculos familiares, los mismos casi se centran exclusivamente en hermanos e hijos. Los hermanos prevalecen con el 58% en la composición de la red de vínculos familiares y generalmente son los que rescatan a sus familiares de una relación de abandono, maltrato, abuso o negligencia por parte de sus hijos y/o pareja.

Los lazos con los hijos tienen la particularidad de ser sentidos afectivamente con gran intensidad por los adultos mayores institucionalizados, pero en la realidad reciben muy poco de parte de ellos, presentándose en la mayoría de los casos, respuestas cuando surge un suceso de extrema urgencia. Hay también una denegación en cuanto a que en un 78% de los casos estudiados, el vínculo se construye sobre el ingreso económico o jubilación que percibe el anciano. La relación típica se da en llevarlo a cobrar la jubilación el día que le toca del mes, comprarle alguna chuchería o alimento y llevarse el hijo el grueso del monto cobrado por el anciano hasta el siguiente mes, que se repite la secuencia.

Queda relegada la relación con parejas o concubinos. Estos en la mayoría de los casos han fallecido, o permanecen fuera de la Institución, siendo en realidad los responsables de la internación del adulto mayor. En forma esporádica aparece alguna mención a yernos o nueras, más común es la mención de sobrinos o entenados. No hay casos de consuegro que aparezcan mencionados en ninguna red.

Las redes con vínculos no familiares, muestran una alta prevalencia (40% casos). El 70% de lazos del total del predominio del porcentaje (40%) es con el personal del Hogar, más consolidado hacia el personal de maestranza y

enfermería, para en segundo plano aparecer los equipos técnicos profesionales, que curiosamente presentan más debilidad en el lazo construido. Luego aparece la figura de los médicos de cabecera y por último los amigos. En el 10% de los casos, son amistades externas a la institución. Sentarse a tomar mate, o conversar en la mesa, o interactuar en un juego de cartas, pocas veces ocurre por voluntad propia y con otros ancianos residentes del Hogar. Las amistades con vecinos y docentes de la escuela aparecen en pocos casos, pero con alta constitución en la fortaleza del vínculo.

En la mayoría de los casos los ancianos con alguna patología no establecen vínculos con sus cuidadores especializados. No muestran una red de alta estima en los ancianos que necesitan de ellos, siendo valorados solamente por la ayuda en la resolución de alguna acción, pero no por un lazo afectivo profundo: la relación se establece en 10 ancianos de los 12 que poseen su cuidador como eminentemente transaccional. En este sentido la relación aparece construida con ambivalencia de sentimientos hacia el cuidador y proyección hacia el mismo de las culpas de porque esta postrado y/o del abandono que hizo la familia hacia él: los testimonios relevados apuntan en su mayoría en este sentido en la construcción de la relación.

Los cuidadores también sufren esta situación de desvalor personal, que provoca muchas veces una sobrecarga emocional, por esta ambivalencia en las relaciones con los adultos mayores que se plantea con mecanismos de defensa psicológicos de introyección y disociación muy predominantes en todos los casos de los cuidadores entrevistados.

1.2. Nivel de Distribución de los Vínculos Representada en el Mapa de la Red

Las redes estudiadas dentro de la institución muestran una escasa distribución en la ubicación de los vínculos prevaleciendo los niveles bajo en un 60% y medio con el 32%. En general en las redes no hay demasiados saltos hacia el nivel alto, y solo aparecen referentes en 2 de los 25 casos estudiados

que muestran alguna figura (menos de dos en todos los casos con un alto nivel en la red de distribución.

Tabla8: Nivel de Distribución Total de las Redes de Apoyo Social.

Nivel de distribución Total de las Redes de Apoyo social	Número	%
Bajo	15	60
Medio	8	32
Alto	2	8
Total	25	100

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

Sin embargo el nivel de confianza en estas relaciones de baja intensidad es alto, observándose la particularidad que en las relaciones donde hay lazos afectivos de pareja o sexuales, también se presentan las mismas características, incluso con un muy bajo nivel de interacción.

A continuación se muestran dos ejemplos, que destacan las características prevalentes de las redes.

El caso de Juan Carlos, es el caso de muchos de los internados en el Hogar. Proveniente desde muy joven de una provincia vecina, por problemas laborales, deja a su concubina e hijos y emigra hacia el Chaco, perdiendo todo vínculo con ellos. Trabaja en múltiples obrajes hasta que su estado de salud se lo permite. Es trasladado por su último patrón al hospital por la evolución de su Mal de Chagas. Accede a su jubilación por la reforma de Jubilaciones sin aportes, ya que antes no tenía ingresos regulares, solo los de trabajo de changarín. Se aloja en la Institución en el año 2006, con un ingreso interinstitucional, ya que el Hospital le daba frecuentemente de alta ya que no tenía más justificación de seguir siendo atendido por el sistema hospitalario.

La representación de su mapeo de red tiene las siguientes características:

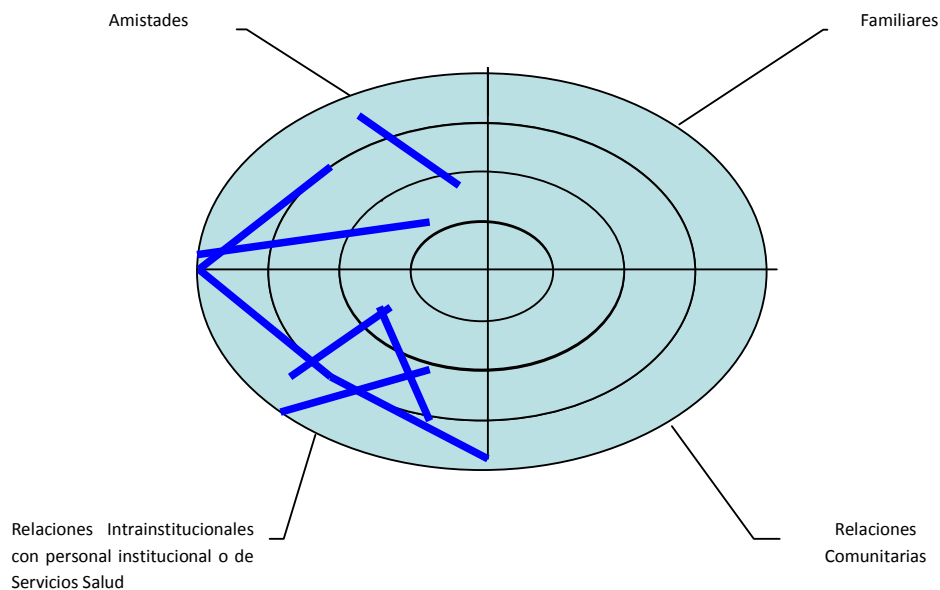


Figura 10. Representación del Mapa de Red de Apoyo Social de Juan C.
 Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

Los vínculos de Juan Carlos se muestran estructurados prevalentemente en el cuadrante de personal del Hogar distribuido en los tres niveles de menor intensidad, y algún amigo de algunos de sus trabajos que lo viene a ver como está, pero con un frecuencia muy aleatoria de visitas. El mayor afecto en este caso curiosamente pasa por una perrita, que duerme con él y con la cual mantiene relaciones sexuales, siendo una representación de los casos de zoofilia que muchas veces ocurren en las instituciones de internación, más allá del carácter perverso como alternativa de desarrollo de sexualidad.

Ramona, otra anciana del Hogar, está internada junto con su pareja desde hace dos años. Tiene una hija que la viene a visitar todos los meses, o cuando se la llama por alguna urgencia. En la actualidad padece demencia senil, agravada por la picadura de una víbora, y su pareja la cuida relativamente porque también padece problemas de hipertensión y de coronarias que lo limitan en las necesidades de cuidado que necesita Ramona.

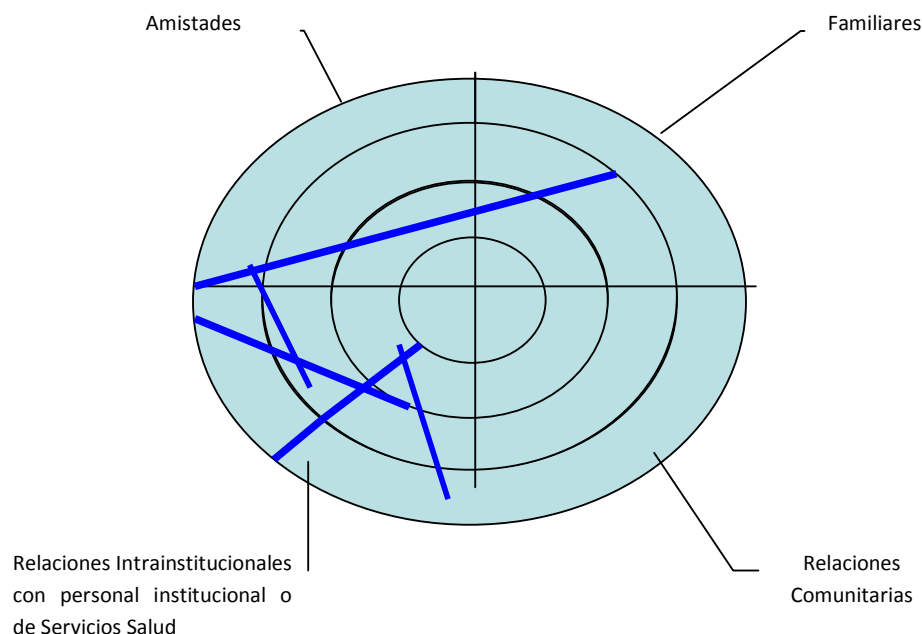


Figura 11: Representación del Mapa de Red de Apoyo Social de Ramona.
 Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

Ramona no habla, deambula por la institución y los lazos que construye se basan en la pérdida de autonomía de la anciana y son exclusivamente con el personal de la residencia, que la cuida y realiza los cuidados de atención diarios, entre ellos el de cambio de pañal. La relación de Ramona con su hija es muy limitada, y aunque cumple con sus visitas, también se articula desde el cobro de jubilación que dispone la anciana. El ingreso al Hogar en este caso, fue determinado por haberse extraviado dos veces en el medio del monte, debiendo darse intervención policial y siendo encontrada en estado de deshidratación. La red muestra esta dicotomía en su constitución de familiares y personal, sin intervención de amistades o relaciones comunitarias.

1.3. Nivel de Densidad de las Redes de Apoyo Social

El nivel de densidad que manifiestan las redes es alto. Los vínculos señalados se conocen con frecuencia e interactúan en el 70% con continuidad. Hay dos determinantes de importancia que marcan esta situación: la calidad de pequeña ciudad de la localidad de Villa Ángela, con 50.000 habitantes, donde

“se conocen todos” y el estar los ancianos internados en el Hogar conviviendo con sus lazos de red conformado por el personal institucional de modo cotidiano.

Esta característica podría tener algunas ventajas, en cuanto a detectar posibles situaciones de discriminación, abuso y maltrato hacia el adulto mayor, y elegir rápidamente un curso de acción, y también decidir sobre la resolución de las emergencias físicas de salud, las cuales son resueltas según las posibilidades de auto organización de la Institución. Pero como se describe en el próximo capítulo, la dimensión de Institución Total del Hogar de Ancianos, tiene estructuralmente la condición de imposibilitar casi cualquier situación de reclamo en cuanto a las prácticas a las que los adultos mayores acceden en el trato institucional reglamentado.

Tabla 10: Nivel de Densidad de las Redes de Apoyo Social.

Nivel de Densidad	Número de casos	Porcentaje
Bajo	3	12
Medio	4	16
Alto	18	72
Total	25	100

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011.

La densidad de las redes construidas en el Hogar privilegian la cantidad de años, sobre la calidad de vida: no importa mucho el trato siempre que se estire el momento de dejar de existir. Y también la densidad adquiere una dimensión de secreto institucional. Lo que pase dentro del Hogar, sus problemas deben quedar ocultos de la comunidad.

Un caso situado en un extremo de la posible configuración de las redes es el caso de Martha, residente de 75 años de edad. Ella es autoválida aunque no le gusta salir demasiado de la Institución, solo sale para ir a cobrar su jubilación. Se siente querida por el personal, incluso comparte el mate con muchos de ellos en los descansos. Hace pequeños trabajos de costura dentro

de la Institución, los cuales son por demanda de los vecinos de la ciudad, quienes la conocen de toda la vida como costurera. Con ellos también establece lazos y siempre consultan por su estado de salud y necesidades en la dirección del establecimiento, aunque no den respuestas concretas a los problemas que demanda la atención de la anciana, sobre todo cuando presenta problemas de urgencia sanitaria.

El mapeo de la red de Martha se constituye con el siguiente formato:

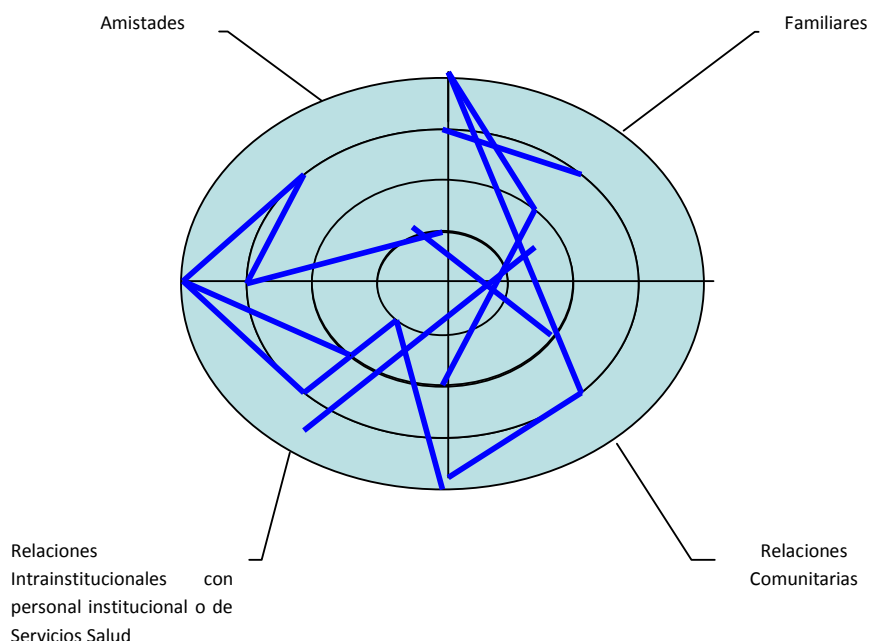


Figura 12: Representación del Mapa de Red de Apoyo Social de Martha.
Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

Es una de las pocas ancianas que lee, mira televisión con interés, estando informada sobre lo que pasa en el mundo, y pide al personal que cambie los canales. También le solicita atención en cuanto a su estética, reclamando siempre estar bien vestida, peinada, con las uñas cortadas y pintadas y da propinas por dicha atención, por lo que el personal brinda mayor atención que hacia otros adultos mayores del Hogar. La red aparece entonces distribuida en los cuatro cuadrantes con cierta homogeneidad.

Dos trabajadores del Hogar, tienen parentesco lejano con Martha, lo que le permite estar comunicada con sus hijos que viven en Rosario, ellos la llaman con cierta frecuencia por teléfono. Martha, expresa en su relato la cantidad y densidad alta de vínculos que otros ancianos internos no tienen y que se visibiliza en la graficación de su red rica en vínculos.

1.4. Homogeneidad

Las redes de apoyo social analizadas en la Residencia, muestran un alto grado de homogeneidad, en diversos aspectos. Son homogéneas en cuanto al sexo de interacción, homogéneas también en cuanto a la relación con terceros que en el 80% de los casos es personal institucional.

También es homogénea en cuanto a prevalencia de adultos mayores del Noreste Argentino (75%). La heterogeneidad se presenta fundamentalmente en las interacciones considerando nivel educativo, en donde los lazos oscilan fuertemente en cuanto al vínculo que se establece: con gran frecuencia los agrupamientos de adultos mayores se condicionan por el nivel de estudios cursados, creándose por dicho motivo situaciones de discriminación interna entre los mismos adultos mayores que poseen o no estudios. Se señala que algunos adultos mayores, se encuentran completando la escuela primaria dentro del Hogar (8 ancianos), observándose mayor homogeneidad en este grupo, con respecto al grupo más general de adultos mayores residentes.

1.5. Dispersión

El 75% de los ancianos residentes provienen de distintas zonas del NEA (75%) y de la provincia en particular (70% del 75% de residentes del NEA), en donde hay gran dispersión en cuanto a sus nacimientos en distintas localidades de toda la provincia, no solo las cercanas a la ciudad de Villa Ángela. Solo siete ancianos son oriundos de la localidad de referencia, y todos han recorrido durante muchos años distintas localidades de la región buscando trabajo.

También hay dispersión en los lazos familiares de los ancianos con sus familiares, instalados en otras provincias, ya sean hijos, hermanos o parejas.

Tabla 10: Nivel de Dispersión de las Redes de Apoyo Social, en cuanto a Lazos Familiares.

Nivel de Densidad	Número de casos	Porcentaje
Viven en la misma provincia	8	32
No viven en la misma provincia	7	28
No tienen familiares	10	40
Total	25	100

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

Aníbal ejemplifica uno de los casos de dispersión familiar. Aníbal es oriundo de la ciudad de Villa Ángela, y es artista circense de profesión. Formó familia en la localidad, tuvo pareja, pero emigró a los 24 años hacia otras localidades con un circo que vino a la ciudad. Luego de recorrer muchos lugares del país se instaló en Tucumán donde formó nuevamente una familia y tuvo dos hijos. En su relato se puede percibir la presencia de un conflicto con ellos, que él se resiste a contar, y que lo lleva a abandonarlos y continuar su vida itinerante, hasta que sufre una fractura en su cadera cuando residía en la localidad de Resistencia, lo que lo obliga a atenderse en el Hospital público local. De allí decide emigrar nuevamente a Villa Ángela, donde tenía todavía algunos primos, quienes al no contar con medios económicos deciden internarlo en el Hogar de Ancianos, como alternativa de contención social y de recuperación de Aníbal de su fractura. Los vínculos familiares locales nunca lo visitaron, tampoco sus parejas e hijos nunca se comunicaron con él, y Aníbal tampoco tiene demasiado interés en establecer la comunicación con ellos.

Aníbal es un anciano muy activo, autoválido. Él hace sus compras y sus controles de salud sin necesidad de terceros. Es sexualmente activo, lo que le genera distanciamiento por parte del personal femenino de la Institución que lo

siente como acoso, y solo trasciende como un comentario interno entre las mismas.

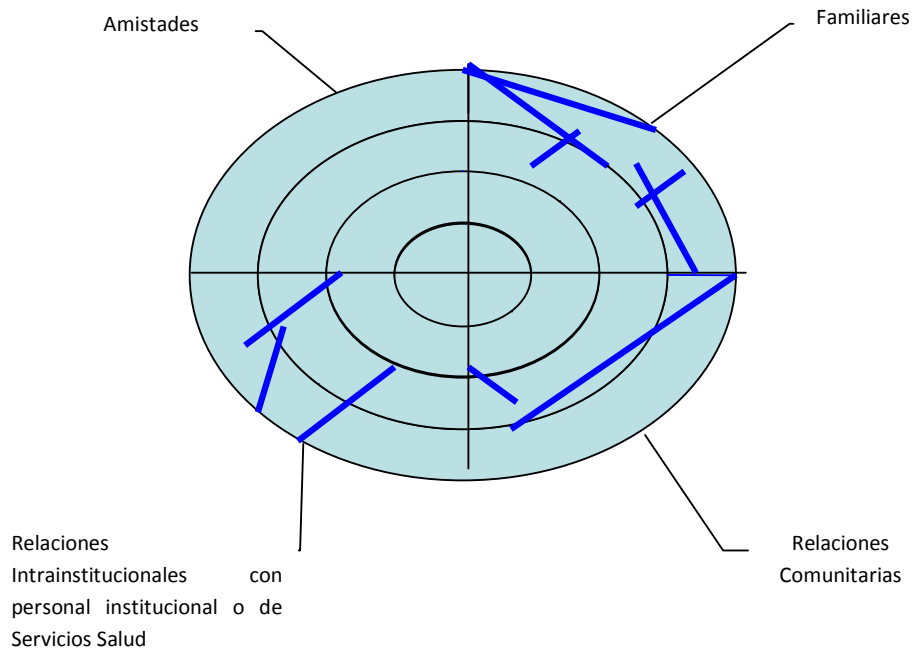


Figura13: Representación del Mapa de Red de Apoyo Social de Aníbal.

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

La configuración de la red muestra la dificultad del anciano para construir vínculos sólidos y permanentes en el tiempo. La condición de trabajador golondrina o itinerante, de casi todos los adultos mayores ha sido determinante a la hora de construir redes sólidas que permitan lograr una vida larga, saludable y plena en las oportunidades.⁵⁷

⁵⁷La exclusión social tiene una dimensión constitutiva y una instrumental. Respecto a la primera, el no poder relacionarse con otros o no poder ser parte de la vida de una comunidad, puede empobrecer la vida humana, siendo entonces la exclusión social intrínsecamente importante. Por su parte, su dimensión instrumental refiere a aquellas formas de exclusión que por sí mismas no generan privaciones pero que en un conjunto de relaciones causales terminan por generarlas. (Sen, 2000b).

2. Características funcionales de las Redes de Apoyo Social

2.1. Nivel de Funcionalidad

Los adultos mayores residentes en la Institución, tienen la particularidad de que el nivel de funcionalidad de sus redes es alto, resolutorio de sus demandas más inmediatas, especialmente en los temas que hacen a su salud.

La cercanía de recursos del Hogar de Ancianos es un factor determinante, para resolver sus mayores demandas: necesidades sanitarias, de movilidad, alimentación, higiene y otras situaciones problemáticas en donde la ayuda no es necesaria salir a buscarla. Esta fortaleza de las redes se contraponen sin embargo, con un bajo nivel de vínculo afectivo: son redes de vínculos “profesionales” y “laborales”, en donde los amigos y familiares presentan por lo general un nivel más bajo de operatividad o funcionalidad a la hora de resolver situaciones conflictivas.

Tabla 11: Nivel de Funcionalidad de las Redes de Apoyo Social.

Nivel de Funcionalidad	Número de casos	Porcentaje
Bajo	2	8
Medio	3	12
Alto	19	76
Total	25	100

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

Un caso que puede representarnos esta situación es el de Ramón. Es un anciano que ingresa a la Institución, luego de estar perdido en el centro de la ciudad, con un accidente cerebro vascular (ACV) y traído por personal policial que lo encuentra, para ver si aparece algún familiar que reclame por él.

El anciano se recupera del ACV. Es un caso que se judicializa como posible abandono de persona. Al tiempo aparece un apoderado de su jubilación queriendo llevarlo a cobrar la misma. El juzgado no autoriza, quedando la

curatela hacia la institución, ya que Ramón queda con una secuela de pérdida en su posibilidad de habla y de orientación cognitiva. Aunque expresa frases, las mismas no tienen demasiado sentido y queda institucionalizado.

El Hogar, se convierte para Ramón en un refugio de sus necesidades y contención. El personal lo baña, le da su alimentación y aunque camina y se puede movilizar, siempre depende de las órdenes o el ser “llevado” por el personal institucional.

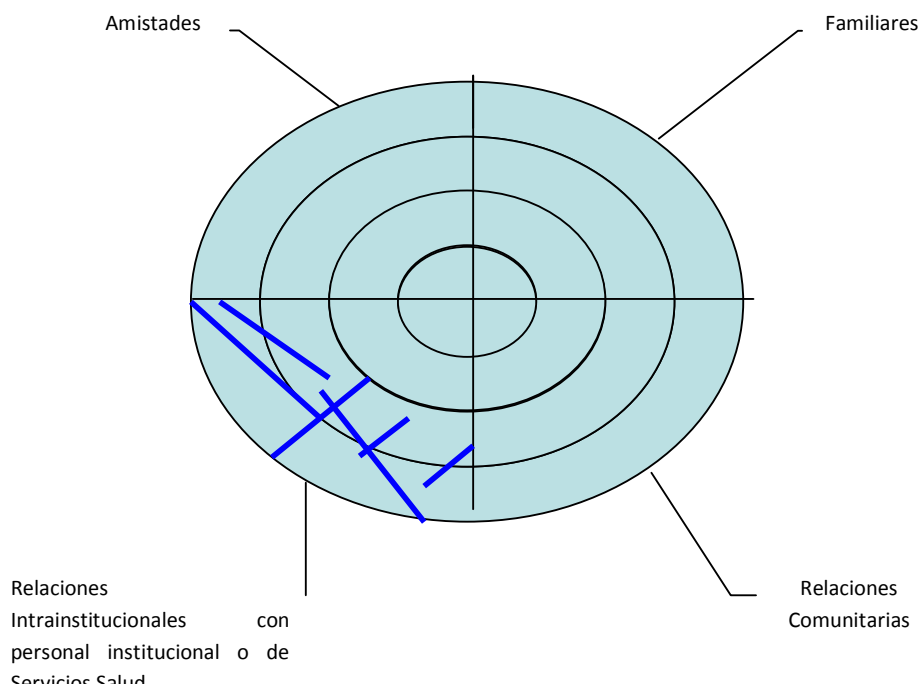


Figura 14: Representación del Mapa de Red de Apoyo Social de Ramón.
Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

Su salud es controlada mensualmente con análisis de sangre y orina. Su ropa es comprada cada vez que sale a cobrar por el personal institucional y desde su mate diario, hasta el colocar el pijama para dormir debe ser realizado por dicho personal.

Ramón tiene un carácter dócil y su dificultad en el habla hace que no tenga relaciones sociales, estando siempre solitario en los jardines de la

Institución. La representación de la red en la anterior ilustración, es muy ilustrativa sobre la soledad que padece el anciano y la dificultad que tiene el Hogar para ofrecer dispositivos integradores de actividades que le permitan a Ramón sentirse con una mayor calidad de vida y mayor cantidad de mecanismos de inclusión participativos.

2.2. Funciones de Apoyo Social

En este ítem, se realiza una subdivisión de las características de las redes desde cinco funciones específicas: apoyo emocional, compañía social, ayuda práctica, ayuda económica y orientación cognitiva (consejos) y la cantidad de miembros que cumplen con esas funciones en cada una de las redes.

Las ayudas prácticas presentan el mayor porcentaje, dentro de la construcción de las redes lo cual se explica por el apoyo brindado hacia los adultos mayores como parte de la misión del Hogar de Ancianos. La ayuda práctica, brindada hacia los adultos mayores alojados y casi como la misión del Hogar, explica la media elevada y la baja desviación de la mayoría de los casos.

La función de compañía social en muchos casos se confunde con la ayuda práctica, pero para el análisis propuesto, se privilegia la percepción que tienen los ancianos sobre la misma, la cual está altamente concentrada en el personal institucional.

Es necesario destacar sobre este punto, que el anciano por lo general es muy demandante de compañía social, en forma muy posesiva con el otro, no desde una relación de ida y vuelta en la escucha, sino construida en forma unidireccional: el adulto mayor habla y cuenta su vida, y el otro actúa solo como receptor pasivo que escucha y responde en los momentos adecuados. En la mayoría de los casos estas relaciones no perduran en el tiempo dado el

cansancio del interlocutor de escuchar siempre las mismas historias y no poder involucrarse él, como sujeto también de la escucha del “otro” adulto mayor.

La tabla siguiente muestra las medias de cantidad de vínculos de los ancianos institucionalizados en el Hogar:

Tabla 12: Medias de Cantidad de Vínculos de Apoyo Social.

Funciones	Medias
Apoyo Emocional	2
Ayuda Práctica	3.09
Ayuda Económica	0.08
Compañía Social	1.7
Consejo- Orientación Cognitiva	1,7

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

Los otros ítems de estudio pasan por la orientación cognitiva y el consejo, especialmente detectado en los casos de ancianos con déficit en las actividades de la vida diaria y bajos niveles de movilidad, relegados en cuanto a cantidad y calidad tanto del apoyo emocional como la ayuda económica.

La siguiente tabla visibiliza la distribución de la cantidad de vínculos que cumplen funciones de ayuda práctica, donde se observa la alta media asignada a esta característica de atención predominante intrasistitucional.

Tabla 13: Cantidad de Vínculos que cumplen Funciones de Ayuda Práctica en las Redes de Apoyo Social.

Cantidad de vínculos que cumplen funciones de ayuda practica	Número	%
Ninguno	0	0
1 a 3	11	44
4 a 7	8	32
8 a 10	4	16
De 11 a 13	1	4
Total	25	100 %

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

Los cultos religiosos católicos y evangélicos que participan asiduamente dentro del Hogar curiosamente no se muestran como predominantes en ninguna de las categorías que hacen a los pedidos o solicitudes de ayuda de los adultos mayores institucionalizados.

Sobre los vínculos que cumplen funciones de orientación cognitiva y consejos, se presenta la siguiente distribución en la población de ancianos internos:

Tabla 14: Cantidad de Vínculos que Cumplen Funciones de Orientación Cognitiva y Consejos en las Redes de Apoyo Social.

Cantidad de vínculos que cumplen funciones de consejo y orientación cognitiva	Número	%
Ninguno	0	-
1 a 3	13	52
4 a 7	6	24
8 a 10	4	16
De 11 a 13	2	8
Mas de 13	-	-
Total		100 %

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

Los consejos en el 75% de los casos están orientados sobre aspectos de salud, un 60% sobre lo mal que se porto la familia con el anciano institucionalizado, y el 50% sobre materias económicas. Un 15% pide consejo sobre como se puede escapar del Hogar. No hay pedidos puntuales de consejos por parte de los Adultos mayores institucionalizados sobre otros temas.

La Tabla siguiente representa la distribución de la cantidad de vínculos que corresponden a ayuda económica. En este caso los lazos se caracterizan por ser escasos, aun en aquellos ancianos que tienen familia y están determinados, por el hecho de que casi todos los adultos mayores alojados

cobran su jubilación o pensión, pasando a ser proveedores de ingresos hacia sus familias más que a la inversa.

Tabla 15: Cantidad de Vínculos que cumplen Funciones de Ayuda Económica en las Redes de Apoyo Social.

Cantidad de vínculos que cumplen funciones de ayuda económica	Número	%
Ninguno	15	60
1 a 3	10	40
4 a 7	0	0
8 a 10	0	0
De 11 a 13	0	0
Mas de 13	0	0
Total	25	100 %

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

No hay planteos de ayuda práctica vinculados con ayuda económica, lo que demuestra posiblemente la circulación de dinero por parte de los adultos mayores residentes. Lo que si prevalece, es una alta densidad en cuanto a obligar al personal a prestar ayuda en situaciones sin sentido, que no ameritan una real necesidad concreta de atención: el sentido de colocar al *otro* que lo atiende en una inversión de la posición asimétrica que esta el anciano atendido, y que el personal institucional sienta esta dinámica de cambio de roles y disvalor.

En el 90% de los casos⁵⁸, la provisión económica pasa por la provisión de mercadería para el consumo, o ropa (en gran parte usada). El 20% de los casos es para alguna medicación que el anciano solicita fuera de la prescripción médica, correspondiente a tranquilizantes, preparados homeopáticos, remedios caseros, etc. Las redes de apoyo en este aspecto son frágiles y esquivas, solo acceden a la ayuda en la mayoría de los casos ante un pedido concreto del Director de la institución. Aún en estos casos la resolución de la necesidad se estira en el tiempo y obliga a realizar una nueva solicitud

⁵⁸ Estadísticas propias de la presente investigación.

hacia la familia o apoderado para que la resuelva de una buena vez. La provisión de medicamentos también sufre de esta dinámica en el 50% de los casos, provocando que cuestiones sanitarias simples de resolver se conviertan en graves, llegando incluso a la internación o muerte del adulto mayor.

2.3. Atributos de los Vínculos

Las Redes de Apoyo Social descritas presentan un nivel de multidimensionalidad bajo dado que los vínculos establecidos por los adultos mayores residentes en la Institución cumplen escasas forma de apoyo. Las relaciones en realidad tienen un carácter de alta especificidad: el apoyo emocional es brindado por parientes o personal del Hogar, la compañía social por los otros residentes o por los que participan con ellos en actividades de laborterapia o docentes dentro del Hogar, o eventualmente construidas en sus salidas de compras con los comerciantes o vecinos.

Un ejemplo de esta situación es Francisco, anciano autónomo quien no percibe beneficios jubilatorios, al no poseer documentos de identidad y padecer una oligofrenia que le impide recordar sus datos personales. Es muy activo y se procura de recursos económicos juntando desechos reciclables en la basura (metales, papel y plásticos) que vende a precio vil a los chatarreros de la ciudad quienes se aprovechan de su condición mental. La figura siguiente muestra la Red de Apoyo Social de Francisco.

El es muy sociable con los otros adultos mayores con quienes participa en cierto tipo de vínculo emocional, en donde la escucha en realidad aparece fragmentada a su propia realidad, sin devolución por parte de los otros receptores de la calidad que brinda Francisco en su pedido de comunicación.

Los consejos en la red de Francisco, se encuentran segmentados hacia el área de personal de maestranza con quienes comparte alguna changa laboral dentro de la Institución (ayuda a sacar la ropa sucia, pañales etc.) y que rutinariamente se orientan a cuando será que podrá cobrar su jubilación para

irse de la Residencia. Su vínculo emocional aparece con más consistencia, con una ex pareja, hacia la cual todas las semanas le lleva el dinero de lo recaudado y se queda ese día con ella.

El mapeo de la red presenta las siguientes características:

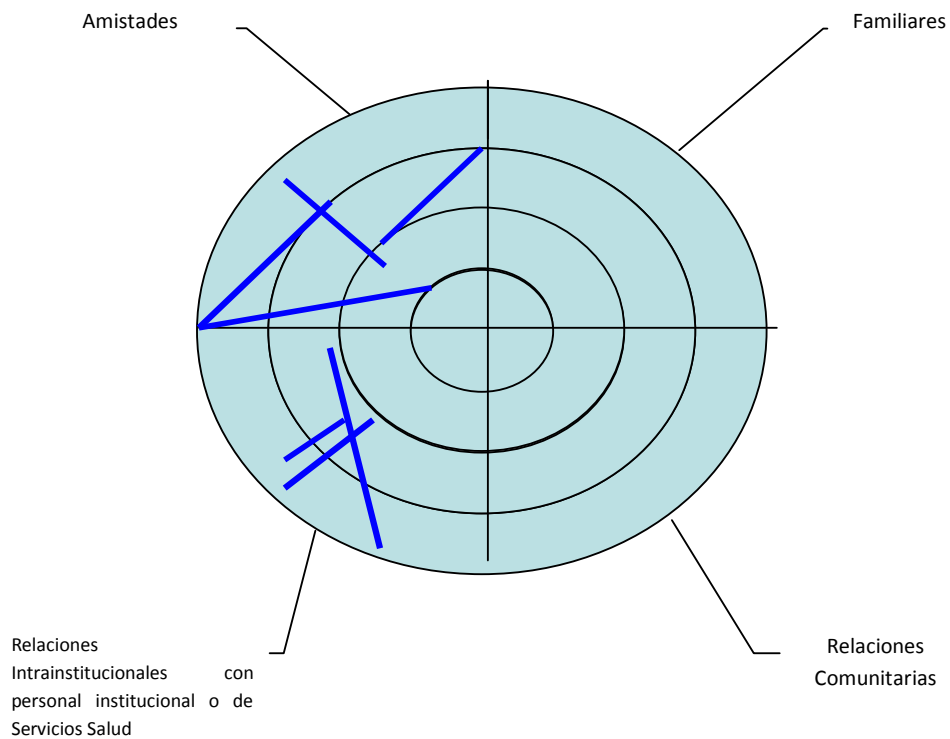


Figura 15: Representación del Mapa de Red de Apoyo Social de Francisco.
Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011.

La graficación de red de Francisco, muestra otro caso en donde el anciano podría aprovechar muchas de las opciones comunitarias que la red brinda, pero que por desconocimiento producto de la escasa accesibilidad que el entorno niega a su discapacidad, y/o por negligencia del personal a cargo de brindarle información sobre las posibilidades de un entorno mas accesible, quedan desaprovechadas. El anciano construye su realidad desde donde puede, con los escasos elementos de referencia que tiene en su mundo de rutinas y de sobrevivencia.

De los casos estudiados, solo cuatro presentan alta multidimensionalidad y corresponde a ancianos que se internaron por motivos de salud de cierta complejidad, con trastornos en actividades de la vida diaria, con parientes directos esposa, hermanos e hijos que cumplen esta multidimensionalidad de la Red de Apoyo Social.

Fidelina, anciana de 75 años es exponente de situaciones de alta multidimensionalidad en la constitución de su Red de Apoyo. Vivía con parte de su familia (esposo y dos de sus hijos) en la ciudad de Resistencia, siendo ella, en realidad oriunda de Villa Ángela de donde debió emigrar por problemas laborales de su esposo. En Villa Ángela, quedaron dos de sus hijos viviendo y tres de sus cuatro hermanos.

Hace cinco años Fidelina sufre una fractura de cadera en su domicilio, lo que la obliga a estar postrada durante varios meses, y a posteriori padece un cáncer de colon, que compromete la recuperación de su fractura con un doloroso tratamiento. Lentamente se recobra, aunque quedando secuelas en su salud. Esta situación obliga a la familia a recurrir a una internación. Se privilegia su ciudad natal que cuenta con el Hogar de Ancianos, institución que se adapta para su residencia y rehabilitación.

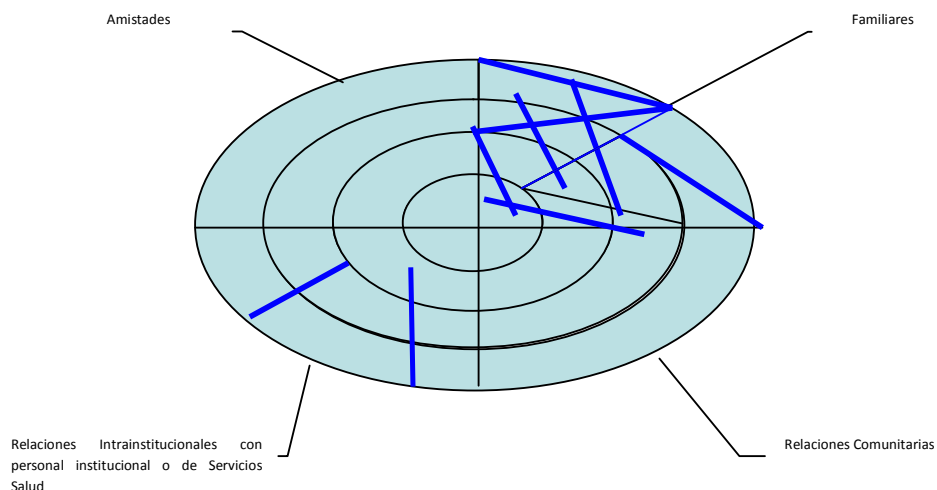


Figura 16. Representación del Mapa de Red de Apoyo Social de Fidelina.
Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011.

En este caso cuando ingresa Fidelina, comienza una participación más activa del grupo familiar que residía en Villa Ángela, articulando el cuidado con los hijos y esposo que continúan viviendo en la ciudad de Resistencia, con una gran movilidad en la construcción de los vínculos.

Paradójicamente esta situación, tal como se observa en la figura anterior, ocasiona una retracción entre los otros integrantes de la red (el personal del Hogar) quienes consideran este comportamiento familiar, como invasivo hacia las competencias propias que tienen ellos sobre el cuidado de los adultos mayores internalizados. Esta situación provoca el repliegue del personal del Hogar, realizando un “trabajo a reglamento” con la anciana que para ellos tiene ya su familia que se debe hacer cargo del cuidado.

2.4. Nivel de Intimidad

Las redes que tienen un componente medio o alto de intimidad entre los adultos mayores institucionalizados son pocas y se centran solo en algunos casos, los cuales tienen familia directa. Estas redes se focalizan y comienzan a funcionar más activamente en los casos de situaciones críticas intrainstitucionales, como la enfermedad, muerte, pérdida de objetos valiosos, posible situación de abuso hacia el anciano residente (ej. que el anciano residente diga que come poco), lo que convoca al grupo familiar en la atención hacia el anciano, especialmente en los casos en que se debe articular con una internación externa al Hogar de Ancianos, por ejemplo hacia un sanatorio u hospital por razones de salud. También en el momento inmediato al deceso del adulto mayor, aunque con una duración muy limitada en el tiempo, que no perdura más allá del momento del entierro del anciano familiar.

Tabla 16: Nivel de Intimidad de las Redes de Apoyo Social.

Nivel de intimidad de las redes de apoyo	Número	%
Bajo	2	8
Medio	15	60
Alto	8	32
Total	25	100 %

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

El caso de Eugenio es ilustrativo. Con 75 años es un anciano autoválido, residente desde hace 15 años en la Institución. Es uno de los internos con más años de internación. Es un anciano educado, sin mayores problemas físicos, divorciado y con cinco hijos asentados en distintas provincias. Él es el único caso dentro del Hogar, que recibe comunicaciones continuas (casi ningún anciano recibe llamadas telefónicas) de ellos por vía telefónica y eventualmente encomiendas. Sus conversaciones telefónicas son largas y se nota un dialogo recíproco en la comunicación. Eugenio hace algunos meses tuvo un pico de presión del cual quedó con algunas secuelas físicas, no así mentales.

Toda la familia de Eugenio vino a verlo al sanatorio donde estuvo internado preocupándose por su situación, resolviendo sus necesidades. Los mecanismos de asistencia del Hogar pasaron a un segundo plano, dada la gran contención práctica, emocional, económica, de asistencia directa que prevaleció en todo el grupo.

La situación de esta red no fue considerada como invasiva por el personal, tal como ocurrió en el caso de Fidelina. Se vivió con naturalidad, conformándose una red pequeña, pero con bastante intimidad entre sus miembros, tal cual lo permite visualizar el mapeo el de la misma.

Su mapa de red social presenta las siguientes características graficadas en la figura que precede:

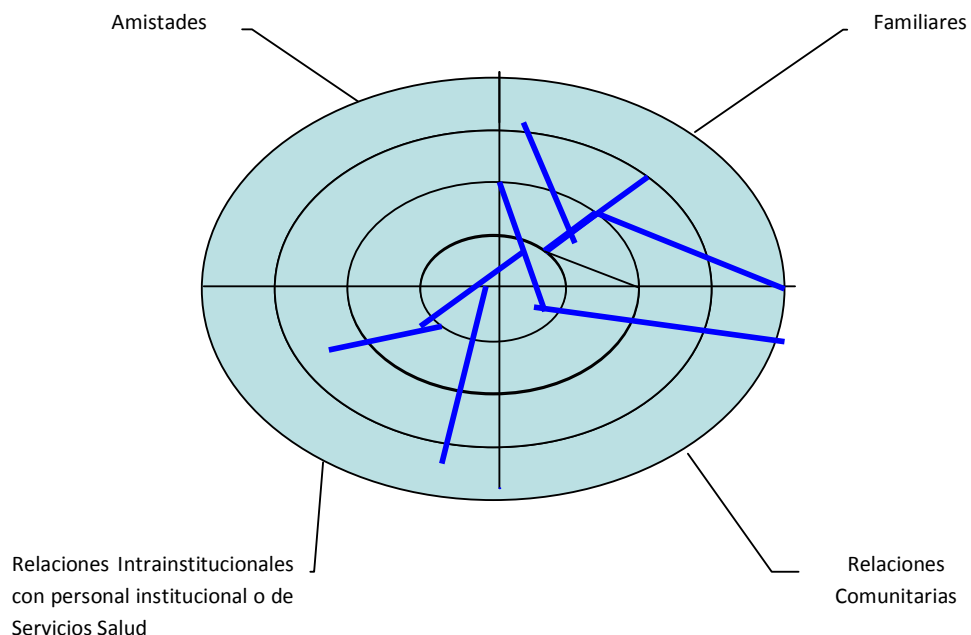


Figura 17: Representación del Mapa de Red de Apoyo Social de Eugenio.

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

Una vez dada el alta médica y ser restablecido el Hogar, sus hijos se fueron turnando en el proceso de acompañamiento de rehabilitación de Eugenio, regresando en forma escalonada a sus provincias y manteniendo una comunicación semanal por parte de todos ellos, con los responsables institucionales.

El caso de Sofía, de 72 años ilustra un red conformada con cierta intimidad, pero conformada solo por personal de la Institución, ya que no le gusta salir al exterior del Hogar, tercerizando sus necesidades con cuatro personas, todos empleados del Hogar. Ellos la asisten en sus compras y eventualmente con alguna ayuda en su atención médica dados sus problemas de salud, por la artritis reumatoidea que padece y que en realidad la anciana minimiza en su atención, para mantener la estructura de tiempos y espacios propios de su personalidad, introvertida hacia los demás y el exterior.

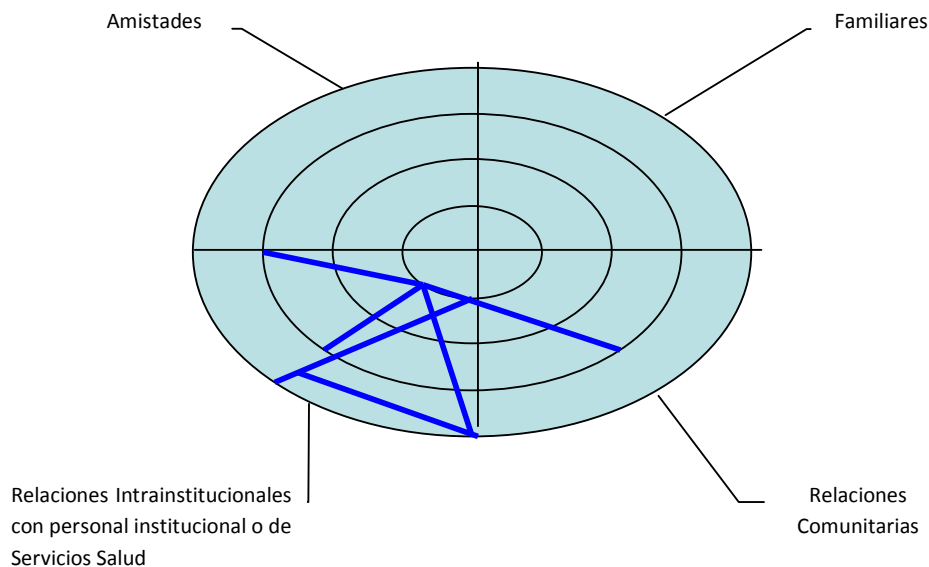


Figura 18: Representación del Mapa de Red de Apoyo Social de Sofía.
Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

En la red de Sofía que se muestra en la anterior gráfica, se observa la inclusión de varias personas tocando casi el círculo de relaciones con mayor intimidad y valor para el desarrollo de la persona. El médico de cabecera a su vez es apreciado y respetado por el personal del Hogar. Es una red pequeña pero con eficacia en sus intervenciones.

2.5. Nivel de Frecuencia del contacto

Dadas las características institucionales es alta la frecuencia general de los contactos para todos los ancianos, pero centrada casi exclusivamente con el personal que trabaja en la institución y los ancianos que han generado algún tipo de lazo de cualquier tipo entre sí.

Entre los ancianos que poseen grupo familiar la frecuencia prevalente es la baja. En un solo caso se presenta frecuencia alta de contacto. Se ha observado que los ancianos que tienen mejor nivel económico poseen mayor

frecuencia relacional, que aquellos que son indigentes o más pobres. Es necesario destacar que la frecuencia de contacto en realidad actúa en dos direcciones: en el contacto que realiza el anciano como emisor del mismo y en el contacto que plantea su entorno social hacia él, lo que puede o no articularse y complementarse, pero que son absolutamente distintos en su intencionalidad.

Tabla 17: Nivel de Frecuencia de Contacto de las Redes de Apoyo Social.

Nivel de Frecuencia de Contacto de las redes de apoyo social.	Número	%
Bajo	-	
Medio	15	
Alto	8	
Total		100 %

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

Para el caso de estudio se ha privilegiado la frecuencia de pedido de demanda del anciano como emisor de una necesidad hacia un tercero, pero con la característica de reciprocidad, es decir que la demanda del anciano se integra y resuelve con la respuesta del receptor de la misma.

2.6. Historia y Nivel de Suficiencia Total de la Red de Apoyo Social

Aunque la mayoría de los residentes recuerda los vínculos anteriores a su ingreso a la Institución y los mantiene como ideales, los vínculos con mayor historia y multidimensionalidad, en cuanto a apoyo práctico, consejería y emocional, es con personal institucional y privilegiando al personal de maestranza sobre el profesional.

Esta situación se puede entender, por la relación física y cotidiana más íntima que tiene el personal de maestranza en el manejo de los cuerpos de los adultos mayores, que no lo tiene el personal profesional: la asistencia para

vestirse, bañarse, cambiar pañales, dar de comer, tocarlos, en más profunda e íntima con dicho personal que con el profesional, por lo que esta cuestión se traspolo a las relaciones y a la historia en común del anciano con ellos, que no significa necesariamente una dirección unívoca de empatía y simpatía constante, sino que como toda relación tiene sus vueltas en el devenir del tiempo.

Los vínculos familiares por otra parte demostraron estar determinados por el tiempo y la consanguinidad, siendo la historicidad una consecuencia no necesariamente determinante de la suficiencia de la red en la resolución causal de asistencia hacia el anciano.

Medir la Red de Apoyo sobre su suficiencia es esencial para comprender su funcionalidad, las características estructurales y los atributos de los vínculos que la componen. Permite acercarse y valorar aspectos inherentes a las posibles violaciones de los derechos humanos de los ancianos alojados.

Las redes muestran en la mayoría de los casos un nivel medio y alto en algunos atributos, sobre todo en temas relacionados al cuidado del cuerpo y la salud. Muestran ser frágiles en cuanto a contención emocional, e interacción volitiva. En estos casos en particular, los vínculos están condicionados por situaciones que podrían rozar alguna cuestión de abuso o maltrato. Toman el camino del intercambio del amor, del cariño por un trueque económico, en realidad predominante en un 60% según los casos observados en esta investigación.

Tabla 18: Nivel de Suficiencia Total de las Redes de Apoyo Social.

Nivel de suficiencia total de las redes de apoyo	Número	%
Bajo	0	0
Medio	5	20
Alto	20	80
Total	25	100

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

En los casos de estudio, no se evidencian redes de nivel de suficiencia baja, como elemento a destacar y en realidad como característica de funcionamiento de la Institución de internación estudiada.

3. Conclusión sobre las Redes de Apoyo Social estudiadas

Las Redes de Apoyo Social, del estudio de caso analizado, incidentes en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús, tienen un tamaño promedio de cuatro a cinco personas. Conformada generalmente por familiares directos (hermanos, esposas, hijos, etc.) y por el personal que trabaja en la Institución, principalmente el personal de maestranza.

Muestran cierta tendencia a no dispersarse en cuanto a los tipos de vínculos y grados de intimidad, con predominio nuevamente de la familia directa y el personal institucional. Las amistades, los vínculos exteriores, y el personal de salud, aparecen muy relegados con los otros conglomerados de relaciones. Las redes en la mayoría de los casos fueron de nivel medio y bajo en la calidad de sus vínculos, demostrando el conocimiento y hasta donde confía el Adulto Mayor en el otro, relación siempre condicionada por el posible ingreso o bienes que dispone el anciano internado.

Las redes estudiadas son homogéneas en cuanto a sexo y edad. Predomina la pertenencia a la localidad de Villa Ángela y como región al Nea. No hay pertenencia de otros lugares del país.

Las cinco formas de apoyos estudiadas que se han evaluado, en todos los casos no han sido cumplidas completamente en niveles altos o medios por la Red de Apoyo Social que disponía el anciano residente. Pero si han sido cumplidas en algunos residentes en niveles bajos, demostrando la eficiencia de la red institucional en la contención cotidiana de la población vulnerable residente en la Institución. Los estudios de redes de apoyo realizado en ancianos que no residen en Instituciones (Arias, 2001), demuestra como

característica que en muchos casos las redes no cumplen simultáneamente con las cinco características descritas.



Anselmo no quiere comer el postre. Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús. Chaco, Argentina. Foto: Roberto Rosenfeld.

Con respecto a la frecuencia de los contactos que conforman la red, se ha descrito la contraposición de los dos grandes conglomerados que conforman las redes: familias y personal. Hay frecuencia alta entre los miembros de uno y otro grupo, pero con frecuencia baja en la interacción entre los participantes de los dos grupos entre sí: cada uno tiene su dinámica de vínculo, y por cuestiones de última contingencia interactúan y conforman el cuidado del anciano residente. Se ha encontrado también que la frecuencia está fuertemente condicionada por la cuestión estructural de Institución Total del Hogar de Ancianos, por el control y la vigilancia de los cuerpos por parte del personal, que obliga a una interacción del vínculo cotidiana y frecuente, aunque no necesariamente íntima: la distancia en el trato prevalece y el chisme, organiza el relato y la interacción entre los dos grupos, más que la realidad que vive el anciano, situación muy peligrosa que nubla la razón en las urgencias en la atención que demandan los adultos mayores.

Finalmente en el nivel de suficiencia de la Red de Apoyo, se observó un nivel medio y alto, cuestión positiva, que hace al cuidado y la atención del adulto mayor residente en la Institución, pero fuertemente condicionadas por situaciones que se desarrollan en el próximo capítulo que hacen a prácticas que tengan algún componente de abuso, maltrato o discriminación hacia la población adulta mayor sujeto de estudio.

CAPITULO N°VI

Relevamiento y Análisis de las Situaciones de Discriminación, Abuso y Maltrato Intrainstitucionales

El objetivo de este capítulo es comprender en primera instancia, la evolución poblacional de las Instituciones de Internación de la provincia del Chaco desde una perspectiva macro, analizando cómo se han articulado los procesos de inclusión social de los adultos mayores, a partir de la accesibilidad en el cobro de jubilaciones en el año 2005.

Este proceso ha provocando externalidades negativas, que se reflejan como uno de los determinantes de situaciones de discriminación, abuso y maltrato, de los ancianos, tanto en el ingreso como en la permanencia de estos en el Hogar de Ancianos. Otros factores analizados en el presente capítulo sobre dicha problemática son como se construyen y cual es la dinámica de las Redes de Apoyo Social de los adultos mayores institucionalizados en el Hogar de Ancianos.

La tabla siguiente muestra los casos atendidos por la Dirección de Adultos Mayores de la provincia del Chaco. Como se observa en ella, la disminución de la cantidad de adultos mayores, internada en Hogares, puede ser consecuencia de las actuales políticas públicas, determinada por el acceso a la cobertura previsional de esta población mayor de 60 años. El anciano con ingresos, no es lo mismo que el anciano pobre, tal como se ha desarrollado en otros capítulos, funcionando el dinero como factor inclusor.

Tabla 19: Composición de la Población Asistida por Modalidad de Internación. Variación 2003-2011.

Población	Cantidad	%
Internación- Año 2003	573	
Modalidad Internación de día. (2003)	180	
Sumatoria modalidades Internación	753	
Tasa Internación		0.9
Internación- Año2011	400	
Modalidad Internación de día.(2011)	200	
Sumatoria modalidades Internación.⁵⁹	600	
Tasa Internación Provincial (2011)		0.56
Tasa Internación Nacional (2011)		2.3

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

Es frecuente que por esta situación de anciano devenido en proveedor de ingresos, que la familia o alguien allegado que antes excluía al adulto mayor fragilizado, se haga cargo de él. Comienzan a retener en el domicilio del grupo conviviente al adulto mayor que antes expulsaban, aprovechando su ingreso económico aunque gran parte del monto percibido, no se utiliza para los gastos del anciano, sino que queda para beneficio propio del grupo que lo tiene: una especie de alquiler o peaje cobrado por tener al familiar o allegado.

Los casos estudiados desde la Municipalidad local en los años 2010-2011 muestran este tipo de desarrollo inclusivo, que permite la aparición de estas externalidades negativas de conductas violatorias de derechos. Las visitas del Servicio Social del Municipio, ante denuncias de casos recibidas por ancianos mal atendidos, y/o con déficit en su hábitat muestran que la inversión realizada con el dinero de los propios ancianos es mínima hacia ellos y se aprovecha y apropia en realidad el ingreso económico por el núcleo familiar o de allegados conviviente. Se plantean situaciones de resistencia con mucha frecuencia, aún en los casos más desesperantes, a que lleven al anciano “propiedad” del grupo familiar conviviente, debiendo intervenir instancias

⁵⁹ Datos aproximados aportados Dirección Adultos mayores 08/2012.

judiciales. El acceso al beneficio previsional también provoca una serie de situaciones, vinculadas al abuso y maltrato, una vez el adulto mayor ingresa al Hogar. Esto se desarrolla más adelante.

Para el estudio específico de los procesos de atención del Hogar hacia los adultos mayores, se realizaron entrevistas estructuradas y abiertas que contribuyeron a visibilizar si ocurren situaciones de discriminación, de abuso y maltrato, comprendiendo también escenarios específicos que hacen a acciones de negligencia o abandono, que complementan algunos datos sociales ambientales desarrollados en el Capítulo N° V.

El relevamiento de datos que hacen a los ingresos económicos de los adultos mayores residentes del Hogar, y si disponen de Obra Social, son temas que aparecieron con importancia en el capítulo anterior, en la descripción de las Redes de Apoyo Social y como se conforman. También como se ha señalado los aspectos macrosociales y económicos de las políticas sociales inclusivas y sus implicancias en los adultos mayores institucionalizados, ameritan un análisis exhaustivo de estas variables e indicadores. Un detalle de los mismos se expone en las Tablas 20 y 21.

Tabla 20: Obra Social.

Posee beneficio	Obra Social	%
SI	19	76
NO	6	24
Total	25	100

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

De los 25 adultos mayores entrevistados, 19 tienen obra social, esto es el 76%, lo que indica que se tiene una buena cobertura médica, que permite presumir, que no se presentan formas violentas de maltrato físico y que si ocurren, son de modo incidente o invisible, pues podrían ser detectadas por los profesionales que atienden a los adultos mayores de la Institución. Los moretones, fracturas, quemaduras, pellizcos, asir forzosamente al adulto mayor, etc., no se plantean como un asunto que preocupe a los ancianos internados en las entrevistas realizadas.

Las familias tampoco permitirían un trato así aunque ellas si lo podrían haber hecho con el anciano a cargo. El personal del Hogar, aunque el trabajo que realizan (sobre todo el personal de maestranza) es estresante por trabajar con vidas humanas, muchas fragilizadas y con gran carga horaria, cuidan su “fuente de trabajo”, más allá de sus propios juicios de valor con respecto al adulto mayor que cuida. Los seis ancianos que no tienen cobertura de obra social, que se podría pensar que estén más expuestos a situaciones de maltrato, igualmente están controlados en su atención no solo a la atención hospitalaria de rutina sino que además son pacientes de este sistema de internación, que podría detectar cualquier situación de cuidado.



Caída durante el baño. Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús. Foto: Roberto Rosenfeld.

La población del Hogar como representa la Tabla N°21, dispone en buena parte de ingresos económicos. Hay una buena circulación de dinero en efectivo, que en realidad queda “en la puerta” de la Institución: el 80% de los adultos mayores internos, cobra a través de sus apoderados que pueden ser o no familiares, que ni necesitan llevar al anciano al banco ya que poseen tarjetas magnéticas bancarias; el 20% restante se distribuye entre aquellos

ancianos que tienen medidas de curatela hacia el mismo Hogar, o los adultos mayores autónomos que van por sus propios medios a cobrar.

La siguiente tabla muestra las fuentes de ingresos económicos de los adultos mayores internados en la Institución.

Tabla N° 21: Fuentes de Ingresos Económicos de los Adultos Mayores Internados en la Institución.

Fuente Ingreso	Número de Adultos Mayores	%
Pensión	6	24
Jubilación	12	48
Ingresos laborales	0	0
Aportes familiares	1	4
No poseen fuente de ingreso	6	24
Total	25	100

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

El dinero entonces, más allá de la letra del reglamento ya analizado, que impide y/o restringe la tenencia de efectivo por parte del adulto mayor, se convierte en la perfecta excusa de articulación del apoderado o familiar para apropiarse del dinero, sin que invierta en el anciano institucionalizado.

Nadie preguntará sobre que se hizo con la plata, en un juego en donde el personal también entreteje una serie de manejos irregulares en cuanto a los ancianos que sí manejan dinero: aquellos que cobran por si mismos, y aquellos que reciben algo de su cobro por sus apoderados. Estos ancianos dan propinas (90% de los casos)⁶⁰ para ser queridos, para intercambiar afecto o sexo, o para tener una mejor atención mientras el personal se hará unos ingresos extras a expensas de la necesidad del adulto mayor. Adulto mayor que para el sistema que se entreteje pasa a ser tutelado en vez de respetado.

Un caso que representa a los ancianos que se procuran su ingreso y no poseen beneficios previsionales, es el de René, un anciano alojado hace más de catorce años en la Institución. El expresa en la entrevista lo siguiente:

⁶⁰ Estadísticas de la presente investigación.

” Yo hace mucho que vivo en el Hogar, creo que prácticamente desde que se inauguro. Antes vivía en la calle siempre borracho, hacia una changa, cualquier cosa, y lo gastaba en vino enseguida. Luego la gente de la iglesia evangélica me rescato, los testigos de Jehová, y me convencieron de traerme al Hogar y deje de tomar. Estudiar nunca estude y mi familia toda falleció. Yo estoy solo y me hallo con la gente del Hogar, me quieren y siempre les traigo cosas a las mujeres para que coman. Yo sigo changueando pero no tomo más, tengo mi pensión que me compran cosas, y me gusta mucho jugar a la quiniela. En realidad vuelvo al Hogar para el almuerzo, y para la merienda, y después ando todo el día en la calle haciendo mandados. Casi nunca me enfermo, pero en realidad soy joven, tengo 65 años. Antes me gustaba mucho bailar en la comparsa en los carnavales, pero ahora se me fue las ganas”.

El caso de René, nos muestra el lado positivo de las Instituciones de Internación: brindan cobijo, cuidado a la persona que vive en la indigencia, al “borracho del pueblo” sin red familiar que lo contenga. Para René el Hogar es su casa, y no plantea en su discurso el querer irse a otro lado. Lo negativo es el abuso económico que se realiza por su arduo trabajo afuera del Hogar, en la vecindad pagado con monedas, o con un pedazo de pan, su trabajo duro de explotación donde se finge amistad para lucrar con él y aprovecharse de su discapacidad.

Con René se presenta una situación compleja, que no es fácil de manejar y de la cual no hay mucho material bibliográfico, el abuso sexual y económico entre pares, es decir por otros ancianos internos del Hogar. René en su vida previa al ingreso al Hogar fue sodomizado, por otros indigentes con los que convivía. En la actualidad padece esta situación, prostituyéndose con otros internos pero con cierto consentimiento y resignación por lo que le toca vivir. Se lo ha encontrado en el campo replicando dicha conducta. También es utilizado como mandadero por los mismos adultos mayores quienes se aprovechan de su condición y le dan una limosna en parte de pago.

Como se ha señalado la muestra tomada del total de adultos mayores residentes del Hogar, se redujo a 25 casos, para evitar los casos más graves de déficit intelectual, pacientes terminales, o los que plantearon su negativa a participar. Observamos en la siguiente grafica los niveles de autonomía y tipos de discapacidad que padecen los adultos mayores entrevistados para este estudio de caso, internados en la Institución.

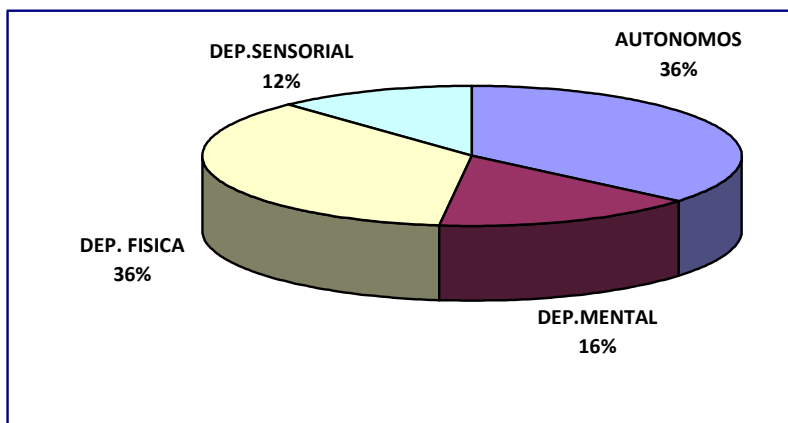


Figura N° 19: Autonomía y Tipos de Discapacidad Adultos Mayores Residentes en Hogar de Ancianos.

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

El déficit intelectual de los adultos mayores institucionalizados, como psicopatología es relativamente bajo, un 16%⁶¹. De este porcentaje el 80% está centrado en distintos grados de demencia senil, aunque en formas moderadas y leves.

Se presume por lo expuesto, que si circularan en el Hogar las distintas formas de discriminación, abuso y maltrato, los adultos mayores internos las podrían expresar dada sus posibilidades intelectuales, y si no lo hacen es por temor a posibles represalias en formas de abuso o negligencias en la atención y el quedar “expulsado” del Hogar, a lo que están expuestos en el constante discurso de familiares y personal: el temor de quedar nuevamente en la calle.

⁶¹ Si se considera la población total de 35 ancianos internos en Hogar el porcentaje aumenta al 40% de los adultos mayores institucionalizados.

La Tabla siguiente, permite ver como la dimensión especular, se retroalimenta de prejuicios, no solo los del personal o de las familias, sino de los propios adultos mayores todos actores de la Institución Total. Los porcentajes de ideación negativa aunque varían en algunos rubros son muy similares en relación a lo que piensa el personal y lo que piensa el grupo familiar..

Tabla 22: Representación Social de la Vejez y Autoimagen.

Percepción hacia los Adultos Mayores	Punto de vista del personal	Punto de vista de la familia	Punto de vista del Adulto mayor interno
	%	%	%
Personas enfermas que no se pueden valer por sí mismas	78%	65%	50%
Personas que por su edad ya no pueden tomar decisiones	75%	75%	55%
Personas que han vivido muchas cosas que podrían ser útiles a otros	55%	58%	65%
Personas que necesitan ayuda de los demás	70%	65%	55%
Algunas son personas que necesitan ayuda y otras no	90%	85%	95%
Personas con proyectos por delante	40%	45%	45%
Personas que complican la vida de otros y que ya no tendrían que vivir más	35%	45%	30%

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

Todos los actores, tienen cierta impronta de la ayuda que necesita el adulto mayor en sus vidas, de las limitaciones físicas y mentales que condicionaron su ingreso: el personal desde un sentido más utilitario, el familiar desde cierta justificación moral de dejar al cuidado algo (un objeto-anciano en muchos casos) que ya no lo puede atender más y que otros especialistas lo van a cuidar mejor. El prejuicio instalado de vincular al anciano, a lo viejo con una condición inherente a ellos que se liga a la decadencia y la enfermedad.

Al respecto es necesario destacar que la vejez en casi toda la sociedad occidental desde la modernidad, es el único sector de la población discriminado al que todos en algún momento de nuestras vidas vamos a pasar a pertenecer.

Las respuestas de los ancianos en forma sorprendente validan esta concepción de ellos mismos como frágiles y dependientes, sin autonomía para actuar y decidir, estorbos para los demás, donde los proyectos solo pasan por sobrevivir un día más. Con respecto a la dificultad o complicación que implica el tema de convivir con un adulto mayor, se observa que el mayor porcentaje lo lleva el grupo familiar del anciano interno como un tema que tendría cierta lógica el pensarlo, desde la justificación de la internación y la culpa.

En un alto porcentaje (35%) los ancianos Internados se autocalifican con un criterio de inutilidad, de molestia para los demás, muy alto si consideramos que estamos hablando de un indicador que hace a la autovaloración de la autoestima y de la imagen personal.

Un punto clave para la comprobación de los resultados obtenidos y para la resolución de la hipótesis de esta investigación, es la consideración sobre la eventualidad de decisión propia del adulto mayor (75%), representada como limitada y depreciada. Esto nos lleva a las razones que hacen al consentimiento a la internación, si es decisión del anciano, o de la familia o conjunta, articulado con las posibilidades concretas de decidir sobre su propia vida el mismo adulto mayor. Ya al ingresar el adulto mayor en el Hogar este se siente y para la sociedad se convierte en un ser devaluado, tenga o no patologías físicas, mentales o esté en una situación de vulnerabilidad social. Y el valor no se puede recuperar durante la internación, se pierde la posibilidad de elegir, de transformar en valiosa una decisión y de trascender en ella para los adultos mayores: la decisión de internación la toma otro y las otras decisiones que quedan para el anciano son solo las de sobrevivencia., el vivir día por día sin más proyección.

En realidad el tener una audición o visión deteriorada, una movilidad limitada, menos habilidades manuales, o una comprensión enlentecida de la información, no incapacita a nadie para tomar decisiones sobre los cuidados de salud que desea y sobre su vida misma.

Si realmente los ancianos alojados fueran dependientes mentales, se podría hablar de la dificultad para la toma de decisiones, si no es así se debe resolver una cuestión de violación a los DDHH, de abuso psicológico y/o económico, en cuanto a lo que significa una internación y el manejo de la vida de una persona: del dinero de la jubilación o los bienes personales, de cómo siguen los afectos en sus vidas, de la espera del anciano del otro que no lo vendrá a visitar cuando el quiera, sino cuando el familiar o apoderado pueda y quiera. Familiar o apoderado que se arroga dicha representatividad incluida la afectiva, desde una “actuación” de la preocupación por el estado de salud del anciano hacia los responsables del Hogar: de si el viejo está bien, si tiene más o menos vida por delante, si hay que comprarle un medicamento y se seguirá con las mismas preguntas en la próxima visita.

Reina, anciana de 65 años, representa alguna de estas situaciones, desde una situación vivida por ella de profunda vulnerabilidad social.

“Yo hace poco que estoy en Hogar, antes vivía en la calle me acostaba con cualquiera por un pedazo de pan, cualquier cosa. Soy epiléptica y siempre me agarraba las convulsiones en la calle, y me llevaban al hospital, pensaba que estaba muerta. Después me empezaron a traer al Hogar, pero no me gustaba porque querían tenerme encerrada que no salga a la calle, y me escapaba. Pero después estuve muy jodida, me pegaron y me deje de joder me quede tranquila acá, aunque tuve que empezar a usar pañal. Según el director tengo sífilis, y me ponen unas inyecciones que duelen como la puta madre, y a veces me escapo y me acuesto con cualquiera y nunca me curo. Yo tengo hijas pero no quieren saber nada de mi nunca vinieron a visitarme. Ahora estoy haciendo una pensión, porque me hicieron el documento que no tenía, y ahí voy a ver si

me compro una tele grande que me gusta ver novelas, y me voy a la mierda de acá”.

El relato de Reina, nos muestra la dignidad de una persona que a pesar de haber sufrido una vida con muchas miserias (materiales, físicas, psicológicas) se reserva la posibilidad de decidir sobre su vida, tiene un proyecto. El personal de la Institución Total, se enfrenta a las elecciones de Reina, y se la medicaliza para someter su voluntad, y para que no se escape de la Institución: el abuso farmacológico, el uso y desuso de los medicamentos como forma de control y/o extorsión en el trato con los ancianos queda bien ejemplificado en este caso. No le hace falta a la Institución Total Hogar de Ancianos golpear para dominar cuerpos: el psicofármaco lo podrá hacer mucho mejor y sin marcas, el analgésico que falta o se retrasa su dosis, en el momento del dolor también.

La tabla que precede muestra como los mismos adultos mayores toman el estereotipo de los jóvenes en cuanto a su condición estigmatizada. Recordemos que el adulto mayor entrevistado está internado y posiblemente sus respuestas están condicionadas por esta situación

Tabla 23: Percepción de los Adultos Mayores Residentes del Hogar de Ancianos sobre lo que Piensan los Jóvenes de ellos.

Los jóvenes creen que los adultos mayores son:	Porcentaje
Personas molestas	90
Personas que no los entienden porque son de otra época	95
Personas con las que pueden contar	50
Personas de las que pueden aprender cosas	40
Personas que dan pena	60
Personas que tendrían que morir antes de llegar a viejas	75
Personas a las que les gustaría parecerse cuando tengan esa edad	35
Personas a las que no les gustaría parecerse cuando tengan esa edad	60

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

. La imagen corporal del propio adulto mayor, la representación que él mismo tiene de sí, se encuentra definida en el pobre resultado del 35% en la respuesta a “personas a las que le gustaría parecerse cuando tengan su edad” y al 60% de los adultos mayores contestando a personas a “las que no le gustaría parecerse cuando tengan esa edad”. Nuevamente la discriminación parte del mismo grupo de adultos mayores, integrado posiblemente a las distintas situaciones vividas a lo largo de su vida.

Ernesto al respecto relata:

“Siempre viví en el campo, de jornalero desde chico, ya en la cosecha de algodón, ya sacando raíces en Santiago, siempre trabajo duro. En la única época que estuve bien fue con Perón cuando estuvo el estatuto, sino siempre fue una mierda, chorizo ahumado, bizcocho y mate, la libreta que se comía todo el sueldo y el vino y las guainas⁶² para divertirse. Hace unos años mi patrón me dejó tirado en el hospital, me había quebrado la cadera y como los caballos ya no le servía más. Me dejó y desapareció y de ahí estuve muy jodido y me llevaron para el Hogar. Acá como, me tratan bien aunque no tengo amigos, todos están peor que yo, todos viejos hechos pelota, el que no se caga, se mea, y todos así. Muchos dicen que acá se maltrata pero todo es como una familia(...)a veces vienen las visitas del pueblo a joder un rato, a querer hablar, pero es para sentirse bien ellos, para decir, fuimos al Hogar a ver a los viejos pobrecitos, medio como si fueran al zoológico, y tengo que contestar a una conversación que me importa una mierda, contesto nomás para no ser maleducado, En realidad me siento más cómodo con el personal, jodo más con las mujeres que con las visitas, lo único que me da por las pelotas que tengo que usar bastón y que no me excite ya con las mujeres, pero igual me gusta estar con ellas”.

Las respuestas anteriores como el relato de Ernesto, nos sitúan en una dimensión de otredad, en donde el viejo es el otro: yo no lo soy por más que tenga la edad, yo pienso distinto que los otros viejos. Esta representación de

⁶²Mujeres.

que los ancianos dan pena, molestos, con relatos de épocas que ya no existen y que repiten una y otra vez, fragiliza el vínculo con los otros. La distancia del encuentro con el otro que lo vienen a visitar, vivido con alegría y esperanza, queda condicionado por este discurso pesimista de épocas pasadas en donde toda era mejor, pero porque se era joven, no porque realmente se estuviera mejor: un relato circular que vuelve una y otra vez hacia el mismo tema que provoca en el corto plazo, la huida del receptor otro, quien no habla y solo asiente.



Anciano recién llegado al Hogar luego de internación hospitalaria, sin red de apoyo familiar. Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús. Villa Ángela, Chaco. *Foto: Roberto Rosenfeld,*

El 92% de los adultos mayores entrevistados, señala que en su historia de vida previa personal al ingreso institucional, han padecido situaciones de abuso o maltrato, integrándose en esta figura prejuiciosa descrita, donde el entorno actúa por él, tal como lo muestra la anterior tabla. Sin embargo el apego a ese grupo de pertenencia, el querer continuar conviviendo con ellos pese a todo, muestra una gran dicotomía emocional, en donde la elección entre una y otra opción para el adulto mayor, pasa por la menos peor.

Tabla 24: Numero de ancianos que padecieron alguna situación de abuso o maltrato antes y después a su ingreso al Hogar de Ancianos.

	Antes Ingreso Cantidad Ancianos	%	Después ingreso Hogar Cantidad Ancianos	%
SI	23	92	12	48
NO	2	8	13	52

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

Para lo planteado en la hipótesis es significativo como cambian las respuestas su tendencia una vez ingresados al Hogar, tal lo representado en la tabla anterior, aunque manteniéndose casi la mitad de situaciones con incidencia de abuso y maltrato, pero ahora con otro matiz: la Institución Total cumple con su cometido de controlar desde la cura, de las bondades del supuesto bienestar que significa una vida pautada para los cuerpos, a costa de resignar parte de la decisión personal del adulto mayor.

Como tipifican estas conductas lo grafica el siguiente cuadro donde se marca el predominio de las respuestas más significativas.

Tabla 25: Situaciones de Discriminación, Abuso y Maltrato Vividas Previas al Ingreso al Hogar de Ancianos.

Tipo	Cantidad de Respuestas	%
Amenazas de abandono	23	92
Acoso	23	92
Chantaje Financiero	21	84
Ignorar llamados ayuda	21	84
Golpes	21	84
Intimidación	19	76
No dejar recibir visitas	19	76
Acusaciones	18	72
Sacudir	16	72
No higienizar	15	60
Poner en posición incomoda	15	60
No ver nietos	12	48
Dar medicamentos no recetados, o en forma excesiva.	12	48
No dar de comer	12	48
Obligar a comer	10	40
Pellizcos	8	32
Abuso Sexual	5	20

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

La invasión de la subjetividad no es tan sentida como abuso o maltrato, sino considerada necesaria para estar sano. Esto puede incluir el silencio del propio maltratado por miedo a ser abandonado afectivamente o por vergüenza ante el qué dirán. La incapacidad para *hacer del* anciano ingresante se transforma en incapacidad para *decidir*. Esta transformación en los tipos de maltrato y abuso, mutan al ingresar al Hogar de Ancianos, cambia su dinámica y se consolida en las categorías que se grafican a continuación:

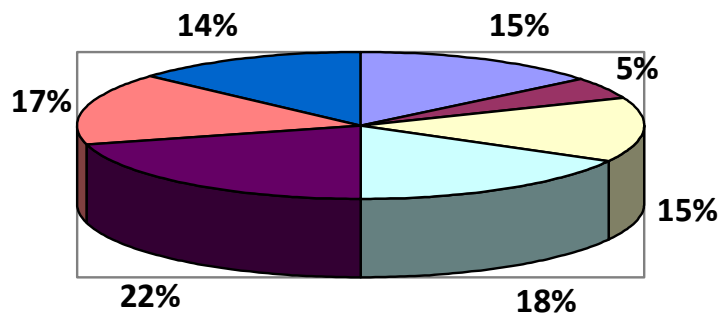


Figura 20: Situaciones de Abuso y Maltrato Padecidas, por parte de los Adultos Mayores Residentes en Hogar de Ancianos.

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

El desarraigo queda evidenciado en la respuesta dada por los adultos mayores institucionalizados a la pregunta, de si podrían describir situaciones padecidas de abuso y maltrato. En la figura anterior se observa la prevalencia en las respuestas sobre los temas relacionados con el abandonar la casa, la familia y la mudanza al Hogar que representan el 51% de las respuestas positivas. La pérdida de las facultades con respecto al propio cuerpo surge también claramente en la situación vergonzante del uso de pañales con el 14% de las respuestas afirmativas.

Un segundo grupo de respuestas obtenidas sobre las situaciones de abuso que predomina en los adultos mayores institucionalizados, son las relacionadas con la ingesta de medicamentos que son contra la propia voluntad del anciano (mas allá de la justificación de si están enfermos o no) y de la entrega de bienes a familiares o terceros con la excusa del ingreso al Hogar, en donde claramente se puede plantear situaciones de abuso económico. El abuso físico, no aparece como un indicador importante en el grupo de residentes, posiblemente como se ha señalado anteriormente, por una cuestión de respeto a la fuente laboral y la posibilidad de perdida del trabajo que podría incurrir al que cometiere la falta.

Desde esta dificultad de reafirmar su propio valor cada adulto mayor, devaluado por su ingreso al Hogar, el maltrato y el abuso, se articulan con la discriminación social (sinergizada en el uso del chisme como instrumento de dominación) y el uso del Reglamento (con el aprovechamiento de las zonas de incertidumbre), y todo se hace más fácil en el sometimiento de los cuerpos, sin necesidad de una violencia ampulosa. El dominio es sutil, pocas y contundentes intervenciones del Hogar, que recuerda lo viejo que es uno y que no moleste con elecciones o gustos propios, todo está pautado y reglado para la vida y la muerte. Un chisme a tiempo sobre determinado anciano, resistente a las pautas institucionales, provocará en forma inmediata el desvalor del mismo sin importar la verdad de lo dicho y el sometimiento casi en forma inmediata al sistema reglamentado del Hogar.

Blanca, anciana de 67 años de edad, analfabeta, de cinco años de residencia en el Hogar expresa:

“Ya hace mucho que estoy en el Hogar, en realidad estoy cómoda pero a veces tengo que hacer todo como quieren ellos. Me tengo que levantar a tal hora, tengo que comer lo que dice la cocinera, después me tengo que levantar, correrme para que hagan la limpieza, tomar remedios, volver a comer, hacer la siesta, todos los días lo mismo. A la final me convierto en un robot, ya no tengo iniciativa para nada, cuando quiero hacer

algo mío, enseguida me dicen mamita, espera que terminemos, y en realidad nunca terminan y ya se me van las ganas de lo que tenía que hacer. A veces no me quiero bañar, soy conciente que a veces me meo, pero igual tengo fiaca, y de prepo me tengo que bañar, hasta capaz me dicen vieja sucia, medio cariñoso, jodiendo ,pero me lo dicen igual. Nunca me pegan, pero me siento humillada, por no disponer de mi misma”.

Blanca representa en su testimonio, la sobreprotección, la infantilización, la omisión y la sobreactuación del personal montado en la organización Institucional, en las rutinas y usos de funcionamiento naturalizados en el trato cotidiano. También el poder organizador del chisme: “cuidado con Blanca que es una vieja sucia”, se convierte en verdad revelada sin importar porque es incontinente, incluso traspasando la frontera de los dichos entre el personal institucional para ser replicado por los otros ancianos internos, aun los que son incontinentes también: la relación simbiótica entre los estereotipos de la discriminación y el chisme es perfecta en lograr su cometido de descalificación y sometimiento en el Hogar de Ancianos.

La siguiente tabla muestra la importancia de los afectos, en el desarraigo y la situación de abandono que siente el adulto mayor con respecto al Hogar de Ancianos. La familia y la pareja se integran en los porcentajes positivos como los responsables del desarraigo y el ingreso institucional. Ingreso que casi siempre es vivido como algo contra la voluntad del anciano, forzado y violado en su derecho a elegir. Planteado en el imaginario comunitario y replicado en el discurso de los ancianos residentes en frases como: “te llevamos al asilo”, porque “te portaste mal, no te podemos cuidar, molestás en casa, ya no servís”, no como lugar (el Hogar de Ancianos) proactivo de los ideales actuales de la vejez.⁶³

⁶³ El Código de Faltas del Chaco en su artículo Nº 61 sanciona los Malos Tratos: serán sancionadas con arresto de hasta treinta (30) días o multa equivalente en efectivo de hasta seis (6) remuneraciones mensuales, mínima, vital y móvil, las personas que ocasionen o sometan a familiares a malos tratos u hostigamientos físicos o psíquicos, siempre que la conducta no encuadre dentro de las normas del Código Penal. Cuando la víctima fuere menor de dieciocho (18) años, la pena se duplicará.

Tabla 26: Personas que el Adulto Mayor Identifica como Responsables de Situaciones de Abuso y/o Maltrato.

Ámbito	respuestas positivas	% sobre total respuestas
Familia	10	24
Vecinos	2	5
Profesionales de la salud	4	10
La persona que la cuida	8	20
Pareja	9	22
Otros	2	5
Hogar de Ancianos	6	14
TOTAL RESPUESTAS	41	100

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

Las respuestas que incluyen profesionales de la salud, pertenecen generalmente a ancianos-pacientes del sistema de salud con enfermedades terminales, en donde el adulto mayor, o no termina de comprender o aceptar su estado de deterioro físico que requiere otros cuidados o se resiste a cumplir con los mismos por propia decisión. Esta situación plantea, hasta donde prima la decisión personal del anciano sobre el autocuidado de su cuerpo y la decisión del médico que privilegia el conservar el estado de la salud, que puede obligar al anciano a una internación compulsiva contra su voluntad, incluso a veces autorizada por el juzgado interviniente.

Los casos caracterizados como “Otros” en la tabla anterior, son adultos mayores que han vivido del cirujeo, y habitaban en galpones abandonados, quienes son desalojados violentamente por los nuevos dueños, sin que medie ninguna garantía judicial, debiendo recurrir “de prepo⁶⁴” al Hogar, dado el estado de indigencia y el abandono que presentaban en la plaza central del municipio donde se habían instalado. La estética planteada desde el estereotipo del viejo, actuando en las decisiones, privilegiando el camino más fácil de la internación compulsiva, sin buscar alternativas de inclusión.

⁶⁴ En forma prepotente y sin vueltas.

Tabla 27: Cantidad de Adultos Mayores que Realizaron Acciones Contra su Voluntad antes y durante su Internación en el Hogar de Ancianos.

Acciones contra voluntad	Cantidad	%
SI	18	72
NO	7	28

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

Las acciones contra la voluntad en los testimonios que brindan los adultos mayores, consideran el momento previo -que se puede estirar unos meses- antes del ingreso al Hogar como un punto decisivo en sus vidas. El grupo conviviente al anciano, empieza a considerar la cuestión de la internación en el Hogar. Las situaciones de maltrato y negligencia mutan su sentido en el discurso y en la práctica, como una estrategia de desgaste que busca minar la resistencia a la internación, intentando convencer al anciano de las bondades de la misma para su salud.

El adulto mayor, en los testimonios relevados vive la situación casi siempre (85%), como una amenaza que pone en peligro su vida. Si no acepta la decisión del grupo conviviente quien previamente intento negociar con él sobre la internación, la misma se plantea y disimula en el discurso como algo transitorio, como que irá a internarse temporalmente a un hospital o sanatorio hasta que se recupere, intentando engañar al adulto mayor quien en realidad terminará siendo internado para toda su vida.

Si no accede al pedido, los relatos de los ancianos muestran que la violencia se hace más explícita y las amenazas de dejarlo en la calle aparecen en el discurso cotidiano en un proceso de *ablande*, donde se intenta vulnerar la decisión personal del adulto mayor: siente la posibilidad del abandono como algo concreto. Las situaciones de negligencia en el cuidado comienzan a aparecer como estrategia de desgaste para forzar la internación.

La siguiente ilustración representa lo señalado en el párrafo anterior. Dejar la casa, la familia, entregar su casa propiedad, y en el mismo continuo ingresar al Hogar forman mas del 65% de respuestas positivas de los ancianos internos del Hogar. Luego continúan, las otras formas de control de cuerpos y

de vigilancia intrasistitucional, que plantean el convertirse el adulto mayor en objeto para el sistema: estructurado y pautado por los contenidos del reglamento vigente, el cual no conocen pero deben cumplir.

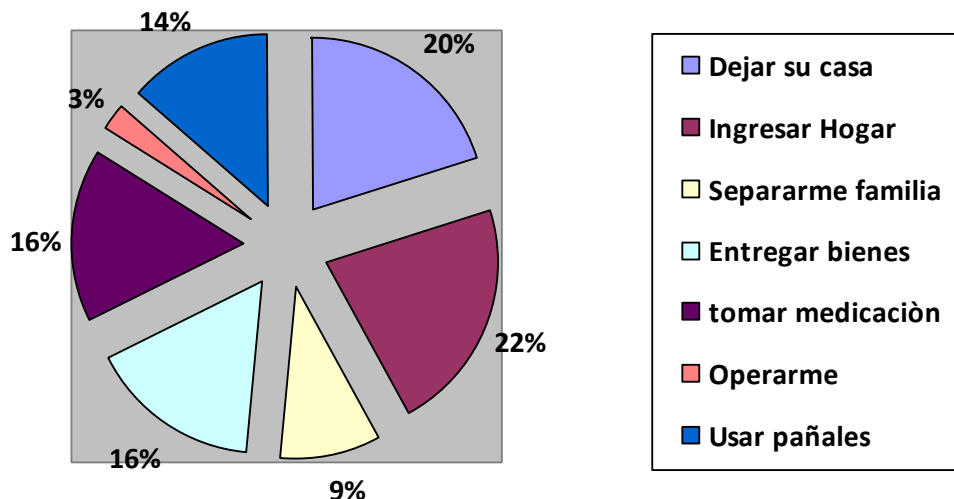


Figura 21: Respuestas y Porcentaje de Acciones de Adultos Mayores Contra su Voluntad.

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

La obligación vivida con violencia e invasiva hacia la integridad del adulto mayor, que hace al autocuidado del cuerpo por terceros, marca un porcentaje de respuestas positivas del 33%. Engloba las siguientes prácticas vulneradoras de la integridad personal: usar pañales, el realizar una cirugía o tomar medicamentos sin consentimiento por parte del adulto mayor, que se integran como un segundo grupo de respuestas predominantes. Es significativo que la ingesta de medicamentos, no pasa por un consentimiento o alguna explicación del médico sobre los efectos de los mismos, o los beneficios de su ingesta, sino que los representantes de la Red de Apoyo Social actúan como mediadores de administrarlos y aceptarlos en bien de la salud del anciano, sin importar demasiado la propia decisión personal del adulto mayor sobre porque razón de salud los toma.

La situación de firma de papeles sin consentimiento también es muy prevalente en la población alojada. Uno podría preguntarse, si esta situación es tan frecuente, o interrogarse porque los adultos mayores institucionalizados,

firman tan fácilmente documentos, aún los que son más lúcidos y que conservan sus facultades intactas.

Tabla 28: Respuesta sobre la Firma de Papeles o Documentos sin Consentimiento por Adultos Mayores Durante su Residencia en Hogar de Ancianos

	Cantidad A. Mayores	%
Firmaron Papeles Sin Consentimiento	22	88
No Firmaron Papeles	3	12

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

Los testimonios de Pancracio y Mabel, nos permitirán comprender estas situaciones de abuso con un objetivo central que provoca abuso económico, pero que a su vez, en forma colateral se articula e integra en un complejo sistema de abusos físicos, psicológicos y de situaciones de negligencia, que fundamentalmente utiliza el temor a perder afectos o el temor a la enfermedad y la muerte sin cuidados, como herramientas de desgate de voluntades de los adultos mayores internos. Proceso que es demoledor de la estructura de la personalidad del anciano interno, marcado tanto por el carácter de la Institución Total, del Reglamento Institucional y del chisme como organizador de los vínculos: el *sujeto* adulto mayor pierde su voluntad y su elección personal y se convierte en un ser sumiso y dependiente del sistema, temeroso de ejercer su decisión personal, por el riesgo de “hacer cagadas”⁶⁵ (expresión muy común de los ancianos y personal) con su vida.

Pancracio expresa en su entrevista;

” Yo tengo casi 80 años, siempre estuve bien económicamente, aunque tengo primaria incompleta nomás. Trabajé en un obraje muchos años, puse un bolicho⁶⁶ y ahí gane mucha plata, me pude comprar mi casita, unas hectáreas para criar animales y sembrar forraje, en fin estaba tranquilo económicamente. Me junté y tuve cuatro changos, que en realidad

⁶⁵ Textual, en el sentido de tomar malas decisiones que pongan en peligro su salud e integridad personal.

⁶⁶ Almacén de ramos generales.

me fundieron y me jodieron. Sabe que me agarro el Chagas, que ni sabía que lo tenía, y de golpe me empecé a poner mal del corazón, y los médicos me dijeron que no tiene cura. Ahí me tuve que quedar quieto, dejar de trabajar y los changos se hicieron cargo de todo. Iba bien hasta que se casaron y juntaron, y ya me di cuenta que yo molestaba. Empezaron con pedirme que firme papeles para que ponga todo a nombre de ellos y yo me hacia el loco⁶⁷, no firmaba ni mierda. Pero me puse mal de salud, me internaban a cada rato en hospital y después ya me trajeron acá porque no me podían cuidar decían, me hicieron firmar que estaba de acuerdo. Y sabe que hicieron: me empezaron a prisionar⁶⁸ que si no les firmaba la venta del campo, no venían mas a verme, no me iban atraer a mis nietos, que me iba a morir solo como un perro, y a la final firme, después de tanto llorar. Igual casi no vienen, me dejaron seco y solo”.

Pancracio expone con claridad toda esta situación de desgaste y rapiña familiar. La enfermedad hace la suyo en esta historia, en donde los hijos afrontan el dilema de su propio futuro al pasar a formar parejas, sienten que al anciano molesta y de acuerdo al relato de Pancracio, no realizan ningún movimiento que detenga la situación que va a vivir el anciano de abuso y abandono. El ingreso institucional al Hogar -si se analiza el testimonio del anciano-no es lo que le preocupa, sino que la preocupación y angustia pasa por la previa al ingreso en su tironeo con su familia, la que siente como una colección de prácticas violatorias a su dignidad como persona,

Mabel cuenta:

” Hace bastante que estoy en el Hogar, mi familia piensa que estoy loca, pero no lo estoy, a veces me hago nomás para que se preocupen un poco más, pero provocho mas rechazo. Yo tengo una pensión mía que cobre por mi esposo que murió y una jubilación de ama de casa, y mi hijo la administra. Él tiene el poder y de vez en cuando viene a ponerme el dedo en papeles, que no me pregunta si quiero o no. Yo no sé firmar, pero sé que

⁶⁷ No querer hacer algo en forma indirecta.

⁶⁸ Presionar

es para cobrar. Después me trae una galletita, masitas alguna chuchería para decir le lleve algo, y nada más, desaparece hasta el otro mes que pasa lo mismo. Yo escucho al personal decir que es una vergüenza, que es un mugriento, pero es mi hijo y yo lo quiero igual. Acá me tratan bien y estoy tranquila, por lo menos no estoy encerrada como me tenían en la casa”.

En el testimonio de Mabel, se destaca una clara descripción de la situación de abuso económico y maltrato psicológico, donde ella plantea una especie de transacción familiar de cariño por dinero. Se percibe en su testimonio lo que implica su estadía en el Hogar en comparación al encierro de cuando estaba en su casa, con su familia. El Hogar de Ancianos también es vivido como una situación de encierro en su vida actual, a pesar de ser una anciana que no quiere salir nunca por voluntad propia. Sin embargo parece sentirse a gusto y cuidada, en contraposición al maltrato dado por su familia.

La cantidad de adultos mayores que reciben visitas dentro del Hogar son 15 (40%), sobre el total de 25 ancianos sujetos de esta investigación. Hay que destacar que el no recibir visitas, de hecho no significa que el anciano no tenga un grupo de pertenencia, sino que el 50% de dichos casos lo tienen pero igualmente no tienen interés en verlo.

La siguiente tabla da más claridad, en cuanto a esta supuesta paridad, en lo que hace a la cantidad de visita que sí reciben los adultos mayores residentes. Vemos que la frecuencia de las visitas de la población que la recibe, casi en todos los casos tiene una frecuencia mayor al mes. La fragilidad de las Redes de Apoyo planteadas en el capítulo anterior toman una vez más relevancia y confirmación en el detalle de la tabla.

En todos los casos las visitas no pasan de un lapso de 40 minutos en el mejor de los casos, aunque no hay limitación institucional sobre el tiempo u horarios de visitas. Muchas veces la visita debe ser obligada por denuncia policial o judicial para que asista al anciano, según lo señala el personal y las autoridades del Hogar.

Tabla 29: Frecuencia de las visitas.

Frecuencia	Número ancianos	%
Diaria	0	0
Semanal	1	10
Quincenal	1	10
Mensual	3	30
Casos de Urgencia	5	50
TOTAL	10	100

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

Se destaca que las visitas señaladas y con respuesta positiva en cuanto a su importancia y valor para los ancianos residentes, en todos los casos se han referido a la visita de familiares y/o de parejas y en ningún caso han considerado las visitas de instituciones religiosas. En un solo caso se menciona a una amistad como visita. La familia apareció como el principal grupo de referencia preferido, aun en los casos de adultos mayores, que han padecido algún tipo de maltrato o abuso en dicha convivencia.

Por casos de urgencia se entiende los llamados que realiza el Director o personal de enfermería al grupo de referencia del anciano residente, para que concurra a resolver una situación de necesidad con respecto a la salud del anciano o de muerte y concurren solo frente a estas contingencias. También sobre la obligación de que concurra el grupo de pertenencia del anciano por autoridades policiales y/o judiciales, sino lo quieren hacer por propia voluntad.

La siguiente tabla muestra como la Institución Total Hogar de Ancianos, estructura el espacio y el tiempo de alojamiento de los residentes. Las salidas por propia voluntad no existen, tampoco las salidas recreativas. Solo un anciano manifestó placer en salir a ver a un amigo de la infancia cada dos meses. La salida aunque no está prohibida en el reglamento de funcionamiento, tiene un matiz en el discurso institucional del personal, como peligrosa y es necesaria la mediación y el acompañamiento del personal preferentemente para que no suceda el peligro que subyace puertas afuera del Hogar. También para controlar lo que habla el anciano con otros sobre el sistema de cuidados del Hogar de Ancianos: cualquier expresión negativa

puede ser sancionada cuando regrese a la Institución, seguramente no con prácticas violentas sino con cierta negligencia en el cuidado del adulto mayor.

Tabla 30: Lugares donde Concurren los Adultos Mayores Residentes en Hogar de Ancianos en sus Salidas y Frecuencia.

Lugares	Ad. Mayores	Frecuencia de Salidas				
		Diaria	Sem	Quinc.	Mensual	Otros
Centro Comercial (Supermercado, etc.)	2				x	
Alguna organización de bien público (Iglesia, fundación, etc.)	2				x	
Organización de adultos mayores (Centro de jubilados, club de abuelos, etc.)	4				x	
Encuentros sociales (Casa de amigos, etc.)	1					Cada dos meses
Atención Médica	22					Casos urgencia
No sale	20					

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

El discurso manifiesto pero también inconsciente es que el afuera está lleno de inseguridad, “te pueden robar, te pueden lastimar, si te pierdes no te vamos a encontrar, no sabés hacer nada solo, no tenés capacidad, sos viejo, querés salir y te meas encima”, son algunas de las formas de controlar las salidas, sin necesidad de llavear puertas.

La tabla anterior también describe la dependencia que el adulto mayor institucionalizado genera por su internación, no solo sobre su cuerpo, sino sobre su autonomía y condición mental. La Institución Total Hogar de Ancianos se erige como una maquinaria que a través de sus rutinas diseña cuerpos, los organiza y controla desde la atención de los mismos, pero con un criterio de inmovilidad, de higiene, de modelación de los movimientos y de los tiempos de atención.

El adulto mayor en lo posible debe estar quieto para poder resolver el personal institucional, tanto las normas de higiene y de sustento del edificio,

como del mismo “mantenimiento “del adulto mayor. Desde esta lógica un cuerpo que se mueve ensucia, quita tiempo al apuro de resolver las rutinas del trabajo, de cumplir con el turno: hay horarios para comer, para sentarse afuera o adentro del edificio del Hogar, horarios para mirar televisión, horarios para dormir, horarios para no hacer nada, horarios para ir al baño: en lo posible no hacerse encima fuera de esos horarios, pues el castigo puede ser la negligencia en el cambio del pañal, que puede llegar a escorar.

Tabla 31: Aumento de la Fragilidad en la Condición de los Adultos Mayores Residentes en Hogar de Ancianos.

Capacidades	Adultos mayores que responden mayor	Adultos mayores que responden igual	Adultos mayores que responden Menor
Movilizarse sin ayuda	4	9	12
Resolver situaciones cotidianas	4	3	18

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

Desde esta perspectiva, la resolución de los problemas cotidianos, se monta y articula en la dependencia y fragilidad física y mental, que el Hogar atiende desde su funcionalidad, pero que consolida en sus rutinas diarias, tal cual lo plasma la tabla anterior. La creación de dependencia psicológica se va enquistando en el accionar cotidiano del anciano, en un principio integrada en este dominio de los cuerpos, bajo un discurso de infantilización del adulto mayor. El Hogar de Ancianos se erige en su misión como queriendo resolver todas las necesidades del interno: ellos solo tiene que pedir, y no tomar iniciativas propias sobre sus decisiones: terceros lo harán. El discurso está compuesto por una serie de “no”, que se reiteran sistemáticamente ante cada acción iniciada por el adulto mayor, desde levantarse para ir al baño, pedir agua para el mate (“te podes quemar”, ponerse su ropa (“te la ponés toda torcida y al revés”) ir al baño (“te limpiaste mal la cola”), enamorarse o tener relaciones sexuales (“no ves que ya no se te para” o “vieja calentona”), no poder elegir nada por propia decisión, ya que siempre elegirá lo incorrecto.

En estas situaciones de dependencia, se incorpora el tema de la pregunta de hipótesis de esta tesis: quien va a poder denunciar en una

Institución Total Hogar de Ancianos, en donde todas las acciones están mediadas por la misma estructura burocrática, representada por su personal. El formular una simple queja o reclamo en un tema menor, como que la comida esta fría, o esta ropa no es la que más me agrada hoy, o ahora no tengo sueño, tiene un interlocutor que responde por la negativa y siempre erigido en tener razón sobre la decisión a tomar.

El testimonio de Etelvina ejemplifica lo planteado en la hipótesis de la presente investigación:

”Soy bastante vieja, tengo 78 años, pero el diablo dice el dicho sabe más por viejo que por diablo. Me siento cómoda acá, tengo todo lo que necesito y en general si te portas bien y te haces querer te tratan bien, sino, si sos quilombero o contestas mal o nada te viene bien, vas a tener bastantes problemas. No te van a pegar, o putear abiertamente, pero de otras formas te van a descalificar, a denigrar. Ponerle que hiciste cagadas para ellos (el personal), o te retobaste⁶⁹, y capaz te van a bañar un poco fuerte con el cepillo, o la comida te la van a sacar del lado de arriba de la olla, en vez de abajo que esta mas cargada, o en vez de atenderte de una, vas a tener que estar gritando un rato, en fin, cosas que no las va a ver el que es de afuera del Hogar, pero que nosotros las sentimos. Fijate el tema de la limpieza también, si querés imponer tu decisión, que no es portarse mal, capaz te tiran todo con la excusa de la limpieza, y capaz esas porquerías para ellos, para uno son queridas, que se yo. Pero todo es adaptarse al sistema, quedarse en el molde y listo, llevarse bien con todos, imagínate que te duela algo, y pasen unos minutos de más con dolor, que tarden un ratito nomás `el medicamento porque contestaste mal, ya con eso doman al más chúcaro⁷⁰. Y a quien te vas a quejar, si para el mundo no existimos, y menos le vas a decir al personal, si te quejás por lo mínimo que sea a alguien superior o alguna visita es lo peor que podés hacer, todo el personal se pone loco y una semana van a estar que ni te acerques y pidas algo”.

⁶⁹ Portarse mal en general.

⁷⁰ Rebelde.

Como podemos observar en el relato de Etelvina, no hay entonces a quien reclamar: el familiar avala a la Institución, que no percibe esta situación sutil de maltrato, o si la conoce no le conviene desenmascararla so riesgo de devolución del adulto mayor institucionalizado nuevamente a su domicilio. La comunidad también realiza su parte, desde el prejuicio y desde la estética de la ciudad, en donde no se quieren ancianos abandonados visibles, siempre deben estar lejos de sus miradas, Miradas que cuestionan a la comunidad profundamente sobre lo que hacen por dicha población vulnerable, y cuales son sus responsabilidades como sociedad: la comunidad se representa para el *otro* como buena y actúa como buena, no debe verse el excedente humano adulto mayor o el ciudadano excluido, debe estar controlado y en lo posible vigilado, nada debe molestar al contexto y a la tranquilidad que expresa la estética de la ciudad.

Y si la Institución Hogar de Ancianos se debe mostrar a la comunidad por un acto interno, o una nota periodística que refleje lo bien que se vive allí, se organizará como una representación de él mismo como ideal: se teatralizará una representación para ese momento, entre el personal y los mismos adultos mayores, que no quieren ser vistos con el prisma del prejuicio de lo viejo. Todo intentará ser lindo, bueno, todos los ancianos y el personal amigos y todos proactivos: este ideal que la comunidad quiere ver de sí misma como inclusora de ancianos, denegando la realidad, que puede ser cuestionadora de su real voluntad de dar oportunidades a los sectores que padecen mayor inequidad.

Hemos visto que la propia Institución Total, coloca sus filtros, sus controles para cumplir con el rol encomendado por la comunidad de encierro y control. Al respectola última pregunta estuvo organizada desde la siguiente consigna “Para finalizar, quisiéramos que resumiera en tres palabras el sentimiento que más lo acompaña en los últimos seis meses.”Se intentó conocer y representar los sentimientos que mas prevalecen en los adultos mayores residentes en el Hogar.

Tabla 32. Palabras que Representan Sentimientos más Frecuentes de los Adultos Mayores Institucionalizados en Hogar en Ancianos en Porcentaje.

Respuesta	%
Soledad	90
Vergüenza	75
Dependencia	65
Cansancio	55
Hastío	48
Miedo	40
Incertidumbre	30
Enojo	23
Felicidad	18
Confianza	15
Alegría	10
Reconciliación Familiar	8

Fuente: Elaboración propia con datos relevados. Año 2011

No hay indicadores en estas respuestas de discriminación, abuso y maltrato en forma lineal, pero la palabra dependencia y vergüenza, encabezan el cuadro en términos porcentuales: el ser alguien dependiente, en cuanto a la dinámica asimétrica que gestiona el Hogar de Ancianos, nos señala con claridad su misión y el juicio de valor que conlleva el ejercicio de su desarrollo institucional. La dependencia, el cansancio, el hastío, son claros indicadores del achatamiento de la personalidad que conlleva estar en la Institución Total Hogar de Ancianos. Un ámbito que no presenta demasiados horizontes, donde la incertidumbre y el miedo, a las prácticas y al futuro está representado además en la imagen especular que devuelven los otros adultos mayores más fragilizados sobre lo porvenir. Reflejo que toma el adulto mayor que está en mejores condiciones psicofísicas, sobre su posible camino hacia la pérdida de autonomía como realidad cotidiana. Reflejo que muestra con gran aplicación y un sentido ejemplificador la Institución Total Hogar de Ancianos, como controladora de cuerpos y voluntades: solo obedecer y respetar las normas permitirá vivir un poco más de tiempo.



Anciana cenando en Institución de Internación, la mesa servida sin vaso, cuchillo, tenedor y servilleta. Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús. Villa Ángela, Chaco, Argentina. Foto: Roberto Rosenfeld.

En contrapunto la alegría y la felicidad, se ubican en el escalón más bajo de respuestas, junto con la reconciliación familiar, aspectos que marcan que en un ámbito donde los adultos mayores están tan devaluados, aún los encontramos como conceptos significativos para algunos ancianos y por lo tanto pasibles de trabajar por los otros adultos mayores internos y sus Redes de Apoyo Social, como una propuesta proactiva y de posibilidad de generar un cambio en los desarrollos y prácticas de la organización, desde un nuevo paradigma de capacidades institucionales que deba cumplir el Hogar de Ancianos.

En síntesis, este capítulo planteó un recorrido centrado en develar la respuesta a la pregunta de la hipótesis planteada en este estudio de caso, sobre las condiciones que provocan situaciones de discriminación, abuso y maltrato en los Hogares de Ancianos. Los resultados obtenidos demostraron la existencia de prácticas y situaciones que se engloban dentro de estas características, desde el mismo diseño del Hogar como Institución Total, en donde el grado de internamiento y la fragilidad de las Redes de Apoyo que cuentan los adultos mayores institucionalizados, son determinantes a la hora de plantear la prevalencia de más situaciones de discriminación, abuso,

maltrato y negligencia, sobre todo, en aquellos ancianos que no cuentan con dispositivos inclusivos y de fortaleza de sus vínculos externos a la institución.

El estudio de caso, ha planteado además que las formas de violencia ejercidas hacia los adultos mayores, no están segmentadas y que solo pueden ocurrir en el ámbito del Hogar de Ancianos. Las prácticas violentas ocurren también en la vida personal del anciano que convive con su grupo de pertenencia, sean familiares o no, incluso con mayor intensidad y violencia física, que una vez que el adulto mayor se encuentra institucionalizado. La calidad de las formas de discriminación, abuso y maltrato mutan hacia el trato del anciano una vez interno del Hogar, a formas menos visibles y menos violentas en muchos casos, que las formas que se visibilizan cuando se encuentra el anciano residiendo fuera del Hogar, pero igualmente constitutivas de delito y violatorias a los Derechos Humanos. Dichas formas de abuso, maltrato y negligencia se entroncan especialmente en la situación de ingreso del adulto mayor, en donde el Reglamento Institucional marca la impronta de cómo será la vida regulada en las prácticas cotidianas de atención al adulto mayor interno del Hogar.

Por último se describieron las situaciones que hacen a la relación de los adultos mayores con su grupo de pertenencia o familiar, una vez ingresado al Hogar, y las características que toman las formas de discriminación, abuso y maltrato en el ámbito del Hogar, articuladas con el uso del Reglamento vigente y mediadas con y por el personal institucional.

Los vínculos intrainstitucionales no son garantías de que no se produzcan prácticas violatorias a los derechos humanos dentro del Hogar. Las Redes de Apoyo Social basadas solo en la familia o grupo conviviente del adulto mayor, tampoco son garantes de que no se produzcan situaciones de discriminación, abuso, maltrato o negligencia hacia los ancianos. El equilibrio o la posibilidad de distribución de los vínculos de la Red, entre los cuatro cuadrantes estudiados, aun con debilidad en los mismos, parece ser la mejor opción para que no se produzcan situaciones violatorias de DDHH. Una mayor cantidad de miembros de la Red permitiría detectar situaciones de violaciones

de derecho, por alguno de los otros miembros, y no invisibilizar las formas de violencia padecidas por los adultos mayores internos del Hogar de Ancianos.

CONCLUSION

Desde esta tesis se propuso comprender si el recorte de los Derechos que ocurre cuando un adulto mayor, debe ser internado en un Hogar de Ancianos es una condición necesaria de la imposición de la reglamentación actual vigente de la provincia del Chaco, como modo de preservar de algún modo la salud y/o superar las condiciones de exclusión que pudiesen haber padecido los ancianos internos.

Dicha Reglamentación Institucional, este estudio de caso ha demostrado que cumple con los postulados de la Institución Total, pero además se integra en su dinámica, con el desempeño del personal que aprovecha las zonas de incertidumbre organizacionales y las necesidades de los familiares o grupo de pertenencia de los adultos mayores institucionalizados, sobre el qué hacer con ellos cuando se encuentran fragilizados, o no los pueden o quieren contener.

Para llegar a estas conclusiones se hizo un recorrido por distintos aspectos que hacen a la vejez y al proceso del envejecimiento en los Capítulos desarrollados. Se trató en principio, como se fue estructurando y construyendo el concepto de vejez a lo largo de la historia y la visión que tiene la ciencia del Derecho, sobre los Derechos Humanos que asisten a este colectivo de población adulta mayor, que plantea nuevos desafíos en cuanto al crecimiento de la población envejecida mundial a partir de mediados del Siglo XX.

El comprender los procesos familiares y como se integran las Redes de Apoyo Social, en esta nueva problemática de familias con más cantidad de población envejecida y además “más vieja”, fue otro de los temas de análisis. Se describió como desde las políticas sociales se intenta dar soluciones a este problema, desde la construcción de Instituciones como los Hogares de Ancianos, que responden al concepto de Institución Total, caracterizado por E. Goffman.

Se analizaron las complicaciones que tiene el sistema sanitario para atender a la población envejecida, que requiere conocimientos gerontológicos y como los Hogares de Ancianos o Instituciones de Internación Geriátrica, se constituyeron en importantes dispositivos y alternativas del sistema de salud, en la atención de los adultos mayores, aunque con la mirada puesta en el control y vigilancia de los mismos.

El análisis efectuado en el Capítulo III de este estudio de caso fue el comprender como se estructuran y cual es la dinámica de funcionamiento de los Hogares de Ancianos de la Provincia del Chaco, desde el juicio de valor por el cual fue redactado el Reglamento Institucional. Las entrevistas a informantes claves administradas, dieron además un enfoque cualitativo sobre la circulación de afectos que ocurre en los procesos de Internación de adultos mayores y como se construyen desde la discriminación, el abuso, maltrato y negligencia. La circulación del chisme dentro del ámbito organizacional fue analizado como una fuerza estructurante de las relaciones intrainstitucionales.

El estudio de las Redes de Apoyo Social, y el mapeo de las mismas, permitió observar como circulan los vínculos en la población institucionalizada, dando una nueva perspectiva de como se integran y construyen los procesos que implican violaciones de derechos, especialmente en los casos en que las redes son frágiles y se construyen sobre la base de pocos vínculos, o en el caso de adultos mayores institucionalizados solo con personal trabajador del Hogar.

En resumen se constató desde la propuesta de este estudio de caso, que este trato común e igualitario que realiza la Institución Total Hogar de Ancianos, que se presenta como protector en el Reglamento Institucional en el cuidado del adulto mayor, es en la mayoría de los casos estudiados, una imposición burocrática y no nace de un consenso con los ancianos residentes: es sentida muchas veces como humillante por los propios adultos mayores institucionalizados y es un atentado a la estructura de la personalidad de los mismos, puesto que ignora voluntariamente las diferencias que caracterizan la singularidad de cada ser humano, provocando situaciones de discriminación,

abuso, maltrato y negligencia en la aplicación de las reglas de funcionamiento. El aprovechamiento de las zonas de incertidumbre de dicha reglamentación también actúa en la misma dirección de violación de derechos de los ancianos internados en el Hogar.

Aunque el argumento de los derechos humanos y sociales debería bastar para justificar la resolución por parte de los responsables de las políticas sociales provinciales de esta situación violatoria de Derechos de los adultos mayores, desde mecanismos participativos de consenso con los propios ancianos, es sin embargo el menos convincente para los actores sociales que detentan algún poder en nuestra sociedad, y por ende en el Estado. En la medida que se cuestione al sistema de poder, incluyendo a nuevos actores sociales-los adultos mayores excluidos de él- resulta en alguna medida subversivo de las estructuras vigentes del poder político: lo que denominan "el orden establecido". Por esta razón los argumentos basados estrictamente en los derechos sociales son insuficientes y resultan poco eficaces en apoyo de las demandas de participación en la gestión, no por lo que significan, sino por lo que obligan a los gobernantes o a los estamentos con responsabilidad en las políticas sociales. Citando a Ramio Matas (1997):

Utilizando una terminología llana y conceptualmente exagerada ¿qué puede hacer una organización acostumbrada a dominar a su entorno gracias a un respeto derivado del miedo cuando se va diluyendo esta lógica de dominación? Respuesta: una encrucijada más, la "madre de las encrucijadas" (Ramio Matas, Carlos; pp 8 1997)

Sin el cambio de paradigma, los adultos mayores seguirán apareciendo como objetos viejos para la organización Hogar de Ancianos, a los cuales solo habrá que clasificar, alimentar, y dejar morir, en un distanciamiento artificial que mucho tiene que ver con la idea de estar con un espejo de la enfermedad y la muerte en forma continua.

Por último es un excelente indicador de avances en la problemática planteada en esta tesis, que la provincia del Chaco, es la primera y única del país, en sancionar la ley N° 6483/2010 que crea el "Mecanismo Provincial De Prevención De La Tortura Y Otros Tratos Y Penas Cruelles" , que adhiere a la

normativa de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura, adoptada en el ámbito de la Organización de los Estados Americanos (1985) y la posterior ratificación de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes, en el ámbito de las Naciones Unidas por parte de la República Argentina en 1987.

La finalidad de este mecanismo es reafirmar el derecho a no ser sometido a torturas y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes. La estrategia está enfocada en la prevención y se articula mediante la realización de visitas periódicas a lugares de detención e Instituciones de Internación, que incluye Residencias Geriátricas y Hogares de Ancianos.

A la fecha falta aún su reglamentación provincial y en el caso específico de los Hogares de Ancianos y Residencias Geriátricas considerar en forma explícita, tal como lo marca la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura y Tratos Cruels que: 1) como requisito entre los integrantes de la autoridad de aplicación, los mismos tengan experiencia profesional en cada uno de los grupos en situación de vulnerabilidad, entre ellos, adultos mayores; 2) Identificar con mayor precisión estándares específicos de este grupo en situación de vulnerabilidad (los adultos mayores institucionalizados) en un artículo especial y 3) Dar mayor especificación en cuanto a la definición de la privación de la libertad y hacer una referencia taxativa al hospedaje geriátrico y gerontológico. Al respecto la ley provincial ha tenido un sesgo hacia la prevención y sanción de tortura y tratos crueles en el sistema carcelario, dejando en un segundo plano los sistemas de Internación de adultos mayores, por lo que la reglamentación de la misma, abre un ámbito para corregir dicha situación y tornar efectivo al mecanismo a implementar en defensa de los Derechos de los adultos mayores.

BIBLIOGRAFIA

Alba, Víctor. (1992). *Historia social de la vejez*. Barcelona, Laertes,

Altabirra Mercader, F. (1992). *Gerontología, Aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer*. Barcelona: Boiseauxx Universitaria.

Arias, Claudia. (2001). *Red de Apoyo Social y Bienestar Psicológico en las Personas de Edad*. Tesis magíster en Psicología Social, año 2001.

Arias, Claudia Josefina. (2005). *Sistemas formales e informales de apoyo social para adult@s mayores*. Argentina: Ediciones Suarez.

Bauman, Zygmunt. (2003). *Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil*. Madrid: Siglo XXI.

Bauman, Zygmunt. (2011). *La sociedad sitiada*. Buenos Aires:Fondo de Cultura Económica.

Bauman, Zygmunt. (2005). *Vidas desperdiciadas, La modernidad y sus parias*. Buenos Aires: Paidós.

Belsky, José. (1996). *Psicología del Envejecimiento. Teoría, investigaciones e intervenciones*. Barcelona: Masson.

Bobbio, Norberto. (1997). *De senectute y otros escritos biográficos*. Madrid: Taurus.

Bobbio, Norberto. (1991). *El tiempo de los derechos*. Madrid: Sistema

Castel, Robert. (1997). *Metamorfosis de la Cuestión Social, una crónica del asalariado*. Buenos Aires: Paidós

CEPAL. (2003). *Manual sobre indicadores de Calidad de Vida en la vejez*. Cáp. IV: “Envejecimiento y Entornos Favorables”. Guzmán, Huenchuan. Montes de Oca,

Ciuro Caldani, Miguel Ángel. (1995). *Filosofía Jurídica de la marginalidad, condición de penumbra de la postmodernidad*, en "Investigación y Docencia", N° 25, Rosario: Fundación para las Investigaciones Jurídicas.

Crozier, Michel. (2001). *El Fenómeno Burocrático*. México: Fondo de Cultura Económica.

Crozier, M. y Friedberg, E. (1990). *El actor y el sistema: las restricciones de la acción colectiva*. México: Alianza Editorial Mexicana.

Dabove Caramuto, María. (2002). *Los derechos de los ancianos*, Buenos Aires: Ed. Ciudad Argentina.

Dabove, M.I. y Prunotto Laborde, A. (2006). *Derecho de la ancianidad. Perspectiva interdisciplinaria*, Rosario: Juris.

De Beauvoir, Simone. (1989) . *La vejez*. Barcelona: Ed.Edhasa.

Di Tullio Budassi, Rosana. (2003). "El ingreso del ancian@ al geriátrico", ponencia presentada en *XIX Jornadas Nacionales de Derecho Civil*, Rosario, t. II.

Di Tullio Budassi, Rosana. (2008). El Derecho alimentario de los ancianos, en "Derecho de Familia. Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia", N° 38, Buenos Aires: Lexis Nexis.

Fassio, Adriana. (2008). Aspectos Socio demográficos del Envejecimiento, *Módulo I: Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores*.

Fernández Ballesteros, R. (1992). *Mitos y Realidades sobre la vejez y la salud*. Madrid: SG.

Foucault Michel. (1996). *Historia de la Locura en la Época Clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.

García Fèrez, José. (2002). *Informe de Bioética y Personas Mayores*. Universidad Pontificia de Comillas. Cátedra de Bioética. Para citar este documento: <http://www.imsersomayores.csic.es/portal/senileg/documentos/garcia-bioetica-01.pdf>

Gallart, M.A. (1993). La integración de métodos y la metodología cualitativa. *Una reflexión desde la práctica de la Investigación*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Goffman, Erwin. (1996). *Internados*. Bs As: Amorrortu.

Golpe, Laura. (2003). *Edaismo Y trayectoria vital: Una encrucijada en la cultura*. Argentina: Suarez

Golpe, Laura. (1994). Envejecimiento *poblacional e imbricaciones sociopolíticas en la Argentina Contemporánea*. REEP. Revista Especializada de Psicología.

Gracia Fuster, Enrique. (1997). *El Apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.

Hintze, Jorge. (2005). *El tablero de control de efectividad y la construcción de indicadores*, Biblioteca TOP-Tecnología para la Organización Pública (Asociación Civil), www.top.org.ar.

INDEC-CELADE. (1995). Indicadores demográficos seleccionados para los periodos censales. Total país. Años 1869 a 1991, en *Estructura demográfica y envejecimiento poblacional en la Argentina Serie Análisis Demográfico N° 14*

INDEC-CELADE. (1995). Estimación de indicadores demográficos; Total del país. Años 1950 a 2050. En *Serie Análisis Demográfico N° 5*.

INPEA (International Network for the Prevention of Elder Abuse) Red Internacional para la Prevención del Maltrato a las Personas Mayores. (2005), “*La percepción de los profesionales sobre negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores*” en Voces

Ausentes –Visión de las personas mayores sobre el maltrato. Investigación promovida por Organización Mundial de la Salud e INPEA

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2011). *Resultados Censo Nacional de Población y Vivienda. Argentina.*

King, Gary, Robert O. Keohane, and Sidney Verba. (2000). *El Diseño de la Investigación Social. La Inferencia Científica en la Investigación Cualitativa.* Madrid: Alianza.

Lacoviello, Mercedes y Zuvanic Laura. (2005). Desarrollo e integración de las gestiones de recursos humanos en los Estados Latinoamericanos. *Documentos Aportes Adm. Pública Gest. Estatal* 7: 45-92.

Max Neef, Manfred. (1986). *Desarrollo a escala humana.* Barcelona: Nordam

Ministerio de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación. (2007-2008). “*Especialización en gerontología comunitaria e institucional*”, Módulo II, Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Psicología

Ministerio de Desarrollo Social. Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia. (2006). Dirección Nacional de Políticas para el adulto/a mayor. Proyectos sobre personas mayores, dependencia, servicios sociales en los países del Cono Sur. En *Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur: Apuntes para un diálogo.*

Ministerio de Desarrollo Social y Derechos Humanos del Chaco. (2003). *Estadísticas de Dirección de Ancianidad,* Provincia del Chaco

Minuchín, Salvador. (1986). *Familia y terapia familiar. Un modelo familiar.* Buenos Aires: Gedisa.

Minujin, Alberto. (1998). Vulnerabilidad y exclusión en América Latina. En *Todos entran. Propuesta para sociedad desincluyentes*. Bustelo, Eduardo y Minujín, Alberto (editores)

Mintzberg Henry. (1995). *El Proceso Estratégico*, México: Pearsons.

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

ONU. (1991). *Principios de las naciones unidas en favor de las personas de edad (adoptó el 16 de diciembre de 1991 - Resolución 46/91*.

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Abuso, Maltrato y Negligencia (Abandono) – Guía de diagnóstico y manejo*. En www.imsersomayores.csic.es/documentos/.../paho-manuales-01.pdf.

Palmore, E B. (1990). *Edaismo: lo positivo y lo negativo*. Editorial Springer Publishing Company, incorporated. New York.

Pérez Sáinz, Juan Pablo y Mora Salas, Minor. (2006). *Exclusión Social, Pobreza y Políticas Públicas. Reflexiones a partir de un estudio sobre Centroamérica* Ponencia presentada al Taller regional “Exclusión social y políticas sociales en América Latina” organizado por la Fundación Carolina y FLACSO, San Salvador, 20-21 de abril del 2006.

Perrot, M. y Martin Fugier, A. (1991). *Historia de la vida privada. La revolución francesa y el asentamiento de la sociedad burguesa*. Madrid: Taurus.

Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento de Madrid, Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 12 de abril de 2002, <http://200.29.21.4/~gerontol/postnuke/pdf/Plandeaccion2002.pdf>, 6 de marzo de 2006.

PNUD. (2010). Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe. *En Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad.* PNUD. Costa Rica.

Pochtar Nora y Santiago Norberto Pszemirower. (2011). *Personas adultas mayores y derechos humanos.* Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

Ramio Matas, Carlos. (1999). Los impactos de las corrientes neoempresariales y de las nuevas tecnologías de la información sobre la cultura administrativa (un planteamiento radical). *En IV Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública,* México, D.F., 19 - 22 Oct. 1999

Rawls, John. (1993). *Teoría de la justicia.* Madrid: Fondo de Cultura Económica.

Risolia, Marcos Aurelio. (1998). Aspectos jurídicos de la vejez. *En Anales de la Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Buenos Aires,* N°28.

Salvarezza, Leopoldo. (1988). *Psicogeriatría. Teoría y clínica.* Buenos Aires: Paidós.

Salvarezza, Leopoldo. (1995). *El fantasma en la vejez.* Buenos Aires: Tekné.

Salvarezza Leopoldo. (1998). *La vejez. Una mirada gerontológica actual.* Buenos Aires: Paidós.

Sánchez Canovas, J. (2003). *Manual de la escala de bienestar psicológico*". Madrid: TEA.

Schweinheim, Guillermo. (2005). Gestión por resultados y sistemas de control, auditoría y evaluación. *En Revista de la Asociación Argentina de Presupuesto y Administración Financiera Pública, XIX Seminario Nacional de Presupuesto,* Buenos Aires.

Sen, Amartya. (2010). *La idea de la justicia.* España: Taurus.

Sen, Amartya. (2000a). *Desarrollo y Libertad*. Buenos Aires:Editorial Planeta.

Sen, Amartya. (2000b). *Social Exclusion: Concept, Application, and Scrutiny*. Social Development Papers. N°1. Asian Development Bank.

Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales, Presidencia de la Nación. (1997). *Módulo V de Gestión de Organizaciones Sociales*, Programa de Capacitación en Gerencia Social, Buenos Aires.

Sistema Informático Unificado Provincial. (2009). *Informe Anual de Gestión*. Gobierno del Pueblo de la Provincia del Chaco.

Slutzky, C. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.

Slutzky, Leonardo. (1995). *Hacia una gerontología comunitaria*, en revista "Geriatría Práctica", Vol. V, N° 1.

Sojo, Carlos. (2008). *Modernización sin Estado. Reflexiones en torno a pobreza, exclusión social y desarrollo en América Latina*. San José, FLACSO. Costa Rica.

Travieso, Juan Antonio. (1995). *La protección de los derechos de los ancianos (aspectos nacionales e internacionales)*. *La Ley Actualidad*, boletín del 6/7/1995.

Thomas William I. (2005). *La definición de la situación*. Madrid: Ed. Complutense.

Ul Haq, Mahbub. (1995). "The Human Development Paradigm (1995)", en: Fukuda-Parr, S. y Shiva, A.K., Eds. (2003), *Readings in Human Development*, New Delhi: Oxford University Press (p. 17-34). Disponible en <http://www.undp.org.ar/desarrollohumano/TheHumanDevelopmentParadigm.pdf>

Wilde, Zulema. (2005). Deberes humanos de la familia hacia sus ancianos. En *Derecho de Familia*, N°31.

Anexo I

Propuesta de Diseño Organizacional para Detección de Situaciones de Discriminación, Abuso y Maltrato hacia adulta/os mayores, en la Municipalidad de Villa Ángela

La siguiente metodología de trabajo se ha implementado en la ciudad de Villa Ángela, propuesta como uno de los objetivos específicos de la tesis, en cuanto a sugerir cambios en las Políticas Públicas provinciales hacia los Adultos mayores desde el enfoque de Derechos Humanos, en cuanto a la Detección y Denuncias de casos de discriminación, abuso y maltrato, con un diseño metodológico basado en la gestión por resultados.

Se adjunta en el mismo un Tablero de Comando con Banco de Indicadores aplicable a cualquier localidad de la provincia.

PROGRAMA: Programa de Prevención contra la Discriminación Abuso y Maltrato hacia los Adulto/as Mayores.



1. OBJETIVOS:

1.1. OBJETIVO GENERAL: Programa de Prevención contra la Discriminación, Abuso y Maltrato hacia los Adulto/as Mayores.

Detectar y denunciar las situaciones que se producen de discriminación, abuso y maltrato hacia los Adultos mayores, desde el respeto a los Derechos Humanos de los mismos.

Programas Integrados – Objetivos

Programa	Objetivo
Cuidadores domiciliarios	Formar recurso humanos de cuidados domiciliarios hacia Ad. Mayores en situación de vulnerabilidad.
Defensa de los derechos humanos del ciudadano	Recepción denuncias de la ciudadanía sobre posibles situación de violación de DDHH
Alimento municipal	Asistencia alimentaria de población vulnerables mayores de 18 años
Plan estratégico Municipal de Derechos Humanos	Censar la población del ejido Municipal y zona rural con Necesidades Básicas Insatisfechas y/o en situación de indigencia.

1.2. INDICADORES ASOCIADOS AÑO 2011- 2012:

1.2.1 Cantidad de Casos de Abuso Físico

CANTIDAD DE CASOS ABUSO FISICO	AÑO 2011	AÑO 2012*
Empujones	12	10
Golpes	8	6
Forzar al paciente a comer o tomar algo	10	12
Colocar en una posición incorrecta al paciente:	7	7
Quemaduras (cigarros, líquidos etc.)	8	5
Abuso sexual	2	1
Heridas varias	18	14
TOTAL	65	55

1.2.2. Cantidad de Casos de Abuso Psicológico

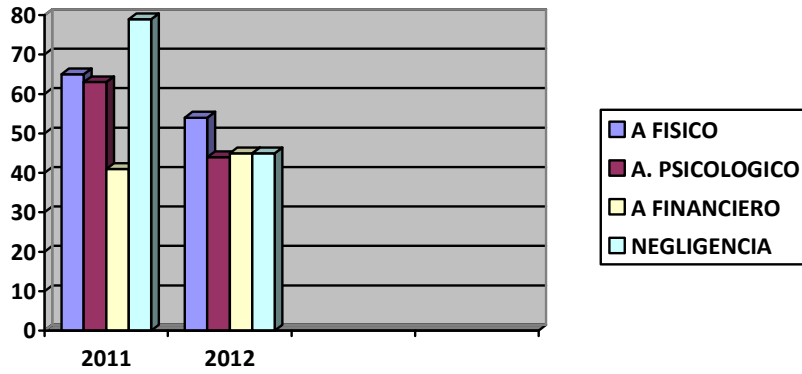
CANTIDAD DE CASOS ABUSO PSICOLOGO	AÑO 2011	AÑO 2012*
Amenazas de abandono	10	10
Amenazas de acusaciones	5	4
Intimidación con gestos o palabras	10	7
Infantilización	20	10
Limitación al derecho: de privacidad	3	2
Acoso	5	3
Limitación de recibir correos y visitas	10	8
TOTAL	63	44

1.2.3 Cantidad de Casos de Abuso Financiero

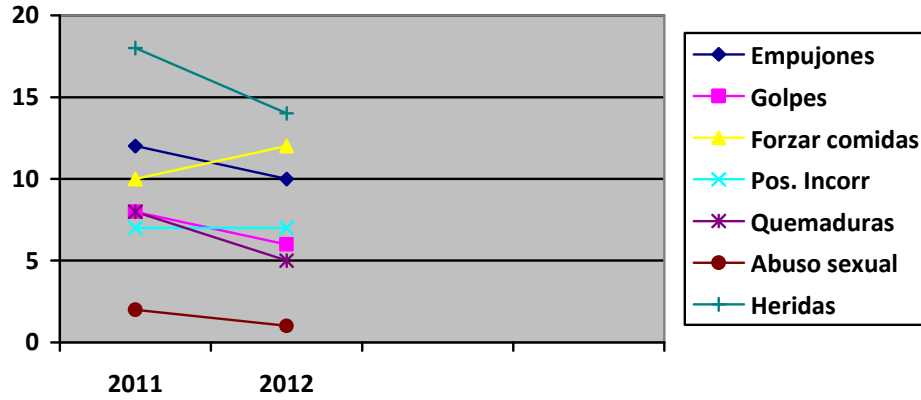
CANTIDAD DE CASOS ABUSO FINANCIERO	AÑO 2011	Año 2012*
Uso de los recursos del adulto/amayor en beneficio de familia	9	9
Chantaje financiero	6	10
Apropiación de las propiedades	12	14
Coerción para firmas de documentos legales como testamento	14	12
TOTAL	41	45

1.2.4. Cantidad de Casos de Negligencia o Abandono

CASOS NEGLIGENCIA Y ABANDONO	AÑO 2011	AÑO 2012*
Descuidar la hidratación	<u>15</u>	<u>12</u>
Descuidar la nutrición	<u>12</u>	<u>10</u>
Ulceras de presión sin atender	<u>13</u>	<u>9</u>
Descuidar la higiene persona	<u>15</u>	<u>8</u>
Abandonar a la persona en la cama, en la calle o en algún servicio público	<u>14</u>	<u>6</u>
TOTAL	<u>79</u>	<u>45</u>



2. Total de Casos Intervenido Años 2011-2012*



3. Cantidad de Casos Abuso Físico Años 2011-2012*

*Datos Parciales a Agosto 2012

2. TABLERO DE COMANDO
Banco de Indicadores del programa

Clasificación maestro de efectos y resultados		Banco de Indicadores			
Primer nivel	Segundo nivel	Tercer nivel de Operacionalización			
Tipos de efectos	Efectos	Indicadores			Operacionalización de los indicadores
		Ind. de efectos	Ind. de resultados (en un mes)	Ind. de productos	
Sociales	Disminución del abuso físico		Número de denuncias por empujones recibidas		Número de casos ocurridos en un mes
			Número de denuncias por Golpes		
			Número de denuncias por Forzar al paciente a comer o tomar algo		
			Número de denuncias por Colocar en una posición incorrecta al paciente:		
			Número de denuncias por Quemaduras (cigarros, líquidos etc.)		
			Número de denuncias por Abuso sexual		
		Número de denuncias por Heridas varias			
	Disminución de los casos de abuso financiero		Número de denuncias por Uso de los recursos del adulto/a mayor en beneficio de familia		Número de casos ocurridos en un mes
			Número de denuncias por Chantaje financiero		
			Número de denuncias por Apropiación de las propiedades		
		Número de denuncias por Coerción para firmas de documentos legales como testamento			

	Disminución de los casos de abuso psicológico		Número de denuncias por Amenazas de abandono		Número de casos ocurridos en un mes
			Número de denuncias por Amenazas de acusaciones		
			Número de denuncias por Intimidación con gestos o palabras		
			Número de denuncias por Infantilización		
			Número de denuncias de Limitación al derecho de privacidad		
			Número de denuncias por Acoso		
			Número de denuncias por Limitación a recibir correos y visitas		
	Disminución de los casos de negligencia y abandono		Número de denuncias por casos de descuido de la hidratación		Número de casos ocurridos en un mes
			Número de denuncias por casos de Descuidar la nutrición		
			Número de denuncias por casos Ulceras de presión sin atender		
			Número de denuncias por casos de descuido de la higiene persona		
			Número de denuncias por casos por abandono a la persona en la cama, en la calle o en algún servicio público		
			Número de denuncias por casos por descuido de la hidratación		
	Número de denuncias por casos por descuido de la nutrición				

3.TAREAS PROGRAMADAS: (AÑO 2013)

Tareas programadas	Indicador	Metas	Responsable
Control de Instituciones de Internación provinciales	Numero de instituciones de intervención provincial controladas / total de instituciones de intervención provincial	100%	Municipalidad de Villa Ángela
Visita a Barrio Viviendas FONAVI	Numero visitas a barrios con programas de vivienda FONAVI/ Total de barrios con programas de vivienda FONAVI	100%	Instituto Provincial de Vivienda- Municipalidad de Villa Ángela
Control de Casos recibidos en Centros de Salud	Número de casos en seguimiento / Número de casos recibidos	100%	Zona Sanitaria Provincial N° 1- Chaco
Seguimiento casos recibidos en centro integrador comunitario	Número de casos en seguimiento / total de casos recibidos	100%	Municipalidad de Villa Ángela
Control de Instituciones Internación privadas	Numero de instituciones privadas en control / total de instituciones privadas	100%	Dirección de Ad. Mayores

Anexo II

Reglamento de funcionamiento de Hogares Ancianos de la Provincia del Chaco

21 DIC 1982

VISTO:

La Actuación Simple Nº 10020000027000; por la cual la Dirección de Minoridad y Familia, eleva a consideración el proyecto de Reglamento para los Hogares de Ancianos; y

CONSIDERANDO:

Que es necesario el ordenamiento de los Hogares de Ancianos, dependiente de la Dirección de Minoridad y Familia;

Que el proyecto de Reglamento elaborado por el Departamento de Ancianidad, se ajusta a las normas y objetivos de funcionamiento de los servicios;

EL MINISTERIO DE GOBIERNO Y JUSTICIA

RESUELVE:

- 1º).- Apruébese el Reglamento de funcionamiento de los Hogares de Ancianos, dependiente de la Dirección de Minoridad y Familia, de la Subsecretaría de Acción Social, que forma parte integrante de la presente.
- 2º).- Queda sin efecto cualquier otro Reglamento o Instrumento Normativo en vigencia hasta el dictado de la presente Resolución.
- 3º).- Comuníquese, dese el Registro Ministerial y Archivos.

RESOLUCION

10020000027000

Dr. Fernando Medina Alliana
MINISTRO DE GOBIERNO Y JUSTICIA



ES COPIA

CARLOS GUILLERMO VARAS
Director de Secretaría General
Ministerio de Gobierno y Justicia



REGLAMENTO HOGARES DE ANCIANOS

CAPITULO I: SISTEMA DE INGRESO Y EGRESO

- A) INGRESO
- B) TRAMITACION
- C) PASES Y PERMITAS
- D) EGRESOS
- E) VACANTES

CAPITULO II: DERECHOS Y OBLIGACIONES

- A) DERECHOS DE LOS RESIDENTES
- B) OBLIGACIONES DE LOS RESIDENTES

CAPITULO III: DISPOSICIONES INTERNAS AMPLIATORIAS

- A) INGRESO
- B) VALORES
- C) USO DE LAS INSTALACIONES
- D) RELACIONES ENTRE RESIDENTES Y DE ESTOS CON EL PERSONAL
- E) SALIDAS Y VISITAS
- F) HIGIENE PERSONAL Y AMBIENTAL
- G) SERVICIOS DE COMIDAS
- H) ACTIVIDADES RECREATIVAS Y OCUPACIONALES
- I) EGRESOS

CAPITULO IV: SERVICIOS ASISTENCIALES

- A) MEDICOS
- B) SOCIAL
- C) RELIGIOSO



REGLAMENTO PARA EL INGRESO Y PERMANENCIA DE ANCIANOS EN HOGARES
DEPENDIENTES DEL MINISTERIO DE GOBIERNO Y JUSTICIA:

ARTICULO 1: El presente Reglamento es de aplicación obligatoria en todos los Organismos competentes en materia de / Ancianidad, dependientes del Ministerio de Gobierno y Justicia de la Provincia del Chaco.-

CAPITULO I: SISTEMA DE INGRESO Y EGRESO

A- INGRESO

ARTICULO 2: Son requisitos para el ingreso:

- a) Haber cumplido 65 años de edad a la fecha de su licitud.-
- b) Tener domicilio permanente en la República Argentina.-
- c) No poseer bienes propios.-
- d) En caso de percibir jubilación, pensión o contar con otro recurso, que el monto de los mismos no posibilite su subsistencia.-
- e) No tener familiares obligados por Ley a prestar asistencia al interesado y que se encuentren en condiciones de hacerlo.-
- f) Expresar por escrito la voluntad de ingresar.-
- g) Cumplir con la declaración Jurada referente a su estado socio-económico y permitir la entrevista/ a cargo del Servicio Social.-
- h) Someterse al examen psicofísico en el Servicio / médico del Hogar o en su defecto en Organismos / Oficiales, Nacionales, Provinciales o Municipales.
- i) Los requisitos mínimos del punto h), son:
 - 1- Que no padece enfermedad mental.
 - 2- Que no padece enfermedades infecto - contagiosas
 - 3- Que sus intereses sean continentales.-
 - 4- Que deambule y se valga por sus propios medios.
- j) La documentación del punto i) deberá ser presentada ante el Servicio Médico, quien determinará/ o no el ingreso e indicará el tipo de Hogar al / que asistirá: Para ancianos normales, verticales; o autoválidos; semiválidos o inválidos con incapacidades físicas no rehabilitantes.-
- k) Tomar conocimiento del presente Reglamento.-

B- TRAMITACION

ARTICULO 3: El ingreso será solicitado personalmente por el interesado, salvo circunstancias que obliguen a que // lo gestione el familiar más cercano o tercero con // previa autorización Policial.-

3
les

ARTICULO 4: En caso de cumplimentarse lo expresado en el artículo 3, y de existir vacantes, el Organismo Competente autorizará el ingreso por un periodo de 3(tres) / meses en forma condicional.-

ARTICULO 5: El ingreso será automáticamente definitivo, cuando / el anciano demuestre adecuada adaptación al establecimiento y siempre y cuando su permanencia no resulte inconveniente. En tal caso, la Encargada del establecimiento deberá solicitar a la instancia correspondiente el Egreso del internado, perfectamente documentado.-

ARTICULO 6: Cuando la cantidad de solicitantes próximos a ser admitidos, supere el número de vacantes disponibles, / se otorgará el ingreso atendiendo a las siguientes / prioridades:

- a) Carencia de medios propios.
- b) Carencia de vivienda.
- c) Carencia de familiares obligados a / su atención.
- d) Familiares obligados, pero que no // disponen de medios.
- e) Fecha de solicitud de ingreso.
- f) Grado de invalidez.
- g) Residente en la zona.

ARTICULO 7: Al otorgarse cada ingreso, se procederá a archivar / en el Fichero de Residentes de cada hogar, las si-// guientes actuaciones:

- a) Solicitud de admisión.
- b) Encuesta socio - económica.
- c) Informes sociales complementarios.
- d) Certificados médicos.
- e) Disposición autorizando el ingreso.
- f) Al producirse el egreso, se agregará la comunicación del mismo, y las actuaciones se archivarán en el Fichero.

C-PASES Y PERMUTAS

ARTICULO 8: El pase se concederá a solicitud del interesado, siem- pre y cuando hubiere vacante en otro establecimiento / to y el informe médico - social lo aconseje.-

ARTICULO 9: Las permutas se harán en las mismas condiciones que surgieron en los pases.-

D - EGRESOS

ARTICULO 10: El egreso puede ser voluntario o por traslado a o- tro Centro Asistencial, cuando el estado de salud / físico - mental sea incompatible con el régimen de vida del hogar.

le
Cualo

E - VACANTES

ARTICULO 11: Las vacantes deberan ser comunicadas a la superioridad dentro de las 48 horas de producidas, informando el motivo de ellas.

ARTICULO 12: El Encargado de cada hogar elevará un registro actualizado de vacantes, e informará a la Superioridad cada 10 (diez) días, en una Planilla donde consten: Plazas disponibles, ingresos, egresos, consignando además: nombre, fecha y causa.

CAPITULO II: DERECHOS Y OBLIGACIONES

A - DERECHOS DE LOS RESIDENTES:

ARTICULO 13: Los residentes tendrán derecho a:

- a) Disponer de alojamiento aseado y confortable, con el mobiliario indispensable, no permitiéndose la tenencia de muebles propios.
- b) Recibir alimentación adecuada.
- c) Disponer de ropas y calzados necesarios, los que serán provistos por el establecimiento, cuando // carecieren de medios para adquirirlos.-
- d) Hacer uso de todas las instalaciones y servicios del hogar, en forma y tiempo que lo establezca la Encargada.
- e) Recibir visitas y efectuar salidas.
- f) Participar de acuerdo a sus posibilidades, en las tareas culturales, recreativas y laborales de la Institución.
- g) Formular sugerencias para el perfeccionamiento / del Servicio.
- h) Ser respetados en sus creencias religiosas y contar con las facilidades necesarias para ser asistidos cuando lo requieran.

B - OBLIGACIONES DE LOS RESIDENTES:

ARTICULO 14: Son obligaciones de los Residentes:

- a) Observar buena conducta y acatar las disposiciones reglamentarias.
- b) Proponer el respeto mutuo, como base de convivencia.
- c) Abstenerse del abuso de alcohol, considerándose / falta grave.
- d) Abstenerse de provocar discusiones que alteren / el orden y armonía en el hogar.
- e) Comunicar cualquier problema que surja en el trato de la Encargada con otros residentes.
- f) Someterse a exámenes periódicos, tratamientos y medidas de saneamiento, cuando el Encargado o el Servicio Médico lo dispongan.
- g) Acatar las reglas de higiene y aseo personal que implanta el Encargado del establecimiento.

- 5
Enero
- h) Contribuir al cuidado y mantenimiento de las instalaciones, muebles, objetos y ropas (ellas de uso personal) que le sean provistas.
 - i) Cooperar en la limpieza general de la casa, y/u otros menesteres cuando sus condiciones le permitan.
 - j) Cumplir con los horarios establecidos, régimen / de visitas, salidas, etc.
 - k) Abstenerse de hacer proselitismo político, racial gremial o sindical.
 - l) Declarar al ingresar y entregar en custodia al encargado -bajo recibo- los valores que posean.

CAPITULO III: DISPOSICIONES INTERNAS AMPLIATORIAS

A - INGRESO

ARTICULO 15: El interesado presentará al ingresar, la documentación completa que acredite fehacientemente la respectiva autorización de internación emanada de la Superioridad.

ARTICULO 16: El interno, deberá suministrar dentro de las 24 horas de producido el ingreso, la siguiente información al Encargado:

- a) Datos de Identidad.
- b) Datos de las personas más allegadas, a quienes se pueda recurrir en caso de emergencia.
- c) Ingresos que percibe (Exhibir comprobantes).
- d) Profesión, oficio u ocupación desempeñadas con anterioridad.
- e) Actividades que considera poder realizar en el hogar.
- f) Valores y bienes que lleva al establecimiento a efectos de confeccionar el Inventario Individual / correspondiente.
- g) Obra Social a la que pertenece y Beneficios Sociales de que goza.
- h) Religión que profesa.

ARTICULO 17: El residente se comprometerá a cumplir las disposiciones del presente Reglamento, firmando la conformidad dentro de las 24 horas del ingreso.

ARTICULO 18: Será obligatorio someterse al examen Médico y psicológico al ingreso.

B - VALORES:

ARTICULO 19: El Encargado tendrá la obligación de recibir en depósito y bajo recibo, los objetos de valor que el interno posea al ingresar, sin excepción.



ARTICULO 20: El interno deberá comunicar dentro de las 48 horas cualquier nueva adquisición, bienes o valores, posteriores al ingreso.

ARTICULO 21: Deberá dejar constancia, por escrito, el destino / de sus bienes en caso de fallecimiento.

ARTICULO 22: Producido el fallecimiento, el Encargado entregará bajo recibo, en el término de 7 (siete) días al beneficiario del artículo 21.

ARTICULO 23: En caso de no ser retirados los bienes y valores // por el beneficiario, dentro de los 7 (siete) días / de su comunicación, se consideraran donados para / el hogar.

ARTICULO 24: En caso de no haber beneficiarios, los bienes y valores, pasaran a la Institución.

ARTICULO 25: El Encargado del hogar, elevará anualmente el Informe de los bienes en su poder, y el destino dado a / los valores.

ARTICULO 26: No se permitirá a ningún residente administrar bienes o valores en custodia, pertenecientes a otros / asistidos.

ARTICULO 27: El Encargado del hogar, no se responsabilizará en caso de sustracción o pérdida de valores que no / hayan sido confiados a su custodia.

C - USO DE LAS INSTALACIONES:

ARTICULO 28: Al ingresar, se proporcionará habitación simple o compartida de acuerdo a las disponibilidades. El / cambio de habitación lo dispondrá el encargado en función de las necesidades personales y del Servicio.

ARTICULO 29: La Institución otorgará los bienes necesarios para cubrir las normales necesidades durante su internación.

ARTICULO 30: En los dormitorios no se permitirá:
a) Mantener cerradas con llaves las puertas.
b) Preparar comidas o infusiones, ni guardar bebidas alcohólicas.
c) Tener calentadores.
d) Tener armas de fuego, cortantes, pezantes, etc.

D - RELACIONES ENTRE RESIDENTES Y DE ESTOS CON EL PERSONAL:

ARTICULO 31: Se deberá propender a la armónica convivencia, // mediante el respeto mutuo y la corrección en el / trato, siendo la relación con el personal prudente, cordial y respetuosa.

E) SALIDAS Y VISITAS:

ARTICULO 32: Los residentes, siempre que su estado psicofísico lo permita podrán salir en los días y horarios establecidos por el encargado, debiendo comunicar al lugar que concurrirán.

Folio 1
2
sub

ARTICULO 33: Cuando no se hallen en condiciones de salir solos podrán hacerlo acompañados por familiares, amigos o personal del Establecimiento.

ARTICULO 34: Las salidas temporarias deberán ser peticionadas - por escrito y autorizadas por el encargado.

ARTICULO 35: En casos de imprevistos para regresar a la hora o / día determinado, deberán comunicar de inmediato al encargado explicando los motivos y solicitando la / prórroga respectiva.

ARTICULO 36: Se considerará falta grave el regresar en estado de ebriedad.

ARTICULO 37: Los residentes podrán recibir diariamente visitas en los horarios y lugares establecidos, previa presentación de los visitantes, y se registrarán sus / datos personales.

F) HIGIENE PERSONAL Y AMBIENTAL

ARTICULO 38: Los residentes deberán respetar las normas de higiene personal y del Establecimiento.

ARTICULO 39: Participarán en la limpieza y orden del Establecimiento de acuerdo a sus condiciones.

G) SERVICIOS DE COMIDAS:

ARTICULO 40: Las comidas que el Establecimiento brindará a los / internos serán cuatro: Desayuno, Almuerzo, Merienda y Cena, y se servirán en el comedor en los horarios establecidos de acuerdo al menú comunicado por la Superioridad.

ARTICULO 41: Sus comidas solo se servirán en los dormitorios a / los imposibilitados y en toda ocasión que el Profesional médico lo indique.

ARTICULO 42: Los regímenes especiales deberán ser autorizados por el médico del Establecimiento o en su defecto por el profesional que tratara al enfermo.

H) ACTIVIDADES RECREATIVAS Y OCUPACIONES:

ARTICULO 43: Se considerarán de gran importancia todas las tareas de recreación y de tipo ocupacional, inculcando el / buen uso del tiempo libre y estimulando la participación activa de los residentes.

ARTICULO 44: Estas actividades se realizarán utilizando recursos propios y de la comunidad.

ARTICULO 45: El médico del Establecimiento autorizará y aconsejará las actividades a realizar por los internos, de / acuerdo a su estado físico.

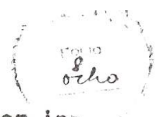
I) EGRESOS:

ARTICULO 46: Los residentes podrán dar término a su estadía por / voluntad propia, debiendo en tal caso firmar el Acta de Egreso, en el que se establecerá su decisión.

ARTICULO 47: Cuando ha vencido el plazo otorgado del permiso de / salida y no hayan regresado al hogar ni comunicado / la necesidad de prórroga en un lapso de 48hs., tal - situación se comunicará a la autoridad policial bajo cuya jurisdicción se halle la Institución para que / determine su paradero.

ARTICULO 48: Se considerarán causa de Egreso obligatorio, las siguientes:

- a) Haber superado el estado de necesidad que motiva su ingreso.
- b) Padecer enfermedad física o psíquica incompatible con el régimen de vida del hogar.



- c) Incumpliendo habitual el Reglamento o haber incurrido en falta grave en más de dos oportunidades.
- d) Practicando la mendicidad durante sus salidas incurriendo en contravenciones o dedicarse a actividades delictivas o contrarias a las buenas costumbres, en cuyo caso se dará la intervención a la autoridad policial.
- e) Cuando obtenga permiso de salida y no regrese a la hora indicada en forma reiterada.

ARTICULO 49: Los egresos previstos en el artículo anterior serán / dispuestos por la autoridad que otorgó el ingreso del residente a pedido de la Dirección del Hogar, previa / intervención del equipo profesional, médico y/o social según el caso.

CAPITULO 4: SERVICIOS ASISTENCIALES

A) SERVICIO MEDICO:

ARTICULO 50: El Hogar brindará asistencia médica a sus internos dentro de sus instalaciones y realizará los trámites correspondientes en la derivación a organismos oficiales.

ARTICULO 51: Si el interno posee Obra Social o Mutual podrá solicitar los servicios médicos que correspondan a su cobertura previa autorización del encargado.

ARTICULO 52: La asistencia médica estará a cargo del médico del Hogar, quien llevará un fichero control de asistidos. / Si el residente es atendido por otro profesional, deberá comunicar el tratamiento indicado.

ARTICULO 53: Los internos tienen obligación de someterse al examen / médico con fines preventivos y curativos.

ARTICULO 54: El Hogar brindará también a través de los diferentes / organismos, asistencia odontológica, médica, bioquímica etc.

B) SERVICIO SOCIAL:

ARTICULO 55: El Servicio Social atenderá los problemas individuales que afecten a los residentes teniendo como objetivo // primordial el bienestar de los mismos y siendo el nexo entre el encargado y los internos y de estos con el medio exterior.

ARTICULO 56: Los residentes participarán y colaborarán en las actividades ocupacionales, recreativas y culturales que organice el Servicio Social de acuerdo con sus intereses y capacidad.

C) SERVICIOS RELIGIOSOS:

ARTICULO 57: Los residentes podrán concurrir a oficios religiosos / del culto a que pertenezcan y podrán solicitar asistencia espiritual de los representantes de los mismos.

ARTICULO 58: Las Instituciones propiciarán la celebración de actos / litúrgicos en su local, solos los de la Religión Católica / Apostólica y Romana.

ARTICULO 59: La participación en los Servicios Religiosos que se celebren en el Hogar serán de asistencia voluntaria.

ANEXO III

Anexo Legislativo Provincial

**“ La Cámara de Diputados de la Provincia del Chaco
Sanciona con fuerza de Ley Nº 4.175**

Artículo 1.- Toda persona que sufriese lesiones o maltrato físico o psíquico por parte de los integrantes del grupo familiar, podrá denunciar estos hechos en forma verbal o escrita ante el juez con competencia en la materia que entiende en asuntos de familia y solicitar medidas cautelares conexas. A los efectos de esta Ley y de acuerdo a lo establecido en el artículo 35 de la Constitución Provincial 1957-1994, se entiende por grupo familiar el originado en el matrimonio o en uniones de hecho.

Artículo 2.- Cuando los damnificados fuesen menores o incapaces, ancianos o discapacitados, los hechos deberán ser denunciados por sus representantes legales y/o el Ministerio Público.- También estarán obligados a efectuar la denuncia los servicios asistenciales sociales y educativos, públicos o privados; los profesionales de la salud y todo funcionario público en razón de su labor.- El menor o incapaz puede directamente poner en conocimiento de los hechos al Ministerio Público.-

Artículo 3.- El juez requerirá un diagnóstico de interacción familiar efectuado por peritos de diversas disciplinas para determinar los daños físicos y psíquicos sufridos por las víctimas, la situación de peligro y el medio social y ambiental de la familia.- Las partes podrán solicitar otros informes técnicos.

Artículo 4.- El juez podrá adoptar al tomar conocimiento de los hechos motivo de la denuncia, las siguientes medidas cautelares:

- a) Ordenar la exclusión del autor, de la vivienda donde habita el grupo familiar;
- b) Prohibir el acceso del autor al domicilio del damnificado como a los lugares de trabajo o estudio; y
- c) Ordenar el reintegro al domicilio a petición de quien ha debido salir del mismo por razones de seguridad personal, excluyendo al autor;
- d) El juez establecerá la duración de las medidas dispuestas de acuerdo con los antecedentes de la causa.-

Artículo 5.- El juez, dentro de las cuarenta y ocho horas de adoptadas las medidas precautorias, convocará a las partes y al Ministerio Público a una

audiencia de mediación instando a las mismas y a su grupo familiar a asistir a programas educativos o terapéuticos, teniendo en cuenta el informe del artículo 3°.-

Artículo 6°.- La reglamentación de esta ley preverá las medidas conducentes a fin de brindar al imputado y su grupo familiar asistencia médica psicológica gratuita.

Artículo 7.- De las denuncias que se presenten se dará participación a la Dirección de Minoridad y Familia dependiente de la Subsecretaría de Acción Social de la Provincia, a fin de atender la coordinación de los servicios públicos y privados que eviten y en su caso superen las causas del maltrato, abusos y todo tipo de violencia dentro de la familia.-

Artículo 8°.- Incorpórese como segundo párrafo del artículo 289 del Código Procesal Penal de la Provincia, ley 1062 – de facto – y sus modificatorias, el siguiente:

“Artículo 289:

En los procesos por algunos delitos previstos en el libro segundo, título I, Capítulo I, II, III, V y VI Y Título V, capítulo I del Código Penal, cometidos dentro de un grupo familiar conviviente, aunque estuviese constituido por uniones de hecho y las circunstancias del caso hicieron presumir fundadamente que pueden repetirse, el juez podrá disponer como medidas cautelares la exclusión del hogar del procesado.- Si el procesado tuviese deberes de existencia familiar y la exclusión hiciere peligrar la subsistencia de los alimentados, se dará intervención al defensor de Menores para que se promueva Artículo 9: Invítase a las provincias a dictar normas de igual naturaleza a las previstas en la presente.- “

