



La intervención social con adultos mayores en el campo de la salud: entre la gerontología y las determinaciones institucionales

Jesús del Canto¹¹⁴

Resumen: La intervención profesional de los trabajadores sociales en el campo de la Salud con adultos mayores es direccionada por diferentes teorías sociales, entre otras determinaciones. Sin embargo, estos marcos conceptuales se contraponen en ocasiones con las posibilidades que ofrecen las instituciones a partir del modo en que se configuran las políticas públicas en la materia.

Palabras clave: Intervención – Epistemología – Teorías – Políticas – Instituciones

Summary: Professional intervention of social workers in the field of health with elderly people is directed by different social theories, among other factors. However, these conceptual frameworks contrast sometimes with the possibilities that agencies offer through the way social policies are designed in the field.

Key words: Intervention – Epistemology – Theories – Policies - Institutions

Introducción

El presente trabajo tiene por objetivo describir algunos fundamentos epistemológicos y gerontológicos existentes en la intervención profesional de los trabajadores sociales con adultos mayores en el ámbito sanitario, en contraste con los proyectos y recursos institucionales existentes en la materia. El mismo se constituye en una síntesis teórico-práctica de los contenidos abordados a lo largo del Curso de Posgrado “Bases y fundamentos para el Trabajo Social Gerontológico” dictado durante noviembre de 2014 en la Universidad Nacional de Luján.

¹¹⁴ Licenciado en Trabajo Social con Capacitación Docente para Profesionales y Técnicos Superiores. Residente de Servicio Social – Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires – Dirección General de Docencia e Investigación.
Dirección de email: jesudelcanto@gmail.com



Lo que se intenta aquí es ilustrar cómo se el conocimiento (científico o apriorístico) sobre la vejez organiza el ejercicio profesional de los trabajadores/as sociales en un Hospital General de Agudos, y cómo éste se ve favorecido u obstaculizado por las determinaciones institucionales del efector, tanto en consultorios externos como en salas de internación, a partir de determinadas políticas públicas y el modo en que estas se implementan.

Respecto de su estructura, se trata de un relato de experiencia, puesto que recupera fragmentos de una situación de intervención profesional en el marco de la Residencia de Servicio Social y las analiza críticamente, a partir de la bibliografía propuesta durante el curso y otros autores relevantes del Trabajo Social y del ámbito de la salud.

Este trabajo constituye una apuesta a la reflexión sobre los supuestos sobre los cuales se sustentan prácticas, que a su vez repercuten de un modo u otro en la vida de los sujetos de la intervención, condicionados a su vez por la coyuntura político-económica que atraviesa el campo de la Salud.

Para lograr esta meta, será necesario primeramente conceptualizar algunas categorías centrales como epistemología, intervención profesional y campo de la Salud. Estas nociones constituyen los pilares del análisis y hacen las veces de “lente” desde la cual se observa y describe este recorte particular de la realidad social.

Respecto de la Epistemología, G. Klimovsky (1998) propone dos acepciones para la misma, parcialmente relacionadas. Por un lado, se trataría de la disciplina enfocada en el conocimiento en general, sea este científico o de otro tipo. Por otro lado, y en un sentido más restringido, la concibe como “el estudio de las condiciones de producción y de validación del conocimiento científico y, en especial, de las teorías científicas” (1998: 16). Puesto que se trata de definiciones estrechamente vinculadas, ya que la primera incluye a la segunda y a la vez la trasciende, en este trabajo se aceptarán ambas por su pertinencia a la hora de pensar e intervenir sobre la vejez.

En efecto, las intervenciones profesionales analizadas se sustentan tanto en cosmovisiones científicamente validadas y reconocidas sobre la vejez, como en apriorismos basados en estereotipos del sentido común. Lo que ambas formas de conocimiento tienen en común en este trabajo es que de un modo u otro generan efectos en las vidas de los sujetos con los cuales se trabaja, favoreciendo u obstaculizando a su vez la satisfacción de sus necesidades.

Esta revalorización de la dimensión epistemológica del Trabajo Social se encuentra profundamente vinculada a las teorías sociales que, sustentadas en diferentes paradigmas, constituyen instrumentos heurísticos para el ejercicio profesional. En este plano, Julieta Oddone (2010) propone una periodización relativa al modo en que elaboraron estos marcos conceptuales, siendo un producto e influyendo a su vez en el contexto histórico de producción y validación.



De acuerdo con esta autora, el primer período transcurre durante las décadas del '50 y '60 aproximadamente, e incluye la teoría de la actividad, la teoría del descompromiso y la teoría de la subcultura y el envejecimiento.

Durante la segunda fase de producción científica, que se extiende desde los '70 hasta mediados de los '80, surgieron la teoría del fracaso/competencia social, la teoría del intercambio, la teoría de la modernización, la perspectiva del curso de la vida, la estratificación por edad y la economía política del envejecimiento.

Desde fines de los ochenta en adelante, algunas de estas teorías han sido reformuladas, al tiempo que surgieron nuevas perspectivas, tales como el construccionismo social, el intercambio social y el feminismo, entre otras. Todos estos esquemas conceptuales han propuesto diferentes modos de concebir tanto al envejecimiento como a la vejez misma, reflejando en parte ideologías epocales a la vez que influyendo en el contexto social, favoreciendo diferentes miradas sobre la vejez y la generación de políticas al respecto.

El planteo de estas nociones básicas fundamenta lo que aquí se entenderá como intervención profesional. Aunque se trata de una categoría que ha sido extensamente objeto de discusión, diferentes autores coinciden en general en señalar como tal a todo *accionar* del profesional con los sujetos, sean estos individuales o colectivos, para producir *modificaciones* en la realidad social. Al respecto, Cristina de Robertis (2006) afirma que la intervención es todo aquello que el trabajador social hace para producir un cambio, rol que además define al ejercicio profesional desde esta óptica.

Este accionar del Trabajo Social constituye una práctica socialmente construida, tal como plantea Malcolm Payne (1995), puesto que depende de circunstancias socio-históricas y culturales. Asimismo, se encuentra en general direccionado por diferentes modelos de intervención que incluyen supuestos filosóficos y ético-políticos, se encuentran anclados en corrientes de pensamiento y suministran los conceptos y categorías para analizar la realidad social y así modificarla (Escolar y Travi, 2010).

En el contexto de este trabajo, se entenderá que las teorías sociales sobre la vejez y el envejecimiento, enmarcadas en concepciones más amplias sobre el conocimiento en general y el científico en particular, constituyen el basamento sobre el cual el profesional del trabajo social (entre otros) direcciona sus acciones para influir en la vida de los sujetos, sea en el plano conductual, emocional, interaccional o socio-económico. Desde luego, existen otras variables que influyen en este proceso, tales como las presiones institucionales, las coyunturas políticas y la cultura en la cual se inserten los usuarios y profesionales.

Lo que en este trabajo trata de sostenerse es que el modo en que se articulan o contraponen algunas de estas teorías con las características del encuadre hospitalario y otras instituciones influye de forma determinante en el acceso a la salud de los



adultos mayores. Este encuadre, como se sostenía más arriba, forma parte de lo que Spinelli (2010) denomina campo de la Salud.

Este autor prefiere la noción de campo a la tradicional de sistema, recurrente en la bibliografía y que según expresa, se sitúa en una perspectiva funcionalista. En contraste, recurre al Constructivismo Estructuralista de Bourdieu y piensa la Salud como un espacio en el que coexisten diferentes actores, recursos, problemas e intereses que configuran redes de relaciones y en las cuales los sujetos luchan por el poder. En sus propios términos:

“El campo de la salud –tanto en Argentina como en otros países–, se caracteriza por la complejidad, producto de la combinación de la alta concentración de capital económico; los problemas de financiamiento; la corrupción –macro y micro–; la persistencia de estructuras administrativas arcaicas en el Estado, que atentan contra quienes intentan dar cuenta de otras institucionalidades; las bajas capacidades de gobierno/gestión; la falta de regulación en la formación de profesionales; el significativo número de trabajadores que componen la fuerza de trabajo; la autonomía de los mismos y el destacado valor social de los temas sobre los cuales se desarrollan las prácticas” (2010: 276)

Se trata de una concepción que en general enfatiza la dimensión económica como determinante principal, pero que sí visibiliza otras características ya identificadas por Tobar (2012), como la complejidad y la fragmentación. Para este autor, la primera remite a las conexiones no inmediatamente visibles que se establecen entre los subsectores clásicos (público, privado y obras sociales) y la segunda a las dificultades de comunicación entre áreas y profesionales.

Es en este complejo escenario donde los trabajadores sociales (entre otros actores) se insertan e intervienen profesionalmente con adultos mayores, definiendo objetivos a partir de diferentes teorías sociales que incluyen concepciones sobre la vejez y/o a partir de los recursos institucionales disponibles (que se sustentan a su vez en diferentes miradas que la sociedad tiene sobre la vejez). Como ya se ha mencionado, en ocasiones, las teorías que sustentan la intervención no encuentran correlato en los dispositivos existentes.

Una experiencia de intervención

La situación problemática digna de análisis en este relato es la de una pareja de adultos mayores¹¹⁵ internados simultáneamente pero separados en las áreas de hombres y mujeres de Clínica Médica de un Hospital General de Agudos. En este trabajo se los llamará Daniel y Beatriz, pacientes efectivamente jubilados e ingresados

¹¹⁵ Para mantener su confidencialidad, los nombres de los sujetos protagonistas de la intervención así como también algunos detalles han sido modificados.



por Urgencias a partir de una situación habitacional crítica. En un primer momento, la interconsulta con Servicio Social fue realizada por uno de los médicos a cargo del área de internación de mujeres.

De acuerdo con este profesional, los ancianos se habían encerrado en su departamento y se encontraban totalmente aislados. Daniel tenía una infección avanzada en una de sus piernas y Beatriz sufría deshidratación, además de que ambos evidenciaban deterioro cognitivo, causado o al menos favorecido por su aislamiento. Su familiar de referencia era su sobrino Juan Carlos, con quien ellos tenían contacto con alguna asiduidad y quien había llamado a los bomberos para que ingresaran a la vivienda y los ayudaran a salir de allí.

A diferencia de otros pacientes atendidos en esta área, caracterizados por una situación económica de extrema vulnerabilidad¹¹⁶, esta pareja estaba jubilada, residía en el área programática del hospital y pertenecía a los sectores medios urbanos tradicionales. Sin embargo, y a pesar de contar con mayores recursos económicos que otros adultos mayores habitualmente asistidos, la causa de su internación ponía de manifiesto su incapacidad para vivir solos de forma autoválida.

En el proceso de intervención, se entrevistó a ambos en sus respectivas habitaciones (estando además en el mismo piso de Clínica Médica) para conocer su situación sociofamiliar y habitacional y definir objetivos de intervención.

Ambos hablaron de tener varios sobrinos y una extensa familia, pero coincidieron en que su mayor vínculo era Juan Carlos, quien los llamaba telefónicamente y/o visitaba frecuentemente. Por lo demás, manifestaban dificultades para recordar cómo habían llegado al hospital y/o qué les había ocurrido en su casa. En relación a su próximo egreso hospitalario, estos pacientes se mostraron de acuerdo en la pertinencia de requerir cuidados especiales de allí en adelante, pero remarcando que deseaban continuar *juntos*.

A partir de este momento, la intervención profesional se orientó en esta dirección: organizar cuidados en el plano habitacional. Cuando Juan Carlos se acercó al Servicio Social, informó nuevamente que sus tíos estaban jubilados y que por ende contaban con la cobertura de PAMI. El sobrino tenía entre treinta y treinta y cinco años y su vocabulario y capital social permitían inferir que pertenecía a los mismos sectores medios que sus tíos, una población poco habitual en este hospital.

En posteriores entrevistas, se destacó en el relato de ambos el interés por el bienestar de su cónyuge, informado casi diariamente a cada uno por Juan Carlos. Gracias a las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones, el sobrino pudo contribuir con el aspecto emocional de la salud de sus tíos al filmarlos en sus

¹¹⁶ Podrían mencionarse personas carentes de redes sociales continentales, sin ingresos fijos y eventualmente en situación de calle.



respectivas habitaciones con su laptop para luego enseñarle el video al otro miembro de la pareja.

Se trata de una cuestión no menor, puesto que de este modo el sobrino contribuyó con la preservación de lo afectivo en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, un área de la salud frecuentemente invisibilizada por el modelo médico-hegemónico. Esta ideología fragmenta la realidad y privilegia lo biológico por sobre lo psicológico y lo social (Menéndez, 1985).

En cuanto a la intervención profesional, desde el Servicio Social se le informó a Juan Carlos que debía conversar sobre las cuestiones inherentes al egreso hospitalario de sus tíos con los médicos, pero que posiblemente fuera necesario el ingreso a un hogar para adultos mayores debido a los problemas de autovalimiento que Daniel y Beatriz evidenciaban. Para esto último, se lo orientó además a acercarse a la oficina de PAMI en el hospital, puesto que la gestión de residencias para adultos mayores es competencia exclusiva de la colega que allí se desempeña.

Aquí aparece Juan Carlos como un cuidador familiar secundario, tal como lo clasificaría Luxardo (2008), debido a que se ocupa de cuestiones indirectas (trámites, gestiones) de los sujetos padecientes. Como sostienen Oddone y Aguirre (2007), la función de cuidado en el plano familiar se sostiene en un mandato interno derivado del pacto intergeneracional.

No obstante, afirman también, la multiplicidad de programas que históricamente ha existido para garantizar los cuidados de adultos mayores no autoválidos en la Ciudad de Buenos Aires contrasta en la práctica con el hecho de que los cuidadores deben recurrir a sus propios recursos. Es decir, en el caso de Juan Carlos, a su capital simbólico para transitar por el campo de la salud y a la obra social de sus tíos.

Es precisamente en este punto donde se ve reflejada la tensión existente entre algunas teorías sociales vigentes sobre el envejecimiento y los dispositivos disponibles, como materialización de las políticas públicas. Mientras que desde el Curso de Vida y el Construccinismo Social se enfatiza el protagonismo de los sujetos en procesos de toma de decisiones sobre sus propias vidas, a partir del sentido que le otorgan a las mismas, la ausencia de alternativas de cuidados domiciliarios y/o basados en la comunidad dificulta en situaciones como esta que las personas puedan retornar a su medio social si así lo desean.

Dicho en otros términos, existe una vasta bibliografía que promueve la inclusión social a partir de la permanencia en la comunidad y del rol clave de ésta en la provisión de servicios, tales como los trabajos de Gracia Fuster (1997) y Paola (2003), pero el hecho de que una de las pocas opciones que existe para situaciones de este tipo sea la institucionalización en hogares residenciales permite pensar en la predominancia aun en la actualidad de la teoría del descompromiso.



Desde esta óptica, Oddone (2005) plantea que se trata de un marco sustentado en el estructural funcionalismo, en el cual las personas son agentes en una estructura cuyas acciones responden a (y están determinadas por) las necesidades de la sociedad como un todo. Como señalan diferentes autores, se trata de uno de los paradigmas que más influyó en la sociología y el trabajo social norteamericanos durante el siglo XX y que acentúa el cambio individual como factor de integración social.

En relación al descompromiso, dice la autora que se trata de un proceso entendido como el retiro de los adultos mayores con respecto a los roles propios de la mediana edad, responde a necesidades tanto del sujeto como de la sociedad. Para esta última, el retiro favorece que las personas viejas cedan sus roles a los jóvenes y, al mismo tiempo, permite que los viejos se preparen para la muerte.

En el marco de este trabajo, es que se entiende que la existencia únicamente de dispositivos residenciales para afrontar el problema de la organización de cuidados de adultos mayores no autoválidos (impidiendo a su vez el retorno a su hogar) responde a la teoría del descompromiso, debido a que la institucionalización implica en no pocas ocasiones la resignación de roles que anteriormente habían configurado la identidad individual (además de la alteración de su vida cotidiana en el marco de una institución total).

Esta tensión entre los objetivos de la intervención basados en una perspectiva humanista y los recursos disponibles plantea el siguiente interrogante: ¿Cómo generar intervenciones profesionales basadas en la autodeterminación de los sujetos y su inclusión sociocomunitaria en el marco de contextos institucionales y sociales cuya única respuesta al deterioro cognitivo y físico de los/as viejos/as enfermos/as es su institucionalización?

Pues bien, en el caso de Beatriz y Daniel, como ya se ha señalado más arriba, la intervención profesional continuó en manos de la colega trabajadora social de PAMI, por ser la cobertura con la cual contaba la pareja. Su internación se prolongó alrededor de tres meses, y la estrategia de la profesional apuntó en primer lugar a gestionar vacantes individuales en diferentes hogares (debido a que era difícil obtener las dos en un mismo lugar y al mismo tiempo), para luego, cuando fuera posible, revincularlos en una misma institución.

Si bien se trató de un proyecto de intervención profesional que se basaba en la disponibilidad de recursos ya descripta, es importante destacar que en la estrategia general estaba incluida la voluntad de la pareja de preservar su relación. Esta opción de la profesional por comprender la importancia que Beatriz y Daniel otorgaban a su matrimonio, al margen del lugar en que se hallasen, permite pensar en una intervención humanista, inclusiva de los saberes y sentidos que los sujetos atribuyen a sus vidas a partir de las narrativas que construyen (Kisnerman, 2005).



Desde el punto de vista normativo, se trataba de un proyecto de intervención coherente con los lineamientos de la Ley Básica de Salud N° 153 de la Ciudad de Buenos Aires. En efecto, esta legislación promueve una concepción de salud integral, que integre lo biológico, lo psicológico y lo social. En el caso analizado aquí, el reconocimiento de la voluntad de los usuarios en tanto proyecto de vida y su inclusión en la estrategia interventiva da cuenta del modo en se consideró la articulación de los tres niveles de análisis de la realidad social.

Es decir, que aún en escenarios sociales signados por la fragmentación y la incertidumbre, sería posible en algunas oportunidades la construcción de intervenciones profesionales respetuosas de la voluntad de los sujetos y el sentido que estos atribuyen a sus trayectorias biográficas y vinculares. No puede obviarse, desde luego, el hecho de que en el caso de Beatriz y Daniel, se trataba de una pareja proveniente de sectores medios urbanos, incluida en la seguridad social y con una red social de contención que constituyó un valioso recurso a la hora de planificar su egreso hospitalario y favorecer el cursado de su proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado atendiendo aspectos psicosociales.

Esta característica de la pareja usuaria, a saber, su relativa inclusión social, ciertamente favoreció el funcionamiento de los circuitos institucionales y administrativos necesarios para el abordaje de su problemática habitacional. Tal vez podría pensarse que sectores socialmente más vulnerables hubieran inclusive tenido más dificultades para articular su proyecto de vida con la oferta de programas para el cuidado de adultos mayores enfermos.

Conclusiones

A lo largo del presente trabajo, se ha intentado visibilizar cómo en ocasiones las teorías sociales sobre el envejecimiento y la vejez entran en tensión con los dispositivos y recursos institucionales en la intervención del Trabajo Social con adultos mayores.

Desde la óptica aquí adoptada, el accionar de esta disciplina es una construcción social direccionada por modelos de intervención, y encuadrada por determinaciones institucionales, culturales, económicas y políticas más amplias que a su vez también influyen en sus posibilidades. Así, los recursos provistos por estos contextos pueden no siempre coincidir o incluso contraponerse con los objetivos que los trabajadores/as sociales se proponen a partir de sus teorías.

En el caso puntual de los adultos mayores, algunos esquemas conceptuales vigentes tales como el Curso de Vida y el Construccinismo Social enfatizan miradas transdisciplinarias de la realidad en la cual se privilegia la autodeterminación del sujeto, a partir del sentido que el adulto mayor le otorga a su vida. Asimismo, se trata de enfoques que coinciden en el plano normativo con las disposiciones de la Ley Básica de Salud de C.A.B.A.



No obstante, la carencia real de programas y dispositivos que puedan favorecer alternativas de vida basadas integralmente en estas matrices dificulta la conciliación entre paradigmas y recursos. Esta tensión se pone en juego en diferentes situaciones problemáticas, habiéndose analizado aquí las dificultades existentes en el egreso hospitalario de adultos mayores no autoválidos, cuyas redes sociofamiliares presentan una incapacidad para proveerles los cuidados primarios correspondientes en su domicilio.

En situaciones de esta índole, dependerá de la opción profesional y capacidad de planificación estratégica acorde del trabajador/a social, la programación de objetivos que de algún modo se sirvan de las herramientas disponibles a la vez que incluyan el proyecto de vida de los sujetos de la intervención.

Bibliografía

Escolar, Cora y Travi, Bibiana (2010) "Prácticas profesionales, modelos de intervención y proceso de producción de conocimientos" en Revista Trabajo Social UNAM. Ciudad de México, época VI, número 1 pp. 74-89. Año 2010.

De Robertis, Cristina (2006) *Metodología de la intervención en trabajo social*. Lumen. Buenos Aires.

Gracia Fuster, Enrique (1997) *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Espacio. Buenos Aires

Kisnerman, Natalio (2005) *Pensar el Trabajo Social*. Lumen. Buenos. Aires.

Luxardo, Natalia. "El cuidado en el hogar de enfermos crónicos y/o terminales: implicancias y tensiones" en Krmpotic C. (2008) *Cuidados Terapias y Creencias en la Atención de la Salud*. Espacio Buenos. Aires.

Klimovsky, Gregorio e Hidalgo, Catalina. (1998) *La inexplicable sociedad*. A-Z Editora. Buenos Aires

Menéndez, Eduardo (1985). "Modelo Médico Hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud", en Cuadernos Médicos Sociales N° 33: 3-34, Rosario.

Oddone, María Julieta "Impacto de la diversidad en el envejecimiento" en Psicólogos. Revista de Psicología. Tucumán, vol. XV pp. 49 – 66. Año 2005.

Oddone, María Julieta "La teoría social de envejecimiento. Un análisis histórico" en Barca, C. (2010) *La gerontología a través de una historia institucional*. Centro de Día. Buenos Aires



Oddone, María Julieta y Aguirre, M. (2007) "A pendular movement between the intergenerational pact and the exhaustion of support networks in Argentina" in Paoletti, Isabella (Editors) *Family Caregiving for Older Disabled People: Relational and Institutional Issues*. Nova Publishers. New York.

Paola, Jorge et al. (2003) *Construyendo el Trabajo Social con adultos mayores*. Espacio Buenos Aires.

Payne, Malcolm (1995) *Teorías contemporáneas del Trabajo Social*. Paidós. Buenos Aires.

Spinelli, Hugo "Las dimensiones del campo de la salud en Argentina" en *Salud Colectiva*. Buenos Aires, 6 (3): 275-293, septiembre-diciembre 2010.

Tobar, Federico, Olaviaga, S. y Solano, R. (2012). *Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino*. CIEPP.