

2014

Fil: Capdeville, María Josefina. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Departamento de Terapia Ocupacional; Argentina

Conocimiento y percepción del principio ético de autonomía de los adultos mayores

Capdeville, María Josefina

Capdeville, María Josefina

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/299>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA

CONOCIMIENTO Y PERCEPCION DEL PRINCIPIO ETICO DE AUTONOMIA DE LOS ADULTOS MAYORES

**Tesis presentada en la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, para optar al título de
Licenciatura en Terapia Ocupacional.**



Abril 2014

Autoras:

Capdeville, María Josefina
Weigand, Gabriela Gisele

Directora

Lic. Emma García Cein

Codirectora

Lic. Julia Xifra

Autoras

Capdeville, María Josefina

DNI 31.476.411

Weigand, Gabriela Gisele

DNI 30.947.064

Agradecimientos

Agradecemos a nuestra directora Emma García Cein, a nuestra codirectora Julia Xifra y a Norma Gordillo (profesora del taller de tesis), por acompañarnos en el último tramo de nuestra carrera, orientándonos en cada paso.

Un cordial agradecimiento a los directivos del Hogar de Día Cedro Azul, por su desinteresada colaboración, posibilitando y autorizando a acceder a la población de estudio, permitiendo a su vez la utilización de las instalaciones del lugar para realizar nuestra investigación.

A la población de adultos mayores participantes, un especial agradecimiento por brindarnos su tiempo para responder a las preguntas.

Capdeville, María Josefina

Mi agradecimiento a mi papá Eduardo, por sus grandes consejos y por estar siempre presente en cada momento de estos años.

A mi mamá Mabel, por su apoyo e incentivo con mi carrera.

A mi Tía Malena, por su apoyo incondicional y su compañía.

A mi hermana Lucre, por ser mi compañera y estar siempre.

A mi novio Lucas, por alentarme todos los días, por su apoyo emocional e incondicional y por creer siempre en mí.

A mis hermanos, al resto de mi familia y amigas, por ser parte de esto
¡¡GRACIAS!!

Weigand, Gabriela Gisele

A mis papas, Carlos y Alicia, por acompañarme en todo momento, por darme siempre su apoyo para seguir adelante, gracias por brindarme tanto durante estos años.

A mis hermanas, Pau, Naty y Andre, porque siempre estuvieron a mi lado, dándome sus consejos.

A mi novio Gastón, gracias amor por estar siempre conmigo, dándome tu aliento y apoyándome incondicionalmente sin pedirme nada a cambio.

A mis amigas del alma, Agus, Luli, Sabri, Sol, Pame y Yani, por ser mi sostén durante todo este recorrido.

A mis amigas que me dio la carrera y a la familia de mi novio, por ser parte de esto...A todos... ¡¡GRACIAS!!

Índice

Introducción.....	6
Tema.....	8
Planteo del problema y objetivos.....	8
Estado Actual de la Cuestión	11
Referencias del estado actual de la cuestión	16

Primera Parte: Marco Teórico

Capítulo: 1

Autonomía como principio bioético.....	19
--	----

Capítulo: 2

Vejez.....	31
------------	----

Capítulo: 3

Alternativas de asistencia.....	51
Bibliografía de Marco teórico	57

Segunda parte: Aspectos Metodológicos

Diseño metodológico.....	62
Tipo de diseño y estudio.....	62
Población, muestra y unidad de análisis.....	63
Método e instrumento de recolección de datos.....	64
Procedimientos para la recolección de datos.....	64
Plan de análisis.....	65
Bibliografía de aspectos metodológicos.....	67

Tercera parte: Resultados

Análisis e interpretación de los datos.....	69
---	----

<u>Cuarta parte: Conclusión</u>	88
--	----

Quinta parte: Bibliografía general..... 93

Sexta parte: Anexos

-Carta de autorización para acceder a la población del centro de día
Cedro Azul.....99

-Consentimiento informado para participar en el estudio de
Investigación.....100

-Guion de la entrevista.....103

INTRODUCCION

La prolongación de la vida humana tiene que acompañarse de algunas acciones para que todas las personas tengan una vida digna y con posibilidades de realizarse y mantener un lugar activo en la sociedad.

La calidad de vida de las personas adultas mayores se relaciona con la capacidad funcional y con el conjunto de condiciones que permitan el autocuidado y la participación en la vida familiar y social.

Con el cambio de paradigma, el adulto mayor deja de estar en un rol pasivo para pasar al rol activo, protagonista, sujeto de derechos, ciudadano, partícipe de los cambios de la sociedad, en donde se valoran sus saberes y sus prácticas, poniéndolos al servicio de la comunidad.

Los adultos mayores son una población, que tienen derechos fundamentales, deben exigir ser respetados en todos los aspectos de su vida, deben tener derecho a elegir, derecho a tomar decisiones, derecho a vivir con dignidad, derecho a la independencia, derecho a la autorrealización y derecho a la participación. Nos abocamos a esta población, debido a que es un grupo etario que se encuentra en una situación donde su autonomía (condición inherente a todos los seres humanos, que capacita para el ejercicio de su libertad, concretizada en elecciones y acciones, de acuerdo a valores, creencias e idiosincrasia particular) está afectada.

Es importante abordar esta temática desde la Terapia Ocupacional, ya que el T.O, desde su rol de profesional de la salud, brinda las herramientas para que el adulto mayor conozca sus derechos y pueda tomar sus propias decisiones con respecto a diversos aspectos de su vida, así como la participación en decisiones en el momento de planificar un tratamiento. Es fundamental reconocer lo que

significa la autonomía, tomarlo como un derecho propio y como un aspecto clave en la salud.

A partir nuestra experiencia en el centro de día “Cedro Azul” con la población de adultos mayores, surge la necesidad de abordar esta temática. Este estudio pretende conocer y describir el conocimiento y percepción del principio ético de autonomía de los adultos mayores, que concurren al centro de día.

Para obtener estos datos la técnica seleccionada fue una entrevista en profundidad, como medio que permitió obtener información contenida en el habla o discurso de los actores sociales. La misma constó de una serie de preguntas donde se evaluaron tres ejes de contenidos: datos personales y familiares, conocimiento de la autonomía y percepción del ejercicio de la autonomía.

Tema

Conocimiento y percepción del ejercicio del principio ético de autonomía de los adultos mayores.

Problema

¿Qué conocimiento y percepción del ejercicio del principio ético de autonomía tienen los adultos mayores que concurren al centro de día “Cedro Azul”, de la ciudad de Mar del Plata durante el período noviembre de 2013?

Objetivos generales

*Describir el grado de conocimiento del principio ético de autonomía que tienen los adultos mayores que concurren al centro de día “Cedro Azul”, de la ciudad de Mar del Plata durante el período noviembre de 2013.

*Conocer la percepción acerca del ejercicio del principio ético de autonomía que poseen los adultos mayores que concurren al centro de día “Cedro Azul”, de la ciudad de Mar del Plata durante el período noviembre de 2013.

Objetivos específicos

*Describir el conocimiento que poseen los adultos mayores acerca del principio ético de autonomía, en cuanto a sus derechos, toma de decisiones, compromisos y responsabilidades.

*Conocer y analizar la percepción que tienen los adultos mayores acerca del ejercicio del principio ético de autonomía en cuanto a la decisión de ingresar al centro de día y participar en decisiones respecto a su salud.

*Identificar las posibilidades que la institución ofrece al adulto mayor para ejercer el principio ético de autonomía dentro de la misma.

*Identificar las posibilidades que la familia ofrece al adulto mayor para ejercer el principio ético de autonomía.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTION

El rastreo bibliográfico de antecedentes respecto a la temática a desarrollar se llevó a cabo en diferentes bases de datos especializadas en salud, revistas virtuales de Terapia Ocupacional y bibliotecas de la ciudad de Mar del Plata .Se menciona a continuación las investigaciones encontradas:

Internacional:

El estudio realizado por Jesús I. Reguera Naranjo; Lex Cervera Estrada; Reinaldo Rodríguez Ferra; Isel Pereira Jiménez y Jorge I. Pérez Rivero(1) tuvo como objetivo, conocer el grado de autonomía y validismo alcanzado por la tercera edad en 2 consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia pertenecientes al Policlínico Comunitario "Tula Aguilera" del municipio Camagüey. El universo de trabajo correspondió a 215 pacientes entre los 60 y 89 años de edad a los que se les aplicó una encuesta antes y después de la intervención. Los resultados muestran que antes del trabajo predominó una evaluación desfavorable en el comportamiento y conocimiento sobre autonomía y validismo que se incrementa con la edad y el sexo femenino. Después de la intervención se observó mejor comprensión de la autonomía y validismo por edad y sexo.

Se encontró la siguiente investigación realizada por el Dr. Germán Brito Sosa y la Dra. Ana María Iraizoz Barrios (2), donde el objetivo fue explorar la situación biopsicosocial del adulto mayor en una población del municipio de Arroyo Naranjo, Cuba.

El método de estudio utilizado fue descriptivo longitudinal, observacional y prospectivo. Se llevó a cabo por medio de una encuesta original elaborada por los

autores y validada por un comité de expertos, representados por psicólogos, y geriatras. Se aplicó la encuesta a 400 personas mayores de 60 años, divididas en tres grupos; 200 adultos mayores del área que no pertenecen a círculos de abuelos, ni a la casa de abuelos (grupo I), 150 personas que pertenecen a círculos de abuelos (grupo II) y 50 personas de casa de abuelos (grupo III).

Los resultados obtenidos en este estudio fueron los siguientes: el 88,2 % (353 abuelos) de los encuestados padecían al menos de una enfermedad crónica. Se sintieron maltratados en el consultorio del médico y la enfermera de la familia, los policlínicos, las clínicas estomatológicas y hospitales, en un 14,7, 9,2, 11,5 y 9,5 % respectivamente. El 19,8 % de los adultos mayores considera que sus familiares no le brindan el apoyo que necesitan. El 44,2 % representado por 177 ancianos de los tres grupos, plantea que sí existe discriminación con el adulto mayor.

A partir de los resultados obtenidos se llegó a la siguiente conclusión: la asistencia médica es buena, pero en un pequeño porcentaje no fue la mejor, se violaron los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Los círculos de abuelos y la casa de abuelos, ayudan al adulto mayor a mantenerse integrado a la sociedad.

La investigación realizada por Couso Seoana C; Zamora Anglada M; Purón Iglesias; Del Pino Boytel (3) se basó en una revisión bibliográfica de los materiales disponibles sobre algunos aspectos generales de la bioética; exponiéndose criterios de los autores acerca de su aplicación en el anciano. Se señaló la carencia de trabajos sobre la aplicación de dichos principios en estos

pacientes con particularidades que pueden ser origen de conflictos para el personal que los atiende.

Se planteó como propósito discutir algunos de los problemas que desde el punto de vista bioético enfrenta el profesional que debe brindar atención de salud a los ancianos, teniendo en cuenta los criterios actuales.

Analizando la relación existente entre el anciano y los trabajadores de la salud, se puede considerar al paciente adulto mayor como individuo débil, en ocasiones indefenso, con grandes necesidades insatisfechas y trastornos invalidantes que lo hacen dependiente de los demás, por tal motivo surgen con frecuencia aspectos legales y éticos que ofrecen aristas particulares y colocan al trabajador de la salud que brinda sus servicios a personas de este grupo ante algunos problemas cuya solución requiere de un profundo análisis y una preparación particular en cuanto a los principios básicos de la especialidad. Su carencia plantea para el médico nuevos elementos en el análisis ético de la atención de salud al anciano.

La aplicación de los principios de la bioética, y que se desarrolla bajo la premisa de la autonomía del paciente, se hace particularmente interesante si se toma en cuenta que la relación de salud con un anciano debe ser llevada adelante por el profesional de la salud.

A partir de lo estudiado, los investigadores arribaron a la siguiente conclusión, se debe buscar en la bioética, una herramienta imprescindible para ofrecer su atención al hombre de hoy y de las generaciones futuras en las que la proporción de ancianos debe ocupar un espacio abrumador y en las cuales sus demandas y conflictos pueden ejercer profunda influencia en el equilibrio socioeconómico del grupo humano al que pertenezca, por lo que se impone el

estudio de sus necesidades y posibilidades, no sólo como sector de elevado consumo sino como posible gestor de las soluciones para sus propios problemas.

El siguiente estudio realizado por Álvarez-Fernández, B; Echezarreta, M; Salinas, A; López-Trigo, J. A; Marín, J. M; Gómez-Huelgas, R (4) hace referencia al principio de autonomía en pacientes con deterioro cognitivo severo. El trabajo se estructura sobre los debates planteados en 2 jornadas sobre demencia a las que asistieron profesionales implicados en la asistencia a estos pacientes, así como familiares y cuidadores no profesionales de éstos. A los asistentes se les entregó un cuestionario con 3 preguntas sobre cuáles serían sus preferencias respecto a tratamientos médicos en caso de sufrir una incapacidad mental y física severa e irreversible. Los resultados de dicho cuestionario sólo son utilizados, como lo fueron en las jornadas mencionadas, como una forma de introducirnos en el debate y plantear la discusión sobre aspectos aún no del todo aclarados en este ámbito.

Un estudio realizado por Gasull, María; Cabrera, Esther; Leino Kilpi, Helena; Välimäki, Maritta; Leomonidou, Chrissoula; Scott, Anne P; Dassen, Theo; Arndt, Marianne; Gich, Ignasi (5), se exponen los resultados parciales de la muestra correspondiente al grupo de ancianos del estudio multicéntrico financiado por la Comisión Europea: Autonomía, Privacidad y Consentimiento Informado e Intervenciones de Enfermería. Dicho estudio ha contado con la participación de Finlandia, Alemania, Grecia, Reino Unido y España. Su objetivo fue describir y analizar desde la dimensión jurídica y ética el principio de autonomía y el consentimiento informado en centros socio sanitario de Cataluña. Los datos han

sido recogidos en cuatro centros, mediante entrevistas y basándose en unos cuestionarios estructurados (ancianos y enfermeras), diseñados especialmente para este estudio. La muestra corresponde a 100 ancianos y 132 enfermeras. Los resultados han sido tratados estadísticamente y muestran que existen diferencias entre las percepciones de los ancianos y las enfermeras respecto a las intervenciones de enfermería, concernientes a la autonomía y el consentimiento informado.

La siguiente investigación realizada por M. Andresen; U. Runge; M. Hoff; L. Puggaard(6) , evaluó el efecto de los programas individualizados con respecto a la percepción de la autonomía en personas institucionalizadas con discapacidad física y adultos mayores para describir actividades, deseos de los participantes y el contenido de los programas. Este ensayo incluyó un total de nueve hogares de ancianos y 50 residentes de asilos de ancianos que fueron asignados aleatoriamente ya sea en un grupo de control o un grupo de intervención. La autonomía percibida se midió al inicio del estudio (Grupo 1), después de 12 semanas de la intervención (Grupo 2) y después de 24 semanas (Grupo 3). Los resultados obtenidos fueron que ambos grupos (Grupo 2 y 3) perciben la autonomía como media al inicio del estudio y aumentaron su puntuación media en alta o cerca de alta al finalizarlo. Ambos grupos obtuvieron la media, pero superaron el nivel del Grupo 1.

Referencias del estado actual de la cuestión:

(1)JESÚS L. REGUERA NARANJO; LEX CERVERA ESTRADA; REINALDO RODRÍGUEZ FERR; ISEL PEREIRA JIMÉNEZ; JORGE L. PÉREZ RIVERO 5, (Mayo-jun. 2001), Autonomía y validismo en la tercera edad, Revista Cubana Medicina General Integral vol.17 n.3, La Habana, Cuba. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000300003&script=sci_arttext

(2)DR. GERMÁN BRITO SOSA; DRA. ANA MARÍA IRAIZOZ BARRIOS, (dic. 2012), Valoración biopsicosocial del adulto mayor desde un enfoque bioético en una población cubana, Revista Cubana de Medicina General Integral vol. 28, La Habana, Cuba. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28_4_12/mgi07412.htm

(3)COUSO SEOANA C; ZAMORA ANGLADA M; PURÓN IGLESIAS; DEL PINO BOYTEL, (Jul 2010), La bioética y los problemas del adulto mayor, Santiago de Cuba. Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol2_3_98/san06398.htm

(4) ÁLVAREZ FERNÁNDEZ, B; ECHEZARRETA, M; SALINAS, A; LÓPEZ-TRIGO, J. A; MARÍN, J. M; GÓMEZ-HUELGAS, R, (mar.2004), Principio de autonomía en las demencias avanzadas: ¿queremos para los demás lo que no deseamos para nosotros?, Rev. Esp. geriatr. gerontol; 39(2): 94-100. España.

(5) GASULL, MARÍA; CABRERA, ESTHER; LEINO KILPI, HELENA; VÄLIMÄKI, MARITTA; LEOMONIDOU, CHRISOULA; SCOTT, ANNE P; DASSEN, THEO; ARNDT, MARIANNE; GICH, IGNASI, (ene.2012), Autonomía y consentimiento informado en centros socio sanitarios en Cataluña. Percepciones de ancianos y enfermeras en España, *Enferm. clín*; 12(1): 6-12, España.

(6)M. ANDRESEN; U. RUNGE; M. HOFF; L. PUGGAARD, (2009), La percepción de la autonomía y la actividad de opciones entre las personas mayores con discapacidad física en los entornos del hogar de ancianos: un ensayo aleatorio, *Journal of Aging & Health*, Vol. 21, Pág. 1133-58. Disponible en <http://www.otseeker.com/Search/Article.aspx?id=3323>

Primera Parte: Marco teórico

CAPITULO 1

Autonomía como Principio Bioético



Bioética

El término “bioética” (del griego bios, vida y ethos, ética), utilizado por primera vez por el cancerólogo estadounidense Van Rensselaer Potter, en el que propone la siguiente definición de su neologismo:

“Puede definirse como el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto dicha conducta es examinada a la luz de los principios y valores morales”.¹

Se puede decir que la bioética es una ética aplicada que analiza argumentativamente, intertransdisciplinariamente situaciones dilemáticas valoradas surgidas en y desde las ciencias de la vida en toda su amplitud, y a la diversidad de paradigmas de valores existentes en la sociedad actual.

Se considera que el objetivo material de la bioética es el comportamiento humano ante las situaciones dilemáticas surgidas en y desde las ciencias de la vida y la salud a causa del impacto tecno científico sobre ella.

Bioética en Argentina²

La bioética en Argentina fue iniciada por el Dr. J. A. Mainetti, filósofo y médico. En Gonnet, en el año 1969 se concreta el proyecto de la Fundación Mainetti, el centro Oncológico de Excelencia. La raíz filosófica del profesional médico lo lleva a dictar un seminario de Filosofía Médica en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Plata y redactar la revista Quirón desde 1970. Crea en 1972 el Instituto de Humanidades Médicas.

¹{crf}: PEDRO FEDRICO HOOFT, (1999), Bioética y Derechos humanos, Ediciones del Depalma, Buenos Aires, Argentina.

²{crf}: ZANIER JUSTO H., HOOFT PEDRO F., (2002), ¿Es la bioética la última esperanza?, Ediciones Suarez, Mar del Plata, Argentina.

Su búsqueda personal lo lleva a Estados Unidos, en donde se contacta con los Centros Hasting y Georgetown, pioneros en sistematización de reflexión bioética en Norteamérica, y con el Dr. T. Engelhart en Galverstown en 1970.

En 1989 se organiza el primer curso de Comités Hospitalarios de Ética y se da forma a la Escuela Latinoamericana de Bioética, con el fin de tener un centro regional que permita la formación de profesionales interesados en diversos países.

En 1994 se realiza la organización del II Congreso Mundial de la Asociación Internacional de Bioética, Buenos Aires.

Se pueden señalar hitos de la bioética Argentina. Los años 70 son la recepción crítica, los 80 de asimilación y los 90 de globalización de la bioética.

Teorías éticas³

Las teorías éticas o filosóficas de la vida moral proveen los fundamentos de la moralidad – de la virtud y el vicio, de lo correcto e incorrecto, de lo bueno y de lo malo en la acción humana. Los términos morales que se emplean califican tres orientaciones fundamentales de la ética, según se ponga el acento, en el acto, el agente o el efecto de la acción humana. Las teorías de la virtud destacan las cualidades del agente: una acción es moral o inmoral según exprese virtudes o vicios del sujeto. Las teorías deontológicas sostienen que ciertas características intrínsecas o cualidades inherentes a los actos mismos constituyen su corrección o incorrección, independientemente de los fines y secuencias. Las teorías consecuencialistas privilegian los buenos resultados de la acción (salud y bienestar) medida en los términos de eficacia y eficiencia.

³ (crf): MAINETTI, JOSE ALBERTO, (2000), Segunda parte, Bioética Sistemática. En: Compendio Bioético, Editorial Quirón, La Plata.

Utilitarismo

Constituye la versión más importante de las teorías teleológicas (del griego telos: fin) o consecuencialistas, centradas en las consecuencias de las acciones. El principio de utilidad, establece que una acción es moralmente buena cuando su consecuencia es mayor respecto de cualquier otra acción alternativa.

El utilitarismo clásico ha provocado varias críticas u objeciones, entre estas dos principales: uno de los argumentos anti utilitarista va contra el método de maximizar el bien de la mayoría sin tomar debidamente en cuenta a los individuos, el respeto de sus derechos y razones de justicia. La reformulación del utilitarismo original, es el utilitarismo pluralista y preferencialista, que da a la existencia de otros bienes además del placer, que deben ser optimizados, entre ellos la autonomía y la satisfacción de las preferencias e intereses personales.

Deontologismo

Si las teorías consecuencialistas indican que se debe hacer lo que es bueno, para las deontologistas es bueno hacer lo que se debe. Una teoría es deontológica si y sólo si, algunos actos se juzgan correctos (incorrectos) aun cuando sus consecuencias son en balance malas (buenas). Habría pues varias características tanto intrínsecas, como formales, las cuales hacen que una acción correcta, independientemente de, o lógicamente anterior a, cualquier especificación del bien. En caso que la mentira es incorrecta, no se puede justificar su empleo con los pacientes. Es por esto que las teorías deontológicas toman a menudo la forma de una apelación a los derechos en las obligaciones morales. El conocimiento de los derechos personales es una noción que pone límites sobre como un individuo debe ser tratado, independientemente de los

buenos propósitos que puedan lograrse. La moralidad se basa en el cumplimiento de una ley, mandato o prohibición de naturaleza divina, natural, humana o social.

La *ética de Kant* representa la posición deontológica rigorista, en la cual, las consideraciones teleológicas o consecuencialistas resultan irrelevantes. Combina la universalidad con el deber: el actuar siempre de tal manera que el principio que guie la acción puede ser deseado como ley universal.

Las obligaciones o deberes morales son imperativos categóricos de la forma debo hacer esto, como una obligación, fundados en la razón. La primera formulación es: obra de modo que puedas querer la máxima de tu acción como ley universal. La segunda formulación es: obra de modo que trates a la humanidad, en tu propia persona o en la de cualquier otro, siempre con un fin y nunca sólo como un medio.

La moralidad entonces, para Kant, consiste en seguir reglas absolutas, reglas que no permiten excepción alguna.

La dificultad con la posición de Kant y los deontológicos con respecto a las reglas morales como absolutas, está en el hecho de que una acción puede responder a más de una regla y en ocasiones a dos reglas que estén en conflicto.

Principios Normativos

Los tres principios normativos (o cuatro si se desdobra el primero de ellos) que constituyen el eje del modelo ya clásico de la bioética, llamado justamente modelo de los principios son: beneficencia (y no maleficencia), autonomía y justicia. Se puede decir que el primero tiene un fuerte carácter utilitarista y el segundo deontológico, en tanto que el tercero representa un equilibrio en la ponderación de ambas teorías éticas.

Principio de Beneficencia/ no maleficencia

Beneficencia (“hacer el bien”) y no maleficencia (“no hacer daño”). Se puede indicar que la beneficencia se ve reflejada como caridad o filantropía y la maleficencia como malevolencia o malicia, intención dañina.

Dentro de la beneficencia y no maleficencia incluye cuatro elementos en orden jerárquico o precedencia:

- 1- Se debe no infligir mal o daño(principio de no maleficencia)
- 2- Se debe prevenir el mal o daño.
- 3- Se debe remover el mal.
- 4- Se debe hacer o promover el bien.

Como la vida moral no consiste en dos vidas paralelas, la de producir beneficio y de evitar el daño, es indispensable un principio de balance o ponderación.

El principio de beneficencia ha jugado un papel fundamental en el rol del médico dentro de nuestra cultura. Se ha asociado tradicionalmente la figura del médico sacerdote.

Esa es una misión de la sociedad: la de “hacer el bien” al enfermo por medio de la ciencia médica.

La gran crítica contra el principio de beneficencia es su peligro de paternalismo; el que se aplique sin conocimiento del enfermo, sin que este decida aceptar el bien que se le quiere hacer como bien suyo, que se actué incluso en contra a su voluntad.

Autonomía⁴

Para Mainetti la autonomía deriva del griego (autos: uno mismo y nomos: regla; lit. gobierno propio o- autodeterminación), es la condición del agente moral (racional y libre) que genera el principio de respeto por la autonomía de las personas, e implica un derecho de no- interferencia y una obligación de no coartar acciones anónimas. Se puede distinguir dos componentes de este concepto: uno es la racionalidad o entendimiento (capacidad de evaluar claramente las situaciones y escoger los medios adaptados para adaptarse a ellos), y otro es la libertad o no- control (derecho y facultad de hacer lo que se decide hacer, o por lo menos actuar sin coerción o restricción). Según pongamos el acento en uno u otro de ambos elementos encontramos dos diferentes nociones de autonomía llamadas libertaria y racionalista.

La primera se asocia con Bentham y Mill, y la tradición angloamericana en materia política, económica, ética y legal. Lo que cuenta es la libre decisión, y no la autenticidad o racionalidad de la misma: es la autonomía moral del individuo como concepto de modernidad. La segunda se puede decir está representada paradigmáticamente por Kant y por la tradición filosófica europea que justifica el paternalismo: es la autonomía moral de la voluntad como legislador universal, el actuar conforme a principios morales que puedan ser queridos universalmente válidos por todas las personas. Fuera de este orden moral, las acciones individuales no son autónomas sino heterónomas, no obedecen a nuestra naturaleza racional sino a nuestra naturaleza animal (deseos, impulsos, hábitos, etc.).

⁴ (crf): MAINETTI, JOSE ALBERTO, (2000), Segunda Parte, Bioética Sistemática. En: Compendio Bioético, Editorial Quirón, La Plata, Argentina.

Las dos nociones, tanto libertaria y racionalista de la autonomía se unen en un concepto amplio de autonomía moral, que se aplica a la decisión de una persona cuando aquella deriva de los propios valores y creencias de ésta, se basa en un conocimiento y entendimiento adecuado, y no está sujeta a coerción extrema o interna. Se puede indicar que la autonomía es uno de los más complejos conceptos morales, que en la actualidad aún se complica por el plano jurídico, la autonomía como autodeterminación legal, centrada en el poder, la autoridad y la competencia sobre las decisiones.

En cuanto a la medicina se dijo que el principio de autonomía, con sus fundamentaciones sociopolíticas, legales y filosóficas, representa la vanguardia de la ética médica, si bien hoy su lugar tropieza con sus propios límites.

La introducción de sujeto moral en medicina mediante el principio de autonomía ha puesto en aviso al tradicional paternalismo beneficentista, el comportamiento del médico paterfamilias y tirano benigno, quizás el pecado histórico de la ética médica. La conquista del paciente como agente responsable en la atención de la salud, capaz de saber y decidir, se ha expresado en la fórmula del consentimiento informado, que conjuga los dos componentes de la autonomía, puesto que la información es esencial a la racionalidad (es preciso comprender la situación antes de poder decidir lo que se debe hacer al respecto), y el consentimiento presupone la libertad. El principio de respeto a la autonomía es, sin embargo, el más difícil de manejar con la relación terapéutica, que requiere el ideal de un médico cualificado y un enfermo competente. Por otro lado, el principio de autonomía suele permanecer en conflicto con los de beneficencia, no maleficencia y justicia, generando situaciones dilemáticas desde el punto de vista moral.

Se considera entonces a la autonomía como una condición inherente a todos los seres humanos que capacita para el ejercicio de su libertad; concretizada en elecciones y acciones, de acuerdo a valores, creencias e idiosincrasia particular.

El principio de autonomía está estrechamente relacionado con la capacidad para el ejercicio de la autonomía (marco legal) o la competencia para actuar autónomamente (sentido de la bioética), los cuales implican un grado de posesión de habilidades que le permitan a la persona decidir, expresar y actuar en las cuestiones referidas a su propia salud. Estas habilidades están sujetas a variación; mencionando como posibles factores de cambio el grado de madurez, la historia personal y familiar, el contexto social, el tipo y evolución de la enfermedad, la actitud profesional responsable, etc.

De esta forma la autonomía se combina con el concepto *de competencia*, pero uno no conlleva necesariamente al otro; ya que la autonomía disminuida en una situación de vulnerabilidad no implica necesariamente a la incapacidad de actuar competentemente y viceversa.

Justicia

Se define, este principio de la bioética, desde la antigua definición del jurista romano Ulpiano: “dar a cada uno su derecho”.⁵ En una representación especialmente válida, se ha definido como “casos iguales requieren tratamientos iguales”, sin que se puedan justificar discriminaciones, en el ámbito de la

⁵ (crf): MAINETTI, JOSE ALBERTO, (2000), Segunda Parte, Bioética Sistemática, Editorial Quirón, La Plata, Argentina.

asistencia sanitaria, basadas en criterios económicos, sociales, racionales y religiosos.

En la salud se refiere a la justicia distributiva y comparativa, relacionada a la asignación de recursos escasos y a la competencia entre distintos reclamos que es necesario balancear. De aquí el concepto de equidad como principio formal de la justicia.

Belmont define al principio de justicia como: imparcialidad en la distribución de los riesgos y beneficios. El problema surge de la consideración sobre quienes son iguales, ya que entre hombres hay diferencias de todo tipo. Sin embargo, existen unos niveles en que todos deben ser considerados iguales, de tal forma que las diferencias son injustas.

Según la tradición romana, la justicia se entiende ante el término de merecimiento, “dar a cada uno lo suyo”: una persona es tratada con justicia cuando recibe lo debido, sea lo merecido beneficio o perjuicio, premio o castigo (lo contrario es injusticia, injusto).

Los tres problemas de la medicina postmoderna son: costos, responsabilidad y calidad en la atención de la salud.

Reglas Morales

Se destacan tres reglas morales de carácter deontológico como obligaciones del profesional: confidencialidad, veracidad y consentimiento informado.

Confidencialidad

Para Mainetti la regla de confidencialidad o del secreto establece que se debe guardar o no revelar información de la naturaleza personal obtenida en una

relación beneficiaria. Privacidad y fidelidad son las dos variables de la regla, sus momentos “objetivo” (cantidad y calidad de la información) y “subjetivo” (grado de compromiso entre las partes). La privacidad es una prerrogativa y un derecho universal de la personas, en virtud de su intimidad o identidad, la cual debe ser protegida. La confianza obliga a mantener a una persona una promesa sobre el control de la información confidencial; es un requisito de la relación interpersonal.

La regla de confidencialidad puede sustentarse tanto con argumentos deontológicos como utilitaristas, derivándola ya sea del principio de autonomía, o bien del de beneficencia- no maleficencia, según consideración sobre el respeto a las personas o sobre la seguridad de las mismas, respectivamente. Otra cuestión que se plantea consecuencialista y deontologista es la de si la regla de confidencialidad constituye un deber absoluto o sólo **prima facie**, que nunca debe violarse o bien que es permitido hacerlo justificadamente cuando otros deberes más fuertes están en juego.

Veracidad

El deber de la veracidad consiste en decir la verdad y no mentir o engañar a otros. Tiene la regla, pues, un aspecto objetivo o descriptivo (verdad- falsedad de la información) y otro intencional o subjetivo (autenticidad- mendacidad).

La veracidad puede fundamentarse en criterios tanto deontológicos como utilitaristas, por ejemplo el respeto a las personas o autonomía, el contrato social o fidelidad, la cooperación o buena relación interhumana (la mentira falta al respeto de las personas y su autonomía, viola contratos, implícitos y menoscaba toda relación basada en confianza). También se discute acerca del carácter ya absoluto o bien **prima facie** del deber de veracidad, según entienda este como un

derecho irrenunciable de los individuos o que requiere justificación cuando entra en conflicto con otros deberes.

Consentimiento Informado

Mainetti lo define como la adhesión racional y libre del paciente al tratamiento médico (o sujeto a la experimentación clínica), se desprende según se ha visto del principio de autonomía, al que se ajustan perfectamente los dos componentes de la regla, ya que la información es esencial a la racionalidad (es preciso comprender una situación antes de decidir sobre ella) y el consentimiento presupone libertad. La justificación autonomista no excluye otra utilitarista y beneficentista de consentimiento informado, que en general puede considerarse un medio eficaz para promover la responsabilidad individual y social en la atención de la salud.

Información y consentimiento son los dos componentes de consentimiento informado y ambos se desdoblaron en cuatro elementos:

- 1- Revelación de la información.
- 2- Comprensión de la información.
- 3- Consentimiento voluntario.
- 4- Competencia para consentir.

Respecto de qué tipo de información debe recibir el paciente se han dado tres principales criterios: lo que considera la comunidad científica, lo que la persona razonable desea saber y lo que un paciente personalmente desea saber. En cuanto al concepto de competencia para consentir (o rechazar) un tratamiento, también cuenta con diversos estándares o criterios, que pasan por la racionalidad o irracionalidad de las decisiones.

CAPITULO 2

Vejez



Envejecimiento poblacional: panorama mundial y nacional⁶

El mundo se encuentra en un proceso de envejecimiento, el número de personas mayores de 60 años, durante el siglo XX, ha aumentado muy significativamente y estaríamos en condiciones de afirmar que esta tendencia seguirá en ascenso en el siglo XXI.

Las estadísticas nos informan, que en el año 2007, el 10,7 % de la población mundial tenía sesenta años o más, esto significa 672 millones de personas mayores de 60 años en el mundo. Para 2050 el 21,7% de la población tendrá 60 años y más, lo que implica 2000 millones de personas mayores en el mundo.

Por otra parte, en la región de Latinoamérica y el Caribe, se espera que para el año 2050 el 80% de las personas que nazcan en la región superará los 60 años, y el 42% los 80.

Esto se debe principalmente a que la esperanza de vida a nivel mundial se encuentra en ascenso, afortunadamente y esto puede ser considerado un gran logro de la humanidad, de todos y cada uno de nosotros.

La situación en nuestro país

Nuestro país es uno de los países de Latinoamérica que cuenta con mayor número de personas mayores. Según datos aportados por el INDEC en el año 2001, el porcentaje poblacional envejecido (mayores de 60 años) es de 13,4 %, y casi el 60 % de esta cantidad está representado por mujeres.⁷

⁶(crf): ROQUÉ, MONICA LAURA, COMPILADO POR MONICA LAURA ROQUÉ, (2010), Manual de cuidados domiciliarios: nuevos paradigmas en políticas sociales. Nuevos escenarios gerontológicos / 1a ed. - Buenos Aires, Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.

⁷(crf): INDEC, (2005), Proyecciones provinciales de población por sexo y grupos de edad 2001-2015, Serie de Análisis Demográfico 31, Buenos Aires, Argentina.

La transición demográfica y el envejecimiento poblacional en Argentina

En los años 1950 y 2000, se duplicó el número de adultos mayores en la Argentina. Se estima que para el año 2050 casi uno de cada cuatro habitantes de nuestro país será adulto mayor (aproximadamente siete millones de personas), y disminuirá concomitantemente el peso relativo de los jóvenes: habrá nueve adultos mayores por cada diez jóvenes entre 0 y 14 años.

Según datos del Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2001, la población de adultos mayores alcanza a 4.871.957 personas, de los cuales el 42,1% (2.054.151) son varones y el 57,8% (2.817.806) son mujeres.⁸

Tres de cada diez mayores tienen entre 60 y 64 años, un poco más de cuatro de cada diez de 65 a 74 años y casi tres de cada diez, 75 años o más (1.481.307). Las proyecciones poblacionales dan cuenta que en 2005 hay más de cinco millones de adultos mayores.

Definición de envejecimiento

La construcción social donde el envejecimiento constituye un fenómeno que hace referencia a los cambios que se producen a través del ciclo de la vida de las personas, los cuales, se encuentran condicionados por el entorno social, económico y cultural en el que viven.

Es decir, cada persona se desarrolla dentro de un contexto socio-económico y cultural que sufre modificaciones en el tiempo, lo que le da nuevos sentidos y significado a sus costumbres y modos de ser.

Es posible afirmar que la buena calidad de vida y las probabilidades de envejecer saludablemente en las personas mayores, aumentan, si existe una

⁸ (crf): INDEC, (2005), Proyecciones provinciales de población por sexo y grupos de edad 2001-2015, Serie de Análisis Demográfico 31, Buenos Aires, Argentina.

adecuada interacción entre las características individuales y socioculturales de los sujetos.

Cada individuo vive su propia vejez de acuerdo a cómo ha vivido a lo largo de su vida. Vivimos en una sociedad heterogénea en donde estos cambios tienen un alto impacto en la salud, la educación, la integración y la protección social de las personas mayores.

En este contexto, se hace necesario visualizar cómo han ido cambiando las relaciones sociales. Ello tiene estrecha vinculación con las redes de apoyo de las personas mayores, ya que éstas pueden satisfacer gran parte de sus necesidades, no sólo económicas sino también emocionales.

Por otro parte, no se puede separar a la persona de su entorno cultural: las costumbres de las personas mayores que viven en el campo no son las mismas, de las que viven en la ciudad. También, es importante tener en cuenta la diversidad cultural, la cual se manifiesta por la multiplicidad del lenguaje, las creencias religiosas, el arte, la música, la estructura social, etc.

Es por esto que al momento de pensar en la diversidad cultural de las personas mayores, se tiene que tener en cuenta no sólo el lugar en el que viven, sino también la interacción entre las diferentes culturas coexistentes, y el respeto de las particularidades de cada una.

Conocer y tener en cuenta las condiciones del entorno económico, social y cultural de las personas mayores, permitirá construir oportunidades para que los adultos mayores desarrollen sus capacidades y potencialidades sustentadas desde el paradigma de derechos.

La vejez

“Las nominaciones expresan los diversos modos en que esta noción es conceptualizada a lo largo del tiempo y en las múltiples culturas. La palabra “viejo” resulta en nuestra comunidad lingüística la más interiorizada socialmente, aun cuando produce un alto nivel de rechazo. Otras palabras hacen referencia a la idea de viejo como anciano, geronte, tercera edad o actualmente adulto mayor. Cada una refleja una historia de la lengua cargada de significaciones propias y dinámicas. Dabove (2002) realiza un recorrido sobre algunos de los términos que permiten conocer los deslizamientos y significados que obtuvieron en el idioma español. La palabra “viejo” comienza a ser registrada en los textos alrededor del año 1068. Del latín *vetulus*, que significa “de cierta edad, algo viejo o viejecito” (Corominas y Pascual, 1980) y en el latín vulgar se denominó *vetus*. El término “vejez” comienza a usarse hacia fines del siglo XIII y el verbo *envejecer*, así como *envejecido* o *envejecimiento*, en el siglo XV. Los derivados burlescos de *vejestorio* y *vejete* aparecen en el siglo XVIII. Entre los cultismos del clásico *vetus* encontramos términos que encierran significados despectivos: *vetusto* y *veterinario*, del siglo XIX. El término “veterinario”, del latín *veterinarius*, derivado de *veterinae*, significa “bestia de carga; animal viejo, impropio para montar, que necesita más del veterinario que los demás” (Corominas y Pascual, 1980). Vinculado a este término se encuentra “vejar”, del siglo XVI, del latín *vexar*, que significa sacudir violentamente, maltratar, y de allí el término “vejamen”, con la misma raíz lingüística que *vejatorio*, *vejestorio*, *vejete* y finalmente *vejez* (Corominas y Pascual, 1980). El término “señor”, de finales del siglo XI, proviene del latín *senior-oris*, que significa más viejo y que durante el Bajo Imperio Romano fue utilizado para denominar a los viejos más respetables. “Senil” significa propio

de la vejez y sus orígenes se remontan a mediados del siglo XVII. Su etimología latina *senilis* deriva de *senectud* o (del latín) *senectus, utis*, palabra que aparece en nuestra lengua en textos de 1438. Este vocablo está emparentado con el Senado Romano, ya que este era el lugar reservado para los *senex* o *seniles*, es decir aquellos que tenían 60 años o más, momento en el cual un sujeto calificaba para ser parte de esta institución y que implicaba un término altamente positivo a nivel de la vida política. El término “tercera edad” refleja una historia más cercana asociada a las políticas sociales para los mayores en el siglo XX y a la jubilación, que surge en los años sesenta en Francia.

Los términos “adultos mayores”⁹ y “personas de edad”¹⁰, han sido muy utilizados por los organismos internacionales, buscando designar un sujeto con menos diferencias con el adulto más joven y, en alguna medida, tratando de aportar nuevos significados asociados a estos términos tales como autonomía, derechos, principios, etc., reivindicando con ello un nuevo status dentro del contexto social actual.

Sin ninguna duda, muchos de estos conceptos funcionan en lo cotidiano como eufemismos que limitan la carga negativa de los términos tradicionales que aluden a la vejez, aunque fue importante remarcar que la historia de los

⁹ La Organización Mundial de la Salud estableció en el año 1984 el uso del término “adulto mayor” para referirse a las personas de 60 años más, y también lo hizo la Organización de las Naciones Unidas conforme a la Resolución 50/141 del año 1996 aprobada por su Asamblea General. Aunque existe cierta divergencia entre los términos ciclo y curso vital, hay cierto consenso en utilizar la palabra “curso”, ya que indica con mayor claridad la variabilidad del proceso.

¹⁰ Este término se utilizó en la Asamblea General, en su resolución 45/106, de 14 de diciembre de 1990, proclamó el 1° de octubre Día Internacional de las Personas de Edad, como seguimiento de iniciativas de las Naciones Unidas tales como el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, aprobado en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en 1982 y que la Asamblea General hizo suyo ese mismo año (resolución 47/86).

conceptos da cuenta de una transformación de este actor social y sus denominaciones.”¹¹

Derechos de las personas mayores

“En los últimos años en América Latina y el Caribe el “Enfoque de Derechos” ha ganado una importancia muy significativa. Se habla de un cambio de paradigma, en donde las personas mayores dejan de ser los “pobres viejitos” que hay que atender, para convertirse en sujetos activos, protagonistas, que obligan al Estado a hacer cumplir sus derechos.

Dicho enfoque promueve el empoderamiento de las personas mayores y una sociedad integrada también desde el punto de vista de las edades, como lo plantea Naciones Unidas, “una sociedad para todas las edades”.

Debemos recordar que Argentina en el año 1948 fue el primer país en el mundo en declarar los “Derechos y el Decálogo de la Ancianidad”. La señora Eva Duarte de Perón, viajó a la reunión de la Asamblea General de Naciones Unidas celebrada en París, y allí propuso a los países miembros adoptar el Decálogo de los Derechos de la Ancianidad, incorporados en la Constitución de 1949. Estos son:

Derecho a la asistencia: todo anciano tiene derecho a su protección integral por cuenta de su familia. En caso de desamparo, corresponde al Estado proveer dicha protección, ya sea en forma directa o por intermedio de los institutos o fundaciones creados, o que se crearen, con ese fin, sin perjuicio de subrogación del Estado o de dichos institutos para demandar a los familiares remisos y solventes los aportes correspondientes.

¹¹ (crf): IACUB, RICARDO; SABATINI, BELEN, (2012), Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, 3 edición, pág. 16, Buenos Aires, Argentina.

Derecho a la vivienda: el derecho a un albergue higiénico con un mínimo de comodidades hogareñas es inherente a la condición humana.

Derecho a la alimentación: la alimentación sana y adecuada a la edad y estado físico de cada uno debe ser contemplada en forma particular.

Derecho al vestido: el vestido decoroso y apropiado al clima completa el derecho anterior.

Derecho al cuidado de la salud física: el cuidado de la salud física de los ancianos ha de ser preocupación especialista y permanente.

Derecho al cuidado de la salud moral: debe asegurarse el libre ejercicio de las expansiones espirituales, concordes con la moral y el culto.

Derecho al esparcimiento: ha de reconocerse a la ancianidad el derecho de gozar mesuradamente de un mínimo de entretenimientos para que pueda sobrellevar con satisfacción sus horas de espera.

Derecho al trabajo: cuando su estado y condiciones lo permitan, la ocupación por medio de laborterapia productiva ha de ser facilitada. Se evitará así la disminución de la personalidad.

Derecho a la tranquilidad: gozar de tranquilidad, libre de angustias y preocupaciones en los últimos años de existencia, es patrimonio del anciano.

Derecho al respeto: la ancianidad tiene derecho al respeto y consideración de sus semejantes.”¹²

¹² (crf): MONICA LAURA ROQUÉ; compilado por MONICA LAURA ROQUÉ, (2010), Manual de cuidados domiciliarios: nuevos paradigmas en políticas sociales. Nuevos escenarios gerontológicos, 1 edición, pág. 42, Buenos Aires, Argentina.

Personas mayores y redes sociales o de apoyo social

Todas las personas están vinculadas con la sociedad e integradas a diferentes redes sociales, pero, es importante aclarar, que no en todas ellas se realizan actividades de intercambio ni asistencia mutua. Estas varían en tiempo y espacio, teniendo en cuenta las diferentes situaciones por las que vamos atravesando a lo largo de la vida.

Es importante diferenciar entre redes y apoyos sociales.

- Las redes sociales pueden ser consideradas 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 y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto.

- Los apoyos sociales, en tanto, 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. Las categorías de estas transferencias o apoyos pueden ser materiales, instrumentales, emocionales y cognitivas. Esta conceptualización, en cambio, pone énfasis en los distintos tipos de ayuda que reciben y dan las personas mayores.

En este sentido, se puede decir que el término redes de apoyo social, "...está conformada por el conjunto de relaciones familiares y no familiares que brindan algún tipo de apoyo o que podrían brindarlo en caso de ser necesario.

Estos tipos de apoyo son el apoyo emocional, ayuda práctica, ayuda económica, la compañía y la guía o consejo".¹³

La red social en la vejez está dada por la presencia de los apoyos sociales, que pueden provenir tanto de vías formales (gubernamentales y no gubernamentales, instituciones), como informales (familia, amigos, vecinos y la comunidad).

De esta manera, las personas mayores entablan diferentes tipos de relaciones y establecen mecanismos, tanto a nivel afectivo como material, con la finalidad de satisfacer sus necesidades. Es importante destacar en este punto que la persona mayor adquiere un papel en las redes de apoyo social, tanto de receptor, como de protagonista de un rol dinámico y de intercambio, en cuanto a la construcción de relaciones y provisión de apoyos.

En este sentido, se entiende que cada uno de los participantes de la red, juega un rol determinante en el intercambio y son parte de este proceso para la construcción del entramado social. Por tal motivo, son fundamentales las redes de apoyo social a la hora de poder pensar y analizar la calidad de vida de esta población etaria.

Adultos mayores: hacia la construcción de un nuevo actor social

La prolongación de la vida humana tiene que acompañarse de algunas acciones para que todas las personas tengan una vida digna y con posibilidades de realizarse, y así evitar, la marginalidad y mantener un lugar activo en la sociedad.

¹³ (crf): CLAUDIA ARIAS-CORINA SOLIVEREZ, (2009). Bienestar psicológico y redes sociales, En Desafíos y logros frente al bien-estar en el envejecimiento, Eudeba, Buenos Aires, Argentina.

La calidad de vida de las personas adultas mayores se relaciona con la capacidad funcional y con el conjunto de condiciones que permitan el autocuidado y la participación en la vida familiar y social.

Se hace sumamente imprescindible, en este sentido, realizar un cambio de paradigma en donde se deje de ver al adulto mayor como “desecho” (ya que no se encuentra incluido en el sistema de producción), y se lo empiece a ver como sujeto de derechos con posibilidades y capacidades de transmitir sus conocimientos a otros. Un envejecimiento con derechos permite a los adultos mayores ser actores sociales plenos sin perder sus atributos legales por ser viejos, pobres o enfermos.

Con el cambio de paradigma, el adulto mayor deja de estar en un rol pasivo para pasar al rol activo, protagonista, sujeto de derechos, ciudadano, partícipe de los cambios de la sociedad, en donde se valoran sus saberes y sus prácticas, poniéndolos al servicio de la comunidad.

Esto llevó a no sólo integrar las redes sociales, sino también reforzar la pertenencia al contexto social, tomando parte, influyendo y decidiendo.

Este nuevo paradigma implica dos características esenciales: la integralidad, que implica un trabajo de unificación y articulación de recursos y la territorialidad, que se adecua a las necesidades de cada lugar.

La imagen social del envejecimiento, en general derivada de estos prejuicios negativos, tiene una fuerte influencia en la vida cotidiana de las personas, en cómo las generaciones se van preparando para vivir esa etapa de la vida y en el modo con que los mayores desarrollan su vida, se relacionan con otros y enfrentan al mundo.

En la actualidad atravesamos un tiempo de transición donde se va instalando una nueva imagen de la vejez, en la búsqueda de una sociedad para todas las edades, con adultos mayores protagonistas que de a poco van desenterrando, o por lo menos cuestionando, estos prejuicios, procurando una mayor participación e inclusión social. Hay tantos modos de envejecer como personas de edad.

El viejismo

El término viejismo¹⁴ fue concebido por Butler (1969) con el objetivo de evidenciar las creencias negativas sobre el envejecimiento presentándolas como una suma de prejuicios y estereotipos derivados de dificultades psicológicas y sociales en la aceptación del paso del tiempo y la muerte.

Se puede definir este concepto como una alteración en las creencias, sentimientos o comportamientos en respuesta a la edad de cada individuo o grupo de personas, e incluye procesos psicosociales por los cuales los atributos personales son ignorados y los individuos son etiquetados en función de estereotipos negativos, estos últimos suelen basarse en supuestos que carecen de fundamentación científica.

Como todo prejuicio genera dos actitudes fundamentales (McGowan, 1996):

- Una distorsión social, en tanto promueve una pérdida o redefinición de roles sociales que resultan de un estatus social disminuido y de una participación social decreciente. Esto se puede evidenciar en las decisiones que suelen ser

¹⁴ El término en inglés es ageism relativo al valor que en esa lengua tiene age como edad al tiempo que vejez o viejo. En nuestra lengua le correspondería añoso, aunque esta palabra no resulte usual. Salvarezza (1988) propone una excelente traducción de la misma llevándolo a “viejismo”, el cual describe con precisión el prejuicio y el rol que ocupa el término vejez en las representaciones sociales.

tomadas por sobre la persona mayor o el limitado número de opciones que esta persona percibe que tiene.

- El uso de estereotipos es decir de estas creencias que son, por lo general negativas, están basadas en características excepcionales, inexistentes que se atribuyen a todos los miembros de un grupo particular.

Levy y Banaji (2004) profundizaron este concepto, al que denominaron “viejismo implícito” ya que marcan el particular modo de separación que se extiende sobre esta población.

Desde este punto de vista, la ausencia de un odio fuerte y explícito hacia los viejos, por un lado, y una gran aceptación de sentimientos y creencias negativas por el otro, produce que el rol de las actitudes y conocimientos implícitos acerca de la edad se torne especialmente importante (Levy y Banaji, 2004).

Estos mismos sentimientos y creencias aparecen por lo general en los propios adultos mayores, de esta manera su articulación como grupo que represente sus propias demandas y defienda sus intereses y valoración social, se vuelve cada vez más compleja.

Aparece así, el término desempoderamiento¹⁵ como una respuesta ante una serie de creencias y situaciones en las que el sujeto se enfrenta con la expectativa de una dependencia pasiva, sentimientos de desesperanza aprendida (Abramson y Seligman, 1978) y pérdida de autoestima (Evans, 1992), y de propósito vital. El nivel mayor de desempoderamiento ocurre en el abuso físico, psíquico o económico que realizan quienes generalmente se otorgan mayor poder.

¹⁵ El término empoderamiento tiene su origen con los grupos de consumidores, luego fue utilizado como herramienta de transformación social en grupos como las mujeres, afroamericanos, personas con discapacidad y adultos mayores y hoy también es utilizado en empresas como un factor de delegación de poder en diversos niveles de la misma.

Fragilidad en la vejez

El envejecimiento humano es un proceso caracterizado por la pérdida progresiva de múltiples capacidades físicas y cognoscitivas, lo cual favorece una mayor morbilidad y mortalidad.¹⁶ Siendo el cuidado de los adultos mayores difícil y complejo, el mantenimiento de la independencia funcional hasta el final de la vida constituye la meta más ambiciosa de la geriatría moderna.

En lugar de ser sinónimo de envejecimiento, el concepto de fragilidad ha surgido como una condición distinta asociada a un mayor riesgo de situaciones adversas para la salud de los adultos mayores.

Fragilidad describe un síndrome predominantemente biológico, producto de la disminución de la reserva homeostática del organismo y de la resistencia frente al estrés, lo cual incrementa la vulnerabilidad para muchos efectos deletéreos, incluyendo el mayor uso de los servicios de salud, mayor riesgo de inmovilidad, de discapacidad y muerte.

En Latinoamérica se vive una transición demográfica y epidemiológica donde las consecuencias de la fragilidad son aún ignoradas y el término es desconocido en los medios no especializados. Aunque no hay todavía una definición ni criterio universalmente reconocido para su descripción, ello no ha obstaculizado su identificación a través de la adopción de hallazgos consistentes y sistemáticos. Sin embargo, las diferentes definiciones y concepciones de la fragilidad han incluido diversos componentes entre los que se incluyen las capacidades físicas, la función cognoscitiva, características psicológicas y factores sociales. Debido a la existencia de múltiples síntomas y signos

¹⁶ (crf): JOSÉ ALBERTO ÁVILA-FUNES, Clínica de Geriatría, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", Vasco de Quiroga 15, Tlalpan, México D.F, México.

relacionados con la fragilidad del adulto mayor, es poco probable que la alteración de un solo sistema explique este estado.

Envejecimiento, dependencia funcional y discapacidad ¹⁷

El envejecimiento “usual” es el resultado de una combinación entre el efecto del tiempo, las características propias de un sujeto y un estilo de vida determinado. En este tipo de envejecimiento existe una pérdida de capacidades funcionales, la cual es relativamente pequeña y no interfiere con mantener una vida normal, independiente y de calidad. Por lo mismo, cuando se habla de la salud en el adulto mayor es mejor expresarla en términos de “funcionalidad” más que la presencia o ausencia de enfermedad. Aunque este envejecimiento usual no es patológico, se le considera de alto riesgo para una morbilidad elevada cuando se le compara al envejecimiento “óptimo” o “exitoso”, el cual resulta del paso del tiempo combinado con un estilo de vida favorable y un efecto mínimo o nulo de la enfermedad, donde además existe mayor reserva funcional que se traduce como robustez, mayor funcionalidad y estado más prolongado de salud.

El envejecimiento de las células y los tejidos no sólo aumenta la vulnerabilidad del organismo, sino que aumenta el riesgo de la aparición de deficiencias y discapacidades.

Según el modelo de Wood de la Organización Mundial de la Salud, una deficiencia corresponde a toda pérdida o alteración de la estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica; mientras que una discapacidad corresponde a una reducción (producto de una deficiencia) parcial o total de la capacidad de

¹⁷(crf): JOSÉ ALBERTO ÁVILA-FUNES; SARA AGUILAR-NAVARROA; EFRÉN MELANO-CARRANZA, (2007), La fragilidad, concepto enigmático y controvertido de la geriatría, Salvador Zubirán", México D.F., México.

llevar a cabo una actividad de la forma o en los límites considerados normales para el ser humano. Este último estado puede progresar a la minusvalía o desventaja social, la cual constituye una brecha o intervalo entre la discapacidad del individuo y los recursos personales, materiales y sociales con los que dispone para compensar esa discapacidad. Los problemas que llevan a la discapacidad son diversos: deterioro cognitivo, depresión, comorbilidad, índice de masa corporal elevado o bajo, limitación funcional de los miembros inferiores, aislamiento social, actividades físicas limitadas, mala percepción de salud, tabaquismo y disminución de la agudeza visual. La interrelación entre estos factores y su impacto sobre la autonomía de los adultos mayores no ha sido del todo estudiada, pero cada uno, de forma individual, es frecuente y clínicamente importante.

Es por eso que el modelo explicativo de la generación de la fragilidad probablemente sea uno de los progresos destacados.

El término de fragilidad en el tiempo

Hace casi 20 años, fragilidad era un término que describía a los individuos mayores de 65 años que dependían de otras personas para satisfacer sus necesidades básicas. También se utilizaba para referirse a las personas mayores débiles quienes no podrían sobrevivir sin la asistencia de una tercera persona.

Según los autores José Alberto Avila-Funes, Sara Aguilar-Navarro y Efrén Melano-Carranza indican que “la fragilidad fue equiparada también con la dependencia para realizar las actividades de la vida diaria. El término fue aplicado a los sujetos con múltiples patologías o a los afectados de diversas enfermedades crónicas, y también para los “institucionalizados por enfermedades crónicas

debilitantes”. En geriatría hay múltiples situaciones del adulto mayor en las cuales el término “frágil” ha sido aplicado, incluyendo la debilidad muscular, la fragilidad ósea, un índice de masa corporal bajo, susceptibilidad a las infecciones, predisposición al delirium, inestabilidad en la tensión arterial o en la pérdida importante de las capacidades físicas. Sin embargo, desde el punto de vista práctico, el término ha descrito una condición en la cual varias de estas situaciones ocurren conjuntamente. La comprensión de los factores médicos, biológicos y ambientales que contribuyen en el fenómeno de la fragilidad, es el principal objetivo de la investigación actual en esa área, por lo que es muy importante cambiar la concepción heredada de la década de 1980. No obstante, es necesario reconocer que la línea que divide a la fragilidad de la discapacidad, la comorbilidad o el envejecimiento extremo, es tenue y aún imprecisa”.

Definición de la fragilidad

Lo anterior explicó por qué la fragilidad es un concepto complejo. Sabemos que es una condición que aumenta el riesgo de discapacidad y dependencia de los adultos mayores y que bien puede representar la compleja interacción de diferentes factores biológicos; también confluyen factores psicológicos, cognitivos y sociales. Una característica distintiva de las personas frágiles es que parecen incapaces de resistir agresiones tales como los cambios del medio ambiente, heridas o enfermedades agudas. Dichas agresiones pueden desencadenar una caída en espiral del estado general del individuo y llevarlo hacia un círculo vicioso, del cual el adulto mayor no logra restablecerse ni regresar a su estado de salud anterior. Por lo tanto, la fragilidad puede considerarse una etapa que se

desprende de un estado de robustez y que va hacia la fragilidad en diversos grados de intensidad.

El trabajo de investigación, principalmente de dos grupos, ha descrito una definición operativa de la fragilidad basada en componentes físicos. Para Fried y colaboradores, la fragilidad es un “síndrome biológico” que resulta de la disminución de la homeostasis y de la resistencia frente al estrés, y que además incrementa la vulnerabilidad, la discapacidad y favorece la muerte prematura. Para este grupo, la fragilidad existe si tres o más de los siguientes criterios están presentes:

1. Pérdida de peso involuntaria de al menos 5 kg durante el año precedente.
2. Autor reporte de agotamiento.
3. Disminución de la fuerza muscular (evaluado con dinamómetro).
4. Actividad física reducida.
5. Velocidad lenta para la marcha (metros por segundo).

En contraste, para Brown y colaboradores la fragilidad se atribuye a varios factores físicos que incluyen el enlentecimiento y la falta o pérdida de la amplitud del movimiento, el desequilibrio, la disminución de la fuerza y la resistencia física; particularmente durante la realización de una prueba de marcha con obstáculos. Este grupo propone que la fragilidad puede identificarse con sólo realizar pruebas de función física.

La comparación de las definiciones de la fragilidad no es fácil, porque no es claro cómo hacerla. Ambas consideran la disminución de la fuerza pero difieren en relación a los componentes esenciales. Para Brown y colaboradores, la fragilidad está más asociada a la deficiencia del sistema músculo-esquelético y del control neurológico del movimiento; mientras que para Fried y colaboradores,

los elementos más importantes son la fatiga, la pérdida de peso, la lentitud y la disminución de la actividad física. No obstante, el elemento central está relacionado con la función motriz. Por otro lado, aunque la definición de Fried considera a la fragilidad como un fenómeno de pérdidas y de vulnerabilidad fisiológica, la obesidad no es excluyente de presentar esta condición.

Es importante destacar que no todos los adultos mayores con discapacidades son frágiles, y que no todos los ancianos frágiles presentan discapacidades, por lo que la discapacidad puede considerarse la consecuencia más grave e importante de este síndrome.

Debido a la interacción y adaptación continua de los individuos frente a un medio ambiente permanentemente hostil, es probable que la fragilidad no sea un fenómeno compuesto exclusivamente por elementos físicos. Otros componentes han sido discutidos y propuestos para enriquecer el concepto. Determinar si otros componentes clínicos pudieran mejorar el valor predictivo de la definición de fragilidad, así como identificar potenciales factores etiológicos, es uno de los numerosos retos de investigación en este campo. Se debe reconocer, por ejemplo, la real influencia de las condiciones sociales adversas o psicológicas con el propósito de definir si son causas, componentes o consecuencias de la fragilidad.

Con respecto al término de fragilidad social, una persona mayor se fragiliza cuando: no tiene ingresos económicos suficientes para llevar una vida digna, se lo margina, discrimina y excluye socialmente, se le quita el derecho de tener proyectos, futuro, pareja, sexo y amor. Solo por el hecho de ser viejo, no encuentran espacios de participación familiar o social, o el entorno no es

accesible e impide que puedan salir de sus casas, tomar un colectivo, entrar a un teatro o a un cine y visitar espacios comunes de esparcimiento.

CAPITULO 3

Alternativas de asistencia



Centros de día

Los centros de día brindan a los adultos mayores un lugar donde gozar de la compañía de otros adultos mayores mientras reciben servicios sociales y de salud en un ámbito que le será conocido con el tiempo, al igual que las personas que lo visitan.

Estas instituciones de día ofrecen actividades sociales y recreativas las cuales están destinadas a fomentar la autonomía, la formación, el entretenimiento y la relación con su entorno social, del mismo modo, se ofrece el servicio de comidas y algunos servicios relacionados a la salud.

Estos sitios se los considera muy útiles para aquellas personas que no pueden quedarse en casa diariamente con su familiar de edad avanzada, y si bien cada centro es diferente, todos se asemejan en que cuentan con personal de servicio que atiende a los adultos mayores hasta cinco días a la semana, varias horas al día.

Objetivos del centro de día

Cuando se produce algún deterioro en las capacidades del adulto mayor y empieza a perder parte de su propia independencia o parte de su autonomía, el objetivo que se plantea en un centro diurno es atender a los participantes, con las máximas garantías de respeto, dignidad, comodidad y bienestar mientras están en el centro.

Otro de los objetivos, es informar, haciendo partícipes a todos los residentes, y brindarles la confianza y la certeza de que el llegar a la vejez, no tiene por qué significar que hay que carecer de esperanzas o de aspiraciones.

Esto último se logra a través de fomentar actividades de autosuficiencia y participación, promoviendo el bienestar y desarrollo biológico, psicológico, social y espiritual del adulto mayor.

Por tanto se puede decir que la misión del centro de día es contribuir al mejoramiento de la atención integral de los adultos mayores, optimizando su nivel de independencia y de autosuficiencia en todo lo relacionado con las actividades de la vida diaria. Todo a través de una atención profesional, humana y personalizada.

Servicios del centro de día

Dentro de los centros de días se cumplen diferentes labores, entre las cuales tenemos proveer al adulto mayor de un medio ambiente similar al familiar ofreciendo y comprometiéndose a brindarles un servicio de calidad, de respeto y motivación, cuidando los pequeños detalles con empatía.

Se cumple con un horario específico, que en general es de jornada completa, permaneciendo en la institución aproximadamente de 8:00 a.m. a 5:30 p.m.

Se brinda a su vez una atención personalizada y de esta manera se logra una mejor compenetración con el resto de los participantes y/o el personal del centro, es necesario que se cuente con una capacidad para 40 personas.

Cada participante, en el centro, cuenta con su papelería administrativa, con una ficha de identificación individual, donde diariamente se hacen observaciones significativas sobre su desarrollo dentro del centro. Dicha información resulta muy importante ya que sirve como referencia para el médico tratante y para brindar información al familiar del adulto mayor.

En cuanto a los cuidados médicos se atiende de manera preventiva y oportuna la salud física, mental y social de los diferentes participantes para de esta manera tener un control y seguimiento de su salud a través de la detección diaria de los principales indicadores de salud. De esta manera se logra detectar y/o controlar cualquier padecimiento crónico-degenerativo.

Se cuenta a su vez con personal de enfermería que atiende a las necesidades y dificultades de cada uno de los adultos mayores, además de ser quienes se encargan de suministrar los medicamentos.

Funciones del Terapeuta Ocupacional en los Centros de Día¹⁸

- Valorar las capacidades y las necesidades e intereses ocupacionales de la persona.
- Desarrollar y coordinar con la familia planes de rehabilitación e intervención integral.
- Escuchar, informar y asesorar al entorno familiar del anciano sobre el estado general del familiar, sobre pautas de manejo ante determinadas circunstancias y sobre la adaptación del entorno y ayudas técnicas que sean necesarias.
- Valoración y seguimiento de la persona y modificación del plan de tratamiento si es necesario.
- Seleccionar, adquirir, diseñar, fabricar o adaptar material de tratamiento.
- Coordinación con el resto del equipo multidisciplinar.
- Participación de actividades de formación y docencia.
- Participación en estudios y actividades de investigación.

¹⁸ (crf): BERRUETA MAEZTU, LM; OJER IBIRICU, MJ; TREBOL URRA, A, (2009), Terapia Ocupacional en geriatría y gerontología, www.revistatog.com, Rev. 4, Vol. 6, Página 229.

La atención domiciliaria¹⁹

La atención domiciliaria se define como el conjunto de servicios de apoyo sanitarios y sociales prestados a las personas en su hogar, manteniéndolos en sus casas el mayor tiempo posible y conveniente, insertos en su comunidad y conservando sus roles familiares y sociales, con el fin de mejorar su calidad de vida.

Asimismo, intenta evitar internaciones innecesarias, generando habilidades remanentes y promoviendo nuevas redes solidarias de contención. Para que las prestaciones de estos servicios sean eficientes, deben brindarse de manera continua y planificada, y responder a un trabajo interdisciplinario.

En la Argentina, tenemos el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios que depende de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Si bien es un programa que data desde el año 1996, ha encontrado su expresión máxima a partir del 2003, cuando el Gobierno Nacional de entonces y hasta la fecha, ha dado su apoyo considerándolo como una herramienta fundamental para garantizar los derechos de las personas mayores de envejecer en casa.

Adultos mayores institucionalizados

Erving Goffman denomina “instituciones totales” a aquellas que tienen una tendencia absorbente y totalizadora, con obstáculos que se oponen a la

¹⁹ (crf): ROQUÉ, MONICA LAURA, COMPILADO POR MONICA LAURA ROQUÉ, (2010), Manual de cuidados domiciliarios: nuevos paradigmas en políticas sociales. Nuevos escenarios gerontológicos, cuadernillo 1 / 1a ed. - Buenos Aires, Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.

interacción social con el exterior. El atributo central del funcionamiento de las mismas es la ruptura de la lógica de la vida cotidiana: “todas las actividades se desarrollan en el mismo lugar, no existe separación espacial, una misma autoridad rige para todo, las personas están permanentemente acompañadas por otras personas, haciendo juntas lo mismo, las actividades están programadas y la secuencia de las mismas es impuesta a través de normas explícitas y del personal especializado; el plan de acción corresponde a los objetivos de la institución, sin discriminar de acuerdo a necesidades específicas y personales”.²⁰

Siguiendo los conceptos del autor, es posible plantear que la institucionalización del viejo, puede generar la pérdida de la autonomía, promovida por la monotonía, la falta o disminución de estímulos de interés, el aislamiento y la reglamentación imperante.

Viviendas asistidas comunitarias

Existen en otros países del mundo, como España o Israel, viviendas protegidas y viviendas asistidas, en ambos casos la idea es la coexistencia de viviendas con servicios comunitarios y de salud.

Las viviendas protegidas podrían describirse como una opción ideal para aquellos adultos mayores que por razones económicas, familiares, de soledad, de asistencia y atención de la salud, se les imposibilita vivir en sus hogares. Estos tipos de viviendas no poseen características institucionales, sino colectivas. Cuentan con sector público donde hay un mercado, una biblioteca, un gimnasio, un restaurant y demás servicios tanto para los adultos mayores como para

²⁰(crf): FERRERO, G, (1998) “Envejecimiento y vejez. Nuevos aportes”, Ed. Atuel, pág 124, Buenos Aires, Argentina.

personas de otras edades, existe un sector para la atención de la salud y un sector residencial, donde se encuentran los departamentos.

Las viviendas asistidas funcionan de igual modo que las protegidas, y a su vez responden a la demanda de ancianos con dependencia en las actividades de la vida diaria, y que requieren asistencia las 24 horas del día.

BIBLIOGRAFIA MARCO TEORICO:

-ARIAS, C; SOLIVEREZ, C, (2009), Bienestar psicológico y redes sociales, En Desafíos y logros frente al bien-estar en el envejecimiento, Eudeba, Buenos Aires, Argentina.

-ÁVILA-FUNES, JOSÉ ALBERTO; AGUILAR-NAVARROA, A SARA; MELANO CARRANZA, EFRÉN, (2008), La fragilidad, concepto enigmático y controvertido de la geriatría, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y nutrición "Salvador Zubirán", Vol. 144 No. 3, México D.F.

-CELADE-CEPAL, (2004), América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050, Boletín demográfico No. 73.

-FASSIO, A.; ROQUÉ, M, (2008), Gerontología Comunitaria e Institucional, Material de estudio de la Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación-Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.

-GIOGETTI, LILIANA; ZUNINO, MONICA; XIFRA, MARIA JULIA, Propuestas de los actores sociales para el reconocimiento de los adultos mayores como sujetos de derecho, Capítulo VIII.

-HUENCHUAN, SANDRA, (2009), Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas, Chile: Naciones Unidas.

- IACUB, RICARDO; SABATINI, BELÉN, (2012), Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, Módulo 3 Psicología de la Mediana Edad y Vejez Psicología de la Mediana Edad y Vejez, 3 edición.

-INDEC, (2005), Proyecciones provinciales de población por sexo y grupos de edad 2001-2015, Serie de Análisis Demográfico 31, Buenos Aires, Argentina.

-KNOPOFF, R; ZAREBSKI, G, (2000), Viejos nuevos – Nuevos viejos, Ed. Generaciones, Buenos Aires, Argentina.

-MAINETTI, JOSE ALBERTO, (1991), Bioética sistemática, Editorial Quirón, La Plata.

-MAINETTI, JOSE ALBERTO, (2000), Segunda Parte, Bioética Sistemática. En: Compendio Bioético. Editorial Quirón. La Plata.

-MONK, A, (1997), Actualización en Gerontología, Asociación Argentina de Gerontología, Buenos Aires, Argentina.

-NACIONES UNIDAS, (2002), Plan de Acción Mundial sobre el envejecimiento, Madrid, España.

-PELAEZ, ENRIQUE, (2008), Sociedad y Adulto Mayor en América Latina, Estudio sobre Envejecimiento en la Región, Argentina.

-ROQUÉ, MONICA LAURA, COMPILADO POR MONICA LAURA ROQUÉ, (2010), Manual de cuidados domiciliarios: nuevos paradigmas en políticas sociales. Nuevos escenarios gerontológicos / 1a ed. - Buenos Aires, Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.

-ROSE, ARNOLD, (1960), El origen de los prejuicios, Ed. Humanistas, Buenos Aires, Argentina.

-SALVAREZZA, L, (2002), Psicogeriatría. Teoría y Clínica, Cap. 1; Viejismo. Los prejuicios contra la vejez, Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina.

-ZANIER JUSTO H.; HOOFT PEDRO F. (2002), ¿Es la bioética la última esperanza? , Ediciones Suarez. Mar del Plata. Argentina.

Consulta Electrónica:

-BERRUETA MAEZTU, LM; OJER IBIRICU, MJ; TREBOL URRRA, A, (2009), Terapia Ocupacional en geriatría y gerontología, Revista en Internet, Vol. 6, Rev. 4, Página 229. Disponible en:

<http://www.revistatog.com/suple/nume4/geontologia.pdf>

-INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda. 2001. Disponible en:

<http://www.indec.mecon.gov.ar>

-Programa de Desarrollo Integral del Adulto Mayor, PRODIA, Manual de creación de centros de día, (2001).Disponible en:

http://www.fechac.org/pdf/prodia/manual_creacion_de_centros_de_dia.pdf

Segunda Parte:

ASPECTOS METODOLOGICOS

Enfoque de investigación

La investigación que se desarrolló tuvo un enfoque de investigación cualitativo, aspirando a producir conocimiento a partir de la recuperación de la subjetividad como espacio de construcción de la vida humana, la reivindicación de la vida cotidiana como escenario básico para comprender la realidad socio-cultural y la intersubjetividad y el consenso, como vehículos para acceder al conocimiento válido de la realidad humana. Este estudio pretende conocer que sienten y piensan los adultos mayores sobre el principio ético de autonomía con respecto a su vida, sus derechos, toma de decisiones, responsabilidades, compromisos y concurrencia al centro de día.

Permitió tener una visión holística del contexto y de las personas a investigar, promoviendo la oportunidad de participación y expresión.

Tipo de estudio y diseño

El estudio de esta investigación fue de tipo Exploratorio Descriptivo, ya que buscó indagar sobre un tema escasamente estudiado y describir cual es el conocimiento y la percepción del principio ético de autonomía en los adultos mayores que concurren al centro de día. Nos brindó datos relevantes sobre la autonomía, los adultos mayores y el centro de día.

El diseño de esta investigación fue de tipo No experimental ya que la variable a estudiar no fue manipulada; y transversal; ya que la investigación se realizó en un momento único.

Población de estudio

Todos los adultos mayores de 65 años, de ambos sexos, sin deterioro cognitivo o con deterioro cognitivo leve, que concurren al centro de día “Cedro Azul” de la ciudad de Mar del Plata durante el período noviembre de 2013.

Muestra

25 adultos mayores de 65 años, de ambos sexos, sin deterioro cognitivo o con deterioro cognitivo leve, que concurren al centro de día “Cedro Azul” de la ciudad de Mar del Plata durante el período noviembre de 2013.

Selección de la muestra.

Fue un muestreo teórico o muestro intencionado, ya que se usó el conocimiento acerca de la población a estudiar para seleccionar los casos que incluyó la muestra, es decir se decidió deliberadamente. La investigación cualitativa no se basa en el criterio numérico para alcanzar representatividad. El objetivo fue abarcar la totalidad del área estudiada en sus múltiples dimensiones.

Se brindó a los adultos mayores una carta con el consentimiento informado, donde aprobaron la participación en esta investigación. (Anexo 1)

Unidad de análisis

Cada uno de los adultos mayores de 65 años, de ambos sexos, sin deterioro cognitivo o con deterioro cognitivo leve que concurren al centro de día “Cedro Azul”, de la ciudad de Mar del Plata durante el período noviembre de 2013.

Instrumentos de recolección de datos

El instrumento seleccionado para la recolección de los datos fue la entrevista en profundidad. Éste es el instrumento preferido y –diríamos– básico de la investigación enfocada desde la teoría fundada, al igual que el de las historias de vida. Por lo general, su empleo implica la realización de varias sesiones con la misma persona. Se comenzó con una primera entrevista de carácter muy abierto, la cual parte de una pregunta generadora, amplia, que buscó no sesgar un primer relato, que fue el que sirvió de base para la profundización ulterior. Se consideró, en tal sentido, que la propia estructura, con que la persona entrevistada presentó su relato, es portadora en ella misma de ciertos significados que no deben alterarse con una directividad muy alta, particularmente, lo repetimos, al comienzo del proceso.

La entrevista abordó tres ejes temáticos, estos fueron datos personales y familiares, conocimiento del principio ético de autonomía y percepción del ejercicio de la autonomía. (Anexo 2)

Procedimiento para la recolección de datos

Nuestra experiencia se llevó a cabo en el Centro de día Cedro Azul ubicado en la calle Balcarce 3656. Se solicitó autorización con las autoridades del lugar y se establecieron horarios para no interferir con las actividades cotidianas institucionales. El tiempo estimado que teníamos diariamente era de 2:30 hs, de lunes a viernes.

Al llegar nos presentamos ante ellos y les explicamos cual era el motivo de nuestra presencia, aclarando que era un trabajo para la Universidad Nacional de Mar del Plata, cuyo fin era poder acceder a nuestro título de grado, garantizando

que en las respuestas se iba a mantener el anonimato, así como también que no estaban obligados a participar si así no lo deseaban.

La institución nos cedió un salón, en donde podíamos estar a solas con los entrevistados. Se fue llamando de a uno, antes de comenzar con las preguntas, se leía una carta de consentimiento informado, la cual se les solicitaba que firmen y también se les comunicaba que íbamos a grabar la entrevista para la recolección de datos.

El tiempo aproximado que duraron las entrevistas fue alrededor de 15 minutos cada una y fueron realizadas en 3 días.

Las mismas fueron grabadas previa solicitud de permiso a los participantes. En nuestro diario de campo se tomó nota de palabras claves, el tiempo que duraba cada entrevista, y aquello que se consideró de importancia para la investigación, en todo momento se brindó explicación de lo realizado a los participantes.

Plan de análisis de datos

Se determinaron tres ejes de análisis para los diversos temas de abordaje de la entrevista: datos personales y familiares, conocimiento del principio ético de autonomía y percepción del ejercicio de la autonomía.

El análisis de los testimonios surgidos a partir de las entrevistas implica cuatro procesos cognitivos: comprensión, síntesis, teorización y re contextualización. El objetivo fue generar una síntesis expresada en narrativas de los adultos mayores, para alcanzar la comprensión de la realidad humana de estos actores sociales.

La estrategia se orienta a la identificación de ideas, pensamientos y sentimientos buscando generar relaciones que trasciendan lo descriptivo. Se apuntó a la búsqueda de **categorías**, es decir, la agrupación de ideas y expresiones en torno a un **concepto** que contiene aspectos con características comunes.

BIBLIOGRAFÍA DE ASPECTOS METODOLÓGICOS:

-DE SOUZA MINAYO, MC, (2003), Investigación Social: Teoría, Método y Creatividad; Lugar Editorial; Buenos Aires

-POLIT, D; HUNGLER, B, (2000), Investigación Científica en Ciencias de la Salud, 6ta edición, Cap. 12, Pág. 267-293, México.

- SANDOVAL CASILIMAS, CARLOS A, Investigación cualitativa, programa de especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de investigación social, Instituto colombiano para el fomento de la educación superior, Bogotá, Colombia.

.-SANDOVAL CASILIMAS, C, (2002), Investigación Cualitativa. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social, Quinta unidad, pp. 183-185, Composición electrónica. ARFO, Editores e impresores. Ltda., Colombia.

-TAYLOR, S.J; BOGDAN, R, (1992), Introducción a los métodos cualitativos de investigación, Cap.I, Ed. Paidós Ibérica S.A. pp19-24/ 101-103, Barcelona, España.

RESULTADOS

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

La mayoría de los adultos mayores que accedieron a responder las preguntas, se encontraban con buen estado anímico en general, nerviosos al principio pero luego de varias preguntas respondían distendidamente. Ninguno de ellos se negó a responder las preguntas.

Todos los adultos mayores decidieron participar. Al ingresar al salón la mayoría de ellos se encontraban ansiosos, ya que no sabían si iban a poder responder de forma correcta la encuesta. El clima era muy ameno, dándose lugar a relatos de anécdotas, las cuales se consideraron que eran personales y que no aportaban datos a la investigación.

En dos ocasiones, donde se indaga acerca de la convivencia, se llegó a un estado emocional, de llanto. Esto no interfirió para que se pueda terminar con las entrevistas.

Datos socio demográficos

Nuestra investigación se llevó a cabo con un grupo etario mayor de 65 años, dentro de los cuales la mayor cantidad de los adultos mayores se encuentra entre los **75 a 84 años** (once), muy cercano esta la franja etaria de **84 a 95 años** (diez) y en menor cantidad entre los **65 a 74 años** (cuatro).

Del total de 25 adultos mayores que accedieron a participar de las entrevistas 18 (dieciocho) eran de **sexo femenino** y solo 7 (siete) de **sexo masculino**.

Podemos suponer que en general, es mayor la cantidad de mujeres que concurren a este tipo de institución así como también son más los mayores de 75

años, con lo cual se puede estimar que esto se debe, a que la expectativa de vida de los adultos mayores está en aumento.

Siguiendo con la recolección de datos personales de los participantes, encontramos que ante la pregunta acerca de su **estado civil** 17 (diecisiete) de ellos son **viudos/as**, 7 (siete) están aún **casados** (de los cuales 3 de ellos, sus parejas no asisten al lugar y los restantes 4 son marido y mujer) y solo 1 (uno) es **soltero**. Este dato podría ser tenido en cuenta como respuesta al porqué del aumento de asistencia a este tipo de institución, suponiendo que esto podría deberse a la necesidad de revertir la situación de soledad en la que se encuentran y poder de esta manera interactuar con un grupo de pares. Teniendo en cuenta “el concepto de vejez frágil el cual indica que una persona mayor se fragiliza cuando: no tiene ingresos económicos suficientes para llevar una vida digna, se lo margina, discrimina y excluye socialmente, se le quita el derecho de tener proyectos, futuro, pareja, sexo y amor y que solo por el hecho de ser viejo, no encuentran espacios de participación familiar o social, o el entorno no es accesible.”²¹ Este tipo de redes sociales, las instituciones de día, son de gran apoyo, donde se los contiene emocionalmente y tienen compañía de otros pares, y a su vez entablan diferentes tipos de relaciones con la finalidad de satisfacer sus necesidades.

En relación a la pregunta de “**con quien viven actualmente**” el mayor porcentaje refirió **vivir solo** esto puede evidenciarse en los siguientes testimonios:

“Ahora vivo sola en mi casa, antes vivía con mi marido” (AM, Mujer, 84 años)

²¹(crf): JOSÉ ALBERTO ÁVILA-FUNES, Clínica de Geriátría, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, Vasco de Quiroga 15, Tlalpan, México D.F, México.

“Antes vivía con mi marido que falleció, ahora vivo sola” (AM, Mujer, 67 años)

“Vivo solo, siempre viví solo” (AM, Hombre, 81 años)

El resto de los participantes que mencionó **vivir acompañado**, se encuentra dividido en partes iguales, entre **vivir con un familiar** luego del fallecimiento de su pareja y continuar **viviendo con su mujer/marido** según el caso, esto puede observarse a continuación:

“Ahora vivo con mi hija, antes vivía sola” (AM, Mujer, 87 años)

“Ahora me llevó mi nieto a vivir a casa de él. Antes vivía solo” (AM, Hombre, 92 años)

“Vivo con mi marido, mi nuera y mi hijo. Antes vivía con mi marido solos” (AM, Mujer, 88 años)

“Vivo con mi señora e hijos” (AM, Hombre, 65 años)

Al indagar acerca de la **actividad laboral previa**, podemos mencionar que la mayoría de ellos **si** realizaron algún tipo de empleo, variando en el rubro al cual se dedicaron, esto puede verse reflejado en las expresiones:

“Era policía, subcomisario” (AM, Mujer, 67 años)

“Era jefa de personal de Royal, una empresa” (AM, Mujer, 84 años)

“Trabajé 22 años en una confitería Paris, empecé de mozo y terminé de cajero. Después fui encargado de la gerencia de otra confitería Toxy se llamaba” (AM, Hombre, 88 años)

“Trabajé en construcción, colocaba mosaicos desde los 17 años” (AM, Hombre, 90 años)

En cuanto a los restantes residentes que mencionaron **no haber trabajado**, todas refirieron haber sido amas de casa:

“Ama de casa, mi marido era el sostén de familia, yo atendía a los chicos” (AM, Mujer, 81 años)

“No trabajé, ama de casa” (AM, Mujer, 87 años)

“Ama de casa, nunca trabajé” (AM, Mujer, 82 años)

Acercas de **la edad de cese laboral** el mayor porcentaje mencionó haberse **retirado en la edad jubilatoria correspondiente**, esto puede reflejarse en las siguientes respuestas:

“A los 65 años más o menos” (AM, Mujer, 89 años)

“Me jubilé a los 65 años” (AM, Hombre, 88 años)

En igual cantidad encontramos dos situaciones, por un lado, tenemos las mujeres que **nunca habían trabajado** ya que siempre fueron amas de casa y por otro las señoras que dejaron sus trabajos al momento de **casarse**:

“Nunca trabajé” (AM, Mujer, 82 años)

“Dejé de trabajar después de que me casé a los 21 años” (AM, Mujer, 88 años)

En dos testimonios se ve reflejado el cese de la actividad laboral a partir de **situaciones de salud** diferentes:

“Tuve un accidente trabajando de guardavidas y ahí dejé de trabajar, fue hace un año” (AM, Hombre, 65 años)

“Dejé por pinzamiento de ciático a los 58 años” (AM, Hombre, 90 años)

Y por último un motivo por el cual dejaron de trabajar fue el **fallecimiento de su marido**:

“Dejé de trabajar cuando él murió” (AM, Mujer, 85 años)

En última instancia en relación a los datos socio demográficos, se indagó acerca de **“cuáles fueron sus estudios”**. Nos encontramos con una gran

variedad de respuestas, por lo tanto se clasificarán por categorías, mencionando en cada caso los testimonios correspondientes.

El mayor porcentaje (diez) de los residentes hizo referencia a **no haber finalizado los estudios primarios**:

“Hice hasta 5to completo” (AM, Mujer, 81 años)

“Hasta 3er grado” (AM, Mujer, 92 años)

En igual proporción tenemos dos respuestas, las cuales son **haber finalizado los estudios primarios** (cuatro) y por otro lado tener **secundario completo** (cuatro):

“Hice la primaria” (AM, Mujer, 80 años)

“Primaria. Antes la mujer no hacia el secundario, el varón sí” (AM, Mujer, 89 años)

“Secundario completo” (AM, Mujer, 85 años)

“Secundario” (AM, Hombre, 65 años)

Luego quienes mencionaron tener **estudios universitarios o algún estudio de formación** (tres) fueron en cantidad decreciente, en comparación a la categoría anterior:

“Secundario completo y varios cursos que hice en dolores sobre enfermería” (AM, Mujer, 88 años)

“Secundario y dos años de abogacía” (AM, Mujer, 79 años)

Por otro lado una misma cantidad de residentes relató, de manera contraria **no tener ningún estudio**:

“No hice nada, vivía en el medio del campo, no había colegio, no había nada”
(AM, Mujer, 80 años)

“No estudié, lo único que sé es morse” (AM, Hombre, 68 años)

Y finalmente en igual cantidad tenemos dos situaciones, por un lado quien tiene **estudio secundario incompleto** (uno) y por otro quien no concurre a ningún colegio, pero fue **educado por un profesor particular** (uno):

“Terminé la primaria e hice algunos años de la secundaria” (AM, Mujer, 83 años)

“Yo no fui a ninguna escuela, tuve un maestro particular, un italiano, que en dos años me enseñó de todo y bien. Me enseñó a escribir, contabilidad y mucha historia. Yo con ese señor aprendí a ser hombre” (AM, Hombre, 92 años)

Con esta última pregunta de la entrevista queda expuesto el nivel de instrucción que tienen los residentes de la institución, pudiendo esto ser un factor influyente en las respuestas de los siguientes ejes de investigación. La educación en el adulto mayor constituye en nuestros días un proceso de gran importancia, con ella puede lograrse un mejor estilo de vida en el anciano, donde existan proyectos, esperanzas, conocimiento real de sus potencialidades, de sus valores y hasta dónde puede llegar. Permite preparar al individuo adulto para llevar una vida más saludable tanto física como psíquicamente, permitiendo la inserción del adulto mayor en esa sociedad.

Conocimiento del principio ético de autonomía

Con respecto al conocimiento de la **palabra ética**, la mayoría de los adultos mayores refirió haber escuchado **el término**, pero **no conocer o no recordar** lo que era, se ve reflejado en los siguientes testimonios:

“Si escuché, pero no me acuerdo que es” (AM, Mujer, 80 años)

“Si, pero no sé cómo explicarla” (AM, Mujer, 92 años)

Otra gran cantidad de entrevistados hizo referencia a la ética, **en relación al orden, prolijidad, limpieza, formalidad, educación, entre otros**, se puede ver en estos comentarios:

“Una persona pipi cucú” (AM, Mujer, 84 años)

“Si, para mí la ética es una persona bien arreglada, casa bien ordenada, eso para mí es la ética” (AM, Mujer, 89 años)

Y unos pocos refirieron al término como la **moral**:

“Si escuché y sé lo que es, para mí la ética es la moral” (AM, Mujer, 67 años)

“Si escuché, la moral” (AM, Mujer, 67 años)

Se puede analizar que la mayoría de los adultos mayores había escuchado la palabra ética, pero desconocían el significado de la misma, la ética puede definirse como “el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto dicha conducta es examinada a la luz de los principios y valores morales.”²²

En cuanto al “**conocimiento del principio ético de autonomía**”, casi la mitad de los entrevistados **desconocen** sobre este término:

“Si escuché, pero no sé qué es” (AM, Mujer, 81 años)

“Si escuché, pero no sé qué es” (AM, Hombre, 88 años)

Una gran cantidad indicó **conocer** que es la autonomía, en este caso tenemos dos situaciones aquellos que asocian el concepto con la libertad de cada persona: “*Que tenga libertad de hacer lo que quiera*” (AM, Mujer, 65 años), y por otra parte algunos relacionaron este término con el grado de independencia de un individuo: “*La autonomía era poder valerse por uno mismo, solo*” (AM, Mujer, 67 años), “*Ser independiente*” (AM, Mujer, 78 años).

²²(crf): PEDRO FEDRICO HOOFT, (1999), Bioética y Derechos humanos, Ediciones del Depalma, Buenos Aires, Argentina.

El resto indicó que **no habían escuchado** el término y **no sabían** lo que era: “No sé lo que es la autonomía” (AM, Mujer, 80 años), “Eso no lo sé” (AM, Hombre, 90 años) y dos de ellos relacionaron la palabra a la independencia de los pueblos: “Si algo que se separa de una cosa, por ejemplo un pueblito que se separa y cada uno tiene su autonomía” (AM, Hombre, 81 años), “Autonomía es algo...como ser...autonomía de Mar del Plata, de un pueblo” (AM, Hombre, 81 años)

Se puede decir que los que habían escuchado el término y los que no, en su mayoría auto referían ser autónomos; aunque desconocían el significado de la autonomía; indicaban que era algo que ellos eran, siendo “la autonomía en el adulto mayor la condición por la cual el sujeto goza de autosuficiencia, no solamente en el gobierno del propio cuerpo, sino también de libertad en el ámbito del pensamiento, del deseo, de la palabra y de la acción.”²³

La posibilidad de valerse por sí mismo, de expresarse y de actuar en función de los propios pensamientos y deseos es una facultad inherente al ser humano. Lograr autonomía en todas las etapas de la vida tiene gran importancia, al igual que generar espacios en que el adulto mayor se sienta contento, cómodo y motivado.

Haciendo referencia al significado de “**poder elegir y tomar sus propias decisiones**” los discursos fueron diferentes, en su mayoría apuntaron a la **libertad, poder de elección y toma de decisiones, grado de independencia**. Esto se ve en los siguientes testimonios:

“Buena poder elegir...te dan algo y después poder elegir y tomar una decisión con lo que te están ofreciendo” (AM, Mujer, 85 años)

“Ser libre, tener libertad, ser independiente” (AM, Mujer, 78 años)

²³(crf): EROLES, CARLOS; FIAMBERTI, HUGO; (2007), Los derechos de las personas con discapacidad, Secretaría de Extensión Universitaria y Bienestar Estudiantil.

Otros indicaron que eso era ser **autónomo**: “*Si me supongo que sí, eso es autonomía*” (AM, Mujer, 89 años) y otros pocos lo relacionaron con el **voto**: “*Sí, yo con ese maestro aprendí a votar, me hizo practicar el voto*” (AM, Hombre, 92 años) y con los **derechos humanos**: “*Yo creo que son derechos*” (AM, Hombre, 65 años).

En esta categoría se puede analizar, que aunque en su mayoría las decisiones son tomadas por ellos, la familia influye en estas decisiones y muchas veces las modifica, ya que no esperan que las decisiones que ellos tomen sean las más acertadas. Pero, la máxima expresión de privación de autonomía se pone de manifiesto cuando los hijos deciden, sin consultarlo con sus padres y toman las decisiones con respecto a ellos.

En la pregunta sobre el **significado de ser independiente**, muchos de los actores sociales asocian este término a **libertad**, lo cual se ve reflejado a través de los siguientes relatos:

“Para mí es poder ser libre” (AM, Mujer, 78 años)

“Que sea libre la persona” (AM, Mujer, 80 años)

“Tener libertad” (AM, Mujer, 84 años)

Por otro lado, también lo relacionan con la **economía y grado de independencia laboral**, visto en las siguientes respuestas:

“*Una persona independiente es que trabaja por su cuenta, todo eso*” (AM, Hombre, 81 años)

“*Lo que era yo, yo trabajé independiente, iba tomaba el trabajo y lo hacía*” (AM, Hombre, 90 años)

“Muy importante, ser independiente es manejarse uno solo, por ejemplo tener un negocio y manejarlo solo” (AM, Mujer, 85 años)

A su vez, otra parte lo relacionó con la **autonomía** y con poder **ejercer los derechos humanos** reflejado en estas expresiones:

“Si yo fui independiente, es como ser...autonomía propia” (AM, Hombre, 92 años)

“Tener libertad de ejercitar sus derechos” (AM, Hombre, 65 años)

De igual forma otros ejemplificaron haciendo auto referencia al **grado de independencia** que tienen en su hacer cotidiano y que así se consideraban actualmente puesto en dicho comentario:

“Bueno yo creo que soy independiente porque yo estoy muy limitada en mis movimientos, no obstante me manejo sola, si bien es cierto que he tenido que cambiar mis hábitos de vida, mis costumbres y mis gustos personales” (AM, Mujer, 88 años)

“Independiente es hacer las cosas. Yo siempre fui muy independiente en todo.

Independiente es que haga las cosas por uno mismo” (AM, Hombre, 88 años)

Se puede decir que para los adultos mayores ser independiente está relacionado con tener libertad, y la libertad con los derechos humanos. Muchas veces no decidir sobre la propia vida implica no poder ejercer estos derechos, como son el derecho a la vida, a la libertad, a la libertad de expresión y de pensamiento, el derecho a la privacidad, a la sexualidad y a la educación. Las barreras que se imponen a los adultos mayores para ejercer estos derechos no son vistas como violaciones a los derechos humanos. Se despoja a estos de ciertas necesidades y capacidades humanas, como por ejemplo la sexualidad, la creatividad, el aprendizaje, la capacidad de discernir favorablemente a su bienestar como si esto fuera algo correcto. Esta actitud con los adultos mayores

está instalada y naturalizada en casi toda la sociedad. Y desnaturalizarla es uno de los objetivos de la educación para el envejecimiento.²⁴

De modo semejante en respuesta a la pregunta sobre el “**significado de que una persona tenga libertad**”, en su mayoría hicieron referencia al **grado de libertad** de una persona en la toma de decisiones, en valerse por sí misma, la no dependencia de nadie lo cual está manifestado de la siguiente manera:

“Para mi libertad es todavía poder decidir lo que yo quiero y no me imponen lo que los demás quieren” (AM, Mujer, 88 años)

“Ser libre, poder hacer cosas por uno mismo, como uno quiera, como yo hasta ahora” (AM, Mujer, 81 años)

Otra persona lo relacionó con la **autonomía** indicó: *“Que una persona se pueda valerse por sí mismo, que sea autónomo”* (AM, Mujer, 87 años) y otra con la **capacidad de poder ejercer sus derechos** a través de la siguiente expresión: *“Justamente que pueda ejercer sus derechos, que sea libre para poder hacerlo”* (AM, Hombre, 65 años).

Con respecto a esta categoría se pudo ver una respuesta similar al significado de ser independiente, se relacionó a la libertad con poder ejercer los derechos que ellos tienen sin ser discriminados, en relación a sus capacidades y potencialidades productivas.

Ante la pregunta sobre el “**significado de que una persona tenga responsabilidades y compromisos**” las respuestas fueron diversas, indicaron que era; **cumplir con sus deberes y obligaciones; y hacerlo con conciencia y uso de razón, respetar y ser responsable y manejarse solo**, los testimonios fueron:

²⁴(crf): VILLAR, FELICIANO, (2009), Discapacidad, Dependencia y Autonomía en la vejez, Editorial Aresta SC, España.

“Manejarse sola y saber respetar a todos y manejarse sola” (AM, Mujer, 88 años)

“Significa tener conciencia de lo que se hace” (AM, Mujer, 88 años)

“Tener obligaciones, privarme de algo pero siempre cumplir con mis deberes”

(AM, Mujer, 78 años)

“Ser una persona responsable”. (AM, Hombre, 81 años)

Uno solo lo relacionó con la **autonomía** y contestó: *“Que uno siga lo que uno tiene y piensa, que sea autónomo”*. (AM, Mujer, 92 años)

En su mayoría ellos se consideraban que eran personas que cumplían con sus responsabilidades y compromisos, teniendo participación en la sociedad, de forma activa y útil.

En cuanto a la pregunta sobre el **“significado de que una persona pueda valerse por sí misma”** en su mayoría las respuestas fueron las mismas, expresándolo en relación a la **independencia o dependencia y el poder de elección**, reflejado en los siguientes comentarios:

“Que no necesita de los demás para hacer sus cosas” (AM, Mujer, 83 años)

“Que me gusta algo y poder comprarlo, poder elegir, y no pedirle a nadie nada”

(AM, Mujer 80 años)

“Que sea una persona independiente” (AM, Mujer ,87 años)

“Andar solo” (AM, Hombre, 90 años)

Otros pocos lo relacionaron con la **autonomía** indicando: *“Que sea autónoma”* (Am, Mujer, 79 años) y otro lo relacionó con los **derechos humanos** exponiendo: *“Es muy importante, cuando uno se puede valer por sus propios derechos, puede ser físicos o mentales”* (AM, Hombre, 90 años).

De modo semejante se puede analizar en esta categoría, que ellos sabían lo que significaba que una persona pueda valerse por sí misma, y se auto referían

con este término. Es importante que el adulto mayor pueda conservar su autonomía cognitiva, motriz y social, y no caer en la exclusión y la dependencia; entendida a la misma como la restricción o ausencia de la capacidad de realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal. Las limitaciones sufridas por el individuo no derivan únicamente de sus propias características (físicas, sociales, económicas, etc.), sino también de las características de su entorno y del medio en el que se desarrollan sus actividades habituales, sean características arquitectónicas, jurídicas, geográficas o familiares. La autonomía se asocia con el concepto de independencia, por lo tanto la pérdida de autonomía se asocia a situaciones de dependencia.²⁵

3 Eje: Percepción del ejercicio de Autonomía

Este último eje de análisis se enfocó en recabar datos acerca de cuál es la percepción que tienen los adultos mayores en relación al ejercicio de la autonomía, por lo tanto se formularon preguntas enfocándonos en tres cuestiones, que son de suma importancia a esta edad y que son de las primeras situaciones en las cuales se viola el derecho de las personas de ser personas autónomas, con derecho a elegir, decidir y participar en las decisiones que tienen que ver con su vida, su salud y actividad en general.

La primera pregunta que se realizó fue en relación a la **conurrencia al médico**, si lo hacían **solos o acompañados** y el porqué de una u otra situación. La mayoría de los actores sociales hicieron referencia a que **van solos al médico**, por diferentes razones, ya sea por su grado de independencia, porque

²⁵(crf): VILLAR, FELICIANO, (2009), Discapacidad, Dependencia y Autonomía en la vejez, Editorial Aresta SC, España.

se sienten más cómodos, o porque simplemente así lo desean, entre otras cuestiones, esto puede verse reflejado a continuación:

“Voy sola porque hablo mejor, si me acompaña alguien no puedo hablar tranquila”

(AM, Mujer, 80 años)

“Siempre voy sola. Me tomo un remis y voy porque me gusta ir sola, ahora puedo entonces voy sola, dentro de unos años ya no lo voy a poder hacer más” (AM,

Mujer, 87 años)

“Voy solo” (AM, Hombre, 81 años)

En proporción un poco menor, la respuesta a esta pregunta fue que **van acompañados, porque así lo desean**, ya sea por seguridad, porque ya no pueden manejarse solos, porque temen que el médico o los agentes de salud los maltraten o no les den la misma atención que al resto de la gente, entre otras cosas:

“Siempre me acompañan o mi nuera o mi hijo. Porque si no pienso que me tratan mal, en el sentido que no te dan bolilla, te despachan” (AM, Mujer, 84 años)

“Me acompaña mi hija, porque no veo bien y me da más seguridad” (AM, Mujer, 84 años)

Por el contrario, se manifestó la situación de que concurren al médico **acompañado, porque así lo desea la familia**, por diferentes asuntos:

“Me lleva mi nuera, no sé porque me lleva” (AM, Mujer, 88 años)

“Voy acompañada porque mis hijos no quieren que vaya sola” (AM, Mujer, 81 años)

“En este momento una de mis hijas me quiere acompañar porque suponen que capaz yo miento porque me encuentra siempre bien” (AM, Mujer, 85 años)

“Casi siempre me lleva mi nuera. No me dejan salir solo” (AM, Hombre, 90 años)

Por último hubo algunos casos en los cuales, sus familiares son los **encargados de llevarlos** hasta el lugar a donde deben atenderse, pero al momento de **entrar al consultorio lo hacen solos**:

“Voy sola, mi hija me acompaña, me lleva por la movilidad y para facilitarme el trámite” (AM, Mujer, 79 años)

“A veces cuando puede mi hijo me acompaña, no voy sola, me acompaña pero para hablar con el Dr. entro sola” (AM, Mujer, 82 años).

Se puede analizar que la mayoría de los adultos mayores deciden acerca de la concurrencia al médico, ya sea porque quieren ir solos o porque desean que algún familiar o cuidador los acompañe. En esta situación se ve reflejado la autonomía de los actores sociales, entendida como la capacidad de decidir y actuar libremente; evitando la intromisión de los otros en lo que respecta a su salud, manteniendo de esta manera un control en el manejo de su salud y cuidado en general. Sin embargo, no todos los familiares respetan ese derecho e incluso tampoco se les consulta o explica el motivo por el cual no acuden solos, violando los derechos individuales de los actores sociales.

Prosiguiendo con el tema se indagó acerca del **tratamiento** que reciben. Ante la pregunta de si saben la **medicación** que toman casi todos ellos respondieron afirmativamente, tanto que solo cuatro mencionaron desconocer qué tipo de remedios estaban tomando, lo cual ejemplificamos con los siguientes relatos de ambas situaciones:

“Si sé que tomo y la tomo sola” (AM, Mujer, 67 años)

“Si sé que tomo, yo misma me la preparo” (AM Mujer, 84 años)

“No me acuerdo, me la prepara mi hija” (AM, Mujer, 80 años)

“No sé qué tomo, como se llama, pero la tomo sola, porque tomo una sola pastilla” (AM, Mujer, 83 años)

Siguiendo con lo anterior, también se puede mencionar que en mayor porcentaje los sujetos **se administran la medicación**:

“Si sé todo lo que tomo, me la preparo yo sola a la noche y lo tomo sola. Tengo todo anotado a qué hora y que medicamento tengo que tomar” (AM, Mujer, 88 años)

“Si yo me administro solo, inclusive le preparo la medicación a mi señora” (AM, Hombre, 81 años)

Mientras que el restante de la población de adultos mayores **se la administra algún familiar**:

“Todas las noches me la prepara mi hija, porque tiene miedo que me equivoque, porque una vez me equivoque y ahora me la da, pero sí sé que tomo” (AM, Mujer, 80 años)

“Más o menos, porque me lo dirige mi marido, me las da él en casa y acá las chicas y sino la chica que me ayuda” (AM, Mujer, 89 años)

Es importante destacar que algunos de ellos mencionaron no tomar ninguna medicación:

“Yo no tomo nada, ningún medicamento de nada” (AM, Hombre, 92 años)

Por lo expuesto se puede afirmar que no todos los adultos mayores se administran los medicamentos, sin embargo la mayoría sabe que es lo que está tomando y el porqué de dicho tratamiento. Aquí se ve reflejado el ejercicio de la autonomía de los residentes, ya que tienen plena participación en lo que respecta a la salud, área fundamental en la vida de todo ser humano sujeto de derechos. No es factible afirmar que aquellos adultos que reciben la intervención de algún

familiar en la preparación de la medicación no son autónomos, ya que muchos de ellos, solicita dicha asistencia, por temor a olvidos o errores en las tomas.

Pasando a la última pregunta acerca de la **toma de decisiones**, se consideró apropiado comenzar indagando acerca de quién había decidido su **concurencia al Centro de Día**, en este caso se pudo destacar que un mayor número de ellos concurre a la institución por **decisión de un tercero**, dentro de esta cuestión podemos hacer la deferencia de que en la mayoría de los casos sus familiares **consultaron** acerca de esto y en las otras **no**, ambas situaciones las podemos ejemplificar en los siguientes discursos:

“Mi hija. Si, si me consultó. Yo también decido” (AM, Mujer, 80 años)

“Lo decidió mi hija y no me consultó. En general me consultan” (AM, Mujer, 80 años)

Por el contrario, hubo algunos actores sociales que mencionaron haber tomado la **decisión ellos mismos de concurrir al centro**, realizando las averiguaciones y demás trámites correspondientes, lo cual está reflejado en estas expresiones:

“Yo sola, escuché por la radio de este lugar y vine y pase a ver cómo era, me gustó y lo hable con mi hijo y vine. Porque estaba sola y todos trabajan a la tarde y acá no me aburro, hago actividades, cosas. Tomo mis decisiones, pero le consulto a mi hijo” (AM, Mujer, 88 años)

“La decisión fue mía, me gustaba este centro, siempre decido yo, las decisiones las tomo yo sobre mi” (AM, Mujer, 87 años)

Se continuo la exploración cuestionando acerca de si la **familia consulta o no sobre todos los aspectos que tienen que ver con la vida** en general, en este ítem las respuestas fueron casi en su totalidad afirmando que siempre les

consultaban en la toma de decisiones que tienen que ver con ellos y que la última palabra la tiene el adulto mayor, por el contrario solo dos mencionaron no decidir nada acerca de sus cosas, los comentarios fueron:

“Mi hija. Si las decisiones importantes las consultamos con nuestros hijos” (AM, Hombre, 81 años)

“Esa decisión la tomó mi hijo y mi nuera y me dijeron a mí. Si, si me consultaron y me consultan” (AM, Hombre, 90 años)

“Mi hija averiguo, me consulto, pero la mayoría de las decisiones que tiene que ver sobre mí las toma ella” (AM, Mujer, 84 años)

“La decisión fue de mi hija, no me consulto, si a veces me consulta pero cuando las cosas están hechas” (AM, Mujer, 92 años)

Concluimos con esto que en general los familiares o cuidadores respetan el derecho que tienen las personas en cuanto a la toma de decisiones que tiene que ver con asuntos de la vida personal de cada uno, desde las situaciones más cotidianas hasta aquellas que tiene que ver con la asistencia a algún instituto, como es el lugar en donde se llevó a cabo la investigación.

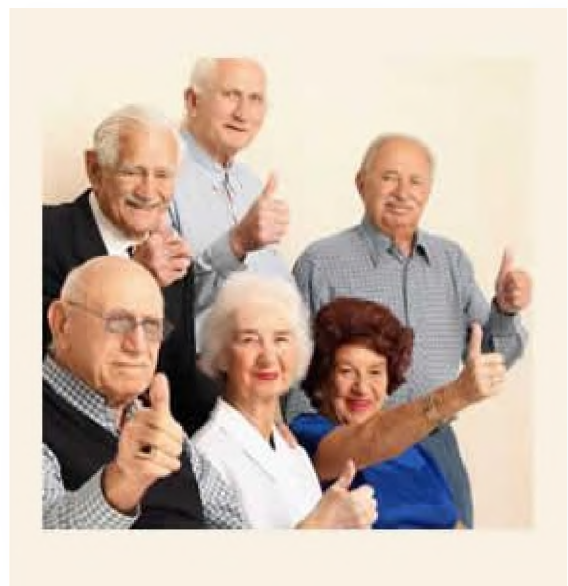
Se puede analizar que en su mayoría son consultados sobre la toma de decisiones o son tomados por ellos, en algunos casos los familiares los consideran que es peligroso para su salud y su seguridad que estén solos en su casa todo el día, y que deben concurrir a una institución, en este caso al centro de día. En no pocos casos, hay adultos que manejan el dinero que cobran en concepto de jubilación, decidiendo cuáles son sus necesidades, con qué bienes se habrán de satisfacer, cómo y cuándo.

Muchas veces los adultos mayores terminan convenciéndose de que lo mejor es poner en manos de sus hijos o sus sobrinos las decisiones más o menos

importantes, fortaleciéndose así una relación de dependencia personal que se acrecienta a medida que pasa el tiempo.

Por el contrario, hay personas que siguen ejerciendo plenamente sus derechos y aun cuando hayan sufrido una pérdida de autonomía sobre el control de su cuerpo, son respetadas, consultadas en sus deseos y decisiones.

CONCLUSION



Conclusión

La siguiente investigación fue llevada a cabo con los residentes mayores de 65 años que concurren al hogar de día Cedro Azul de la ciudad de Mar del Plata, durante noviembre de 2013. El objetivo fue saber cuál era el conocimiento y percepción del ejercicio del principio ético de autonomía de los adultos mayores que concurren a ese centro.

El análisis de los datos se realizó mediante tres ejes, los cuales fueron: datos sociodemográficos, el conocimiento y percepción del principio ético de autonomía; se puede ver que con respecto al principio ético de autonomía, en su mayoría los adultos mayores desconocían sobre el significado de este término, aunque habían escuchado sobre el mismo, no sabían lo que era, pero ellos sentían y se percibían como personas autónomas, capaces de poder tomar sus propias decisiones, de elegir, de manejarse solos, sin que ninguna persona les diga que hacer o decidir por ellos. Aunque se ve una intervención constante de la familia sobre aspectos relacionados con los entrevistados, esto no sucede porque ellos necesiten esa ayuda, sino por el temor de la familia a que el adulto mayor sufra un accidente.

Se puede afirmar que el principio ético de autonomía es una herramienta fundamental en el tratamiento y ejercicio de la Terapia Ocupacional en todos los campos laborales, en especial tercera edad, donde es muy importante que el adulto mayor se sienta respetado, escuchado y pueda expresar sus deseos en forma satisfactoria, incluyendo en esto la participación o no en talleres o qué tipo de tratamiento desea tener.

En cuanto a su concurrencia al centro de día, en su gran mayoría la decisión fue tomada por ellos. Estas instituciones promueven la autonomía del adulto mayor permitiendo que ellos puedan decidir y elegir en cuanto a la realización de actividades y demás cosas realizadas en el centro.

Sostenemos que la situación actual dentro de la institución de día, en lo que respecta a la oportunidad de ejercer el principio de autonomía como principio ético, es satisfactoria. Con el paso del tiempo, se fueron incorporando en la sociedad diferentes alternativas de asistencia, como son los centros de día, donde el adulto mayor puede seguir tomando sus propias decisiones, gozar de la compañía de otros adultos mayores, actividades sociales y recreativas las cuales están destinadas a fomentar la autonomía, la formación, el entretenimiento y la relación con su entorno social.

En síntesis se llega a la conclusión que la autonomía es algo valioso para el ser humano, y no se puede obligar a alguien a realizar algo que no desee. Como profesionales de la salud no debemos imponer a la persona a hacer algo que él no quiera o que no elija, sino que hay que escucharlo y considerarlo como persona que piensa, tiene ideas y decide por el mismo. Así se podrá tener una relación en donde se puedan expresar sus puntos de vista para el beneficio de ambos.

Es importante destacar que para los adultos mayores ser independiente está relacionado con tener libertad, y la libertad con los derechos humanos. Muchas veces no decidir sobre la propia vida implica no poder ejercer estos derechos, como son el derecho a la vida, a la libertad de expresión, y de pensamiento.

Por lo tanto el desafío que tenemos, como agentes de salud, es establecer un compromiso con la población de adultos mayores, de manera que se continúe

considerando cada vez más a esta población como sujetos activos, que a pesar de que presentan padecimientos físicos o psíquicos, tienen derechos y deben ser respetados por sobre todas las cosas.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

-ARIAS, C; SOLIVEREZ, C, (2009), Bienestar psicológico y redes sociales, En Desafíos y logros frente al bien-estar en el envejecimiento, Eudeba, Buenos Aires, Argentina.

-ÁVILA-FUNES, JOSÉ ALBERTO; AGUILAR-NAVARROA, A SARA; MELANO CARRANZA, EFRÉN, (2008), La fragilidad, concepto enigmático y controvertido de la geriatría, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y nutrición "Salvador Zubirán", Vol. 144 No. 3, México D.F.

-CELADE-CEPAL, (2004), América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050, Boletín demográfico No. 73.

-DE SOUZA MINAYO, MC, (2003), Investigación Social: Teoría, Método y Creatividad; Lugar Editorial; Buenos Aires

-EROLES, CARLOS; FIAMBERTI, HUGO; (2007), Los derechos de las personas con discapacidad, Secretaría de Extensión Universitaria y Bienestar Estudiantil.

-FASSIO, A.; ROQUÉ, M, (2008), Gerontología Comunitaria e Institucional, Material de estudio de la Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación-Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.

-GIOEGETTI, LILIANA; ZUNINO, MONICA; XIFRA, MARIA JULIA, Propuestas de los actores sociales para el reconocimiento de los adultos mayores como sujetos de derecho, Capítulo VIII.

-HUENCHUAN, SANDRA, (2009), Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas, Chile: Naciones Unidas.

- IACUB, RICARDO; SABATINI, BELÉN, (2012), Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, Módulo 3 Psicología de la Mediana Edad y Vejez Psicología de la Mediana Edad y Vejez, 3 edición.

-INDEC, (2005), Proyecciones provinciales de población por sexo y grupos de edad 2001-2015, Serie de Análisis Demográfico 31, Buenos Aires, Argentina.

-KNOPOFF, R; ZAREBSKI, G, (2000), Viejos nuevos – Nuevos viejos, Ed. Generaciones, Buenos Aires, Argentina.

-MAINETTI, JOSE ALBERTO, (1991), Bioética sistemática, Editorial Quirón, La Plata.

-MAINETTI, JOSE ALBERTO, (2000), Segunda Parte, Bioética Sistemática. En: Compendio Bioético. Editorial Quirón. La Plata.

-MONK, A, (1997), Actualización en Gerontología, Asociación Argentina de Gerontología, Buenos Aires, Argentina.

-NACIONES UNIDAS, (2002), Plan de Acción Mundial sobre el envejecimiento, Madrid, España.

-PELAEZ, ENRIQUE, (2008), Sociedad y Adulto Mayor en América Latina, Estudio sobre Envejecimiento en la Región, Argentina.

-POLIT, D; HUNGLER, B, (2000), Investigación Científica en Ciencias de la Salud, 6ta edición, Cap. 12, Pág. 267-293, México.

-ROQUÉ, MONICA LAURA, COMPILADO POR MONICA LAURA ROQUÉ, (2010), Manual de cuidados domiciliarios: nuevos paradigmas en políticas sociales. Nuevos escenarios gerontológicos / 1a ed. - Buenos Aires, Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.

-ROSE, ARNOLD, (1960), El origen de los prejuicios, Ed. Humanistas, Buenos Aires, Argentina.

-SALVAREZZA, L, (2002), Psicogeriatría. Teoría y Clínica, Cap. 1; Viejismo. Los prejuicios contra la vejez, Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina.

-SANDOVAL CASILIMAS, CARLOS A, Investigación cualitativa, programa de especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de investigación social, Instituto colombiano para el fomento de la educación superior, Bogotá, Colombia.

-SANDOVAL CASILIMAS, C, (2002), Investigación Cualitativa. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social, Quinta unidad, pp. 183-185, Composición electrónica. ARFO, Editores e impresores. Ltda., Colombia.

-TAYLOR, S.J; BOGDAN, R, (1992), Introducción a los métodos cualitativos de investigación, Cap.I, Ed. Paidós Ibérica S.A. pp19-24/ 101-103, Barcelona, España.

-VILLAR, FELICIANO, (2009), Discapacidad, Dependencia y Autonomía en la vejez, Editorial Aresta SC, España.

-ZANIER JUSTO H.; HOOFT PEDRO F. (2002), ¿Es la bioética la última esperanza? , Ediciones Suarez. Mar del Plata. Argentina.

Consulta Electrónica:

-BERRUETA MAEZTU, LM; OJER IBIRICU, MJ; TREBOL URRRA, A, (2009), Terapia Ocupacional en geriatría y gerontología, Revista en Internet, Vol. 6, Rev. 4, Página 229. Disponible en:

<http://www.revistatog.com/suple/nume4/geontologia.pdf>

-INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda. 2001. Disponible en:

<http://www.indec.mecon.gov.ar>

-Programa de Desarrollo Integral del Adulto Mayor, PRODIA, Manual de creación de centros de día, (2001).Disponible en:

http://www.fechac.org/pdf/prodia/manual_creacion_de_centros_de_dia.pdf

ANEXOS

(Anexo 1)

Centro de día. Cedro Azul.

Presidenta. Flores, Lucia.

De nuestra mayor consideración:

Somos estudiantes avanzadas de la Carrera de Lic. en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Estamos intentando llevar a cabo nuestra tesis de grado para obtener nuestro título profesional. El objetivo de nuestro trabajo está orientado a evaluar la autonomía de los adultos mayores que concurren a la institución. Para dicha evaluación utilizaremos una entrevista en profundidad, con el fin de indagar el conocimiento y percepción del principio ético de autonomía en dichos adultos mayores.

Es por esta razón que nos dirigimos a usted con el motivo de solicitarle autorización, de ser posible para contar con los integrantes de la institución que Ud. preside y poder así realizar nuestro estudio. La posibilidad de contar con la autorización, para llevar a cabo el trabajo sería de valiosísima importancia para nosotras.

Desde ya garantizamos el anonimato y la confidencialidad de los datos; de la misma manera que si fuera factible la realización del estudio, no interferir con las actividades que se desarrollan en dicho establecimiento y nuestra visita se realizara en días y horarios que usted estipule y además, comprometernos a una devolución de los resultados hacia la entidad.

Sin otro particular, agradeciendo desde ya la atención que preste a nuestro pedido.

Saludamos a Ud. atentamente.

Capdeville, M. Josefina

DNI 31.476.411

Weigand, Gabriela G.

DNI 30.947.064

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACION.

TITULO DEL ESTUDIO:

“Conocimiento y percepción del principio ético de autonomía de los adultos mayores que concurren al centro de día Cedro Azul”

INVESTIGADORES:

Capdeville, M. Josefina Estudiante avanzado de Lic. En Terapia Ocupacional.
U.N.M.D.P.

Weigand, Gabriela G. Estudiante avanzado de Lic. En Terapia Ocupacional.
U.N.M.D.P.

OBJETIVOS:

**Describir el grado de conocimiento del principio ético de autonomía que tienen los adultos mayores que concurren al centro de día “Cedro Azul”, de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo Noviembre de 2013.*

**Conocer la percepción del principio ético de autonomía que poseen los adultos mayores que concurren al centro de día “Cedro Azul”, de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo Noviembre de 2013.*

PROCEDIMIENTO:

Si consiento en participar sucederá lo siguiente:

- 1-Responderé preguntas sobre datos personales y familiares.
- 2-Responderé preguntas sobre el conocimiento del principio ético de autonomía.
- 3-Responderé a preguntas sobre la percepción del ejercicio de la autonomía.

CONFIDENCIALIDAD:

Toda información obtenida en este estudio será considerada confidencial y usada solo a efectos de la investigación. Mi identidad será mantenida en el anonimato.

DERECHO A REHUSAR O ABANDONAR:

Mi participación en el estudio es enteramente voluntaria y soy libre de rehusar a tomar parte o abandonar en cualquier momento.

CONSENTIMIENTO:

Consiento en participar en este estudio. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo y/o que me lo lean.

FIRMA DE INVESTIGADORES:.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE
INVESTIGACION.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE
INVESTIGACION.

(Anexo 2)

Guion de la entrevista

Temas	Subtemas	Preguntas
Datos socio demográficos	Edad: Sexo: Estado civil: Núcleo conviviente: Actividad en la cual trabajó Edad de retiro laboral Estudios	¿Cuál es su edad? ¿Usted es casado, soltero o viudo? ¿Con quién vive en su casa? ¿Con quién vivía? ¿Cuál era su trabajo? ¿Cuál fue la edad en la que dejó de trabajar? ¿Cuáles son sus estudios?
Conocimiento	Concepto del principio ético de autonomía	¿Escuchó alguna vez la palabra ética? ¿Sabe qué es? ¿Sabe qué es el principio ético de autonomía? ¿Sabe qué significa tener derecho a poder elegir y tomar decisiones? ¿Sabe qué significa ser independiente? ¿Sabe qué significa que una persona tenga libertad?

		<p>¿Sabe qué significa tener responsabilidades y compromisos?</p> <p>¿Sabe qué significa que una persona se pueda valer por si misma?</p>
Percepción del ejercicio de la autonomía	<p>Percepción del ejercicio de la autonomía en cuanto a la salud</p> <p>Percepción del ejercicio de la autonomía en cuanto a la concurrencia al centro de día</p>	<p>Quando tiene que concurrir al médico, ¿Va solo o acompañado? ¿Por qué?</p> <p>Con respecto a su tratamiento ¿Usted sabe que medicación toma? ¿Se administra solo la medicación?</p> <p>¿Usted decidió concurrir al centro de día? ¿Quién tomó la decisión? ¿Su familia le ha consultado o consulta sobre todos los aspectos que tienen que ver con su vida como la salud, centro de día?</p>