

## Representaciones sociales, ciencia e ideología en el cuidado enfermero de ancianos dependientes institucionalizados

**Silvia Elsa Tarrío**

*Grupo de investigación Psicología Social para la Prevención en Salud  
Universidad Nacional de Mar del Plata  
Buenos Aires - Argentina*



Ver perfil del autor

**Artículo publicado el 13 de diciembre de  
2003**

### Resumen

Las personas construyen el significado de los objetos sociales y las situaciones que experimentan a partir de representaciones. Éstas, son producto de la interacción comunicativa de los grupos humanos y presentan huellas sociales e intelectuales (Moscovici, 1979). El conocimiento de sentido común, toma fragmentos de las teorías científicas, que somete a un proceso de vulgarización e integra a universos consensuales. Éstos, se diferencian de los universos reificados de la ciencia o la filosofía por su lógica de producción. (Moscovici, 1979). Según Doise y Palmonari entre estos universos hay producciones intermedias que muestran que las representaciones sociales abrevan de la ciencia y/o la filosofía pero que también se da el camino inverso. (Cerrato, 1996). Las representaciones sociales se estructuran desde la ideología (Moscovici, 1979), y ésta de las representaciones sociales. (Cerrato, 1996) La interacción, entre ideología, ciencia y representaciones sociales, permite analizar los paradigmas que subyacen a las Escuelas de las Enfermeras profesionales, y al poner en juego las representaciones sociales sobre la internación de ancianos en establecimientos de larga estadía (ELE) analizar su impacto en la calidad de los cuidados.

La enfermería profesional, cuenta con un cuerpo de conocimientos que definen distintos paradigmas enfermeros y sus Escuelas, estructurados según la manera de definir y articular los conceptos "**cuidado**" - "**persona**" - "**salud**" - "**entorno**", (Kérouac et al, 1996).

Si pensamos las prácticas enfermeras, como la institución del cuidado integral de la salud, podemos observar que en el desarrollo histórico de los conocimientos producidos por esta profesión, hay momentos de progresos y retrocesos de su perfil profesional. Florence Nightingale agregó a la compasión caritativa, la observación y la experiencia, los datos estadísticos, el conocimiento en higiene pública, en nutrición y en administración, consolidando el paradigma orientado hacia la Salud Pública (Keruc et al, 1996).

Su perspectiva, concibe a la persona íntegra, y produce valoraciones en los componentes físico, intelectual, emocional y espiritual, lo permite tener en cuenta la capacidad y responsabilidad de la persona para modificar su situación. Y aún cuando la salud, la pensó como ausencia de enfermedad, observa la voluntad de utilizar bien cada capacidad.

Desde su visión, los factores del "entorno" inciden tanto en la recuperación de la salud como en la prevención de la enfermedad.

Sin embargo a fines del siglo XIX, se impone la noción de la enfermedad física como una realidad independiente del

entorno, de la sociedad y la cultura, y la salud comienza a observarse como ausencia de enfermedad. El cuidado enfermero, comienza a organizarse en zonas problemáticas cada vez más unidas a la profesión médica, y la persona empieza a percibirse como suma de partes que pueden ser recortadas según el tipo de afección padecida.

Para Keruác y col., entre los años '30 y '40, las postulaciones de Taylor en el campo de la economía y su propuesta de organización fabril "en cinta", incidieron en la fragmentación de las tareas enfermeras (una enfermera ayuda al paciente a levantarse de la cama, otra aplica apósitos etc.), de esta manera la responsabilidad del cuidado quedaba centralizada en la Enfermera Jefe.

La figura de Supervisor, tuvo consecuencias en el área económica, pues permitió "abaratarse" los cuidados en salud a partir de suplir enfermeros diplomados por prácticos, y también en la forma de representar a la persona asistida y a la enfermería y su práctica.

Este paradigma orientado hacia la enfermedad, tuvo serias consecuencias en la práctica de la enfermería. Antes de que se consolidara, dentro de los espacios de internación, la medicina actuaba sobre el organismo del individuo organizando prácticas en función de curar. Por su parte la enfermería centraba su actividad desde el entorno hacia individuo cuidado.

Al valorizarse y jerarquizarse las prácticas ligadas a la cura, la posibilidad de transformar el entorno se comienza a desdibujar y el grupo enfermero se lo comienza a representar socialmente como complemento - sustituto del médico.

Colaboraron en la construcción de esta representación social del grupo de enfermería diferentes dimensiones: por un lado, la formación enfermera, que empezó a orientarse y limitarse a las necesidades de los servicios hospitalarios desestimándose su formación integral. El proceso de medicalización de las sociedades, que impuso la figura médica como autoridad indiscutida (Foucault, 1990), de donde el convertirse en su complemento y el posible sustituto en su ausencia era percibido como privilegio. Y el ahorro que implicaba sustituir profesionales de enfermería por prácticos.

En el caso del personal de atención directa de los ancianos en geriátricos, el agotamiento físico y psicológico, la desmoralización y organización rígida de la tarea, en un contexto donde los puntos de vista del personal, no son incluidos en la toma de decisiones (Botella, 1991, Cifuentes Cáceres et al, 1992) favorecen el lugar de supervisión de las enfermeras profesionales.

En los ELEs privados, la presencia de una Enfermera profesional diplomada y a veces de un auxiliar de enfermería, justifica la contratación de prácticos para brindar los cuidados cotidianos a los residentes, abaratando así los costos.

Si tenemos en cuenta, que entre los factores que contribuyen a incrementar la internación de ancianos en los ELE, se destacan: 1) La longevidad mayor de la población y la aparición de patologías crónicas e invalidantes de difícil recuperación. 2) Las dificultades para el cuidado de ancianos con diferentes grados de dependencia en el hogar, por la ausencia de infraestructura edilicia y recursos humanos capacitados a domicilio. 3) La reducción del núcleo familiar y menor disponibilidad de tiempo de las mujeres que trabajan, y a quienes socialmente se las considera únicas responsables del cuidado de familiares enfermos. (de los Reyes y Buzeki, 2003). Nos encontramos con que, desde que se inicia el proceso de institucionalización de un anciano, se sostienen entre sí las representaciones sociales del rol asignado a la enfermería como complemento y sustituto del médico, con una 'presentación' del anciano desde la discapacidad.

Generalmente la dependencia funcional que suele generar la internación, suele expresarse en limitaciones parciales o temporales que le impiden o restringen su posibilidad de autocuidado y el pensar la salud, sólo como ausencia de enfermedad, hace que el área dañada englobe la totalidad de la persona y se la percibida como discapacitada, perdiéndose la percepción de su potencialidad en otras áreas.

Según Buchner y Wagner, la discapacidad física y el rol social que ella consolida, no se dan como respuesta inevitable al envejecimiento biológico. Estos autores conciben un modelo, donde los factores psicosociales y ambientales, el autocuidado y la atención médica adecuada, pueden evitar la situación de "fragilidad" generada por la coincidencia del envejecimiento biológico, las enfermedades crónicas y el desuso.

Desde esta perspectiva, los factores del entorno y la posibilidad de prácticas de autocuidado, no sólo pueden evitar el ingreso a la fragilidad, sino que también son modificadores de la salida de este estado fisiológico de haberse instalado, evitando la discapacidad o que ésta progrese (Gutierrez Robledo, L.M. 1994).

Por otra parte, al percibirse la persona sólo en el plano de lo biológico, se obvia que el diálogo cotidiano es el que mantiene nuestra subjetividad. (Berger y Lukcman 1968) Si nos comunicamos con el anciano y su familia sólo a partir de las afecciones que limitan su autonomía, le asignamos al viejo una identidad social (discapacitado) y participamos en la construcción de una nueva identidad personal para él que puede comprometer su yo (Goffman, 1963).

Por otra parte, si nos relacionamos sólo con la enfermedad de la persona a ser cuidada, no podemos abordar la problemática de la institucionalización del anciano en toda su complejidad.

La posibilidad de integrar la realidad familiar y su forma de significar la internación del anciano, permite abordar la crisis familiar que provoca esta decisión.

Por lo general, la familia ha intentado distintas formas de cuidado que resultaron deficitarias y se enfrenta a tener que aceptar la incapacidad del grupo para resolver por sí misma esta situación. Esta aceptación, la hace vulnerable, pues puede generar el sentimiento de ser incompetente para afrontar el cuidado de cualquiera de sus miembros necesitados de ayuda, pudiendo iniciarse un "ciclo de ruptura familiar" (Bengston y Kuypers, 1985).

Es común representar a la familia como única responsable del cuidado de sus miembros, a la decisión de internación como 'abandono' y a las Organizaciones receptoras como 'depósitos' 'antesala de la muerte' o 'negocio' (de los Reyes, 2001; Stefani, 1992). Cuando se ponen en juego estas representaciones sociales, los familiares, aún percibiendo las ventajas de los cuidados ofrecidos, pueden mostrarse disconformes de la atención, debido a la mortificación que les produce el sentirse juzgados.

Nuevas formas de ver dentro del campo de la enfermería, retoman el concepto de persona íntegra, y toman la salud y la enfermedad, como unidades que coexisten y están en interacción dinámica. Desde aquí el entorno, se valora como producto histórico, social, político, económico y cultural, y por lo tanto se evalúan las necesidades de ayuda, a partir de las percepciones de la persona en situación.

El vuelco del paradigma de la integración se continúa con los paradigmas de la transformación surgidos a fines de 1970 que ubica la profesión enfermera decididamente entre las profesiones propias de la ciencia del comportamiento y de la salud de la persona, que tiene en cuenta aspectos biológicos, comportamentales y sociales, y también una definición de los resultados esperados y los indicadores de la salud (Kerucac y col ob. Cit.).

Por otra parte la problemática de la institucionalización de un anciano, es inabordable en toda su complejidad desde perspectivas epistemológicas que no conceptualicen la persona como un organismo bio - psico - socio - cultural, como sujeto armado y reconstruido por el entramado de relaciones que le toca vivir. Sólo desde esta visión, es posible pensar como Orem en una 'unidad pluripersonal de cuidado' (Torralba i Roseló, 1998), que tenga en cuenta a la familia en su conjunto como necesitada de autocuidados.

Estos aspectos no son banales si tenemos en cuenta que recientes investigaciones realizadas en la ciudad de Mar del Plata, alertan sobre la "ausencia de diálogo entre los diversos tipos de actores" que participan en el proceso de adaptación del anciano institucionalizado en los ELE. Una falta de encuentro, coincidente con la ausencia de actividades interdisciplinarias planificadas, debido en gran parte a la reducida carga horaria de los profesionales contratados, que tiende a resolverse con encuentros ocasionales con los familiares (de los Reyes y Buzeki 2003).

Así como analizamos cómo la estimulación del 'autocuidado' en el anciano, modifica la situación de fragilidad fisiológica impidiendo o postergando la discapacidad, también observamos que al incorporarse a la familia a su cuidado, se facilita desde la práctica la resignificación de la identidad personal del anciano y de sus familiares.

El paradigma de la integración, abrió el camino a la investigación del espacio cultural que comparte la persona, y Leininger en su Teoría transcultural del cuidado, ubica a la enfermería y sus prácticas en este espacio, pues para organizar las conductas cuidantes, debe tenerse en cuenta los valores y las creencias culturales de los individuos y grupos, permitir que las personas propongan sus puntos de vista, conocimientos y prácticas como base para las acciones y decisiones profesionales válidas (Torralba i Roselló, F. 1998).

Las formas en que se expresa la dependencia en la vejez, son de tipo funcional (limitaciones en el autocuidado por disfunciones físicas o cognitivas); económica (falta o escasos recursos materiales); social (por pérdida de roles y aislamiento); o psíquica (falta de autonomía en la toma de decisiones) (Muchnik, 1984). Evitar que un factor de dependencia por algún tipo de incapacidad funcional sea percibido como causa de otras formas de dependencia, es uno de los desafíos para instalar la plena vigencia de los derechos humanos en los ELEs ofreciendo una mejor calidad de vida a los ancianos residentes.

En este análisis, creemos haber colaborado en mostrar como la ideología ha guiado la producción de las representaciones sociales de diferentes objetos: de las personas necesitadas de cuidados por problemas de salud, de las/os Enfermeras profesionales, del entorno y su incidencia en la salud, de los ELEs para la internación de ancianos, de la vejez, y de las familias que deciden la internación de un familiar anciano necesitado de cuidados especiales. Representaciones sociales que se entrelazan y refuerzan en la formación profesional.

La enfermería es una de las pocas profesiones que, por su labor de tiempo completo y el tipo de diagnóstico que realiza, posibilita la articulación de las prácticas de las diferentes profesiones posibilitadas de intervención en esta problemática (Terapia ocupacional, Servicio Social, Kinesiología, Médica) según las necesidades: atención social, cura y/o rehabilitación; así como también con el entorno social del residente. La atención de su formación integral como profesionales y gerontológica, por lo tanto, podría tener un impacto más que importante en la calidad de los cuidados

brindados a los ancianos dependientes que residen en ELEs y sus familias.

## Bibliografía

Cerrato, Javier (1996). La noción de representación social en psicología social: Definiciones y diferencias con otros constructos representacionales y formas de conocimiento colectivo. En: *INGURUAK Rev. De Sociología y Ciencia Política*. Sumario / Aurkibidea. Maitza, mayo 1996 N° 14, pp 43-74.

Rodríguez, A. (1994). Dimensiones psicosociales de la vejez. En: *Envejecimiento y psicología de la salud, Cap. 3*. Compilación de José Buendía. Siglo XXI de España, pp. 53-68.

Kerouac, S et al. (1996). *El pensamiento enfermero*. Traducción: Mercé Arque Blanco. Barcelona: Ed. MASSON S.A.

Foucault, Michel. (1990). *La vida de los hombre infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. Madrid: Ediciones la Piqueta.

Cifuentes Cáceres y col. (1992). La calidad asistencial y los recursos humanos en las residencias de ancianos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, Vol. 27, Supl. 1*, pp. 27-30.

De los Reyes, Buzeki. (2003). *El diálogo como estrategia de programas institucionales en geriátricos*. Ponencia presentada en el Primer Congreso Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional del Centro, Tandil, abril de 2003.

Gutiérrez Robledo, L. M. (1994). La concepción holística del envejecimiento. En: OPS (1994). *La atención de los ancianos: Un desafío de los años noventa*. Washintong: Eds. Anzola Pérez, E.; Galinsky, D.; Morales Martínez, F.; Salas, A. y Sánchez Ayendez, M.

Berger y Luckmann. (1999). *La construcción social de la realidad, 16ª edición*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu Editores.

Muchnik, E. (1984). *Hacia una nueva imagen de la vejez*. Bs. As., Argentina. Editorial Belgrano,

Orem, Dorotea. (1985). *Nursing: Concepts of practice*. New York . Citado por Torralba i Roselo ob. Cit. 1998.