

# SERIE DE ESTUDIOS ISALUD

## Serie de Estudios Nº 10 - 2010

La internación de personas mayores en instituciones de larga estadía en el Área Metropolitana de Buenos Aires.  
¿Desconociendo derechos o promoviendo autonomía?

Dra. Nélida Redondo

ISBN: 978-987-9413-50-0



Redondo, Nélida

La internación de personas mayores en instituciones de larga estadia en el área metropolitana de Buenos Aires: ¿desconociendo derechos o promoviendo autonomía?  
- 1a ed. - Buenos Aires: ISALUD, 2010.

Internet.

ISBN 978-987-9413-50-0

1. Gerontología. 2. Salud Pública. I. Título

CDD 618.97

Hecho el depósito que establece la ley 11.723

El contenido de este documento se publica bajo la exclusiva responsabilidad de sus autores y no compromete la opinión de la Universidad ISALUD

# **La internación de personas mayores en instituciones de larga estadía en el Área Metropolitana de Buenos Aires**

## **¿Desconociendo derechos o promoviendo autonomía?**

### **Autora**

Dra. Nélida Redondo

### **Prólogo a cargo de:**

Mg. Silvia Gascón

# Índice

Prólogo .....	3
Introducción.....	7
1. Aspectos conceptuales y metodológicos.....	9
1.1 El concepto de exclusión social e internamiento.....	9
1.1.1 Desinstitucionalización y ciudadanía .....	12
1.1.2 La vida de las personas dependientes en instituciones colectivas: exclusión social vs. ejercicio de ciudadanía.....	13
1.2 Aspectos metodológicos .....	14
1.2.1 Las técnicas de análisis para datos categóricos .....	17
1.2.2 Proceso de elaboración de las variables que mostraron asociación estadística .....	17
2.Características generales de los establecimientos .....	18
2.2 Tamaño y precio de la cuota mensual: dos variables significativas en la predicción de comportamientos institucionales.....	21
2.3. El proceso de atención de los residentes .....	26
2.3.1 La responsabilidad de las decisiones, la atención médica y los planes de cuidado .....	26
2.3.2. El tamaño de los establecimientos, el precio de las cuotas mensuales y el proceso de atención de los residentes .....	28
2.4. Las variables y los motivos asociados con la sujeción física y la sedación farmacológica de los residentes	30
3. Características generales de los residentes .....	34
3.1. Sexo, edad y antigüedad en la internación de los residentes.....	35
3.2. Motivos de la internación .....	37
3.3. Dependencia de terceros en las actividades de la vida diaria en el momento del ingreso .....	39
3.4. Evolución hacia la dependencia durante la internación.....	41
3.5. Dependencia de terceros actual para la realización de actividades de la vida diaria.....	43
3.6. El estado de salud de los residentes .....	44
4. Características de los residentes y opiniones sobre la dinámica de las instituciones.....	46
4.1. Medicamentos y sexo .....	46
4.2. La decisión de la internación, el motivo de ingreso, la edad y la exclusión social.....	48
4.3. Alimentación de los residentes .....	56
4.4 Satisfacción con el ingreso al establecimiento de larga estadía.....	59
4.6. Dimensiones relacionadas con el bienestar psicosocial de los residentes .....	65
4.7. Satisfacción con la vida y estados de ánimo .....	73
4.8. Derechos de los residentes en las instituciones de larga estadía.....	79

4.9. Las actividades que realizan los residentes en las instituciones de larga estadía.....	82
4.10. Aspectos económicos de la internación en la institución .....	89
4.11. La evaluación final del entrevistador .....	96
5. Características de los establecimientos y opiniones de los residentes.....	99
5.1. Características de los establecimientos y motivos de ingreso de los residentes .....	99
5.2. Características de los establecimientos y opinión de los residentes acerca de la atención que reciben..	102
5.3. Características de los establecimientos y actividades cotidianas de los residentes .....	106
5.4. Una "buena práctica" en materia de instituciones de larga estadía para personas dependientes .....	107
6. Conclusiones .....	114
6.1. Los establecimientos.....	114
6.2. Los residentes .....	117
6.3. La relación entre características de los establecimientos y comportamientos de los residentes.....	121
6.4. El impacto en la biografía personal de la internación en instituciones de larga estadía .....	123
6.5. Alcances y limitaciones de la investigación.....	126
Referencias Bibliográficas.....	128

## Prólogo

En la Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología de la Universidad Isalud hemos definido como criterio fundamental que la formación de los profesionales esté basada en un marco de valores orientado a reconocer y respetar los derechos de las personas a lo largo de toda su vida.

Por este motivo, resulta indispensable conocer los nuevos enfoques conceptuales y de gestión, así como obtener evidencia empírica, acerca de la trayectoria histórica de las instituciones conforme a los paradigmas vigentes en cada época.

En este contexto, la investigación aplicada constituye una extraordinaria oportunidad para echar una mirada crítica a la realidad, indagar en nuevos modelos y estrategias de administración de las instituciones y para que docentes y alumnos puedan abordar la transformación de los modelos de gestión vigentes a la luz de nuevos conocimientos.

Los integrantes de la Universidad Isalud consideramos que el binomio docencia-investigación conforma una dialéctica imprescindible, sin la cuál es imposible encarar la doble tarea de aprender y enseñar. Enseñar implica provocar, confrontar, discutir lo dado, sondar, conocer más y mejor la realidad para poder transformarla.

La labor docente comprende mucho más que la mera transmisión de conocimientos. Tiene que despertar el interés y la curiosidad, ofrecer herramientas para descubrir y explorar, pero por sobre todo, involucra aprender a aprender. Es por ello que la investigación es una parte ineludible de este proceso. Además, el conocimiento producido debe ser comunicado para que sea discutido, y para que otros se puedan beneficiar de los nuevos hallazgos. De allí el interés de la Maestría en comunicar, difundir y publicar.

Los resultados de la investigación que presento en esta oportunidad son particularmente relevantes para el cumplimiento del objetivo principal del posgrado.

La Maestría está dirigida a formar equipos capaces de planificar, conducir y evaluar servicios e instituciones orientados a los adultos mayores. La estrategia de enseñanza-aprendizaje se orienta al análisis de casos, a resolver problemas de la práctica cotidiana, a diseñar propuestas de intervención. Es obvia entonces la importancia de contar con estudios e investigaciones como ésta, que aporta evidencia empírica elaborada sobre la base de metodologías y técnicas científicas.

Por todo esto, cuando el Banco Interamericano de Desarrollo nos consultó sobre la posibilidad de llevar adelante esta investigación dedicada a conocer más sobre la "Exclusión social de las personas

internadas en instituciones de larga estadía”, aceptamos el desafío inmediatamente. Y fue inmediata también la decisión de que la Doctora Nélida Redondo, en función de su trayectoria y en su doble rol de docente estable e investigadora, asumiera la responsabilidad de llevarla adelante.

Además de los largos años de trabajo que nos unen, a través de los cuales he podido apreciar sus cualidades de investigadora y su rigurosidad académica, la Dra. Redondo es una firme defensora de los derechos de los adultos mayores a la vez que una docente empeñada en transmitir a sus alumnos un enfoque profundamente renovador de los paradigmas gerontológicos y sociales.

La Dra. Redondo es Licenciada en Sociología (UBA), Magister en Ciencias Sociales (FLACSO) y Doctora “Suma Cum Laude” en Ciencias Sociales (UBA). Su trayectoria profesional ha estado dedicada principalmente a la investigación y a la docencia en el campo específico de la sociología del envejecimiento. Ha dirigido numerosas investigaciones sobre la temática, publicadas en la Argentina y en el exterior.

Ha asesorado a organismos nacionales e internacionales y participa activamente en reuniones científicas y congresos en América Latina, América del Norte y Europa, a los que es invitada a presentar sus trabajos. Sería muy extenso relatar con detalle su trayectoria profesional, sin embargo es valedero destacar que la rigurosidad y la honestidad profesional; así como la firmeza en sus convicciones son sus rasgos más destacados.

Previamente a esta investigación, tuve el privilegio de participar junto a la Dra. Redondo en actividades de cooperación técnica realizada entre países del Cono Sur y Canadá, organizadas por la Dra. Martha Peláez durante el ejercicio de su función como responsable del Programa del Adulto Mayor de la Organización Panamericana de la Salud, y respaldada con el firme apoyo del entonces Ministro de Salud de la Nación el Dr. Gines Gonzalez García.

Como parte de esas jornadas de cooperación internacional, realizamos un recorrido por diversos países explorando modernos marcos conceptuales, conociendo los nuevos estilos de gestión, e indagando las diversas modalidades de atención que las sociedades más envejecidas implementan para atender las necesidades de las personas mayores con dependencia. La Dra. Martha Peláez acompañó de manera incondicional a los equipos técnicos de los países participantes, y su apoyo se extendió también a los trabajos de preparación, diseño e implementación de la investigación que hoy presento.

Por su parte, el Dr. Tomás Engler, responsable en ese momento de la temática relativa al envejecimiento en el Banco Interamericano de Desarrollo, se sumó al emprendimiento, agregando su experiencia profesional y facilitando los recursos materiales necesarios para llevar adelante el

estudio. El Dr. Engler fue nuestro interlocutor privilegiado, con el que compartimos muchas de las dudas y desafíos que se nos planteaban a diario. A la hora de decidir una internación ¿Qué criterios utilizan las personas adultas mayores y/o sus familiares para elegir una institución? Las normas y reglamentaciones vigentes en materia de habilitación y acreditación ¿Están basadas en estas preferencias? ¿De qué depende el bienestar, la seguridad y la satisfacción de las personas mayores cuando se encuentran internadas por razones de discapacidad o dependencia? Las personas mayores dependientes en general, y particularmente aquellas que presentan trastornos cognitivos ¿Cómo pueden ejercer su derecho a decidir?

No disponíamos de evidencias en nuestro medio para dar respuestas a estas preguntas. Hubiera sido imposible avanzar en ello sin la posibilidad de llevar a cabo esta investigación, que fue el resultado de la firme convicción y el trabajo conjunto de estos dos funcionarios, a quienes agradecemos su contribución.

La investigación que dirigió la Dra. Redondo combina eficientemente metodologías cuantitativas y cualitativas para conocer las características de las instituciones de larga duración y reconocer las motivaciones y expectativas de los gerentes y responsables de las mismas, así como las necesidades, preferencias, opiniones y grados de satisfacción y bienestar de las personas internadas en ellas y sus familias.

Los fructíferos resultados obtenidos fueron posibles gracias a un impecable trabajo de campo consistente en la realización de encuestas, complementadas con la producción de historias de vida que ayudan a comprender en profundidad los comportamientos y los sentimientos de las personas mayores que residen en estas instituciones.

El exhaustivo análisis realizado, así como sus principales conclusiones y hallazgos, nos ubican frente a un trabajo que además de su originalidad, ofrece claras orientaciones para decisores y gestores, al mismo tiempo que deja abierto un campo fértil para nuevos estudios.

A mi entender una de las principales razones de esta riqueza, es la solidez de los supuestos utilizados. El marco conceptual que desarrolla la Dra. Redondo no tiene medias tintas.

Su postura en relación a la adopción de un enfoque filosófico que implique el compromiso con la promoción de valores tales como la libertad de elección, la independencia, la individualidad, la privacidad y la dignidad en las prácticas operativas”, atraviesa todos los análisis.

Quizás la mayor riqueza de esta investigación sea el hecho de no dejarnos tranquilos. Reconoce virtudes, alerta sobre dificultades, pero sobre todo nos interroga sobre principios éticos, sobre cuestiones fundamentales que hacen a la dignidad humana. Es por ello que termino este prólogo

**Página 5**

con palabras extraídas de la propia investigadora: "El confinamiento en instituciones por largos períodos, que en no pocos casos abarca la vida completa de las personas, resulta manifiestamente contradictorio con las libertades individuales y con los derechos sociales consagrados y ampliamente consensuados en los países occidentales después de la segunda post-guerra".

Esta investigación propone un cambio de paradigma en el diseño y la gestión de las instituciones, que es necesario tener en cuenta a la hora de la formulación de políticas, servicios e instituciones destinados a personas mayores con dependencia, y de lectura básica para aquellos que aspiren a formarse en el quehacer sociosanitario.

Mg. Silvia Gascón

Directora de la Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología

Universidad Isalud

## Introducción

La investigación cuyos resultados se presentan en este informe forma parte de un proyecto que se desarrolló, durante los años 2005 y 2006, en los tres países del Cono Sur -Argentina, Chile y Uruguay- con la coordinación general del doctor Pedro Paulo Marín, director del área de Geriatría de la Universidad Católica de Chile. Las sedes académicas fueron, además de la mencionada Universidad Católica de Chile, la Universidad Católica de Uruguay y la Universidad ISALUD de la Argentina. La ejecución del proyecto fue posible merced al apoyo financiero del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el aporte del área del Adulto Mayor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La investigación en la Argentina se llevó a cabo bajo la dirección de la investigadora nacional, doctora Nélida Redondo, profesora e investigadora del de la Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología de la Universidad ISALUD. El estudio se efectuó sobre una muestra aleatoria de establecimientos de larga estadía para personas con discapacidades, que son dependientes de terceros en el desempeño de alguna de las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, del Área Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires (AMBA). El objetivo del estudio fue conocer las motivaciones, las actitudes y los comportamientos de los responsables de los establecimientos y de los residentes, vinculados a la internación en este tipo de instituciones. Más específicamente, se propuso analizar la dinámica interna y la estructura de los establecimientos, así como las percepciones que de ellas tienen los residentes a fin de comprender si se ajustan a los nuevos modelos que garantizan los derechos individuales y la preservación de la integración social o si, en sentido contrario, perduran los modelos tradicionales en los que las reglamentaciones determinantes del funcionamiento interno están más bien dirigidas a controlar y a contener intra institucionalmente las personas que allí residen.

Como parte del proyecto se elaboraron tres cuestionarios de encuesta, uno aplicado a los responsables de establecimientos, otro a los residentes y el tercero, a los familiares o cuidadores de residentes con problemas cognitivos. La elaboración de los cuestionarios estuvo a cargo de la doctora Lourdes Tellechea, médica geriatra gerontóloga de la Universidad Católica de Uruguay.

Los procedimientos de validación de los cuestionarios y de digitalización de los formularios en la Argentina fueron realizados por la investigadora nacional y el licenciado Alberto Bonis. El licenciado Bonis tuvo a su cargo, además, el trabajo de campo en el AMBA para el relevamiento de la información mediante la aplicación de técnicas de encuesta. La totalidad de las encuestas se tomaron en las sedes de los establecimientos que conformaron la muestra. El operativo se realizó entre los meses de diciembre de 2005 y febrero de 2006. Las entrevistas en profundidad, utilizando

las técnicas cualitativas del enfoque de historias de vida, fueron realizadas en el mes de diciembre de 2006 por la licenciada Sabrina Ferrari. La totalidad de las entrevistas en profundidad se realizaron en las instituciones de residencia.

El análisis de los datos y la redacción del informe del proyecto en la Argentina estuvieron a cargo, exclusivamente, de la investigadora nacional, Nélida Redondo. Como es de estilo, la investigadora es la única responsable por los errores u omisiones que el informe pudiera contener.

La profesora Silvia Gascón, directora de la Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología de la Universidad ISALUD, tuvo a su cargo la interrelación entre los organismos nacionales e internacionales participantes del proyecto.

La Universidad ISALUD agradece a todos los profesionales que participaron en esta investigación y, de manera especial, a los establecimientos, los residentes y los familiares de los residentes que generosa y desinteresadamente prestaron su colaboración a este proyecto. Asimismo, desea manifestar su reconocimiento a los doctores Tomás Engler y Martha Peláez que, con su invaluable esfuerzo personal y con su experiencia profesional, hicieron posible el éxito de este proyecto.

# 1. Aspectos conceptuales y metodológicos

En los últimos años se generalizó el uso del término “exclusión social” para hacer referencia a un fenómeno multidimensional, que incluye las esferas económica, política y cultural, a través del cual se impide el acceso de grupos sociales o personas tanto a los bienes que ofrece el mercado, como a las instituciones sociales y culturales de la comunidad en la que viven (OIT, 1996 Y 1997, CE, 1992, 1993 Y 1997 citados en Gacitúa et al., 2000:11). El concepto de “exclusión social”, utilizado con este sentido contemporáneo, está íntimamente vinculado a los de marginalidad, desigualdad y pobreza. Es decir, está asociado a estados de privación de bienes materiales, de capital social o cultural que coloca en desventaja a individuos o colectivos y, pasado un tiempo de permanecer en situación de riesgo a causa de la persistencia de la privación, determina una limitación seria en el ejercicio de ciertos derechos (civiles, sociales, económicos y culturales) y en la integración social.

Sin perjuicio de lo extendida, la utilización actual -en sentido lato- del término da lugar a controversias. Debido a lo fundado de sus argumentos, el más célebre desacuerdo con este uso es el que plantea Robert Castel ([1995] 2004:16), quien prefiere denominar desafiliación al proceso, propio de las sociedades post-industriales globalizadas, mediante el cual los individuos transitan por zonas de integración hacia otras de vulnerabilidad y desde allí a la inexistencia social. Desde la perspectiva de este autor la diferencia radica en que

“la exclusión es inmóvil. Designa un estado de privación, o más bien, estados de privación.”

En su sentido estricto, el concepto exclusión social es uno de los ejes centrales de la teoría histórica crítica desarrollada por Michel Foucault. El concepto se basa en la lúcida observación de la segregación que se operaba a través del internamiento –siguiendo el modelo inaugurado por los leprosarios en el siglo XII- sobre los “inútiles para el mundo”, individuos supernumerarios en el orden social de las naciones europeas, un mecanismo de separación extrema que se mantuvo con diferentes estatutos en los países de ese continente hasta la tercera década del siglo XX (Foucault. [1964] 2003). En este estudio aplicaremos este sentido riguroso del término, alejado de las controversias, tal como lo precisaremos con más detalle en los puntos siguientes.

## 1.1 El concepto de exclusión social e internamiento

La exclusión de grupos sociales o individuos que perturban la organización social a través de su internación permanente en instituciones especiales se inició en los leprosarios, que se extendieron en casi todos los países europeos a partir del siglo XII. La lepra desapareció al finalizar las Cruzadas, pero la estructura diseñada para su contención perduraría en ese continente durante ocho largos

siglos. El modelo fue exportado al nuevo mundo, en el que registró una vitalidad aún más prolongada.

"La lepra se retira, abandonando lugares y ritos que no estaban destinados a suprimirla, sino a mantenerla a una distancia sagrada, a fijarla en una exaltación inversa. Lo que durará más tiempo que la lepra, y que se mantendrá en una época en la cual, desde muchos años atrás los leprosarios están vacíos, son los valores y las imágenes que se había unido al personaje del leproso; permanecerá el sentido de su exclusión, la importancia en el grupo social de esta figura insistente y temible, a la cual no se puede apartar sin haber trazado antes alrededor de ella un círculo sagrado".  
(Foucault, op.cit.: 16)

En el siglo XVII, el modelo del leprosario -una ciudad dentro la ciudad, que desempeñaba a la vez una función de ayuda y de represión- se extendió en todos los estados absolutistas europeos para dar albergue a otros grupos poblacionales, excedentes sociales, que constituían un peligro para la cohesión de la época: los pobres válidos y los vagabundos por un lado y los pobres inválidos por el otro. Entre estos últimos se contarían los ancianos indigentes, los lisiados y los alienados, los niños huérfanos y las viudas con hijos menores. La capacidad para el trabajo marcaba la línea divisoria entre los grupos. Los hombres y mujeres con capacidad física eran obligados al trabajo forzoso, primaba sobre ellos el carácter represivo de la institución. Los inválidos, en cambio, eran acogidos, hospedados y alimentados sin obligación de contraprestación, aunque no podían eludir el carácter "correctivo" del confinamiento. A fin de cumplimentar este último cometido, la medicina se emparentaba con la moral y de este modo imponía entre los asistidos las normas destinadas a garantizar la obligación de salvarse (Foucault, op. cit.: 139).

"Estas poblaciones exentas de la obligación de trabajar son los clientes potenciales de lo *social-asistencial*. Tomarlas a cargo puede plantear problemas económicos, institucionales y técnicos complicados, pero ningún problema de principios". (Castel, op.ct.:29)

La intervención acontecía cuando existía una falla en sociabilidad primaria, es decir, cuando las redes informales comunitarias no asumían sin mediación alguna los casos "problemas". Por tal motivo, el autor considera "*sociabilidad secundaria*" a estas instituciones que se conformaron como sistemas relationales, independientes de las comunidades de pertenencia. Esta configuración *social-asistencial* iniciada a posteriori de la proclamación de derechos universales presentó características particulares: a) abarcaba un conjunto de prácticas con funciones de *protección* y, posteriormente, preventivas, b) involucraba una cierta *especialización*, que más tarde derivaría en la profesionalización de los "funcionarios" de lo social, c) como correlato, involucraba también una *tecificación* mínima y d) desde su inicio planteó la cuestión de la

localización de las prácticas, escindiendo nítidamente lo “intrainstitucional” de lo “extra institucional”. Según el autor, estas características originarias estructuran hasta el presente la organización de la asistencia social a las poblaciones que requieren ayuda, las que se *clasifican, administran y contienen* mediante la aplicación de reglamentaciones rigurosas (Castel, *op.cit.*: 41 y 42).

El carácter estatal o privado de la asistencia varió en los distintos países, pero en todos los ámbitos –tanto en el público, como en el privado laico y religioso- la asistencia a los *inválidos para el trabajo* asumió la modalidad de *tutelaje* o patronato. A través de un sistema normativo estricto se oficiaba el *policiamiento* (Donzelot, 1979) de las poblaciones asistidas y la *vigilancia* sobre su integridad física y moral. La participación de los médicos y otros profesionales especializados se enmarcaba en este carácter moralmente correctivo que inspiraba a las regulaciones. Debe tenerse en cuenta que las instituciones que acogían, hospedaban y alimentaban a los pobres inválidos no proporcionaban ningún tipo de tratamiento sanitario: los enfermos se atendían en los hospitales. De tal modo, la reglamentación sanitaria de las instituciones tenía funciones exclusivas de ajuste y control sobre la vida cotidiana “intrainstitucional”. La existencia de celdas y lugares de aislamiento para el castigo de los comportamientos díscidos formaba parte del entorno asistencial propio de los manicomios, asilos y hospicios.

A partir de las tres primeras décadas del siglo XX, con fuerza tras la Segunda Guerra Mundial y de manera radical desde la década del 60 en América del Norte y del 70 en Europa, se produjo una ruptura con esta modalidad de organización de la asistencia social a los válidos e inválidos. La expansión del Estado de bienestar y la Declaración de los Derechos del Hombre del año 1948 promovieron la inclusión de los denominados “derechos sociales” en las constituciones nacionales de Occidente. Posteriormente, los movimientos civiles norteamericanos y los sociales, que siguieron en casi todos los países europeos a las jornadas de mayo de 1968 en Francia, resultaron decisivos para la denuncia de un orden excluyente, que marcaba de manera particular a minorías desventajadas a causa de factores físicos, étnicos o debido a su inserción marginal en la estratificación social. El confinamiento en instituciones por largos períodos, que en no pocos casos abarcaba la vida completa de las personas, resultaba manifiestamente contradictorio con las libertades individuales y con los derechos sociales consagrados y ampliamente consensuados en los países occidentales después de la segunda post-guerra.

### 1.1.1 Desinstitucionalización y ciudadanía

El proceso de ruptura se verificó, en primer lugar, en el plano de las ideas. En un segundo momento se dio paso a la acción, desarrollándose en los países europeos, Canadá y Oceanía un vigoroso movimiento de des-institucionalización que suprimió el confinamiento. El movimiento abarcó también la reconversión edilicia de los asilos, hospicios y manicomios, algunos con capacidad para albergar hasta 2.000 almas, así como la capacitación para la relocalización laboral de sus recursos humanos. Los programas sistemáticos dieron por resultado, en la mayor parte de los países que los encararon, la externación de las personas dependientes o pobres alojadas en este tipo de instituciones tutelares. Hubo un traspaso casi completo de las personas dependientes a las comunidades de pertenencia, albergadas en viviendas familiares con diferentes modalidades de asistencia domiciliaria o en hostales de dimensión reducida (Kagan y Burton, 2004).

Pero la transformación más importante se produjo en el plano normativo. La *handicapología* de la población problema en torno a la cual se organizó la asistencia social moderna, con base en el tutelaje y el patronato de los minusválidos, cedió su lugar a nuevas orientaciones basadas en el reconocimiento de los derechos humanos, civiles y sociales, reglamentando especialmente la protección de su pleno ejercicio entre los grupos de personas que a causa de deficiencias físicas o mentales dependen de la ayuda de terceros para satisfacer sus necesidades básicas. Esta profunda transformación de las prácticas tutelares tradicionales se pone en evidencia en la promulgación de legislación específicamente dirigida a salvaguardar los derechos de las personas dependientes. Algunas de las leyes inspiradas en estas nuevas concepciones establecen taxativamente, entre otros aspectos:

- la garantía de la libertad de elección del modo de vida,
- la preservación de su domicilio y entorno,
- la libertad de comunicarse, desplazarse y de participar de la vida en sociedad,
- la continuidad con las relaciones familiares y de amistad más cercanas,
- el dominio sobre su patrimonio y sus ganancias (bajo protección legal en caso de dependencia psíquica),
- la conservación de sus actividades y capacidades de expresión,
- la libertad de conciencia y práctica religiosa,
- la preservación de su autonomía y la prevención del progreso de la discapacidad,
- el acceso a los cuidados que le son útiles
- la atención por parte de personal calificado y entrenado
- el respeto por el fin de la vida

Las personas, generalmente de edad mayor en las sociedades envejecidas, que a causa de su dependencia derivada de problemas físicos o cognitivos se internan en instituciones de larga estadía están protegidas a su vez, en muchos países, mediante una reglamentación especial. La reglamentación de derechos y libertades de las personas internadas en instituciones de larga estadía tiende fundamentalmente a resguardar la intimidad y privacidad individuales en los ámbitos colectivos de residencia, así como preservar la dignidad e integración social de los internados teniendo en cuenta sus déficit en las capacidades funcionales. Se garantiza la autonomía personal, aún ante la pérdida de autovalimiento.

La atención de personas dependientes en residencias colectivas se debe basar, según las orientaciones actualmente vigentes, en el reconocimiento de los valores, el respeto a las preferencias y el apoyo al desarrollo de una variedad de modelos de servicios y prestaciones que satisfagan múltiples demandas. La adopción de este enfoque filosófico implica el compromiso con la promoción no sólo de valores tales como la libertad de elección, la independencia, la individualidad, la privacidad y la dignidad en las prácticas operativas cotidianas, sino también alentar su empleo en la elaboración de modelos de atención en residencias y en la evaluación de la calidad de esos entornos. Los sistemas normativos de "*policiamiento*" cambian por los contratos de servicios suscriptos entre residentes y responsables de establecimientos. Asimismo, las reglamentaciones ceden su lugar a los planes de cuidados "a medida" acordados entre los usuarios, sus familiares o vecinos si los tuviera, los profesionales y los prestadores tendiendo a la rehabilitación o a evitar el progreso de la discapacidad, así como a la asistencia personal necesaria para garantizar el máximo nivel de integración social, de acuerdo con sus deseos y posibilidades físicas.

### **1.1.2 La vida de las personas dependientes en instituciones colectivas: exclusión social vs. ejercicio de ciudadanía**

En los países latinoamericanos es todavía incipiente la instalación de este cuerpo de nuevas ideas y su aplicación en la programación de servicios sociales y personales para las personas con pérdida de autonomía a causa de discapacidades físicas o mentales. Más aún, es actualmente una práctica demasiado frecuente la internación de personas mayores pobres válidas. La *handicapología* suele constituir la base de las decisiones profesionales vinculadas a la internación permanente y es común observar el carácter tutelar o de patronato en los comportamientos intrainstitucionales de hogares o residencias que alojan a personas dependientes.

Sin perjuicio de suponer la prevalencia de las modalidades tradicionales, es evidente que la nueva filosofía comienza a impregnar los ámbitos de decisión de las políticas y los comportamientos

de los técnicos y profesionales. Muchos establecimientos públicos y privados que proporcionan alojamiento, cuidados y servicios a las personas con pérdida de autonomía asumen formas de organización afines a las denominadas "viviendas asistidas", con diseños flexibles que facilitan la autonomía en las decisiones vitales de las personas que allí se alojan, y ofrecen una diversidad de prestaciones para la atención de necesidades múltiples y variados estilos de vida de los usuarios.

En otros casos, la restricción de los recursos materiales impone ajustes a la heterogeneidad de las respuestas. Sin embargo, una clara orientación doctrinaria permite adecuar ámbitos edilicios adversos y generar modos de vida fundados en el respeto de las diferencias, la amigabilidad de los entornos y la consideración de los deseos personales de los usuarios. En todos los casos, cualquiera sea el nivel de los recursos materiales, es indispensable que las viviendas, residencias u hostales asistidos dispensen condiciones de confort, de seguridad y de cuidados adecuados para la preservación de la existencia con dignidad: el primer derecho de las personas dependientes es el derecho a la vida.

No hay todavía en los países de América latina conocimiento basado en la evidencia empírica que permita conocer cuál es la situación de las personas dependientes internadas en establecimientos respecto de esta cuestión fundamental. En qué medida su alojamiento en una vivienda colectiva constituye exclusión social o se trata más bien de una forma de vida asistida, por la que ellos mismos optaron porque constituía la mejor manera de superar los inconvenientes derivados de sus discapacidades físicas y de continuar integrados, según sus posibilidades, a la dinámica de su comunidad de pertenencia.

Este estudio sobre **"Exclusión Social de Discapacitados Físicos y Mentales Dependientes Institucionalizados en América Latina y el Caribe"** se propone abordar esta laguna de conocimiento con el objetivo de producir un diagnóstico de situación apto para encarar programas de cambio y transformación dirigidos a promover la integración de las personas dependientes y la salvaguarda de sus derechos humanos, sociales y civiles.

## 1.2 Aspectos metodológicos

Para alcanzar sus objetivos en el estudio se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación social.

Mediante la aplicación de técnicas de investigación cuantitativas, se relevó información aplicando una encuesta a una muestra aleatoria del Área Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires. La selección de la muestra se efectuó sobre la base del marco que proporcionó el Censo Nacional de

Población, Hogares y Viviendas del año 2001, que por primera vez identificó y relevó hogares de ancianos. A través de procedimientos aleatorios por etapas (partidos/barrios, radios censales, establecimientos) la muestra quedó definida con ciento uno establecimientos entrevistados, distribuidos en la Ciudad de Buenos Aires y partidos del primer y segundo cordón del Gran Buenos Aires. Asimismo, se agregaron a la muestra establecimientos para la internación de personas dependientes jóvenes, que se seleccionaron mediante el sorteo del 10% del total del listado de instituciones proporcionado por el Ministerio de Salud de la Nación (Programa Federal de Salud).

El tamaño de la muestra se decidió en la coordinación internacional del proyecto. Es decir, la investigación nacional tuvo a su cargo la elaboración del marco muestral, la ejecución de los procedimientos aleatorios en las diferentes etapas hasta llegar al establecimiento seleccionado sobre la base del tamaño (101 establecimientos) definido para la Argentina.

Los rechazos efectivos alcanzaron el 60% del listado de contactos originales, en tanto que, sumado a las entrevistas diferidas en su concreción, el reemplazo general abarcó el 100% del listado primigenio. El análisis de los rechazos no muestra sesgo en los establecimientos que no aceptaron participar de la investigación. La mayoría de ellos están inscriptos en los registros oficiales de establecimientos habilitados, están diseminados equilibradamente en los diferentes partidos o barrios y no fue posible identificar características especiales en el tipo de prestaciones que proporcionan. Sin embargo, la magnitud del reemplazo total de la muestra originaria permite inferir que en el proceso general se produjo un sesgo hacia la mayor legalidad de los establecimientos finalmente entrevistados. No se registraron rechazos en los establecimientos seleccionados mediante procedimientos aleatorios sobre el listado correspondiente a instituciones de internación para dependientes jóvenes.

La selección de la muestra de residentes se efectuó aplicando técnicas aleatorias en el interior de cada uno de los establecimientos entrevistados. El tamaño de la muestra se definió como el 10% de los residentes del total de los establecimientos. Sin embargo, a fin de garantizar el equilibrio de la representatividad, se estableció un mínimo de dos residentes y un máximo de cuatro por establecimiento. Se procedió a entrevistar a familiares responsables de los residentes seleccionados que no podían responder adecuadamente al test cognitivo. En caso de rechazo, se utilizaron procedimientos aleatorios de reemplazo. En todos los casos, establecimiento y residentes, se firmaron actas de consentimiento informado para la participación en la investigación. La muestra de residentes quedó conformada por trescientos cuatro personas.

El relevamiento de la información se efectuó mediante entrevista personal, en la sede del establecimiento, aplicando tres formularios de encuesta con preguntas estructuradas. El cuestionario "A" se utilizó para relevar los datos del establecimiento. El entrevistado fue la persona responsable de la gestión del establecimiento. La encuesta se propuso investigar las características de los establecimientos y aspectos de su funcionamiento que permitan conocer la organización institucional y su disposición a incorporar orientaciones basadas en el ejercicio de derechos de sus residentes.

El cuestionario "B" se aplicó a los residentes seleccionados que aceptaron participar de la investigación. Se procuró conocer la percepción que las personas dependientes residentes tienen de su situación actual, fundamentalmente en las dimensiones referidas a la calidad de vida y a la integración social, así como la opinión respecto de las prestaciones, los cuidados y el modo de vida que les ofrece el establecimiento en el que residen. El cuestionario "C" estuvo dirigido a los familiares de las personas residentes seleccionadas cuyas funciones cognitivas no les permitió responder por sí mismos a la encuesta.

Finalmente, a través de técnicas cualitativas –entrevistas en profundidad focalizadas- se procuró comprender el proceso individual que condicionó la decisión de la internación, fundamentalmente los sucesos o eventos que resultaron definitorios en la pérdida de capacidad de soporte a través de las redes informales de ayuda en la comunidad. Interesó conocer la reflexión de los actores sobre los acontecimientos externos y las disposiciones subjetivas a lo largo del ciclo de vida que más impacto tuvieron sobre la situación de vida presente. Se aplicó el enfoque de "historias de vida" para conocer las actitudes y motivaciones involucradas en la decisión de ingresar a las instituciones de larga estadía. La muestra teórica se diseñó sobre la base de la selección de casos según su participación diferencial en las variables: a) sexo, b) grupos de edad, y c) antigüedad en la internación. Además, se debe aclarar que en la última etapa del cuestionario "B" dirigido a los "Residentes" se incluyó una pregunta al entrevistador que mencionaba: "A su juicio, ¿el entrevistado sería una persona interesante para conocer más sobre su historia personal a fin de realizar un reportaje?". Entre el conjunto de personas con marcas positivas se efectuó la selección de la muestra teórica, procurando que incluyera diferentes situaciones de edad, sexo y antigüedad en la internación. Los testimonios que proporcionaron las diez personas entrevistadas permiten comprender la subjetividad de los residentes y conocer la praxis cotidiana en las instituciones cuyo análisis se expuso en los puntos precedentes.

### **1.2.1 Las técnicas de análisis para datos categóricos**

El análisis de la información proporcionada por la encuesta se realizó mediante las técnicas para datos categóricos. Esto es, las variables cualitativas captadas mediante preguntas cerradas se categorizaron para estudiar su relación con otras variables. La categorización de la totalidad de las variables relevadas, incluyendo las variables cuantitativas tales como el número de internados de los establecimientos, los años de antigüedad, el valor de las cuotas mensuales o la edad de los residentes, permitió organizar los datos en tablas de contingencia. En todos los casos se aplicó el Test del Chi2 para estudiar la asociación entre las variables. Debido al tamaño de la muestra y a las distribuciones de las frecuencias, no se pudo aplicar el Test de Chi2 en las tablas en las que las frecuencias esperadas mayores que 5 fueron menos del 80% de las celdas. Dado que muchas variables se categorizaron de manera agregada para hacer posible la aplicación del test, se utilizó el Test Exacto de Fisher, que incorpora la corrección de Yates para la corrección del Test de Chi2 en las tablas de 2 x 2. Sólo en algunas variables los valores del Test del Chi2 según los grados de libertad de cada tabla y el p valor fueron determinantes en la relación con otras para la comprensión de la dinámica institucional, de acuerdo con el marco conceptual anteriormente detallado. Este informe se elaboró sobre la base de la presentación de las relaciones entre variables que muestran asociación estadística.

### **1.2.2 Proceso de elaboración de las variables que mostraron asociación estadística**

Se presentan en los capítulos siguientes los resultados del análisis de la información efectuado a partir de la aplicación de los referidos procedimientos específicos para datos categóricos. Debe aclararse que los test de asociación entre variables no permiten inferir relaciones causa-efecto o explicar el tipo de relación entre las variables. Sólo se puede afirmar que las diferencias observadas en las casillas no se pueden atribuir al azar o las características de la muestra, sino que las diferencias son atribuibles a la asociación entre las variables. En la presentación se complementan los resultados cuantitativos con testimonios relevados con técnicas cualitativas que ilustran la información numérica y facilitan el análisis comprensiva de la realidad estudiada.

## 2. Características generales de los establecimientos

En la investigación se entrevistaron responsables de ciento uno establecimientos de internación para personas mayores o personas jóvenes con algún tipo de discapacidad que, además, eran dependientes de la ayuda de terceros para el desempeño de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Los establecimientos ingresaron a la muestra en el caso en que más del 25% de los internados fueran dependientes en el momento de la visita. La muestra de establecimientos comprendió la Ciudad de Buenos Aires y partidos del primero y segundo cordón del Conurbano Bonaerense.

En primer lugar, es conveniente conocer las distintas maneras en que los responsables de los establecimientos que respondieron la encuesta definieron, a solicitud del entrevistador, el servicio que prestan. La mayoría de los entrevistados (algo menos de la mitad: 43/101) optó por explicarlo mediante la calificación del servicio ofrecido:

*"servicio de calidad", "muy bueno", "lugar de contención emocional" "respeto" "humanidad".*

Los restantes entrevistados eligieron las distintas denominaciones que se conocen en la ciudad: hogares o residencias geriátricas, centros de rehabilitación, servicio socio-sanitario, casa grande, hogares para adultos mayores.

Desde el punto de las prestaciones que se ofrecen y su localización geográfica, los establecimientos entrevistados se pueden categorizar como se presenta en el cuadro 2.1

**Cuadro 2.1 Establecimientos según área geográfica de localización por tipo de servicio ofrecido. AMBA 2006**

Localidad	Geríátrico	Psiquiátrico	Rehabilitación	No responde	Total
Ciudad de Buenos Aires	50	1	9	0	60
Gran Buenos Aires	35	1	4	1	41
Total	85	2	13	1	101

La mayor proporción de los establecimientos entrevistados prestan servicios de atención geriátrica. La totalidad de los responsables respondieron que los mismos son privados, pero no todos tienen fines de lucro: una pequeña proporción, menor al 10%, son instituciones geriátricas y de rehabilitación administradas por organizaciones no gubernamentales, privadas sin fines de lucro (Cuadro 2.2).

### Cuadro 2.2 Establecimientos por tipo de finalidad lucrativa. AMBA 2006

Tipo de establecimiento	Tiene fines de lucro	No tiene fines de lucro	No responde	Total
Establecimiento geriátrico	80	4	1	85
Establecimiento psiquiátrico	2	0	0	2
Establecimiento de rehabilitación	11	2	0	13
Total	94	6	1	101

Más de la mitad de las instituciones entrevistadas tienen una antigüedad superior a los 10 años. Sin embargo, se registra una continua creación de este tipo de establecimientos tanto en la ciudad de Buenos Aires como en el Gran Buenos Aires, tal como se pone en evidencia en el 15% de establecimientos que responde haber sido inaugurado dentro de los últimos cinco años. No se observa una asociación significativa entre la antigüedad de los establecimientos y la localización geográfica (Cuadro 2.3).

### Cuadro 2.3 Establecimientos según localización geográfica por antigüedad. AMBA 2006

Localidad	Menos de 6 años	Entre 6 y 10 años	Entre 11 y 20 años	Más de 20 años	No contesta	Total
Ciudad de Buenos Aires	10	9	22	15	4	60
Gran Buenos Aires	5	10	12	14	0	41
Total	15	19	34	29	4	101

Tampoco se observó que existiera asociación estadística entre la antigüedad de los establecimientos y el tipo de prestación que ofrecen. Entre los 15 establecimientos creados en los últimos cinco años hay geriátricos, psiquiátricos y centros de rehabilitación.

Según informaron los responsables, en el total de los establecimientos entrevistados residían en el momento de la encuesta alrededor de 3.600 personas, de las cuales el 13,6% estaba postrado, el 67 % dependiente para alguna actividad de la vida diaria y sólo el 18,7% no necesitaba ningún tipo de ayuda.

El perfil típico de las instituciones para personas dependientes del AMBA es el hogar geriátrico, de algo más de 32 camas y de 11 habitaciones compartidas, privado con fines de lucro, es decir, son establecimientos con finalidad comercial. Este hecho se pone de manifiesto al observar que casi el 60% de las instituciones están dirigidas por su propietario y que en casi el 50% de los

establecimientos entrevistados el único requisito para ingresar es querer hacerlo y tener capacidad para el pago de la cuota mensual.

En el universo estudiado es prácticamente universal -el 99% de los casos- la existencia de un sistema de registro de los internados y en el 98% de los establecimientos ese registro está completado por el médico contratado por la institución. Es decir, se trata predominantemente de un servicio de salud. Además, alrededor del 70% de los establecimientos entrevistados están asociados a un sistema de emergencias médicas externo. En la totalidad de las instituciones estudiadas la salud de los residentes es atendida por los médicos contratados por el mismo establecimiento, pero en casi el 70% participa también los médicos de cabecera –privados o de obra social- de cada uno de los internados.

Se puede inferir que en la totalidad de los establecimientos entrevistados existe una elevada reglamentación de las tareas cotidianas debido a que: a) el 96% de los establecimientos dice que elabora un plan de cuidados para cada residente, b) más del 50% de los establecimientos menciona que aplica escalas de valoración funcional y mental, c) en el 77% de los establecimientos los nutricionistas programan los menús, y d) más del 66% de los establecimientos poseen protocolos de procedimientos escritos para distintas actividades.

Por el contrario, no es frecuente la participación de los residentes en la elaboración de su plan de cuidados, tampoco lo es la firma de un contrato de servicios entre las autoridades del establecimiento y el residente. Asimismo, el 73% de los establecimientos utiliza la práctica de sujetar físicamente a las personas dependientes ante el riesgo de caídas, y en algo más de 26% se medica con psicofármacos ante problemas de agresividad o de conducta de los residentes.

La privacidad de los residentes en los establecimientos es relativa, teniendo en cuenta que predominan las habitaciones compartidas en las que los residentes no pueden vestirse o desvestirse sin la presencia de "otros" en la habitación: en algo más del 49% de los casos, los residentes se pueden cambiar en los baños si es que quieren hacerlo en situación de privacidad, en más del 13% no se contempla la posibilidad de aislarse para cambiarse, en alrededor del 20% los asisten auxiliares en forma personal, y hay otras opciones como la salida de los compañeros de los cuartos mientras se cambia uno de los residentes. No se mencionaron biombos, ni otras formas de división que pudieran preservar la intimidad cuando las personas se visten y desvisten. En relación con las decisiones sobre la vestimenta, sólo en el 58,4% de los establecimientos los residentes eligen la ropa que usan, en el 25,7% de los establecimientos el personal toma las decisiones respecto de la vestimenta de los residentes. También sólo alrededor del 58% de los establecimientos tiene placards individuales para guardar la ropa de las personas internadas, en más del 36% de las instituciones los residentes guardan su ropa en espacios colectivos e identifican las prendas mediante etiquetas con sus nombres. La información relevada pone de manifiesto que el ordenamiento edilicio puede ocasionar la pérdida de individualización y privacidad.

Según informan los responsables entrevistados, el 95% de los establecimientos está habilitado, pero la proporción de los que dicen estar habilitados por los bomberos disminuye al 71% de los

establecimientos. Finalmente, sólo el 78% de los establecimientos entrevistados tenían carteles de identificación en el exterior del edificio.

Asimismo, es interesante destacar que el cuestionario solicitó al entrevistador que mencione su impresión sobre las dependencias físicas de los establecimientos, según la posibilidad de acceso a las diferentes áreas de los mismos. El 92% de los comedores, el 79 % de los dormitorios y el 69% de los baños y salas de estar de las instituciones fueron visitadas por los encuestadores. Según la opinión de los entrevistadores alrededor del 35% de los establecimientos presentaban buen estado de higiene y mantenimiento y en algo menos del 29% el estado era muy bueno. Es decir, en el 36% de los establecimientos visitados no se observaba buen estado de higiene. Finalmente, sólo en el 55% de los establecimientos no se constataron obstáculos para el desplazamiento de los residentes y en el 31% había escaleras que impedían la circulación.

Se han detallado hasta aquí algunas de las dimensiones que ofrecen mayor interés para la caracterización del universo estudiado. Una descripción completa de los comportamientos de los establecimientos según las respuestas dadas por sus responsables se puede consultar en el Anexo I. A fin de comprender la dinámica institucional, se ha analizado la información proporcionada por la encuesta con técnicas para datos categóricos. La asociación estadística en la relación entre algunas variables permite observar interesantes patrones de comportamientos institucionales.

## 2.2 Tamaño y precio de la cuota mensual: dos variables significativas en la predicción de comportamientos institucionales

En la muestra estudiada, el tamaño medio de los establecimientos, medido a través de la cantidad de internados, es de algo más de 35,35 internados. El valor mínimo es de nueve internados y ciento noventa y cuatro es el valor máximo. El tamaño típico (mediana) es de alrededor de treinta y dos internados por establecimiento, que se distribuyen en alrededor tres personas por cuarto. En el 20% de las instituciones se proporcionan además servicios a personas que pasan el día y regresan a la noche a sus domicilios.

El tamaño no muestra asociación estadísticamente significativa con la antigüedad del establecimiento. En cambio, existe una leve asociación entre el tamaño del establecimiento y la edad de los internados: en la muestra estudiada, las instituciones que proporcionan exclusivamente servicios a personas mayores de sesenta años (hogares o residencias geriátricas) tienden a tener menor tamaño (Cuadro 2.4).

#### Cuadro 2.4 Establecimientos por edad de los internados según tamaño. AMBA 2006

Edad de los residentes	Menos de 20 internados	de 21 a 30 internados	de 31 a 50 internados	más de 50 internados	Total
Jóvenes con o sin mayores de 60 años	6	8	7	14	35
Sólo mayores de 60 años	17	16	20	2	55
Desconocido	3	5	2	1	11
Total	26	29	29	17	101

Chi2 = 5,11; gl 2; pvalor 0,07

Se investigó si el tamaño observaba también asociación con otras dimensiones, fundamentalmente las relacionadas con la privacidad de los residentes tales como el número de personas por cuarto o la tasa de habitaciones individuales. Ninguna de estas dimensiones mostró asociación estadística con el tamaño de los establecimientos.

El 70% de los establecimientos entrevistados no posee habitaciones individuales, y alrededor del 20% de los establecimientos tiene proporciones inferiores al 20% del total de sus habitaciones (Ver cuadro II.2 del Anexo II). Es decir, en la casi totalidad de los establecimientos estudiados no hay disponibilidad de habitaciones individuales. El número de personas por cuarto promedio y el típico prácticamente coinciden en alrededor de 2,7, registrando el valor mínimo de 0,88 y el valor máximo de 5,20 de personas por cuarto en las habitaciones compartidas. La distribución de los establecimientos según las categorías de número de personas por cuarto no muestra asociación con el tamaño (Ver cuadro II.3 del Anexo II). Los datos indican que en el universo estudiado –el Área Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires- las dimensiones físicas de los edificios destinados a esta finalidad, aun en los servicios más costosos, no permiten ofrecer un alto número de habitaciones individuales. Por lo menos, se puede estimar que no resultan rentables en términos empresarios.

Curiosamente, en el universo estudiado no se observa asociación entre la cuota mensual promedio que manifiestan cobrar los establecimientos y el porcentaje de habitaciones individuales existentes o el número de personas por cuarto compartido. En cambio, existe asociación estadísticamente significativa entre el tamaño del establecimiento y la cuota mensual: los establecimientos de mayor tamaño tienden a cobrar cuotas por encima de la media (Cuadro 2.5).

### Cuadro 2.5 Establecimientos por edad de los internados según categoría de cuota mensual. AMBA 2006

Edad de los residentes	Menos de 20 internados	de 21 a 30 internados	de 31 a 50 internados	más de 50 internados	Total
Jóvenes con o sin mayores de 60 años	6	8	7	14	35
Sólo mayores de 60 años	17	16	20	2	55
Desconocido	3	5	2	1	11
Total	26	29	29	17	101

Chi2 16,79; gl 6; pvalor 0,01

Además, los establecimientos de menor cantidad de internados tienden con más frecuencia a no responder cuánto cobran por mes por sus servicios. Ambos comportamientos –valor de sus cuotas predominantemente por debajo del promedio y tendencia a no responder el valor de la cuota– podría ser un indicador de mayor informalidad en el subuniverso de los establecimientos geriátricos de menor tamaño.

A fin de conocer el monto de las cuotas establecidas por los establecimientos del Área Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires, se presenta a continuación el detalle de los valores clasificados en categorías. Debe tenerse en cuenta que en el momento del relevamiento de la información un dólar norteamericano equivalía a tres pesos argentinos (cuadro 2.6).

### Cuadro 2.6 Establecimientos por cantidad de internados según cuota mensual. AMBA. 2006

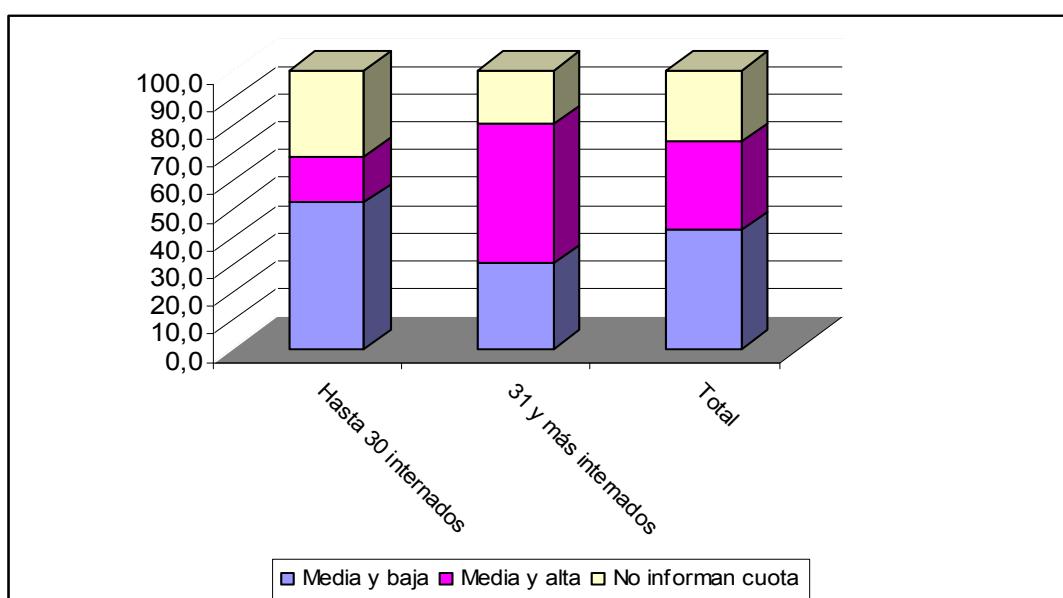
Categoría de la cuota mensual	Menos de 21 internados	de 21 a 30 internados	de 31 a 50 internados	Más de 50 internados	Total
Menos de \$600	4	3	2	0	9
Entre \$601 y \$800	5	5	2	1	13
Entre \$801 y \$1000	3	9	6	3	21
Entre \$1001 y \$1500	5	1	9	8	23
Entre \$1500 y \$4000	0	3	3	3	9
No contesta cuota	7	7	6	1	21
Total	26	29	29	17	101

Es interesante destacar que aproximadamente la mitad de los establecimientos que tienen más de cincuenta internados cobran entre \$1001 y \$1500 (entre 335 y 500 U\$S), un valor intermedio

que se ubica justo por encima del valor de la mediana. La mayor proporción de establecimientos entrevistados manifiesta que ése es el valor de la cuota mensual que cobran por sus servicios.

A fin de observar con mayor nitidez la asociación entre las variables, es decir, hacer posible la aplicación del test del Chi2, se categorizó según su tamaño en dos grandes grupos a los establecimientos del universo estudiado: los que tienen hasta treinta internados y los que tienen treinta y uno o más internados. Se observa una distribución que presenta asociación estadística (Ver cuadro II.4 del Anexo II) al agregar del referido modo las categorías de tamaño, y relacionar el tamaño con la categoría agregada de cuota mensual por habitación compartida, considerando: a) cuota media y baja a los valores hasta \$1.000 por mes (entre U\$134 y U\$333 dólares mensuales), b) cuota media y alta a las comprendidas entre \$1001 y \$3.850 (valores entre U\$334 y U\$1.300), y c) no informa la cuota. Los establecimientos de menos de treinta internados tienden a cobrar cuotas bajas y sus responsables tienden con mayor frecuencia a no responder acerca del valor de las cuotas mensuales que cobran. En el universo estudiado, el comportamiento puede ser considerado indicador de informalidad institucional asociados al tamaño pequeño de establecimiento (gráfico 2.1).

**Gráfico 2.1 Distribución porcentual de los establecimientos por cantidad de internados según cuota mensual. AMBA. 2006**



Fuente: Cuadro II.4 del Anexo

Con el propósito de conocer el impacto de estas dos variables sobre los aspectos básicos de la calidad de vida de las personas internadas, se relacionó a ambas, en primer lugar, con los alimentos que según manifestaron los responsables sirvieron en el día anterior en el desayuno y la merienda,

por una parte, y en el almuerzo y la cena por otra. A tal efecto, se construyeron dos variables categóricas dicotómicas. Se unificaron el desayuno y la merienda para conocer si en alguna de estas comidas se ofrecieron quesos, dulces, cereales, jugos de frutas, fiambres o huevos, debido a que es universal (100% de los establecimientos) el servicio de infusiones con leche y pan o galletitas. Por este motivo, se procuró discriminar un segundo orden en la calidad de los alimentos para desayuno y merienda. Los establecimientos de tamaño más pequeño muestran una elevada tendencia a servir menos alimentos en el desayuno y la merienda, registrando una asociación estadísticamente significativa (Ver cuadro II.5 del Anexo II)

El análisis de los menús que según los responsables ofrecieron el día anterior durante el almuerzo y la cena ratifica esta tendencia. Se construyó una variable categórica dicotómica que indica si en alguna de esas dos comidas se sirvieron carnes roja, pescado, pollo o huevos o, si por el contrario no se sirvieron esos alimentos en el día de referencia. La asociación entre tamaño del establecimiento y consumo de carnes y huevos en las comidas presenta alta significación estadística (Ver cuadro II.6. del Anexo II). También muestra alguna significación estadística la asociación entre el consumo de esos alimentos y la cuota mensual (Ver cuadro II.7 del Anexo II). Debe señalarse que doce de estos catorce establecimientos que no sirvieron carnes o huevos, tampoco incluyeron en el almuerzo y la cena del día anterior frutas o verduras. Es decir, algo más del 10% de los establecimientos del universo estudiado no ofreció alimentos básicos de nutrientes en la dieta.

El análisis de los alimentos incluidos en las cuatro comidas evidencia la existencia de un patrón de comportamiento de mayor precariedad en el servicio asociado al tamaño pequeño, las cuotas mensuales bajas y la no declaración del valor de las mismas. Sin perjuicio de ello, puede señalarse que según lo manifestado por los responsables es mayoritaria la oferta de alimentos que contienen proteínas, pero es necesario destacar que no se tienen datos acerca de la cantidad y calidad de estas provisiones.

La disponibilidad de ciertos recursos materiales para la atención y el confort de los residentes también muestran asociación con el tamaño y el valor de la cuota de los establecimientos. Tal el caso de las camillas, cuya proporción de existencia disminuye en los establecimientos de tamaño menor (Cuadro II.8. del Anexo II). La existencia de camillas muestra tendencia similar con respecto a la cuota mensual que cobran los establecimientos: disminuye en las instituciones que cobran cuotas medias y bajas y que no informan la cuota que cobran (Cuadro II.9. del Anexo II). El tamaño del establecimiento evidencia también asociación con la existencia de colchones de agua. La proporción de este elemento de confort disminuye en los establecimientos de menor tamaño (Ver cuadro II.10 del Anexo II).

Finalmente, el perfil institucional descripto se robustece a través de la observación por parte de los entrevistadores acerca de peores condiciones relativas, tanto de mantenimiento como de higiene en las dependencias visitadas, en los establecimientos de menor tamaño pero su número de frecuencias no permitió la aplicación del test de Chi2.

La asociación entre tamaño del establecimiento, valor de la cuota mensual y dinámica de la organización y del servicio es notoriamente más compleja que las observadas precedentemente. Se desarrollan a continuación otros aspectos destacables de esta asociación.

## 2.3. El proceso de atención de los residentes

La encuesta relevó datos acerca de los procedimientos habituales de atención y las normas de convivencia de los residentes, tales como el personal profesional y operativo que disponen, la responsabilidad en la toma de decisiones, el tipo de disposiciones habituales o las actividades cotidianas organizadas y espontáneas que realizan las personas internadas.

### 2.3.1 La responsabilidad de las decisiones, la atención médica y los planes de cuidado

En el universo estudiado, la totalidad de los establecimientos disponen de un médico que tiene a su cargo la atención de la salud de los internados. En la casi totalidad de los casos, el médico completa los registros individuales y colectivos de los residentes y elabora un plan de cuidados para cada paciente. La dinámica es prácticamente universal y no se registran diferencias entre los distintos tipos de establecimientos. También es mayoritaria, y no presenta diferenciaciones en relación con otras variables, la falta de participación de los residentes y de sus familiares en el plan de cuidados elaborados. En efecto, el plan de cuidados de los residentes es elaborado, en la mayoría de los casos, por el médico del establecimiento, en segundo lugar de frecuencias, por otros profesionales, pero sólo algo menos del 15% de los establecimientos dan participación a los residentes en la elaboración de su plan de cuidados, en tanto que algo más de 20% incluye a los familiares en la planificación. Esta modalidad de elaboración de los planes de cuidados es indicativa de que los mismos no están dirigidos a la rehabilitación o, por lo menos, a detener la discapacidad o la dependencia. En los planes orientados a la mejoría funcional es imprescindible la participación y el compromiso del destinatario. El plan de cuidados predominante en las instituciones del universo estudiado parece, en cambio, estar dirigido a la organización de las actividades del establecimiento y programar las acciones a cargo del personal: cuidadores, enfermeras y auxiliares de enfermería.

El propietario es la persona responsable del establecimiento en casi el 60% de las instituciones entrevistadas. Esta dimensión es importante porque el mayoritario reconocimiento del propietario como responsable pone en evidencia el carácter netamente comercial del servicio. En este aspecto se diferenciaría de otros servicios sanitarios o sociales, como los educativos por ejemplo, en los que el responsable es siempre un técnico especializado, diferenciando la razón comercial de la dirección técnica. En los establecimientos de internación para personas dependientes del AMBA, en cambio, las decisiones no estarían subordinadas a consideraciones específicas propias del tipo de prestación que se ofrece, sino que primarían factores asociados a la organización comercial y, en consecuencia, a los márgenes de ganancia del emprendimiento.

Debe tenerse en cuenta que sólo algo más del 16% de los entrevistados manifestó que el director médico era responsable, en tanto algo más de un 20% respondió que éste era un director técnico no médico o un encargado, siendo difícil discernir la calificación profesional diferencial entre un puesto y otro (ver cuadro 2.7).

**Cuadro 2.7. Persona responsable por cantidad de internados del establecimiento.  
AMBA. 2006**

	Menos de 20 internados	de 21 a 30 internados	de 31 a 50 internados	Más de 50 internados	Total
El propietario	16	17	19	7	59
Director téc. no médico	3	5	6	3	17
Director técnico médico	5	3	2	7	17
El encargado	1	2	1	0	4
Otros	1	1	1	0	3
NS/ No responde	0	1	0	0	1
Total	26	29	29	17	101

Curiosamente, este comportamiento no presenta asociación con algún tipo de perfil de las instituciones, es decir, es común y aleatorio en todos los establecimientos, si bien en las instituciones de más de cincuenta internados se registra un leve aumento en la frecuencia de director médico. Tampoco se observa asociación estadística entre la responsabilidad del establecimiento y el valor de la cuota que se cobra (Ver cuadro II.12 del Anexo II).

Sin perjuicio de estas características generales compartidas por la mayoría de las instituciones, sin distinción de tamaño ni de valor de la cuota, hay otros aspectos de la dinámica que reconocen

diferencias. Algunas de estas distinciones resultan consistentes con los perfiles descriptos en el punto anterior.

### **2.3.2. El tamaño de los establecimientos, el precio de las cuotas mensuales y el proceso de atención de los residentes**

En primer lugar, puede señalarse que si bien es universal la existencia de un sistema de registros de datos de los residentes, así como la participación del médico de la institución en el llenado del mismo, la existencia de registros de cuidadores en el referido sistema es diferencial según el tamaño de los establecimientos (ver cuadro II.13 del Anexo II). Los registros de los cuidadores son más frecuentes en los establecimientos de tamaño intermedio –entre veintiuno y cincuenta internados alcanzan las mayores frecuencias- y tienen la menor incidencia en los establecimientos más pequeños. Como se analizará en el siguiente capítulo, los establecimientos de tamaño intermedio son los que albergan a mayores proporciones de personas de edad extrema.

La existencia de otros tipos de registros profesionales, tales como los de equipos de salud mental y laborterapia mostraron, asimismo, asociación estadística significativa con el tamaño de los establecimientos. El registro del equipo de salud mental tiene mayor prevalencia en los establecimientos de más de 31 internados. La existencia de registro de laborterapia o recreación sigue una tendencia similar. Los establecimientos de más de 31 internados tienen con mayor frecuencia registro de laborterapia y recreación (Ver cuadros II.14 y II.15 del Anexo II). La existencia de estos tipos de registros no muestra asociación, sin embargo, con el valor de la cuota que cobran. Otros comportamientos en los que se observa asociación con el tamaño de los establecimientos son los relacionados con los sistemas o escalas para evaluar las capacidades funcionales y mentales de los residentes. Los establecimientos de tamaño menor a 30 internados tienden a no utilizar las escalas de evaluación de las capacidades cognitivas o funcionales de los residentes (ver cuadro II.16 del Anexo II). Como es fácil inferir, la asociación estadística se verifica también en los distintos tipos de escalas utilizadas. Por un lado, los establecimientos de menor tamaño utilizan en menor medida las escalas de valoración de la capacidad mental de los residentes (cuadro II.17 del Anexo II), así como tienden a utilizar en menor medida las escalas de valoración de la capacidad funcional de los residentes (cuadro II.18 del Anexo II). En cambio, la utilización de escalas de valoración funcional no mostró asociación con el valor de la cuota mensual de los establecimientos.

Asimismo, el tamaño del establecimiento está asociado con el profesional o técnico que proporciona los cuidados directos a los residentes postrados. En particular, los establecimientos de

menos de 20 internados tienen muy baja participación de enfermeras diplomadas brindando este tipo de cuidados (cuadro II.19 del Anexo II).

La oferta de actividades recreativas en la vida diaria de las instituciones también observan diferencias según el tamaño. En primer lugar, los establecimientos de menos de 30 internados registran mayor tendencia a no disponer de espacios para que los residentes puedan caminar al aire libre (cuadro II.20 del Anexo II). Los establecimientos de menos de 30 internados tienden en mayor medida a no ofrecer actividades de gimnasia a sus residentes (Cuadro II.21 del Anexo II). Asimismo, los residentes de los establecimientos de tamaño hasta 30 internados tienden a no escuchar música en mayor medida que los establecimientos de más tamaño (Cuadro II.22 del Anexo II).

Este patrón recurrente de asociación estadística entre la variable tamaño del establecimiento y las dimensiones del proceso de atención señaladas podría indicar la concomitancia del peso de otras variables influyendo sobre ella. En el caso del AMBA, en nuestro país, es posible que los establecimientos de mayor tamaño estén acreditados para recibir pacientes derivados por terceros pagadores (obras sociales) que exijan el cumplimiento de determinados procedimientos, incluyendo algunos de los que muestran asociación. Debido a que no se captó el dato acerca de terceros pagadores, esta hipótesis no puede ser analizada en el plan elaborado para el formulario A "establecimientos".

Otras dimensiones del proceso de atención muestran asociación tanto con la variable tamaño del establecimiento como con la variable costo de la cuota mensual. La realización de actividades recreativas es un ejemplo. Los residentes de los establecimientos de 31 internados y más (Cuadro II.23 del Anexo II) tienden a realizar actividades recreativas en mayor medida que los de menor tamaño. Pero en el universo estudiado, existe una significativa asociación entre cobrar cuotas medias bajas y que los residentes no realicen actividades recreativas (Cuadro II.24 del Anexo II).

Por su parte, otra serie de dimensiones muestra únicamente asociación con el valor de la cuota mensual. La realización de talleres de lectura, teatro o canto muestra sólo asociación con el valor de la cuota mensual del establecimiento. Estas actividades prevalecen en los establecimientos que cobran cuotas medias y altas (Cuadro II.25 del Anexo II). La realización de manualidades por parte de los residentes muestra también asociación con el valor de la cuota mensual: los establecimientos que cobran cuotas medias y bajas tienden a ofrecer en menor medida este tipo de actividades (Cuadro II.26 del Anexo II).

Finalmente, el valor de la cuota mensual muestra asociación con el servicio de dos tipos de regímenes alimenticios: los hipograsos y los digestivos. En efecto, en el universo estudiado es prácticamente universal la oferta de regímenes para diabetes e hiposódicos. En cambio, los establecimientos que cobran cuotas medias y bajas ofrecen en menor medida dietas hipograsas (cuadro II.27) y digestivas (cuadro II.28 del Anexo II)

La oferta de actividades recreativas, de talleres de lectura, teatro y canto, así como de estos tipos de regímenes alimenticios (hipograsos y digestivos) muestra asociación con el valor de la cuota mensual media y alta de los establecimientos. Pero también sería necesario analizar con más profundidad la concomitancia de otras variables que podría aumentar su peso, en este caso, el nivel cultural de los residentes de los establecimientos con cuotas más altas podría ser también más elevado y ello podría influir en la demanda de este tipo de prestaciones y actividades.

Ahora bien, mencionamos precedentemente que la relación entre ambas variables –tamaño y valor de las cuotas- y la dinámica del régimen de vida de los residentes es compleja. En el siguiente punto se va a presentar el análisis de un tema clave: los procedimientos asociados con la sujeción física y la sedación farmacológica de los residentes.

## **2.4. Las variables y los motivos asociados con la sujeción física y la sedación farmacológica de los residentes**

La sujeción física de los residentes para evitar caídas, por problemas de movilidad o trastornos de conducta es una práctica extendida en los establecimientos del universo estudiado, sólo algo menos del 8% manifestaron que no la utilizan. La sedación farmacológica de los residentes por problemas de conducta o cognitivos también es de uso extendido, aunque con menor intensidad de frecuencias: algo más del 30% de los entrevistados manifestó que no la utilizaban en sus instituciones. Ambas prácticas presentan objeciones éticas y existe consenso en que sólo se deben aplicar en caso de necesidad terapéutica, pero son cuestionadas cuando su uso forma parte del ordenamiento de la vida colectiva en el establecimiento. Por este motivo, se estudió en profundidad la relación evidenciada entre cada una de estas prácticas, los motivos de su uso y las variables con las que mostraron asociación.

El motivo esgrimido con más frecuencia para la sujeción física de los residentes es el riesgo de caídas. Algo más del 70% de los responsables entrevistados respondió que en su institución se la utiliza por ese motivo. El segundo en orden de importancia fue por problemas de movilidad de los residentes. La sujeción física de los residentes por ambos motivos muestra asociación estadística con el tamaño de los establecimientos y, en menor medida, con el valor de la cuota que cobran.

La sujeción física de los residentes ante el riesgo de caídas muestra que los establecimientos de menos de 30 internados poseen mayor tendencia hacia no sujetar a los residentes para prevenir este riesgo (Cuadro 2.8)

**Cuadro 2.8. Establecimientos según tamaño del establecimiento por la sujeción física de los residentes por riesgo de caídas. AMBA. 2006**

Sujeción por riesgo de caídas	Hasta 30 internados	31 y más internados	Total
Se sujeta por riesgo de caídas	36	38	74
No se sujeta por riesgo de caídas	19	8	27
Total	55	46	101

Chi2 3,76; gl 1; corrección de Yates para tablas de 2x2 2,93; pvalor 0,04

Los establecimientos de menor tamaño también muestran mayor tendencia a la no sujeción física por trastornos de movilidad de los residentes. En este caso, la distribución de las frecuencias posibilitó la apertura de la categoría para una mejor observación del comportamiento (Cuadro II.30 del Anexo II). A medida que aumenta la cantidad de internados aumenta la proporción de establecimientos que utilizan la sujeción física por los trastornos de movilidad de los residentes.

La sujeción física por este motivo también mostró asociación con las cuotas mensuales que cobran los establecimientos: los establecimientos que cobran cuotas medias y altas tienden a aplicar la sujeción física por trastornos de movilidad en mayor proporción que los que cobran cuotas medias y bajas y que los que no informan la cuota que cobran (cuadro II.31 del Anexo II).

Finalmente, la sedación con psicofármacos de los residentes, por trastornos de conducta o de confusión, también es una práctica de los establecimientos que muestra asociación con la cantidad de internados. Los establecimientos de menor tamaño son los que aplican esta práctica en menor proporción, en tanto los de mayor tamaño lo hacen en mayor medida (Cuadro 2.9).

**Cuadro 2.9. Establecimientos según cantidad de internados por sedación farmacológica de los residentes por trastornos de conducta. AMBA. 2006**

Sedación farmacológica por trastornos de conducta	Menos que 20 internados	De 21 a 30 internados	De 31 a 50 internados	Más de 50 internados	Total
Se seda por trastornos de conducta	3	8	5	9	25
No se seda por trastornos de conducta	23	21	24	8	76
Total	26	29	29	17	101

Chi2 10,69; gl 3; pvalor 0,01

También la sedación con psicofármacos por trastornos de confusión evidencia significativa asociación estadística con el tamaño de los establecimientos (Cuadro II.33 del Anexo II)

El análisis del conjunto de la información muestra que el tamaño del establecimiento, medido a través del número de residentes que alberga, es la variable que más asociación evidencia con comportamientos de la dinámica institucional, fundamentalmente, de los vinculados al proceso de atención. El valor de la cuota mensual es la variable que en segundo lugar en orden de importancia posee asociación con los referidos procesos. Los establecimientos de mayor tamaño tienden a funcionar con regímenes de organización más afines a los modelos tradicionales de policiamiento, control, o contención intrainstitucional.

Con el propósito de despejar otras variables concomitantes que pudieran influir en la determinación de los procesos, se construyeron variables que permiten categorizar a los establecimientos según la intensidad de residentes postrados<sup>1</sup>, dependientes y autoválidos. Se procuró investigar si en los establecimientos de mayor tamaño había condiciones de mayor adversidad de los residentes que explicaran la necesidad de aplicar medidas de control físico y farmacológico más intensas. No se encontró ningún tipo de vinculación entre el tamaño de los establecimientos, el valor de la cuota mensual y diferencias en la intensidad de residentes postrados, dependientes y autoválidos. Todos los establecimientos del universo estudiado poseen una distribución similar de los residentes según el grado de dependencia.

La asociación entre el tamaño de los establecimientos y el valor de la cuota mensual que cobran con variables de la dinámica de las instituciones es ambigua. Por un lado, los establecimientos de menor tamaño y los que cobran las cuotas más bajas, así como los que no informan el valor de las cuotas que cobran tienden a la informalidad de los procedimientos y a la precariedad de los servicios en mayor proporción que los establecimientos de mayor tamaño y de cuota más elevada. Sin embargo, entre los establecimientos del primer tipo son menores las proporciones de los que aplican la sujeción física y la sedación farmacológica. La observación es más relevante si se tiene en cuenta que las características de los residentes es similar desde el punto de vista del grado de dependencia funcional que poseen.

<sup>1</sup> La intensidad de residentes dependientes es el cociente entre el número de personas que el establecimiento informó que dependen de terceros para la realización de las actividades diarias y el total de los residentes del establecimiento.

En el próximo capítulo se presentará el análisis de las opiniones de los residentes respecto de las prestaciones y servicios que reciben en las instituciones, así como los motivos que determinaron su internación para ampliar y profundizar el estudio hasta aquí expuesto.

### 3. Características generales de los residentes

La investigación relevó datos de las personas residentes en los establecimientos de larga estadía que respondieron el cuestionario A "Establecimientos". Entre los aspectos más destacados, se indagaron los datos sociodemográficos básicos, la opinión de los residentes acerca de los motivos de la internación, el tipo de hogar en el que residían en el momento de su ingreso, sus condiciones de salud, aspectos de la vida cotidiana dentro de la institución, así como su percepción acerca de la calidad de la atención que recibían.

El referido relevamiento se efectuó mediante la aplicación de un cuestionario semiestructurado sobre una muestra aleatoria que comprendió al diez por ciento de los residentes en cada una de las instituciones estudiadas. La entrevista incluyó la aplicación de un "Test Minimental", que permitió la identificación de las personas con problemas cognitivos. En esos casos, se solicitó a los responsables de la institución la referencia de un familiar que pudiera ser informante. Debido a los derechos que protegen la privacidad de las personas, sólo se pudieron identificar cuatro familiares responsables para ser entrevistados. El universo total quedó finalmente conformado por trescientas entrevistas a residentes y cuatro a familiares de residentes con problemas cognitivos que respondieron en su nombre.

En el Anexo II de este informe se presentan las frecuencias estadísticas que se registraron en el total de las preguntas formuladas en el cuestionario "Residentes". En este capítulo se presentan las distribuciones básicas de los residentes entrevistados según las variables sociodemográficas seleccionadas.

El universo de estudio quedó conformado por trescientas cuatro personas, residentes en los establecimientos de larga estadía entrevistados. El 72% de la población que respondió el cuestionario fueron mujeres, la edad media es algo más de 76 años, pero la edad típica (mediana) es 82 años. Alrededor del 80% se identifica como de raza blanca, de origen europeo, una proporción similar al total de la población argentina de esos grupos de edades. Casi el 60% de los residentes entrevistados es viudo y prácticamente el total (95,3%) dijo tener familiares. La mediana de la población tiene siete años de estudios formales y sólo el 4,7% dijo no haber asistido a establecimientos educativos.

Predomina en la población residente la opinión de que poseen estado de salud bueno, pero también son elevadas las proporciones de los que dicen que su salud es muy buena o excelente. Sin embargo, algo más del 60% de los entrevistados manifiesta que padece alguna enfermedad. Las

dolencias mencionadas con más frecuencia son las del aparato locomotor (artrosis), en segundo lugar de menciones figuran las cardiovasculares y en el tercero diabetes. Algo más del 80% de los residentes manifiesta que fue visitado por el médico en el último mes y que el médico pertenece al establecimiento en el que reside. El 92% está conforme con la atención médica que recibe.

Desde la perspectiva de los residentes, alrededor del 50% entiende que consultan con él los servicios y atención que le proporcionan. El 90% de los residentes entrevistados toma algún tipo de medicamento. Los sedantes, ansiolíticos, neurolépticos y antipsicóticos constituyen la categoría de medicamentos con más frecuencia de consumo: el 28% de los entrevistados dice tomar este tipo de drogas. Los antihipertensivos son la segunda categoría que agrupa mayor número de frecuencias: algo más del 25% de los residentes dicen que los toman regularmente. Asimismo, alrededor del 23% de los residentes desconoce el tipo o nombre de los medicamentos que ingiere con regularidad.

Con respecto a la atención en el establecimiento, se destaca que más del 78% de los residentes opina que la comida es suficiente, más del 71% que es rica, el 54% que es variada y sólo el 43% que llega caliente.

El 81% de los residentes vivía en sus domicilios antes de ingresar al establecimiento. La mayor proporción –el 30% de las personas entrevistadas- vivía sola. En el 49% de los casos totales el motivo de la internación fue la necesidad de cuidados. Alrededor del 70% de los entrevistados tomó solo o en compañía de familiares y amigos la decisión de ingresar al establecimiento. Es decir, por contraste, el 30% de los entrevistados no participó de la decisión de internarse. De manera coincidente, el 70% de los residentes opina que su estado de ánimo es bueno o muy bueno. Por su parte, el 35% dice que a menudo se siente aburrido en la institución, alrededor del 77% recibe visitas de familiares y amigos, y algo más del 67% tiene amigos en la institución y sale de la misma para hacer paseos o visitas.

### **3.1. Sexo, edad y antigüedad en la internación de los residentes**

La distribución por sexo y edad de los residentes entrevistados registra la significativa prevalencia de población femenina de edad extrema, es decir, es mayoritaria la presencia de mujeres mayores de ochenta años de edad (cuadro 3.1).

### Cuadro 3.1 Residentes por sexo según grupos de edad. AMBA. 2006

Sexo	Menor de 65 años	de 65 a 79 años	de 80 a 84 años	de 85 a 89 años	de 90 años y más	Total
Femenino	28	42	59	45	46	220
Masculino	32	20	17	7	8	84
Total	60	62	76	52	54	304

El tiempo de permanencia en la institución es una variable de importancia para evaluar el carácter de la internación, fundamentalmente porque es la variable que más asociación muestra con la definición conceptual de “exclusión social” adoptada por esta investigación. De acuerdo con el marco conceptual desarrollado, en esta investigación se considera operacionalmente que la internación en instituciones de larga estadía está asociada con “exclusión social” cuando la permanencia de una persona excede los cinco años. Los casos más críticos de exclusión son los que superan los diez años de residencia en ámbitos institucionales.

En la muestra estudiada, algo más del 15% de los residentes manifestó que vive en la institución desde hace más de 6 años, de los cuales casi el 10% hace más de diez años que permanece institucionalizado. Sin perjuicio de estos casos críticos, en el universo entrevistado más de la mitad – alrededor del 60%- de los residentes vive en la institución desde hace menos de seis años, y prevalece el tiempo de permanencia inferior a los dos años (Cuadro III.1 del Anexo II). Es decir, tanto la presencia mayoritaria de personas de edad extrema como la prevalencia de un tiempo de permanencia inferior a los seis años indicarían que los establecimientos del AMBA tienen modalidades de prestación asociadas con la atención de personas mayores frágiles y dependientes.

Sin embargo, es necesario tener en cuenta que también puede considerarse asociado a exclusión social el traslado de residentes de un establecimiento a otro, comportamiento que indica la continuidad de la institucionalización a través de los años y la rotación de distintos por distintos tipos de viviendas colectivas. Por este motivo se decidió depurar las categorías del tiempo de permanencia, según los residentes respondieron que residían en otro establecimiento antes del ingreso en esta institución. Se ajustaron las categorías de tiempo de permanencia inferiores a “más de 11 años”, excluyendo los residentes que respondieron que residían en otros establecimientos anteriormente al ingreso. Se supuso que en estos casos la antigüedad es superior a la permanencia en la institución actual. Así ajustada, se puede observar en la distribución por edades de los residentes que los menores de 65 años internados en instituciones tienen más probabilidades de sufrir cambios de establecimientos mientras permanecen internados.

A fin de analizar en profundidad este comportamiento se consideró de interés relacionar el tiempo de permanencia en el establecimiento actual con el lugar de residencia anterior al ingreso a este establecimiento: algo más del 11% de los residentes entrevistados cambió de hogar o institución a lo largo de los años que permaneció internado (cuadro 3.2).

**Cuadro 3.2. Distribución porcentual según antigüedad de la internación por lugar de residencia anterior a la internación. AMBA. 2006**

Lugar de residencia anterior	menos de 2 años	de 3 a 5 años	de 6 a 10 años	más de 11 años	no responde	Total
En su domicilio	75,4	82,3	84,6	85,7	86,0	(245) 80,6
En un hospital de agudos	0,8	2,1	0,0	4,8	0,0	(4) 1,3
En establecimiento otro	16,9	7,3	7,7	4,8	9,3	(34) 11,2
En otro lugar	6,8	7,3	3,8	0,0	2,3	(17) 5,6
No sabe	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	(1) 0,3
No responde	0,0	1,0	3,8	4,8	0,0	(3) 1,0
Total cantidad de residentes	(118)	(96)	(22)	(25)	(43)	(304) 100,0
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Es necesario remarcar que son relativamente elevadas las proporciones de personas de 90 años y más y de menores de 65 años que manifestaron tener una permanencia en la institución superior a los 6 años, indicando que cursaron buena parte de su ciclo de vida en instituciones.

### 3.2. Motivos de la internación

Los motivos que en opinión de los residentes ocasionaron la internación, así como la referencia acerca de las personas que participaron en el proceso de decisión proporcionan información relevante para la comprensión de los comportamientos individuales y familiares relacionados con la institucionalización.

Más de la mitad de los entrevistados respondió que la necesidad de cuidados fue el motivo determinante de la internación y el 10% manifestó que ingresó por su propia decisión. Por otro

lado, algo más del 20% de los entrevistados señaló que su internación obedeció a la pobreza, la falta de vivienda, de familia o el abandono de la familia o que fue colocado en la institución por terceras personas. En el mismo sentido, también algo más del 20% de los entrevistados respondió que ellos no participaron de la decisión de internarse, dado que fueron sus familiares o amigos sin su acuerdo los que la decidieron o que la internación fue indicada por su médico, por la policía o por la obra social<sup>2</sup>. Debe remarcarse que más de la mitad de los residentes que manifestaron que la pobreza, la falta de vivienda, de familia o el abandono familiar fueron la causa de la internación decidieron por sí mismas la internación, ya sea solos o en acuerdo con amigos y familiares (Cuadro 3.3).

**Cuadro 3.3. Distribución porcentual de los residentes por motivo de la internación según persona que tomó la decisión. AMBA. 2006**

	Usted solo	Usted con amigos y familiares	Sus amigos o familiares sin su acuerdo	Lo indicó su médico	Otros	Total
Pobreza, abandono, falta de familia o vivienda (1)	28,1	37,5	12,5	9,4	12,5	(32) 100,0
Necesitaba cuidados (2)	15,1	62,9	13,8	6,9	1,3	(159) 100,0
Por opción propia	56,3	43,8	0,0	0,0	0,0	(32) 100,0
Fue colocado en este lugar por alguien	0,0	18,9	64,9	5,4	10,8	(37) 100,0
Otros	16,7	60,0	6,7	10,0	6,7	(30) 100,0
No responde	14,3	28,6	14,3	14,3	28,6	(14) 100,0
Total cantidad de residentes	(58)	(155)	(54)	(21)	(16)	(304)
Total %	19,1	51,0	17,8	6,9	5,3	100,0

- (1) La categoría incluye los que respondieron a la pregunta “¿cuál fue la razón principal por la que ingresó?": a) no tenía lugar donde vivir; b) no tenía dinero para cubrir mis necesidades; c) no tenía familia; d) fui abandonado por mi familia; e) no podía trabajar más;
- (2) La categoría incluye los que respondieron a la misma pregunta: a) necesitaba cuidados, y b) no tenía cuidador.

<sup>2</sup> La categoría “otros” incluye intervino la policía y fue internado por la obra social.

Asimismo, es interesante destacar que se observan frecuencias elevadas de internaciones motivadas por pobreza, falta de vivienda, de familia o abandono familiar entre quienes poseen menos de cinco años de antigüedad, indicando que la internación en instituciones debido a causas que en general se denominan como “dependencia social” continúa vigente en el Área Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires. Por su parte, las internaciones decididas por terceras personas sin participación del residente son referidas en proporciones relativamente más elevadas por los residentes que provienen de otros establecimientos o que tienen más antigüedad de permanencia, así como también entre ellos son más elevadas las proporciones de los que fueron internados por razones de pobreza, falta de vivienda o abandono familiar (Cuadro III.4 del Anexo II).

La necesidad de cuidados es el motivo más frecuente de las internaciones que tienen menos de 5 años de duración. En tanto las internaciones por pobreza, abandono familiar, falta de vivienda o decididas por terceras personas son más frecuentes en las de tiempo prolongado, con la salvedad de observarse una pareja distribución de los internados por causas sociales en todas las categorías de antigüedad.

También resulta ilustrativa la distribución de la población residente entrevistada según los motivos de la internación que señalan y el tipo de hogar en el que vivían antes del ingreso a la institución.

Las mayores proporciones relativas de quienes dicen que fueron colocados en la institución por terceras personas residían antes del ingreso en hogares nucleares completos e incompletos con hijos y en hogares de familia extensa. Es decir, una significativa proporción de los que fueron internados sin la participación de los interesados correspondía con familiares directos: padres, hijos o nietos<sup>3</sup>. Por el contrario, las personas provenientes de hogares unipersonales son las que en proporciones relativas más elevadas respondieron que los motivos de la decisión fueron la necesidad de cuidados, y en segundo lugar porque la consideraron una opción mejor (Cuadro III.5 del Anexo II)

### **3.3. Dependencia de terceros en las actividades de la vida diaria en el momento del ingreso**

<sup>3</sup> Las personas que provienen de hogares en los que convivían con otras personas no familiares son el elevadísima proporción personas que residían en otros hogares geriátricos o instituciones y fueron cambiados de los mismos por distintas razones.

La encuesta indagó la opinión de los residentes entrevistados respecto de la existencia de algún tipo de dependencia de terceros para la realización de un conjunto de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

En primer lugar, debe destacarse que algo más del 60% del universo entrevistado manifestó no tener ningún tipo de dependencia en el momento de ingresar a la institución. Aun en los casos en los que el motivo aducido fue la necesidad de cuidados, más de la mitad de los entrevistados respondió que podía realizar sin ayuda las actividades diarias de bañarse, abarcando entrar y salir de la bañadera, vestirse, comer, incluyendo cortar su comida, usar el servicio sanitario, incluyendo sentarse y levantarse del inodoro, cruzar un cuarto caminando, y tomar las medicinas. Las proporciones de personas autoválidas que optaron por la internación o que se internaron por motivos sociales ascienden al 71 y 80% respectivamente de cada una de esas categorías, según la opinión de los entrevistados (Cuadro 3.4).

**Cuadro 3.4 Distribución porcentual de los residentes por motivo de la internación según dependencia de terceros en las actividades de la vida diaria en el momento de ingresar. AMBA. 2006**

Motivo de la internación	tenía algún tipo de dependencia	no tenía ningún tipo de dependencia	no recuerda haber tenido algún tipo de dependencia	Total
Pobreza, abandono, falta de familia o vivienda	12,9	80,6	6,5	(32) 100,0
Necesitaba cuidados	32,3	57,8	9,9	(159) 100,0
Por opción propia	19,4	71,0	9,7	(32) 100,0
Fue colocado en este lugar por alguien	29,7	59,5	10,8	(37) 100,0
Otros	33,3	53,3	13,3	(30) 100,0
No responde	7,1	57,1	35,7	(14) 100,0
Total cantidad de residentes	(84)	(186)	(34)	(304)
Total %	27,6	61,2	11,2	100,0

Es conveniente destacar que la investigación no efectuó la triangulación de datos con registros médicos o institucionales que corroboren la consistencia de la opinión de los residentes entrevistados con evaluaciones funcionales realizadas por profesionales.

En el universo estudiado, las proporciones de personas que dijeron tener algún tipo de dependencia en el momento del ingreso son relativamente más elevadas entre los que residían en hogares de pareja sola y en los hogares institucionales (con otros no familiares). Es decir, el o la cónyuge eran los principales cuidadores informales de estas personas dependientes que finalmente debieron internarse en una institución, o bien las personas dependientes estaban ya alojadas en una institución desde la que se trasladaron a la actual. En el extremo opuesto, la menor proporción relativa de personas con algún tipo de dependencia en el momento del ingreso se registra entre los que residían en hogares unipersonales, pudiendo constituir un indicador de que la poca cobertura comunitaria para las necesidades de apoyo de las personas que viven solas en domicilios particulares obliga a la institucionalización antes de que se produzca un avance más severo de la discapacidad determinando la dependencia.

Con respecto a la relación entre la dependencia en el momento del ingreso a la internación y la edad de los residentes puede señalarse que los menores de 65 años (internados en establecimientos para discapacitados jóvenes) y los mayores de 85 años, en especial los mayores de 90 años, son quienes manifiestan en proporciones más elevadas que necesitaban ayuda de terceros para la realización de actividades de la vida diaria cuando se internaron (Cuadro III.8 del Anexo II).

### **3.4. Evolución hacia la dependencia durante la internación**

Uno de los aspectos más relevantes para comprender el tipo de prestaciones que proporcionan los establecimientos de larga estadía es el análisis de la evolución de la dependencia durante el período de internación. La eficacia de la rehabilitación que proporcionan las instituciones se pone en evidencia a través de las proporciones de personas que ingresaron con algún tipo de dependencia de terceros y que manifiestan no necesitar ayuda en el momento de la entrevista. El no avance de la dependencia es otro indicador positivo de la eficacia de las prestaciones para detener las discapacidades. En el extremo opuesto, la proporción de personas que dicen haber ingresado sin necesidad de ayuda de terceros para la realización de las actividades de la vida diaria y que manifiestan necesitarla en el momento de la entrevista indica que la internación acompaña el avance de la dependencia gradual de las personas, pero no puede detenerla.

Las proporciones más elevadas de personas dependientes, tanto en el ingreso como en el momento de la entrevista, se registran en las edades extremas: los mayores de 85 años son los que

en mayor proporción ingresan con necesidad de ayuda en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria relevadas y en el momento de la entrevista la necesidad de ayuda se mantiene. En el polo opuesto, los menores de 65 años registran la mayor proporción relativa de personas autoválidas, que no tenían dependencia al ingresar y no la tienen en el momento de la entrevista. Las personas entre 65 y 79 y de 80 a 84 años internadas en instituciones son las que señalan el pasaje más notorio desde el autovalimiento a la dependencia: registran relativamente menor proporción de necesidad de ayuda en el ingreso pero manifiestan necesitar ayuda en el momento de la entrevista. Algo más del 30% de los residentes manifiesta que ingresó a la institución autoválido pero que actualmente necesita algún tipo de ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria (Cuadro III.9 del Anexo II).

Es prácticamente despreciable la proporción de personas que manifiestan haber recuperado autovalimiento durante su internación en la institución. La proporción relativa más elevada se registra en la categoría de los menores de 65 años. En estos pocos casos se podría inferir una función de rehabilitación de las prestaciones de la institución.

La evolución de la dependencia según la antigüedad de la internación permite apreciar otra perspectiva del impacto de la internación al respecto. Las mayores proporciones relativas de personas dependientes (tanto en el momento de ingreso como en la actualidad) se verifican en los residentes que provienen de otros establecimientos y en los que no recuerdan cuánto tiempo hace que están en la institución. Los internados en instituciones con funciones de rehabilitación muestran internaciones con rotación de establecimientos o con períodos de permanencia inferior a los cinco años. En las internaciones que se prolongan por períodos superiores a los seis años, es decir en las internaciones que desde el punto de vista del tiempo de permanencia puede considerarse "exclusión social", aumentan las proporciones de personas autoválidas, que ingresaron sin dependencia y se mantienen sin ella. Por tal motivo, es interesante a su vez relacionar la evolución de la dependencia con los motivos de la internación.

La mitad de las personas que ingresaron por motivos de pobreza, falta de vivienda, de familia o abandono familiar son autoválidas: lo eran en el momento del ingreso y continúan en la actualidad. También hay una elevada proporción de personas autoválidas que decidieron internarse por opción propia, aunque es más elevada la de los que optaron por internarse y evolucionaron hacia la dependencia. Por su parte, eran dependientes o bien evolucionaron hacia la dependencia las mayores proporciones de personas que fueron colocadas por terceros. Finalmente, las personas que se internaron porque necesitaban cuidados son las que presentan las proporciones más elevadas de dependencia, así como es también elevada entre ellas la evolución hacia la dependencia. Debido a

la cantidad despreciable de casos en los que se produjo rehabilitación, su distribución porcentual no debe considerarse en el análisis (Cuadro III.11 del Anexo II).

### 3.5. Dependencia de terceros actual para la realización de actividades de la vida diaria

Casi el 70% de los residentes respondió que en el momento actual necesita ayuda de terceros para realizar alguna de las actividades de la vida diaria relevadas por la encuesta. La más relativamente elevada proporción de personas que manifiestan necesitar actualmente ayuda de terceros se verifica en las personas que provienen de otros establecimientos, en las que tienen menos de seis años de antigüedad en la internación y en los que no recuerdan el tiempo de permanencia. En cambio, la menor prevalencia de dependencia actual se registra en los que tienen entre seis y diez años de internados. Es posible que ello obedezca a que los internados por razones sociales, que tienden a permanecer por más tiempo y a ser autoválidos son todavía relativamente más jóvenes que los que llevan más de once años de internación (Cuadro III.12).

Con respecto a la edad de los residentes, la menor prevalencia de dependencia de terceros se registra en los menores de 65 años internados por razones sociales en hogares geriátricos y la más elevada en los mayores de 90 años (Cuadro 3.5).

**Cuadro 3.5. Distribución porcentual de los residentes por grupo de edad según la dependencia de terceros en las actividades de la vida diaria actual. AMBA. 2006**

dependencia actual	menor de 65 años	de 65 a 79 años	de 80 a 84 años	de 85 a 89 años	de 90 años y más	Total
tiene algún tipo de dependencia	50,0	72,6	75,0	69,2	79,6	69,4
no tiene o no responde dependencia	50,0	27,4	25,0	30,8	20,4	30,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Debe recordarse que dependencia es un concepto distinto de discapacidad física o mental, aunque la dependencia deriva de la discapacidad. Se estima necesario remarcar que personas discapacitadas pueden no necesitar ayuda de terceros para el desempeño de las actividades de la vida diaria.

La necesidad de ayuda de terceros para bañarse es la que prevalece en todos los grupos de edad, pero es especialmente muy elevada en las edades avanzadas. La prevalencia de necesidad de

ayuda en las actividades de la vida diaria es diferencial por grupos de edades. Las personas jóvenes muestran más prevalencia en la necesidad de ayuda para comer, indicando el alto grado de severidad de la discapacidad física o mental de los jóvenes discapacitados internados a través del Ministerio de Salud de la Nación; en cambio, esta actividad básica es la que menos incidencia muestra en las edades más avanzadas. El uso del sanitario y cruzar un cuarto caminando muestran aumento de prevalencia a medida que aumenta la edad de los residentes. La necesidad de ayuda para bañarse y vestirse es muy elevada en todos los grupos de edad mayores de 65 años internados (Cuadro III.14 del Anexo II). La información indica que en los establecimientos de rehabilitación para personas jóvenes se internan discapacitados motrices severos que tienen alto grado de dependencia, es decir, dependencia en actividades básicas de la vida diaria. En cambio, las personas de edad avanzada tienden en mayor medida a presentar dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, siendo muy bajo el porcentaje de personas de edad avanzado que tienen dependencia en las actividades básicas.

### **3.6. El estado de salud de los residentes**

La encuesta indagó entre los residentes que respondieron por sí mismos, la opinión acerca de su estado de salud. No se formuló esta pregunta a los familiares responsables de personas con dificultades cognitivas.

Resulta esperable que los grupos de edades menores respondan en mayores proporciones que los grupos de edades avanzadas, que su estado de salud es excelente o muy bueno. También se ha señalado en la literatura (Lloyd-Sherlock, 2005) que las personas de edad extrema (en esta muestra 90 años y más) con frecuencia mencionan que su estado de salud es muy bueno pues suelen ajustar sus expectativas y su evaluación a lo previsible para su edad cronológica. En todos los grupos de edad más de la mitad de los residentes autoperciben su estado de salud entre bueno y excelente. Pese a ello, se observa el aumento de la proporción de personas que manifiestan tener actualmente algún tipo de dependencia a medida que el estado de salud autopercibido empeora (Cuadro III.16 del Anexo II).

Debido a que la antigüedad en la internación muestra relación con la dependencia actual de los residentes, se observa que la percepción del estado de salud es más positiva en las personas que tienen más de seis años de permanencia en la internación. Casi el 30% de las personas que tienen ese período de permanencia manifestaron que su estado de salud era excelente o muy bueno. Se delineó un perfil en el que prevalece el autovalimiento y el buen estado de salud, que muestra afinidad con los motivos sociales que determinaron la internación (Cuadro III.17 del Anexo II).

Como es esperable, el estado de salud autopercibido se relaciona de manera positiva con la percepción de padecimiento de enfermedades. Más de la mitad de las personas que dicen disfrutar de un estado de salud excelente o muy bueno manifiestan además que no padecen ningún tipo de enfermedad. Por el contrario, en la categoría estado de salud malo debe considerarse prácticamente universal la percepción de padecimientos de enfermedades (Cuadro III.18 del Anexo II).

Alrededor del 60% de los residentes entrevistados manifestó padecer de alguna enfermedad o de más de una. La percepción de padecer de manera concomitante más de una enfermedad aumenta la probabilidad de percibir peor estado de salud relativo. No existe tampoco una relación susceptible de análisis entre el tipo de enfermedades y los grupos de edad o el sexo de los residentes (cuadro III.19 del Anexo II). Ello se debe, como se aclaró, al escaso tamaño de la muestra para la dispersión de las enfermedades que fueron mencionadas. Respecto de la incidencia de los distintos tipos de enfermedades según el sexo de los residentes se puede apreciar que entre los hombres residentes prevalecen la incidencia de diabetes y enfermedad neurológica, en tanto los otros tipos de enfermedades, incluyendo el no padecimiento de alguna enfermedad o el padecimiento de más de una muestran mayor incidencia en las mujeres entrevistadas.

## 4. Características de los residentes y opiniones sobre la dinámica de las instituciones

En este punto se presentan el detalle de las características de los residentes que muestran asociación estadística con dimensiones de la admisión y la vida cotidiana en la institución de larga estadía. Asimismo, las tablas estadísticas se ilustran con las opiniones de los residentes que fueron recabadas mediante la aplicación de técnicas cualitativas de investigación social. En el estudio se aplicó el enfoque de "historias de vida" para conocer las actitudes y motivaciones asociadas a la internación. Se relevaron diez historias de vida a personas de ambos sexos, de distintos grupos de edades y antigüedad en la internación a fin de comprender los sucesos o eventos que fueron determinantes en la decisión de ingresar al establecimiento, así como sus opiniones y valoraciones acerca de la dinámica interna y la vida cotidiana en la residencia. Los testimonios recogidos permiten la aproximación al impacto subjetivo que corresponde a los datos estadísticos que se presentan.

### 4.1. Medicamentos y sexo

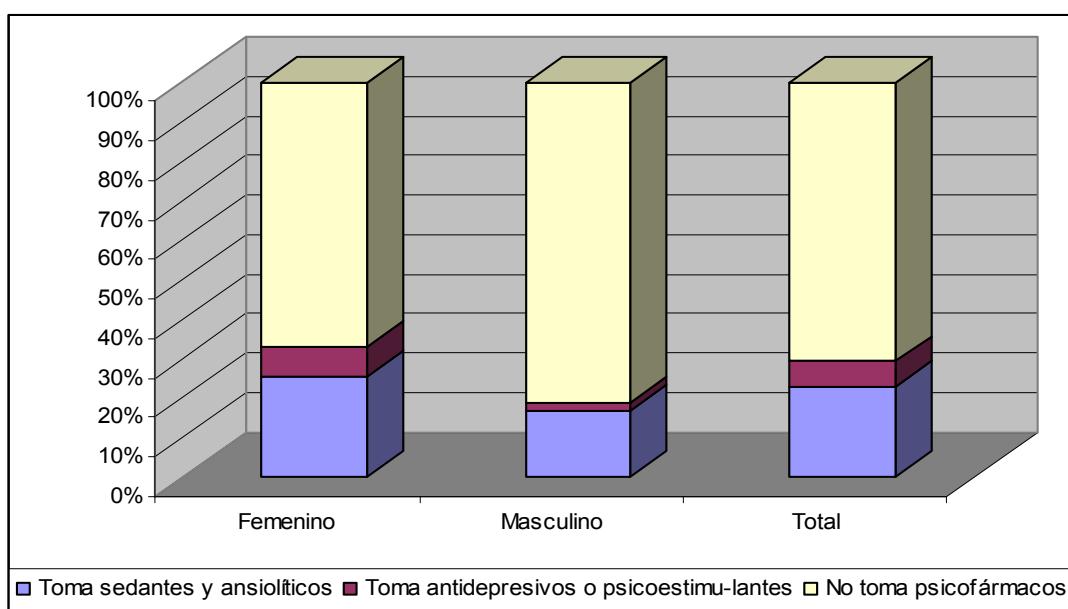
La ingesta de medicamentos es una dimensión significativa en el plan de cuidados de los residentes y, como se mostrará seguidamente, en la dinámica institucional. El 90 % de los entrevistados respondió que tomaba medicamentos en el momento de la entrevista. El estado de salud autopercebido, la edad y el sexo no guardan asociación estadísticamente evidente con la toma de medicamentos, según lo manifestado por los residentes.

Sin perjuicio de las mayores proporciones de residentes con autopercepción de estado de salud excelente o muy bueno que manifiestan no tomar medicamentos o tomar sólo uno, no hay evidencia estadística de asociación entre ambas variables, es decir, el estado de salud autopercebido no está asociado con la cantidad de medicamentos que se toman (cuadro III.20 del Anexo II). Tampoco se observa asociación estadística entre el estado de salud autopercebido y la cantidad de medicamentos que los residentes dicen tomar regularmente, aunque en las categorías de estado de salud excelente y muy buena aumentan las proporciones de personas que dicen tomar un solo medicamento o no tomar medicamentos y en las restantes categorías aumentan las proporciones de quienes toman más de tres medicamentos (cuadro III.21).

Los psicofármacos constituyen una clase de medicamentos cuyas prácticas de utilización son relevantes si se desea realizar un análisis comprensivo de la situación de las personas internadas en

instituciones de larga estadía. El consumo de psicofármacos, según lo manifestado por los residentes entrevistados, no posee asociación estadística evidente con las variables edad, estado de salud autopercibido o el tipo de enfermedad padecido. En cambio, el consumo de psicofármacos registra una significativa asociación estadística con el sexo de los residentes. Las mujeres consumen psicofármacos en proporciones significativamente más altas que los hombres (cuadro III.22 del Anexo II y gráfico 4.1). Las variaciones del consumo según sexo no pueden ser atribuidas a la muestra en estudio ni a que sea mayor la proporción de mujeres en el universo.

**Gráfico 4.1 Distribución porcentual de los residentes por sexo según utilización de psicofármacos. AMBA. 2006**



Fuente: Cuadro III.22 del Anexo II

Casi el 30% de los residentes entrevistados respondieron tomar algún tipo de psicofármaco. Los sedantes y ansiolíticos son el tipo de medicamento más consumido por los residentes, superando en frecuencias a los hipertensivos que es el segundo tipo de medicamento en orden de importancia de ingesta.

Las entrevistas en profundidad realizadas con técnicas cualitativas no se propusieron indagar los hábitos asociados con el consumo de sedantes y ansiolíticos, pero espontáneamente surgió en el relato de dos entrevistadas. Ambas señoras están internadas por la obra social de los jubilados. Una de ellas, de mayor edad, señala:

*"A: La radio, y empiezo a la tarde, a Chiche, después a Pinky, a mí me gustaba mucho pero ahora está muy mal. Y a las once y media me tomo un Trapax, porque duermo muy poco."*

El otro comentario corresponde a la señorita joven, internada por razones de pobreza:

*"Y me siento sapo de otro pozo al no tener medicación más que a la noche, y después tomo dos geniolitos al mediodía. Acá una chica del turno mañana, muy buena, me dijo que como el médico se va de vacaciones, que va a hablar con el otro médico porque yo quiero que me den una a la mañana, aunque sea medio Trapax, al ir a tomar la leche... porque yo tomo un mejoralito para reanimarme."*

Los testimonios de estas dos residentes mujeres ilustran y ratifican la importancia de la ingesta de psicofármacos en la vida cotidiana de los establecimientos, tal como fue captada a través de las encuestas.

## 4.2. La decisión de la internación, el motivo de ingreso, la edad y la exclusión social

A fin de profundizar el análisis de los motivos y de los comportamientos asociados a la internación de los residentes se construyó una variable agregada del "motivo de ingreso a la institución" que agrupa en una categoría denominada "razones sociales" a las personas que respondieron que el motivo del ingreso fue la pobreza, la carencia de vivienda, de familia, el abandono de la familia o que fue colocado en esa institución por alguien. Otra categoría se conformó agrupando las respuestas que mencionaron la necesidad de cuidados, la carencia de cuidador y por propia decisión, debido a que se consideró que estos casos correspondían genéricamente a la necesidad de cuidados o a una preferencia individual por residir en ámbitos colectivos protegidos. Finalmente, se agregó una categoría "otra situación" que incluye a los que respondieron "otros motivos" y al 4,6% de los que no respondieron. Casi el 23% de los residentes entrevistados manifestó que ingresó en la institución por motivos que pueden categorizarse como "razones sociales", algo más del 62% de los residentes entrevistados está internado según su opinión por necesidad de cuidados, y alrededor del 15% respondió que fueron otras situaciones, incluyendo los que no responden motivos, para estar internados.

La relación entre las variables grupo de edad y motivos del ingreso a la institución así agregados muestra asociación con una alta significación estadística. Las denominadas "razones sociales" se registran con mayor frecuencia en los residentes menores de 65 años. Los residentes menores de 65 años declararon en mayor proporción que su internación obedeció a falta de dinero, de vivienda, de familia, o que fue el resultado de la intervención de otras personas. Desde el enfoque conceptual adoptado en esta investigación, estos motivos están asociados a modalidades asociadas a exclusión

social, en tanto se utiliza la internación en instituciones de larga estadía para ofrecer asistencia social a personas que sólo poseen recursos materiales insuficientes.

En cambio, alrededor del 60% de los mayores de 65 años manifiestan que la internación obedeció a la necesidad cuidados o fue por propia decisión (cuadro 4.1).

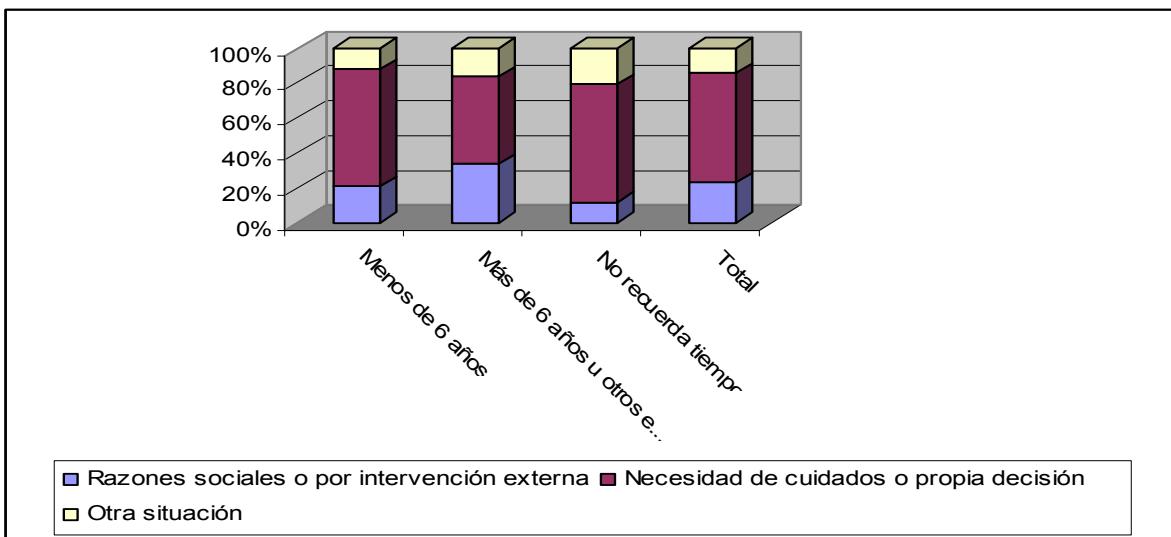
**Cuadro 4.1. Distribución porcentual de los residentes según grupo de edad por motivo de ingreso a la institución. AMBA. 2006**

Motivo de ingreso	menor de 65 años	de 65 a 79 años	de 80 a 84 años	de 85 a 89 años	de 90 años y más	Total
Razones sociales o por intervención externa	36,7	22,6	18,4	15,4	20,4	(69) 22,7
Necesidad de cuidados o por propia decisión	40,0	72,6	67,1	67,3	66,7	(191) 62,8
Otra situación	23,3	4,8	14,5	17,3	13,0	(44) 14,5
Total	(60)	(62)	(76)	(52)	(54)	(304) 100,0

Chi2 21,15; gl 8; pv 0,004

También registra significación estadística la asociación entre la variable "motivo de ingreso" agregada y la variable "antigüedad de la internación" categorizada de manera agregada, considerando: a) a los que respondieron que permanecen en esa institución desde cero a menos de seis años y su residencia anterior era el domicilio particular o un hospital o sanatorio de agudos, b) a los que respondieron que están en el establecimiento desde hace más de seis años y a los que respondieron que hace menos de seis años que ingresaron a esa institución pero provenían de otros establecimientos de internación para crónicos o agudos y, finalmente, y c) los que no recuerdan el tiempo de permanencia en la institución.

### Gráfico 4.2 Distribución porcentual de los residentes según tiempo de permanencia en la internación por motivo de ingreso a la institución. AMBA. 2006



Fuente: cuadro III.24 del Anexo II

Las internaciones motivadas en causas sociales o decididas por terceras personas tienden a presentar una permanencia superior a los seis años o a la rotación de establecimientos, es decir, se refuerza el carácter de la exclusión social de la internación (cuadro III.24 del Anexo II).

En la muestra estudiada, la distribución de los residentes según el tipo de hogar en el que residían antes del ingreso a la institución muestra que las mayores proporciones de las personas que ingresaron por necesidades de cuidado vivían solas en sus domicilios, en tanto en las internaciones por causas sociales prevalecía la residencia en familias extensas, en hogares familiares nucleares con hijos y los que vivían en otros establecimientos, es decir, con otros no familiares.

A fin de conocer el proceso de decisión para ingresar al establecimiento se preguntó a los residentes qué personas intervinieron en la determinación de la internación. Las opciones permiten agrupar la variable en dos categorías centrales: a) el propio residente, solo o con la consulta a sus familiares o amigos y b) otras personas, que incluyen familiares, amigos, el servicio social, el médico, la obra social o la policía, sin su participación. Como es esperable, se registra una muy significativa asociación estadística entre la variable "personas que decidieron la internación" agregada dicotómica y la de "motivo del ingreso" también agregada.

Dado que los residentes respondieron en algunos casos que el motivo de su ingreso fue su propia opción o, por el contrario, que fue colocado en el establecimiento por alguien, la asociación entre las variables motivo de ingreso y personas que decidieron la internación es estadísticamente muy significativa (cuadro III.26 del Anexo II). Casi el 60% de los residentes que adujeron que ingresaron

al establecimiento por razones sociales o que fueron colocados por alguien respondieron que terceras personas o servicios profesionales decidieron su internación, sin reconocer que participaron de la decisión. En cambio, más del 80% de las personas que opinaron que su ingreso se debió a la necesidad de cuidados o por propia opción manifestaron que lo decidieron solos o con el apoyo de familiares y amigos.

**Cuadro 4.2 Distribución porcentual de los residentes por motivo de ingreso según personas que decidieron la internación. AMBA. 2006**

Motivo de ingreso	El propio residente solo o con apoyo	Otras personas sin participación del residente	Total
Razones sociales o por intervención externa	41,2	58,8	(69) 100,0
Necesidad de cuidados o propia opción	81,7	18,3	(191) 100,0
Otra situación	72,5	27,5	(44) 100,0
Total	(216)	(88)	(304) 100,0

Chi2 40,17; gl 2; pvalor 0,0000

Pese a que en los períodos de permanencia superiores a los seis años de antigüedad o con rotación de establecimiento aumenta la proporción de residentes que opinan que no intervinieron en la decisión de ingresar al establecimiento, no se registra asociación estadística entre las variables antigüedad de la internación y personas que decidieron la internación (cuadro III.27 del Anexo II).

Estos motivos fueron también referidos en los testimonios recogidos con técnicas cualitativas. El patrón es similar al hallado en el análisis categórico: la casi totalidad de las personas más jóvenes entrevistadas ingresaron por motivos vinculados a la pobreza, la falta de vivienda y la falta de sostén familiar. Las personas de edad avanzada, en esta muestra teórica todas mujeres, ingresaron por necesidad de cuidados debido a la discapacidad física progresiva que originó dependencia de terceros para el desempeño de la vida diaria. Como se verá en el último punto, una persona joven está internada desde hace muchos años en una institución de larga estadía debido a una discapacidad motora severa. Este único caso constituye un ejemplo de "buena práctica" asociada a la residencia en establecimientos de cuidados prolongados y por ese motivo se analiza por separado.

## Necesidad de cuidados

La necesidad de cuidados está presente como determinante de la internación en todas las historias de vida relevadas. Sin perjuicio de ello, el factor clave que origina la decisión de ingresar a un establecimiento en las personas de edad extrema es la dependencia de terceros:

Una señora de 83 años, que ingresó al establecimiento hace cuatro años y medio, refiere:

"E: ¿Y qué pasó, por qué se tuvo que internar?

*O: Me tuve que internar porque yo no podía caminar, me tomó una artrosis, me operaron dos veces. Mis hijos me compraron el departamento, me pusieron dos señoritas a parte de una que tenía... pero la vida se hacía insostenible en esa situación, porque en el momento que yo me caía nadie podía levantarme"*

Una señora de 92 años, que está internada desde hace once años, comenta:

"E: ¿Y por qué vino acá?

*C: Porque me enfermé, tuve una hemiplejía, me agarró como un ataque. Mi hermana vivía arriba. Entonces yo llamé y bajó mi hermana, y me internaron ese día, y estuve un mes en el hospital, y después yo me vine... quería pedir un geriátrico."*

Otra señora de 94 años, internada desde hace 5 años, relata:

"E: ¿Y por qué se vino para acá, qué pasó?

*M: Me caí, me caí y me fracturé la cadera. Un día estaba con mi sobrina, y yo iba a abrir la heladera y caí redonda... y estaba sola, mi sobrina había ido a hacer las compras. Me quedé frita, llamaba, llamaba, hasta donde me daba la voz... y cuando llega mi sobrina me encontró tirada... y de ahí me trajeron acá. Me operaron, estuve casi un mes internada.*

*E: ¿No se podía quedar con su hijo?*

*M: NO... estaba en un estado que no podía... tenía que estar acá... acá estaba mejor atendida, me atendieron a cuerpo de rey, acá me atendieron bien siempre, yo no me puedo quejar.*

La necesidad de cuidados debido a una discapacidad total o parcial, permanente o transitoria está presente en las decisiones de ingresar al establecimiento. Sin embargo, en algunos casos resulta claro que el factor determinante es la falta de recursos materiales, fundamentalmente de vivienda, la que condiciona la internación.

## Pobreza, la falta de vivienda o la falta de familia

En la muestra teórica estudiada con técnicas cualitativas, las personas menores de 65 años, con una única excepción que se reseñará separadamente, fueron internadas en la institución debido a la concordancia de una discapacidad física –generalmente transitoria- con importantes déficit de recursos materiales y familiares. En este perfil hay una significativa proporción de hombres.

"E: ¿Y cuándo fue que vino para acá? ¿Qué le pasó que vino acá?

J: Me quebré la cadera. Yo estaba de repartidor en ese entonces, me caí de una escalera. Estuve un mes y medio internado en el hospital. Como yo ya me había separado de mi señora [...] Y después no tenía a donde ir... mi hijo mayor me llevó a la casa de un amigo de él. No la pasaba bien... me voy. Entonces estuve viviendo un tiempo en el hospital, y me dijeron vamos a arreglar las cosas, vamos a mandar una carta al intendente, vos me la firmás... y así se hizo. Me dijeron tal día te vamos a hacer llevar... y me trajeron para acá."

El señor cuyo testimonio se reproduce tiene 63 años y hace un año y medio que está internado en un hogar privado, a cargo del departamento de acción social del municipio. Debido a la falta de soporte familiar y de recursos materiales -falta de ingresos monetarios corrientes por el cese laboral después del accidente y falta de vivienda propia- el señor debió permanecer en el hospital de agudos por un tiempo prolongado, originando la decisión del municipio de internarlo en un establecimiento de larga estadía. En este caso, como en otros similares que ingresaron debido a "causas sociales", la internación en el establecimiento adquiere el mismo significado que la tradicional institucionalización asilar o tutelar. Debe tenerse en cuenta que a su edad, la esperanza de vida promedio en el AMBA indica que el señor tiene alta probabilidad de vivir internado alrededor de dos décadas de su vida.

Otro señor de 66 años, internado en un establecimiento privado desde hace un año también a través del departamento de acción social del municipio, menciona:

"E: ¿Y qué pasó? ¿Por qué se tuvo que venir a acá?

J: Y... porque tuve un accidente, me agarró un auto. Bueh, iqué va a hacer! Me llevaron al hospital, y ahí estuve una año y medio casi. Hasta que empecé a levantarme, el traumatólogo que era muy buena persona me trajo dos muletas y me dijo: "Empiece con una, cuando pueda largue una... ande con una sola". Y así... y no quería que me fuera, pero estaba cansado de estar ahí dentro ... vio lo que son los hospitales... y yo le dije: 'No, yo me voy' ... '¿Y a dónde va?'... 'A cualquier lado'.

E: ¿Y cómo fue que llegó a acá?

J: Y bueno, después andaba en la calle yo... cuando salí del hospital andaba en la calle, y un día hablando con una señora que se acercó al lado mío me dijo: 'Voy a hablar por usted a la que está enfrente de la municipalidad, a acción social, y le voy a mandar una señora que lo venga a ver'. Y bueno, me trajo para acá.

El sistema de acción social del municipio es el encargado de gestionar la internación en los casos de carencias materiales, sociales y familiares. Si bien en el universo estudiado la internación municipal se realiza en establecimientos privados, la dinámica es similar a la antigua modalidad de los asilos. Debido al carácter médico de los cuidados que se proporciona en estas instituciones de

larga estadía, se podría afirmar que se trata de la “medicalización” de la población de edad madura y mayor sin recursos económicos.

En las internaciones por razones de pobreza y necesidad de cuidados, sin familiares con capacidad de soporte, la internación es decidida por el cuerpo profesional especializado del organismo gubernamental o de la seguridad social que tiene a su cargo el financiamiento de la estadía. El equipo profesional opera según lo que Castel (2004) denomina “handicapología”. Dado que la internación en instituciones de larga estadía a cargo del municipio no es una prestación que pueda otorgarse a todos los que la requieran, los equipos profesionales priorizan a los que padecen más adversidades o a los que están “próximos” o “cercanos”. Los que ocupan plazas de hospitales de agudos suelen ser los primeros en ser derivados a este tipo de instituciones.

Castel señala que una de las características de la asistencia social basada en el modelo de “handicapología” es que promueve en los actores la simulación de adversidad para acceder a un beneficio que no está disponible para todos los que potencialmente lo necesitan.

El testimonio de una señorita de 49 años ilustra la dinámica subjetiva que se pone en juego en este comportamiento:

*“Vos no sabés lo que tuve que hacer, no me acuerdo si en el Hospital Israelita o en el Álvarez, ¡Cómo tuve que mentir! ¡Sentirme mal! Lloré, me desmayé... no me quedaba otra (baja la voz) si nosotros quedábamos en la calle. Y encima yo perdí el trabajo...”*

*E: Ah, ¿lo perdió?*

*N: Sí, lo perdí. Si yo me quise internar, yo me quise internar. Ellos no veían para internarme (baja la voz) y yo me tiré al suelo, me desmayé.”*

En este caso, la internación en el establecimiento privado fue gestionada por la obra social para jubilados y pensionados. La señorita está internada desde hace cinco años, es decir, ingresó a los 45 años de edad. El servicio social de la obra social internó a la madre de 82 años en un establecimiento contratado de Capital Federal, y a la hija en otra institución contratada, localizada en un partido del Conurbano Bonaerense. Madre e hija carecen de vivienda; cinco años atrás esta hija tenía trabajos inestables por lo que, según su relato, prefirió la “tranquilidad” de la internación.

Dado que en esta investigación no se trianguló el relato de la entrevistada con la reseña de terceras personas (familiares o profesionales), es difícil saber si esta construcción que la actora realiza en el relato se condice con la realidad, fundamentalmente, hasta qué punto la situación de enfermedad que originó el ingreso al establecimiento fue simulada. Sin embargo, se puede asegurar que en contextos en los que predomina la “handicapología” como marco de orientación para el

acceso a prestaciones que no están disponibles para todos los que las necesitan, aun para los equipos profesionales es difícil dilucidar la simulación de la realidad. Desde la perspectiva de esta investigación, la señorita posee el suficiente conocimiento de la realidad como para responder acertadamente a las preguntas del Test Minimental que precedió a todas las encuestas y entrevistas a residentes. Interesa, entonces, conocer a través de la perspectiva de la actora la adecuación de la internación de larga estadía en el establecimiento para la atención de sus problemas particulares.

### Fue colocado por alguien

Es claro que en los casos de pobreza y carencias sociales o familiares, los equipos profesionales municipales o de la obra social deciden la internación debido a que esos organismos se hacen cargo de su financiamiento. Como se ha visto a través de los testimonios, antes de la intervención de los equipos profesionales estas personas se encontraban abandonados en hospitales de agudos o, literalmente, en la calle.

Una situación distinta se plantea para algunos entrevistados que consideran haber ingresado a la institución porque terceras personas decidieron que era la mejor opción para sus problemas, aunque la internación se paga con recursos propios o los que proporcionan los familiares directos.

El sentimiento de no haber participado en la decisión de ingresar al establecimiento muestra asociación, según se describió en puntos anteriores, con el malestar y la insatisfacción con la internación. Una señora de 92 años, soltera, internada desde hace algo más de dos años, expresa de esta manera la compulsión que sintió al dejar su casa:

*"Vivía sola. Hasta que me enfermé de las piernas... me salían ampollas... no tenía quién me ayudara... había cambiado bastante la vida..."*

*E: ¿No tenía ningún familiar?*

*D: Mis sobrinos.*

*E: ¿Y no se acercaron a ayudarla?*

*D: Ellos me trajeron acá, hace dos años. Antes estaba en mi departamento. Viví ahí desde el 72 hasta el 2004, todavía lo tengo al departamento..."*

Otro testimonio de una señora de 83 años, internada desde hace cuatro años en un costoso establecimiento privado, ilustra también el motivo:

*E: ¿Por qué se tuvo que venir para acá?*

*T: Porque me había caído, y tuve problemas en las piernas.*

*E: ¿Y su hijo la trajo para acá?*

*T: El médico, el médico que nos atendía dijo que necesitaría rehabilitarme un poco. Entonces me derivó aquí, y eso es todo."*

El estudio con técnicas cualitativas ratifica que aun en casos como el de esta señora, internada en un establecimiento privado de máxima categoría y excelente atención, se pone en evidencia el desagrado por la vida en la institución asociado con la percepción de haber sido ingresado al establecimiento por la decisión de terceras personas, contrariando sus deseos.

Finalmente, el último perfil está conformado por aquellas personas mayores que decidieron internarse por su propia voluntad

### **Por propia decisión**

El testimonio, correspondiente a una señora de 92 años, constituye un ejemplo de este perfil:

*"Yo me vine... quería pedir un geriátrico. Porque de joven yo siempre decía el día de mañana, porque yo oí hablar bien de los geriátricos, no como mucha gente que despotrica, al contrario. Me gusta y estoy muy cómoda, tanto con los dueños como con las empleadas y todo, que son buenísimas las chicas, son un amor.*

*E: Y usted decide venir para acá.*

*C: Sí, sí."*

En estos casos, las personas se muestran muy conformes con la dinámica institucional y con los cuidados y el estilo de vida de la institución.

## **4.3. Alimentación de los residentes**

Los residentes refieren de manera prácticamente universal, en el más del 90% de los casos, que reciben tres o más comidas por día, casi el 80% responde que la comida es suficiente, más del 80% dice que toma más de tres vasos de líquido diarios y casi el 90% opina que está conforme con la comida que recibe en la institución. Es decir, la opinión de los entrevistados respecto de la alimentación cotidiana es favorable en la casi unanimidad de los casos. Sin perjuicio de ello, existen diferencias de opinión estadísticamente significativas que permiten analizar con más profundidad esta dimensión tan importante de la vida de los residentes en instituciones colectivas.

La variable "persona que decidió el ingreso" muestra asociación estadísticamente significativa con variables referidas a la alimentación que reciben en la institución. Es difícil saber si las diferencias negativas que se observan en muchas dimensiones obedecen a una peor calidad de la alimentación que reciben quienes dicen no haber elegido o participado de la decisión del ingreso al establecimiento, quizás porque la calidad de las prestaciones es menor cuando no participa el interesado, o si por el contrario, forma parte de una evaluación crítica de las condiciones de internación que tiene su origen en la falta de consulta y de acuerdo. La variable decisión del ingreso

registra asociación estadística con el consumo en la última semana de proteínas básicas: verduras, pollo, pescado, yogur o queso.

Las menores proporciones de ingesta de verduras (cuadro III.28 del Anexo II), de pollo (cuadro III.29 del Anexo II) y de pescado (cuadro III.30 del Anexo II) por parte de los residentes que no participaron de la decisión de ingresar al establecimiento son estadísticamente muy significativas. Por su parte, las menores proporciones de consumo de yogur (cuadro III.31 del Anexo II) y de queso (cuadro III.32 del Anexo II) mencionadas por los residentes que no participaron de la decisión de ingresar al establecimiento muestran asociación estadística.

Asimismo, la variable decisión del ingreso muestra asociación estadística con la opinión acerca de la variedad de la comida que se sirve en el establecimiento. Se observa menor satisfacción con la variedad de las comidas que se sirven en el establecimiento de los residentes que dicen no haber participado de la decisión acerca del ingreso (cuadro III.33 del Anexo II).

La variable participación del residente en la decisión de ingreso en ese establecimiento es la que muestra asociación estadística con mayor número de dimensiones relacionadas con la alimentación. Sin perjuicio de ello, otras variables muestran asociación estadística con algunas dimensiones. Curiosamente, la condición actual de dependencia para el desempeño de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria relevadas por la encuesta muestra asociación estadística con la ingesta de carnes rojas y la satisfacción respecto del sabor y la variedad de las comidas que reciben.

Es difícil evaluar cuál es el carácter de la asociación entre la condición de dependencia y la menor ingesta de carnes rojas, dado que los motivos pueden ser atribuidos tanto a factores dietarios como a dificultades en la masticación y deglución, otra posibilidad es el tipo especial de establecimientos en los que están internados. Sin establecer hipótesis, sólo se menciona que la asociación estadística en la muestra estudiada es altamente significativa (Cuadro III.34 del Anexo II).

La condición actual de dependencia muestra también asociación estadística con la satisfacción referida al gusto y la variedad de las comidas que se sirven en el establecimiento. Las personas con algún tipo de dependencia en el momento de la entrevista se mostraron más satisfechas con el sabor y la variedad de las comidas que se sirven en el establecimiento que las que son autoválidas para todas las actividades de la vida diaria indagadas. La asociación estadística que se registra entre dependencia en el momento actual y estar satisfecho con la variedad de la comida que se sirve en el establecimiento es de muy alta significación (Cuadro III.35 del Anexo II). Existe asimismo asociación entre tener algún tipo de dependencia y estar satisfecho con el gusto o sabor de la comida que se sirve. Aunque la asociación estadística es menos significativa, en la muestra

estudiada se evidencia asociación entre ambas variables (Cuadro III.36 del Anexo II). Resulta difícil comprender la asociación entre la variable dependencia actual y mayor satisfacción con el sabor y la variedad. Es posible que las personas dependientes que ingresaron privadamente a establecimientos tengan mejor calidad de servicios. Sin embargo, la combinación de variables que muestran asociación con la calidad de la alimentación que reciben es consistente con un patrón: las personas dependientes que ingresaron porque necesitan cuidados son las que pagan privadamente su internación se muestran más conformes con los alimentos que reciben, mientras que las personas que fueron colocadas por alguien y las personas que ingresaron por razones sociales opinan de modo más insatisfactorio. En estos últimos casos, como se verá a lo largo del estudio, el que decide y paga la internación es un organismo de asistencia social municipal o la obra social de los jubilados. Es decir, cabe formular la hipótesis que los hogares contratados para que proporcionar servicios a personas pobres pueden ofrecer peor calidad de servicios que los que establecimientos que son contratados privadamente por los mismos residentes.

Ratificaría esta hipótesis la asociación registrada entre la opinión respecto de la variedad de la comida que se sirve en los establecimientos y las variables motivo de ingreso y antigüedad de la internación. La variable antigüedad de la internación muestra asociación estadística de alta significación con la satisfacción respecto de la variedad de las comidas. Los residentes que poseen más de seis años de antigüedad o provienen de otro establecimiento muestran más insatisfacción con la variedad de las comidas que los que tienen un tiempo de permanencia inferior a los 6 años o los que no recuerdan el tiempo de permanencia en el establecimiento (cuadro III.37 del Anexo II).

De manera coincidente la variable motivo de ingreso al establecimiento muestra elevada significación estadística con la satisfacción por la variedad de la comida que reciben en el establecimiento. Las personas que manifestaron que ingresaron por razones sociales, debido a la falta de ingreso, pobreza, falta de familia o de vivienda o que fueron colocados en el establecimiento por alguien están en más alta proporción insatisfechas con la variedad de las comidas que reciben en el establecimiento (cuadro III.38 del Anexo II). El testimonio de una señora ejemplifica espontáneamente la menor diversidad de alimentos que sirven los establecimientos privados contratados por la obra social para jubilados y pensionados, que en general interna a personas con recursos materiales insuficientes.

*"E: Usted está acá por PAMI..."*

*A: Estoy por PAMI, me sacan la mitad del sueldo..."*

*E: La jubilación suya..."*

*A: Claro, la mitad de mi jubilación, y... me sacan un poco más, un poco más. Pero yo me compro los fideos dietéticos, yo me compro el pan integral, yo me compro el aceite, la verdurita que me gusta, la fruta... yo me compro un montón de cosas, porque me gusta mucho el naturismo*

Otro testimonio espontáneo ratifica la menor diversidad de alimentos que se sirven en los establecimientos contratados por la obra social. En este caso, la señora había solicitado ella misma su ingreso. Se trata de una mujer joven de cuarenta y nueve años de edad.

*"Y yo acá me cuesta un huevo, porque yo digo la verdad. Yo por ejemplo esta noche no voy a comer, aunque me quede con hambre, porque fideos a la boloñesa... el calor que hace y comer esos fideos."...*

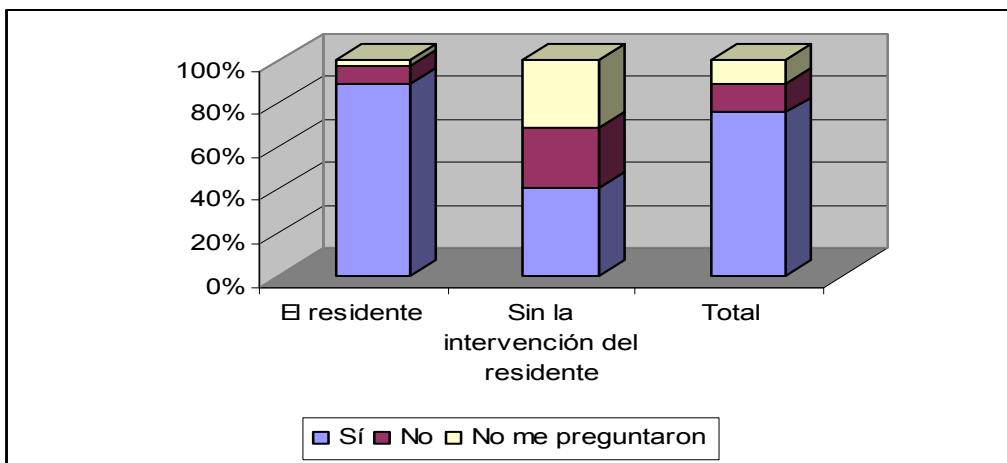
En síntesis, las variables que muestran asociación estadística significativa con la peor calidad de alimentación están relacionadas con el concepto de "exclusión social", principalmente con la participación de los interesados en el ingreso al establecimiento y la internación por razones sociales.

#### **4.4 Satisfacción con el ingreso al establecimiento de larga estadía**

La decisión de ingresar al establecimiento, fundamentalmente la participación y el acuerdo del residente en el proceso, muestra ser una variable de significación en la opinión que los internados tienen acerca de varias dimensiones de la calidad de vida en la institución. Por este motivo, es de interés profundizar el análisis de la evaluación que los entrevistados hacen al respecto.

Se preguntó a cada entrevistado si en el momento del ingreso al establecimiento entendían que la internación en el mismo era la mejor solución para sus problemas. La amplia mayoría, más del 75% de los consultados, respondió afirmativamente. Sin perjuicio de ello, se registra una asociación estadística entre haber participado de la decisión que se tomó y la satisfacción con el ingreso al establecimiento. Casi el 90% de los que manifiestan que participaron dicen que en ese momento pensaron que el ingreso al establecimiento era la mejor solución para sus necesidades. En cambio, sólo algo más del 40% de los que respondieron no haber participado estaban de satisfechos con tal solución (cuadro III.39 del Anexo II).

### Gráfico 4.3 Distribución porcentual de los residentes según participación en la decisión de ingreso por satisfacción con la solución en el momento del ingreso AMBA. 2006



Fuente: Cuadro III.39 del Anexo II

El 13,7% de los entrevistados respondió que no pensaba que el ingreso al establecimiento fuera la mejor solución. El 8,2% de los que participó en la decisión y casi el 30% de los que no participaron entendían que no era la mejor solución posible: ¿cuál era para ellos la mejor opción? El 65% de ellos prefería quedarse en su casa, pero esa proporción se eleva al 80% de los que no participaron en la decisión de ingresar al establecimiento (cuadro III.40 del Anexo II).

La satisfacción con la decisión de ingresar al establecimiento no muestra asociación estadística con la edad de los entrevistados. En cambio, se observa asociación estadística entre la condición de dependencia y la satisfacción con el ingreso. Las personas con algún grado de dependencia manifiestan en mayor proporción que no fueron consultadas, es decir, es posible que se hayan visto forzadas a aceptar una solución que para ellos no era la mejor. La asociación estadística entre las variables es significativa (cuadro III.41 del Anexo II). Ello permite suponer que ante problemas de discapacidad y dependencia las familias toman decisiones tendientes a institucionalizar a las personas para su protección o cuidado, pero que esas determinaciones chocan con el deseo de las personas de permanecer en sus casas por más tiempo. En ese caso, la falta de servicios comunitarios alternativos a la institucionalización estaría condicionando ingresos no deseados y prematuros en establecimientos de larga permanencia.

Asimismo, se solicitó a los entrevistados que evaluaran si siguen pensando igual en el momento presente que cuando ingresaron, respecto a lo acertado o no que resultaba la internación para la solución de sus necesidades. También en este proceso de cambio o permanencia de la opinión referida a la satisfacción con el ingreso se observan interesantes asociaciones estadísticas entre las

variables “participación en la decisión” y “condición de dependencia” y la variable “evolución de la satisfacción con el ingreso”.

En primer lugar, debe remarcarse que hay asociación estadística entre la participación del residente en la decisión y la opinión acerca del ingreso como la mejor solución a sus necesidades (Cuadro 4.3).

**Cuadro 4.3 Distribución porcentual de los residentes según participación en la decisión de ingreso por evolución de la satisfacción con el ingreso AMBA. 2006**

Evolución de la satisfacción con el ingreso	El residente solo o con apoyo	Sin la intervención del residente	Total
Pensaba y piensa que fue la mejor solución	80,0	31,8	(201) 66,1
Pensaba que era la mejor solución y ahora no piensa lo mismo o no sabe qué pensar	7,1	7,1	(22) 7,1
No pensaba y no piensa que era la mejor solución	2,4	11,8	(15) 5,1
No pensaba que era la mejor solución y ahora no piensa lo mismo	4,3	12,9	(21) 6,8
No le preguntaron y ahora no sabe qué pensar	6,2	36,5	(45) 14,9
Total	(216) 100,0	(88) 100,0	(304) 100,0

Chi2 75,65; gl 4; pvalor 0,0000

Mientras la gran mayoría de los que participaron de la decisión pensaban en el momento que ingresaron y siguen pensando ahora que la estadía en el establecimiento es la mejor solución para sus necesidades, sólo algo más del 30% de los que dicen no haber participado opina lo mismo en ese sentido. Sin perjuicio de que alrededor del 13% de quienes no participaron en la decisión y no creían que la internación fuera la mejor solución cambió su opinión en la actualidad, más del 11% no pensaba antes y no piensa ahora que la internación sea la mejor solución. Por otra parte, más del 36% manifiestan que no le preguntaron y que ahora no saben qué pensar. Debido a que la categoría sin la intervención del residente es concomitante con la categoría no le preguntaron en el momento, se observa una asociación muy fuerte entre ambas variables.

También la evolución de la satisfacción muestra asociación estadística significativa, aunque menos intensa, con la variable condición de dependencia. La tendencia es en general similar a la observada en el cuadro precedente. Sin embargo, hay una diferencia interesante: las personas que tienen dependencia muestran menor proporción de satisfacción con la situación, tanto al ingreso como en la actualidad, que las que no tienen dependencia. Pero en las personas que no tienen dependencia aumenta la proporción de los que en el momento del ingreso pensaban que era la mejor solución y ahora ya no piensan lo mismo, mientras que en las que dicen tener dependencia aumenta en sentido contrario la proporción de los que en el momento del ingreso no pensaban que fuera la mejor solución y ahora cambiaron de opinión (cuadro III.42 del Anexo II).

Algunos testimonios ilustran las motivaciones y actitudes subjetivas asociadas a la decisión de ingresar al establecimiento y su evaluación actual.

Algunas personas de edad avanzada, que sufren discapacidades físicas, expresan la más firme disposición a aceptar la alternativa de ingresar a una institución. El testimonio que se presenta a continuación pertenece a una señora de 89 años que está internada desde hace ocho años en un hogar privado, subsidiado por la obra social de los jubilados:

*"A: Aparte, yo, como las he pasado con mi mamá... yo dije a mí no me va a pasar esto. Mi hija me reclama, me hecha siempre en cara: 'Estás ahí porque vos querés'. Yo agarré y me vine tranquilamente."*

*E: Ah, usted decidió venirse...*

*"A: Claro, yo agarré y me decidí por mi cuenta. Me fui primero a otro lado para ver si me gustaba, no me gustaba, y vine por acá, y bueno me dije, estoy cerca de casa."*

Una situación diferenciada se presenta cuando a través del relato es posible vislumbrar la ambigüedad en el deseo, o más bien, la percepción de algún tipo de presión por parte de la familia o de las circunstancias para optar por la alternativa de la internación. El testimonio de una señora de 83 años refleja esta situación:

*"Entonces mis hijos me dijeron de venir, de internarme. Lloré mucho, no quería, no me forzaron... me dejaron hacer lo que quería... hasta que fui pensando, pensando, y recapacité, pensé que era lo mejor... porque ellos trabajan todo el día, y es más, tienen su vida. Y es lógico que si yo viví mi vida, ellos vivan la suya. Y entonces acepté."*

*E: Claro.*

*O: No vine en contra de mi voluntad, acepté... y estoy contenta de haber aceptado.*

*E: ¿Está cómoda acá?*

*"O: Sí, estoy muy cómoda. Me siento muy querida, siento mucho afecto por la gente de acá también. Estoy feliz, estoy muy bien."*

En cambio, una señorita más joven que quiso internarse y dijo simular su enfermedad para ingresar por la obra social en una institución de larga estadía cambió su opinión después de unos años de internación:

*Pero es de no creer porque yo me quise internar, ahora que lo pienso, tan bien que yo estaba ahí, que me querían tanto, que yo ganaba... Los sábados a la noche 50 pesos por cuidar a la abuela, y la abuela me cuidaba a mí. Yo eran tiempos que no engordaba un gramo, entonces me comía pizza, empanadas. Acá como lo mínimo y engordo igual. Es la vida sedentaria, yo no tengo plata para anotarme en un gimnasio, me gustaría hacer gimnasia. Me gustaría caminar más, estoy hecha una vaca pero voy a empezar a caminar más. Porque caminar adelgaza mucho, aparte te hace bien".*

El testimonio ejemplifica el cambio de opinión de una persona que deseaba ingresar por problemas sociales pero que luego de un tiempo cambió radicalmente de opinión.

En síntesis, hay evidencia estadística de significación que muestra que las personas que no participan del proceso de decisión de ingresar al establecimiento están insatisfechas con la solución que se adoptó para sus problemas. Además, existe evidencia estadística acerca del deseo de las personas con discapacidades y dependencia de permanecer en sus domicilios, pero fueron internadas sin su acuerdo en los establecimientos de larga estadía. En cambio, se produce una adaptación a la situación cuando en el proceso de decisión intervino el propio interesado o prevalece el cambio de opinión cuando la internación obedeció a razones sociales o por pobreza.

Finalmente, es relevante observar qué alternativa mejor encuentran las personas que están insatisfechas con su ingreso al establecimiento (Cuadro 4.4).

**Cuadro 4.4 Distribución porcentual de los residentes que opinan que tenían mejores alternativas al ingreso en el establecimiento según condición de dependencia por alternativa preferida. AMBA. 2006**

Alternativa a estar en el establecimiento	Tiene algún tipo de dependencia	No tiene o no sabe si tiene dependencia	Total
Vivir solo	14,3	16,7	(7) 15,2
Vivir con mi familia	46,4	55,6	(23) 50,0
Vivir en una vivienda asistida	28,6	16,7	(11) 23,9
Vivir en otro establecimiento	3,6	11,1	(3) 6,5
Otros	7,1	0,0	(2) 4,3
Total	(28) 100,0	(18) 100,0	(46) 100,0

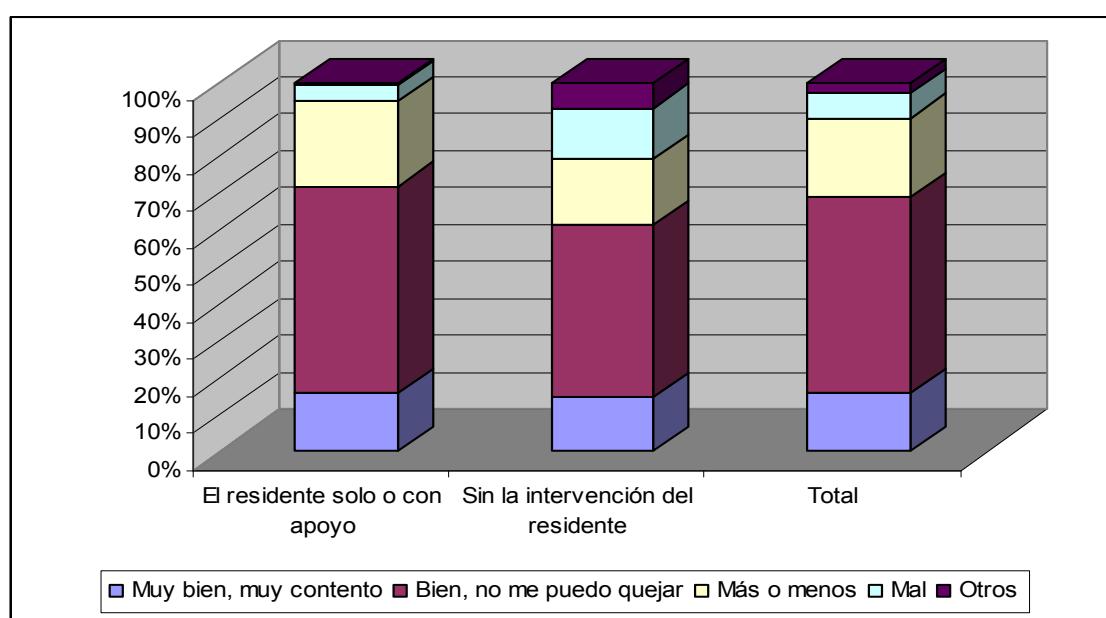
Se debe aclarar que no existe evidencia estadística de asociación entre el tipo de alternativa elegido y la condición de dependencia. Sin embargo, mientras en la población con dependencia se prefiere en una proporción relativamente más elevada vivir en una vivienda asistida, la población sin dependencia prefiere en mayor medida vivir solo, vivir con su familia o cambiarse de establecimiento.

Finalmente, resulta de interés señalar que las principales ventajas de estar internado en el establecimiento que se mencionan son: a) en el establecimiento lo cuidan y lo atienden, y b) en el establecimiento convive con otras personas, está acompañado. Las respuestas a ambas categorías representan el 25,7 y el 21% del total de los entrevistados. Por el contrario, el 39,7% no encuentra ninguna desventaja, el 15,3% no sabe qué desventajas ofrece y el 5,7% indica que es la pérdida de libertad para hacer lo que quiere o salir cuando quiere la principal desventaja. El resto de los motivos asociados con desventajas se presentan en menores proporciones.

## 4.6. Dimensiones relacionadas con el bienestar psicosocial de los residentes

La investigación se propuso obtener una aproximación a la autopercepción de bienestar de los residentes a través de la pregunta general que fue formulada de manera sencilla "Usted, ¿cómo se siente?". A fin de analizar la opinión de los entrevistados se organizaron las respuestas en dos variables categóricas: una de ellas mide en una escala la intensidad de la satisfacción o insatisfacción y la otra desagrega las dimensiones de la insatisfacción. No muestran asociación estadística las distribuciones de las respuestas en tablas en las que se relacionan estas variables de bienestar general autopercebido con otras tales como la edad, el sexo, el motivo o la antigüedad de la internación. Por el contrario, existe asociación estadística significativa entre las dos variables categóricas de autopercepción de bienestar general y las variables "dependencia actual" y "participación del residente en la decisión de ingreso". Dado que estas dos últimas variables están muy relacionadas con la opinión de los residentes respecto de su acuerdo o desacuerdo con el ingreso a un establecimiento de larga estadía como la mejor solución a sus problemas, es evidente que el bienestar estando internado depende en una medida muy importante de su satisfacción con la decisión de ingresar al establecimiento.

**Gráfico 4.4 Distribución porcentual de los residentes según participación en la decisión de ingreso por cómo se siente en el momento de la entrevista. AMBA. 2006**



Fuente: Cuadro III.43 del Anexo II

En primer lugar debe destacarse que la mayoría de los entrevistados –alrededor del 68%- dice sentirse bien o muy bien. Pero en el conjunto de personas que dijeron no haber participado de la

decisión de ingresar al establecimiento aumenta la proporción de quienes opinan que se sienten mal y disminuye la de los que dicen sentirse bien y muy bien. La asociación estadística entre el estado de bienestar general y la participación en la decisión de ingresar al establecimiento es altamente significativa (cuadro III.43 del Anexo II).

La variable participación del residente en la decisión de ingreso también está estadísticamente asociada con las dimensiones de la insatisfacción, es decir, con qué aspectos está relacionado el malestar percibido. Las personas que sienten que no han participado de la decisión de ingresar al establecimiento dicen en mayores proporciones que su malestar deriva de su estado de ánimo negativo o de no sentirse a gusto en esa institución (cuadro III.44 del Anexo II).

La investigación con técnicas cuantitativas puso de manifiesto que la participación en la decisión de ingresar al establecimiento y la condición de dependencia son dos variables clave en la satisfacción durante la internación. Esta asociación también se verifica en los testimonios relevados mediante la aplicación de técnicas cualitativas. La investigación cualitativa permite, además, distinguir con más profundidad matices y cambios de sensaciones vinculados a los motivos de internación.

En primer lugar, merece destacarse que las personas que opinan haber sido internadas por terceras personas muestran desagrado con la situación de internación.

*"D: [...] Acá es muy difícil encontrar una persona que quiera conversar.*

*E: ¿Y compañeras acá?*

*D: Y... (señala su cabeza, hace una señal indicando la incapacidad de razonar bien). Son muy pocas las que pueden mantener una conversación.*

*E: Entonces amigos acá dentro no tiene ninguno...*

*D: Nooo, acá con mis compañeras... cada uno trae las costumbres de su casa, cada uno... las traslada acá..."*

El testimonio pertenece a la señora de 92 años que dice haber sido ingresada en el establecimiento por los sobrinos. El establecimiento privado, de clase media, es apreciado por otras señoritas entrevistadas. Sin embargo, para ella es un lugar muy triste. El testimonio menciona otra de las variables que mostraron asociación con el bienestar: la posibilidad de tener amigos en la institución.

Otra señora que opina que su ingreso hace cuatro años a la institución se debió a la disposición del médico, también muestra su insatisfacción con la internación. Es necesario remarcar una vez

más que, en este caso, se trata de un establecimiento de máxima calidad de atención (cinco estrellas) de la Capital Federal, pagado por el hijo de la señora que reside en los Estados Unidos.

*E: Ah... y acá ¿qué le gustaría hacer que no hace?*

*T: (Silencio)*

*E: Por ejemplo, lo de escuchar música...*

*T: No.*

*E: ¿Ir algún lugar que no va?*

*T: No.*

*E: ¿Y alguna comodidad que no tiene acá?*

*T: No, me alcanza con esto.*

*E: ¿Y tiene amigos acá en la institución?*

*T: Todos somos compañeros.*

*E: ¿Pero alguien confidante?*

*T: No.*

*E: Y con el personal, ¿cómo se lleva?*

*T: Un saludo y nada más (silencio)".*

Otra situación claramente diferenciada se presenta entre quienes decidieron internarse o estuvieron conformes con la internación porque carecían de recursos monetarios y patrimoniales suficientes para una vida autónoma confortable. Como es sabido, la satisfacción también está relacionada con las expectativas. Un relato de este perfil corresponde a una señora que "eligió" internarse, visitó el establecimiento antes del ingreso definitivo y, además, está subsidiada por su obra social.

*"La pasamos lindo porque comida acá, es lo que sobra... y celebramos fin de año en el jardín, vino a cantar un señor con la hija, vienen todos los años... y la pasamos bien. Después yo con la señora del doctor tengo buena relación, yo al doctor lo jorobo poco. Aprecio al médico que me atiende, le tengo un profundo respeto porque empiezo por respetarme a mí misma, lo aprecio en el sentido de que es muy buen médico. Pero no nos entendemos... él tiene lo suyo, tiene un carácter muy fuerte... es lo que se necesita acá, no lo hago como crítica, es lo que se necesita acá. [...] Yo estoy cómoda. Tenemos un placard lindo, una buena cama, tengo un ventanal que da acá, al patio, al jardín. Las tres abuelas que dormimos no llevamos bien, una es cieguita, hace poco que vino*

*E: ¿Y algo que le gustaría cambiar acá?*

*A: ¿Acá? Nada, en absoluto. No, yo acá, yo (lo subraya), estoy muy bien".*

En realidad, a través de la entrevista puede vislumbrarse que el clima del establecimiento algunas veces le resulta adverso; sobre todo, tiene problemas con el médico que es dueño del establecimiento. La controversia no es menor si se tiene en cuenta que, según su opinión, se trataría de discriminación por no pagar privadamente la cuota.

"E: ¿Cómo es el trato?

*A: Hasta ahí. Ahora, por ejemplo, con el que tengo siempre problemas es con el doctor, con el dueño, porque me dijo que yo le pegaba a los abuelos. ¡Cómo voy a hacer semejante barbaridad!, si yo no discuto, yo no me peleo, porque no me gusta, me entendés. Y... como soy de PAMI, hubo una bronca... yo estaba escuchando con otra compañera, pero como la otra es particular no pasó nada. Pero a mí me agarró y me mandó arriba, así que yo almuerzo arriba. Y me viene fenómeno, (risas), agradecida... sííí, te puedo asegurar que sí".*

Este testimonio pone de manifiesto que la satisfacción está íntimamente relacionada con las expectativas y, en contexto de carencias de recursos, prevalece el sentido de adaptación. Por lo tanto, se puede considerar a este tercer testimonio una bisagra con el tercer perfil, conformado por las personas jóvenes que ingresaron al establecimiento debido a la pobreza y a la decisión de los equipos profesionales de asistencia social.

En los casos de internación de personas jóvenes debido a situaciones sociales se percibe una satisfacción que se podría denominar "adaptativa". La alternativa a la internación puede ser estar en la calle, y en ese espacio de opciones se mueve la opinión del actor en relación con la internación. Sin perjuicio de esta característica común, se observa un gradiente en el grado de adaptación. En primer lugar, se presenta la máxima adaptación hallada:

"E: ¿Y qué le es cómodo acá, qué ventajas tiene?

*J: Que uno tiene amigos, uno se pone a conversar... conversamos de todos los temas... más de política que de otra cosa, cómo va el país... cada uno tiene su idea, ese es el motivo... 'Las ideas no se matan' decía Perón".*

El testimonio pertenece al señor de sesenta y tres años, internado por el servicio de asistencia social del municipio. El señor está conforme con su internación, tiene amigos, su vida está "resuelta" después de pasar momentos de gran incertidumbre. Otro señor, compañero en la institución, de sesenta y seis años manifiesta:

"E: ¿Y cuáles son las ventajas de estar acá?

*J: Muchas ventajas... acá hay paz, hay tranquilidad, confort, lo tratan bien... esas son las ventajas. Lo tratan con cariño, todos, la dueña, la encargada, las enfermeras, todos, las mucamas, todos.*

E: ¿Se lleva bien con ellos?

*J: Si, yo no tengo ningún problema.*

*E: ¿y le gustaría ir a algún lugar, visitar algún lado que no esté yendo?*

*J: No... quiero, cuando me den lo que me tienen que dar (se refiere a un juicio contra el hermano por la propiedad de los padres) quiero ir a Chiviloy, donde nací yo.*

*E: ¿Tiene familia allá?*

*J: No, no tengo a nadie, pero me gusta. Estuve en el ochenta, en el ochenta y pico... es muy lindo, el campo me encanta. Me encanta la tranquilidad del campo.*

*E: ¿Y qué le gustaría ir a hacer allá?*

*J: Nada, estar allí tranquilo... criar unas gallinas, tener una quintita".*

Esta aseveración muestra, por un lado, la plena adaptación ante la carencia de recursos actual. Pero incluye el deseo de otro tipo de vida independiente, para cuando disponga de los recursos materiales que le darán al ganar el juicio que mantiene con su hermano por la tenencia de la propiedad paterna. Es decir, ante disponibilidad de recursos el señor no viviría en el establecimiento que actualmente elogia y aprecia.

Finalmente, el tercer testimonio en el perfil de la internación por razones de pobreza corresponde a una señorita joven, de cuarenta y nueve años, que desde su percepción simuló enfermedad para ingresar al establecimiento, o sea que, según su opinión, eligió la internación como la mejor solución para sus problemas.

Después de cuatro años de internación, la señorita comprende que la forma de vida que le ofrece la internación no es la mejor para el tratamiento de sus problemas. Su vida cotidiana es sedentaria; no realiza ningún tipo de ejercicio físico; la ingesta de calorías, a la que según ella está obligada por el régimen de comidas, no es la adecuada. Por ese motivo, según opina, engordó muchos kilos desde que ingresó a la institución.

Durante su permanencia en el establecimiento, ella conoció a un señor de su misma edad, también internado por sus problemas psicosociales (según su relato es "depresivo") y como es lógico para su edad y condición de autonomía, la residencia en el establecimiento es un obstáculo para el desarrollo de su relación afectiva.

*"E: ¿Lo conoció acá?*

*N: Sí, acá. Se que él... es peladito acá... (señala la cabeza), es joven, él tiene 49 años, y dice que yo un día a él le toqué la pelada... yo no me acuerdo cómo lo conocí. Que lo cargaba con la peladita y esto que lo otro, me empezó a invitar a salir, a tomar café, o a comer o a estar acá, siempre juntos. Aparte yo soy re cariñosa y demostrativa, y si me dicen que no a algo lo hago a propósito, porque no me gusta que me mandonee nadie. Acá hay una señora muy mandona, una señora del montón. Entonces yo me metí a la pieza de*

*Bernardo y ella se paró en la habitación de Bernardo y miraba y dice: Norma Pérez<sup>4</sup> sale afuera. Y yo salí afuera y le dije: Norma Pérez no sale afuera. Y me quedé adentro, viste, que me espiara. Que yo le diera un beso. Así, no me gusta que me mandoneen, aparte no hacía nada malo. Te imaginás que sexual no vamos a hacer nada acá, aparte que acá (baja la voz más) yo pienso que le darán algo para que no... si no estarían todos... aparte Bernardo mismo me lo dice".*

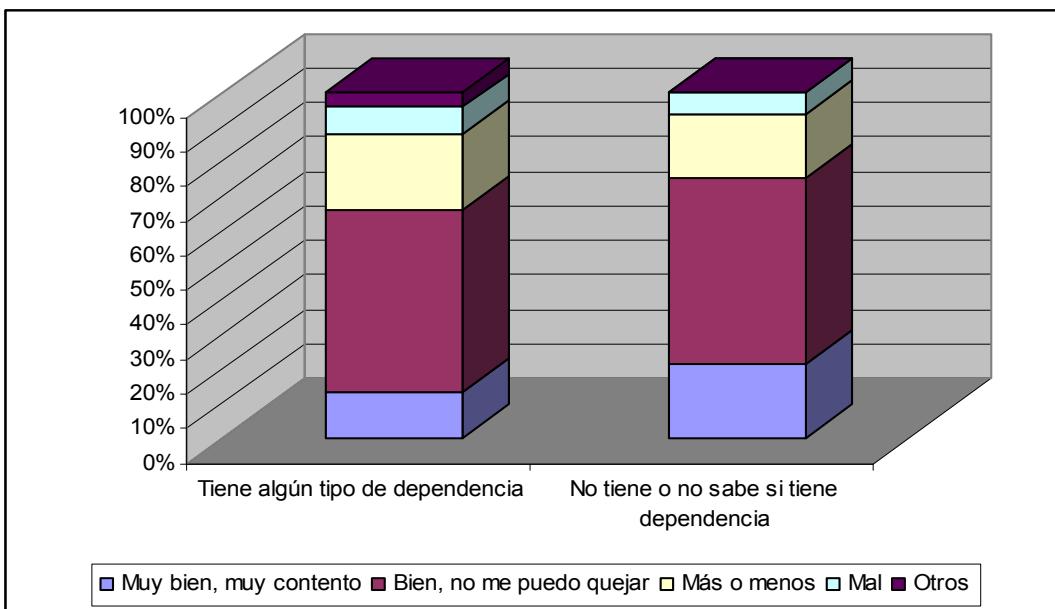
En síntesis, las personas más jóvenes internadas por motivos sociales están conformes con su situación actual porque comprenden que sin recursos materiales sería muy difícil vivir en una sociedad urbana. Sin embargo, por la manera en que expresan su conformidad se pone en evidencia la falta de soluciones asistenciales adecuadas. La modalidad de asistencia a los adultos en situación de pobreza es similar a la que se utilizaba en las primeras décadas del siglo XX, antes de la implantación de los derechos sociales, es decir, es equivalente a la internación de los "pobres inválidos para el trabajo" que caracterizó a la asistencia social de la modernidad. Carece de función rehabilitadora, no atiende enfermedades, ni asiste a personas dependientes de terceros para la realización de las actividades de la vida diaria. Por este motivo, operacionalmente está próxima al concepto de "exclusión social" que desarrolló Michel Foucault en sus célebres estudios de historiografía crítica.

La condición de dependencia actual es la otra variable que muestra asociación estadística con las dos variables que describen el estado de bienestar general percibido por los residentes. Las personas que tienen algún tipo de dependencia opinan en menores proporciones relativas que están muy bien, muy contentas y, en cambio, expresan en mayores proporciones que están más o menos, o mal u otra circunstancia que las que dicen no tener algún tipo de dependencia (cuadro III.45 del Anexo II).

---

<sup>4</sup> Norma Pérez es un nombre ficticio. Como en toda investigación de tipo antropológico, los nombres de los entrevistados no pueden identificarse.

**Gráfico 4.5 Distribución porcentual de los residentes según condición de dependencia actual por cómo se siente en el momento de la entrevista. AMBA. 2006**



Fuente: Cuadro III.45 del Anexo II

También existe asociación entre la condición de dependencia y las dimensiones del malestar. Las personas con algún tipo de dependencia opinan en mayores proporciones relativas que no se sienten bien de salud y no se sienten bien de ánimo. La asociación estadística entre la condición de dependencia actual y las dimensiones del malestar es muy significativa (cuadro III.46 del Anexo II).

La opinión acerca del bienestar general se completa con el análisis de las percepciones referidas a las distintas dimensiones que conforman la vida cotidiana de las personas que residen en ámbitos colectivos. Una de las dimensiones indagadas es la percepción subjetiva de cambios en los hábitos, derivada del ingreso al establecimiento. Para algo más de la mitad de los residentes, el ingreso al establecimiento cambió sus hábitos cotidianos. Se observa alta significación en la asociación estadística entre la percepción de cambios y la participación en la decisión de ingresar: los residentes que dicen no haber participado de la decisión de ingresar al establecimiento perciben en mayor proporción cambios en sus hábitos cotidianos de vida o tienden en mayor medida a no responder a la pregunta (cuadro III.47 del Anexo II).

Con relación al tipo de cambios que perciben los que opinaron positivamente, las variables de participación en la decisión, la de categoría de edad y la antigüedad de la internación muestran asociación estadística con los aspectos de la vida cotidiana mencionados. Se presentan a continuación los tópicos sobre los que se registraron asociación estadística. En primer lugar, algo más del 21% del total de los residentes entrevistados percibieron la pérdida de independencia como

el principal cambio en sus hábitos, existiendo asociación estadística entre haber participado en la decisión de ingresar y percibir pérdida de independencia. Las personas que no participaron de la decisión de ingresar al establecimiento perciben en mayor proporción que perdieron independencia en el nuevo lugar de residencia (Cuadro III.48 del Anexo II).

Hay evidencia de que la edad está asociada con la percepción de pérdida de libertad. Más del 30% del total de los residentes entre 65 a 79 años (generalmente denominada "vejez-joven") perciben que el ingreso al establecimiento significó una pérdida de libertad. En el extremo opuesto, sólo el 11,1% de los mayores de 90 años opinó de esa manera (cuadro III.49 del Anexo II).

La participación en la decisión de ingresar al establecimiento y la antigüedad en la internación son las variables que muestran asociación estadística con la opinión de haber perdido privacidad. Hay asociación estadística entre la variable participación en la decisión de ingreso y opinión de pérdida de privacidad: más del 26% de los residentes que no participaron de la decisión de ingresar al establecimiento opina que perdió privacidad con la internación (cuadro III.50 del Anexo II). La antigüedad de la internación también muestra asociación estadística con la opinión de haber perdido privacidad a partir de su internación en el establecimiento. Las personas que ingresaron hace menos de dos años y los que provienen de otro establecimiento son los que opinan con mayor frecuencia que perdieron privacidad (cuadro III.51 del Anexo II).

En la investigación cualitativa, manera espontánea, algunas entrevistadas hicieron expresa referencia a la falta de privacidad que es inherente a la vida en el establecimiento. Uno de los testimonios corresponde a una señora de 92 años, internada en forma privada en un establecimiento geriátrico para personas dependientes:

*"E: ¿Y alguna comodidad que no tiene ahora?*

*D: Independencia y privacidad. Donde puede haber privacidad es muy caro...acá no hay independencia para una persona, tiene que ser todo en común... desde la toalla que se la usan... a mí todavía me gusta tener mis cosas... no me acostumbro. Dicen que puede ser porque estoy acá arriba... pero no es eso... a mí siempre me gustó estar sola."*

El otro testimonio corresponde a la señorita de 49 años internada a través de la obra social de los jubilados:

*"Acá, yo cuando vine tenía una agenda, lo peor que pudieron hacer fue sacarme la agenda.*

*E: ¿Y por qué se la sacaron?*

*N: Y por que acá sacan cosas (baja la voz), sacan plata, sacan todo, no ves que tenés que tener la llavecita del placard colgada."*

La falta de privacidad y la imposibilidad de individuarse sería, según estos testimonios, uno de los problemas de la vida cotidiana en los establecimientos.

La participación en la decisión de ingresar al establecimiento es la variable que muestra asociación con la percepción de que el cambio de hábitos se debe a que viviendo allí no puede hacer las cosas que le gustan. Algo más del 20% de los residentes que no participaron de la decisión de ingreso opinan que en el establecimiento no pueden hacer las cosas que les gusta y que por ese motivo cambiaron sus hábitos cotidianos a partir de internarse (cuadro III.52 del Anexo II).

Finalmente, se registraron también respuestas referidas a cambios positivos de los hábitos cotidianos. Las más frecuentes son las que opinan que en el establecimiento están mejor atendidos. La antigüedad en la internación es la variable que muestra asociación estadística con esta respuesta positiva. Las personas que ingresaron en un período menor a seis años perciben en mayor proporción que están mejor atendidos en el establecimiento que los que están en períodos mayores a seis años o de los que no recuerdan el tiempo que hace que se internaron (cuadro III.53 del Anexo II).

En resumen, la participación de las personas en las decisiones concernientes al ingreso al establecimiento y la condición de dependencia son las variables que muestran significativa asociación con el estado general de bienestar psico-social. La edad y la antigüedad, de manera mucho más leve, también observan asociación con algunas dimensiones de la percepción de bienestar.

## 4.7. Satisfacción con la vida y estados de ánimo

La amplia mayoría de los entrevistados -67,3%- manifiesta que está satisfecho con su vida. No se observó ningún tipo de asociación de esta percepción de satisfacción con alguna otra variable. La encuesta también requirió a los entrevistados que definieran su carácter, tal como ellos entendían que tenía a ser a lo largo de su vida. Hay algún indicio de asociación estadística –muy bajo- entre la satisfacción con la vida y el tipo de carácter autopercibido. Las personas que reconocen haber tenido a lo largo de la vida un carácter triste, pesimista o angustiado manifiestan en mayor proporción estar insatisfechos con su vida. Las personas que se definen como optimistas tendieron en mayor medida que los tristes y alegres a no pensar en ese tema (cuadro III.54 del Anexo II).

El carácter a lo largo de la vida y la satisfacción con la vida no muestran relación significativa con los estados de ánimos actuales de los residentes. Se preguntó en primer lugar a los entrevistados si a menudo se encuentran aburridos. El 35% de los entrevistados respondió que a menudo se siente

de esa manera y no existe evidencia de asociación con otras variables. Sin perjuicio de ello, en el pequeño porcentaje de personas que respondieron que a menudo se sienten aburridas porque su estado de salud no les permite hacer nada se observa una significativa asociación estadística con la condición de dependencia. Como es lógico, las personas que tienen algún tipo de dependencia se sienten en mayor proporción aburridas porque su estado de salud les impide hacer actividades (cuadro III.55 del Anexo II).

La percepción de sentirse abandonado presenta menor prevalencia: sólo algo más del 14% de los entrevistados manifestó sentirse de ese modo. Existe asociación estadística entre el motivo de ingreso al establecimiento y el sentirse abandonado. Las personas que ingresaron en el establecimiento por razones sociales, tales como la falta de vivienda, la pobreza, la falta o el abandono de la familia o fueron internados por los servicios sociales y profesionales tienen más probabilidades de sentirse abandonados que los que ingresaron al establecimiento por la necesidad de cuidados o por propia decisión (cuadro III.56 del Anexo II). La internación por falta de relaciones sociales y familiares está, entonces, asociada a un sentimiento frecuente de abandono en las personas que viven en instituciones de larga estadía.

De manera coincidente, la participación de los residentes en la decisión de ingresar en el establecimiento muestra asociación estadística con la sensación de sentirse abandonado porque no lo visitan amigos o familiares en las institución. Las personas que no participaron en la decisión de ingresar en el establecimiento manifiestan en mayor proporción que se sienten abandonadas porque no reciben visitas de familiares o amigos. La falta de redes sociales de apoyo podría haber condicionado el ingreso no deseado a la institución (cuadro III.57 del Anexo II).

La participación en la decisión de ingresar en el establecimiento también muestra asociación estadística con las preferencias relacionadas con las salidas del establecimiento. Las personas que no participaron de la decisión manifiestan con más frecuencias que les gusta salir del establecimiento y pasear. Como se verá más adelante, esta opinión muestra consistencia con la mayor autovalencia de este grupo de población.

Las personas que participaron en la decisión de ingresar en el establecimiento opinan con más frecuencias que prefieren quedarse en el establecimiento, o que si bien les gusta salir no pueden caminar bien (cuadro III.58 del Anexo II).

Como es obvio, la dependencia para las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria muestra una asociación estadística altamente significativa con las preferencias por salir del establecimiento. Las personas dependientes responden con más frecuencia que les gusta salir, pero

que no pueden caminar bien, mientras que las personas que no tienen dependencia manifiestan que les gusta salir y pasear (cuadro III.59 del Anexo II).

Asimismo, se observa asociación estadística entre la condición de dependencia y la tenencia de amigos en el establecimiento. Las personas con dependencia responden con mayor frecuencia que no tienen amigos en el establecimiento (cuadro III.60 del Anexo II).

La recepción de visitas en el establecimiento muestra asociación con los motivos de la internación, con la participación en la decisión de internarse y con la tenencia de algún tipo de dependencia. Los residentes que ingresaron en el establecimiento debido a causas sociales o la intervención de terceros manifiestan en mayor proporción que no reciben visitas. La asociación estadística entre los motivos del ingreso y la recepción de visitas es de altísima significación (cuadro III.61 del Anexo II). Se pone de manifiesto que la falta de red social y familiar puede ser el motivo de ingreso a un establecimiento de larga estadía. La participación en la decisión de ingresar en el establecimiento muestra una asociación similar a la del motivo del ingreso. De manera similar, las personas que no participaron en la decisión de ingresar en el establecimiento manifiestan en mayor proporción que no reciben visitas (Cuadro III.62 del Anexo II). Finalmente, la condición de dependencia muestra también asociación estadística con la recepción de visitas. Las personas con algún tipo de dependencia responden en mayor proporción que reciben visitas en el establecimiento. Alrededor del 25% de las personas que no tienen dependencia responden que no reciben visitas de familiares o amigos (cuadro III.63 del Anexo II).

Finalmente, recibir visitas muestra una significativa asociación estadística con el estado de ánimo de los residentes. Las personas que manifiestan sentirse mal con más frecuencia dicen no recibir visitas en el establecimiento (cuadro III.64 del Anexo II).

A los residentes que dijeron recibir visitas se les preguntó de quién eran las visitas que recibían. Las visitas de familiares en el establecimiento también muestran asociación estadística con las variables: a) condición de dependencia, b) motivos del ingreso, c) participación en la decisión de ingreso, y d) edad del residente. Debe tenerse en cuenta que el porcentaje de personas que reciben visitas de amigos se tomó sobre el total de los entrevistados, es decir, incluye tanto a los que respondieron recibir visitas como a lo que dicen no recibir. Analizados los datos de esta manera agregada permite observar con más claridad que la internación debido a pobreza y razones sociales, entre las que se encuentra la falta de familiares, muestra significativa asociación estadística con no recibir visitas de familiares. La proporción también aumenta entre los que respondieron que fueron colocados por alguien en ese establecimiento (cuadro III.65 del Anexo II). De manera concordante,

la edad muestra asociación con la recepción de visitas de familiares: las personas menores de 65 años manifiestan con más frecuencia que no las reciben. Algo menos de la mitad de los residentes menores de 65 años respondió que no recibe visitas de familiares en el establecimiento, mientras que alrededor del 90% de los mayores de 85 años manifiestan que sus familiares los visitan.

Las entrevistas en profundidad pusieron de manifiesto que la práctica más frecuente de los familiares es llevar a los residentes a pasar los fines afuera de los establecimientos. Según expresan las mismas personas mayores, los hogares geriátricos resultan deprimentes para los familiares. El testimonio de una señora dependiente de 92 años de edad ejemplifica esta situación:

*E: ¿Recibe visitas?*

*D: Pocas... a nadie le gusta visitar un geriátrico. Es muy triste... acá ves a uno que tiene un problema, otro que tiene otro problema... no tiene memoria, le decís algo y al rato se olvidaron...*

En general, según los testimonios, las personas mayores dependientes salen de la institución para visitar la casa de los familiares:

*"E: ¿Y su familia la viene a visitar?*

*O: No, ellos me llevan nomás. Vienen, charlan un rato y después... bueno, vienen después a pagar.*

Las visitas suelen ser menos frecuentes que las salidas de los fines de semana, tal como pone de manifiesto otro de los testimonios de una señora dependiente de 83 años.

*E: ¿Está cómoda acá?*

*O: Sí, estoy muy cómoda. Me siento muy querida, siento mucho afecto por la gente de acá también. Estoy feliz, estoy muy bien.*

*E: ¿Cuáles son las ventajas de estar acá?*

*O: Y bueno... que no estoy sola, que estoy cuidada, que tengo cariño... cariño lo tengo con mis hijos también, por supuesto... ellos no vienen todos los días, ni cosa parecida porque tienen su trabajo y sus cosas... pero yo no me quedo un solo domingo acá. Ellos... cada domingo me lleva uno...".*

La asociación entre la edad de los residentes y la visita de familiares es significativa. Es necesario tener en cuenta que una significativa proporción de los menores de 65 años respondió que se internó por motivos sociales: pobreza, falta de vivienda o de familia (cuadro 4.5).

**Cuadro 4.5. Distribución porcentual de los residentes según edad por recepción de visitas de familiares. AMBA. 2006**

Familiares	Menor de 65 años	de 65 a 79 años	de 80 a 84 años	de 85 a 89 años	de 90 años y más	Total
Recibe visitas de familiares	55,0	77,4	78,9	90,4	88,9	(236) 77,6
No recibe visitas de familiares	45,0	22,6	21,1	9,6	11,1	(68) 22,4
Total	(60)	(62)	(76)	(52)	(54)	(304) 100,0

Chi2 26,58; gl 4; pvalor 0,000

Finalmente, las personas que ingresaron por motivos sociales también responden en mayor proporción que no reciben visitas de amigos. Las personas que ingresaron por motivos sociales o que fueron colocados por otras personas en ese establecimiento dicen con mayor frecuencia que no reciben visitas de amigos (cuadro III. 67 del Anexo II).

La encuesta indagó acerca del cambio en la frecuencia de las visitas de familiares o amigos, así como los horarios en que las visitas pueden ingresar al establecimiento. La variable participación en la decisión de ingresar al establecimiento muestra significativa asociación estadística con ambos comportamientos. Por un lado, los residentes que expresan que no participaron de la decisión de ingresar al establecimiento responden en mayor proporción que la frecuencia de las visitas de amigos y familiares disminuyó o tienden a no responder a esa pregunta (cuadro III.68 del Anexo II).

Por otro lado, los residentes que manifiestan que no participaron en la decisión de ingresar al establecimiento responden con más frecuencia que no conocen las normas sobre los horarios de visitas, que no los pueden visitar en cualquier momento o a no responder (cuadro III.69 del Anexo II).

Es probable que el tipo de establecimiento sea diferente en un caso y en otro, es decir, que la participación del residente en la decisión de ingreso tenga influencia en el tipo de establecimiento que se elige, pero debe tenerse en cuenta que la carencia de familiares o amigos que los visiten explica que se desconozca las normas al respecto. El comportamiento es similar con respecto a los horarios en los que familiares o amigos pueden cuidarlo en caso de necesidad. En este caso, más

del 30% de los residentes que respondieron que no participaron en la decisión de ingresar responde que desconoce las normas al respecto (cuadro III.70 del Anexo II).

La condición de dependencia es otra variable asociada al el conocimiento de las normas relacionadas con el cuidado por parte de familiares o amigos. Más del 30% de los residentes que dicen no tener dependencia desconoce las normas referidas al horario de permanencia de los cuidadores; por el contrario, en este grupo es muy baja la proporción de los que no responden (cuadro III.71 del Anexo II).

**Cuadro 4.6. Distribución porcentual de los residentes según condición de dependencia por horarios de cuidadores particulares en el establecimiento. AMBA. 2006**

Pueden cuidarlo en cualquier momento del día	Tiene algún tipo de dependencia	No tiene o no sabe si tiene dependencia	Total
Sí	62,1	54,8	(182) 59,9
No	10,0	9,7	(30) 9,9
No conozco las normas	19,4	32,3	(71) 23,4
No responde	8,5	3,2	(21) 6,9
Total	(211) 100,0	(93) 100,0	(304) 100,0

Chi2 7,7; gl 3; pvalor 0,05

Finalmente, la encuesta indagó acerca de las principales preocupaciones que actualmente tienen los residentes. Las variables motivo de ingreso, condición de dependencia y participación en la decisión de ingresar mostraron asociación con la percepción de distinto tipo de preocupaciones. La salud es la preocupación más frecuente: el 42% de los residentes respondió que era actualmente una de sus preocupaciones principales. El motivo de ingreso y la condición de dependencia son las variables que muestran asociación estadística con esta percepción.

Los residentes que ingresaron por necesidad de cuidados o por su propia decisión son los que con mayor frecuencia responden que la salud es preocupación principal (cuadro III.72 del Anexo II). Las personas que tienen algún tipo de dependencia también dicen estar preocupadas por su salud con mayor frecuencia que las que opinan que no tienen dependencia (cuadro III.73 del Anexo II).

Los residentes con algún tipo de dependencia responden con más frecuencia que la familia es una de sus preocupaciones principales (cuadro III.74 del Anexo II). La preocupación principal por el amor es menos frecuente, sólo el 16% de los residentes percibe esta preocupación, pero también las personas con algún tipo de dependencia la perciben en mayor proporción que las no dependientes (cuadro III.75 del Anexo II). La independencia es la preocupación principal que perciben con más frecuencia los residentes que expresan no haber participado de la decisión de ingresar al establecimiento (cuadro III.76 del Anexo II).

El sexo, por su parte, es una variable que exhibe asociación estadística en dos tipos de preocupaciones, así como en no percibir ningún tipo de preocupación. Es altamente significativa la asociación estadística entre ser hombre y estar preocupado por el sexo (cuadro III.77 del Anexo II), así como existe asociación entre ser hombre y estar preocupado por el dinero (cuadro III.78 del Anexo II). Por último, también hay asociación entre ser hombre y opinar que no tiene ninguna preocupación (cuadro III.79 del Anexo II).

## 4.8. Derechos de los residentes en las instituciones de larga estadía

La investigación indagó acerca de la existencia de normas y ámbitos aptos para preservar los derechos de los residentes que suelen estar amenazadas en las instituciones de larga estadía, fundamentalmente, los derechos a la privacidad, al ejercicio del poder de decisión o a la integración con el medio social y comunitario. En este informe sólo se analizan algunas dimensiones que mostraron asociación estadística con otras variables.

Una de las preguntas a los residentes fue si tocan a la puerta de su habitación antes de entrar. Más de la mitad de los entrevistados manifestó que no tocan a su puerta antes de ingresar a su habitación. La condición de dependencia mostró asociación con la probabilidad de que toquen su puerta. Las personas que tienen algún tipo de dependencia responden con más frecuencia que no tocan la puerta de su habitación antes de ingresar en ella (cuadro III.80 del Anexo II).

Dado que la mayor parte de los residentes comparten su habitación, se preguntó a los entrevistados si pueden estar solos en sus habitaciones si lo desean. La participación en la decisión de ingresar en el establecimiento muestra significativa asociación estadística con la posibilidad de

estar solos en la habitación si lo desean. Los residentes que no participaron en la decisión de ingresar en el establecimiento manifiestan con más frecuencia que no pueden permanecer solos en su habitación o no responden a la pregunta (cuadro III.81 del Anexo II).

Se les preguntó además si les era posible estar solos en otros ámbitos de la institución, si es que lo deseaban. La variable condición de dependencia muestra asociación estadística con la posibilidad de estar solos en algún ámbito de la institución si es que lo desean. Las personas que tienen algún tipo de dependencia responden con más frecuencia que no hay otro lugar para estar solos, que no saben porque nunca lo solicitaron o a no responder la pregunta (cuadro III.82 del Anexo II).

Se indagó acerca de la posibilidad de los residentes de decorar o acondicionar sus habitaciones. La participación en la decisión de internarse y la condición de dependencia muestran significativa asociación con las respuestas dadas. Las personas que participaron en la decisión de ingresar al establecimiento responden con más frecuencia que tienen esa posibilidad o que no saben porque nunca lo pidieron (cuadro III.83 del Anexo II). Por su parte, las personas que dicen no tener dependencia responden con más frecuencia que pueden decorar o acondicionar sus habitaciones que las que tienen algún tipo de dependencia (cuadro III.84 del Anexo II)

La encuesta indagó acerca de la posibilidad que los residentes tienen de circular por todo el establecimiento. La condición de dependencia muestra significativa asociación estadística con la posibilidad de circular por todo el establecimiento. Las personas con algún tipo de dependencia responden con más frecuencia que no pueden circular por todo el establecimiento (cuadro 4.7).

**Cuadro 4.7. Distribución porcentual de los residentes por condición de dependencia según pueden circular por todo el establecimiento. AMBA. 2006**

Puede circular por todo el establecimiento	Tiene algún tipo de dependencia	No tiene o no sabe si tiene dependencia	Total
Sí	79,2	96,8	(258) 84,7
No	20,8	3,2	(46) 15,3
Total	(211) 100,0	(93) 100,0	(304) 100,0

Chi<sup>2</sup> 15,2; gl 1; corrección de Yates para tablas de 2x2 13,8; pvalor 0,000

En este mismo sentido, alrededor del 25% de los entrevistados con algún tipo de dependencia manifiesta que le resulta difícil desplazarse por el establecimiento (cuadro III.86 del Anexo II). La salida del establecimiento también muestra significativa asociación estadística con la condición de dependencia (cuadro III.87 del Anexo II).

Las personas que tienen algún tipo de discapacidad responden con más frecuencias que no salen del establecimiento. La participación del residente en la decisión de ingreso muestra, asimismo, asociación con esta variable. Las personas que no participaron de la decisión de ingresar con más frecuencia responden que no salen del establecimiento (cuadro III.88 del Anexo II). Por último, la edad de los residentes muestra significativa asociación con las salidas del establecimiento. Los menores de 65 años manifiestan con más frecuencia que salen del establecimiento y, en el extremo opuesto, los mayores de 90 años lo hacen en la menor proporción (cuadro III.89 del Anexo II).

Se indagó acerca de la ayuda personalizada que reciben los residentes por parte de alguna persona del establecimiento. Esta dimensión muestra muy significativa asociación estadística tanto con la condición de dependencia como con el motivo de ingreso al establecimiento. Algo más del 80% de los residentes que tienen algún tipo de dependencia manifiestan que alguien del establecimiento les proporcionan algún tipo de apoyo: bañarse, comer, o hacer compras. Por el contrario, más del 80% de los que no tienen dependencia manifiesta que ninguna persona los apoya de manera particular (cuadro III.90 del Anexo II).

El motivo de ingreso también muestra muy significativa asociación con la existencia de una persona que los apoye. Las personas que ingresaron al establecimiento por razones sociales manifiestan en mayor proporción que no hay una persona en el establecimiento que les preste apoyo (cuadro III.91 del Anexo II). Por último, se le preguntó a los entrevistados si en la institución se sentían como en su hogar. La participación de los residentes en la decisión de ingreso mostró asociación estadística con la percepción de la institución como su propio hogar. Las personas que no participaron en la decisión de ingresar en el establecimiento manifiestan en mayor proporción que no sienten la institución como su propio hogar o a no responder la pregunta (cuadro III.92 del Anexo II).

Las restantes variables indagadas referidas al respeto de los derechos de los residentes en los establecimientos no mostraron asociación estadística con otras dimensiones.

## 4.9. Las actividades que realizan los residentes en las instituciones de larga estadía

La investigación preguntó a los residentes acerca de las actividades que desarrollan cotidianamente en el establecimiento. El tipo de actividades que realizan los residentes muestra asociación estadística con determinadas variables. La condición de dependencia, la edad, el sexo, la participación en la decisión de ingresar en el establecimiento, el motivo de ingreso, el carácter y el grado de bienestar en el establecimiento muestran asociación con la realización de distintos tipos de actividades.

En primer lugar se indagó acerca de las actividades de mantenimiento doméstico que habitualmente desempeñan los residentes. El 40% de los residentes entrevistados manifiestan que arregla sus efectos personales. La condición de dependencia, el carácter predominante a lo largo de la vida y la participación en la decisión de ingresar al establecimiento muestran asociación estadística con el hábito de arreglar sus efectos personales.

Las personas que no tienen ningún tipo de dependencia tienden a arreglar sus efectos personales en mayor proporción que las personas dependientes (cuadro III.93 del Anexo II). Las personas que dicen tener carácter optimista son los que más dicen que arreglan sus efectos personales, los alegres siguen en orden de frecuencia, mientras que los que son tristes pesimistas o tienden a la angustia lo hacen en menor medida (cuadro III.94 del Anexo II). Finalmente, la participación en la decisión de ingresar al establecimiento también muestra asociación estadística con el hábito de arreglar los efectos personales. Las personas que opinan que participaron de la decisión de ingresar en el establecimiento contestan con más frecuencia que tienen el hábito de arreglar sus efectos personales (cuadro III.95 del Anexo II).

La colaboración en el arreglo de la habitación es menos habitual, sólo algo menos del 20% de los residentes entrevistados manifiesta que lo hace. El motivo de ingreso al establecimiento y la condición de dependencia muestran una muy significativa asociación estadística con la colaboración en el arreglo de la habitación. También muestra asociación la participación en la decisión de ingresar en el establecimiento.

La mitad de las personas que ingresaron al establecimiento por razones de pobreza, falta de vivienda o de familia dicen colaborar habitualmente con el arreglo de su habitación (cuadro III.96 del Anexo II). La condición de dependencia muestra también significativa asociación estadística: las personas dependientes tienden en mayor proporción a no colaborar en el arreglo de su habitación

(cuadro III.97 del Anexo II). Las personas que participaron de la decisión de ingresar en el establecimiento manifiestan con mayor frecuencia que colaboran en el arreglo de su habitación (cuadro III.98 del Anexo II).

Muy pocos residentes, sólo algo más del 11% de los entrevistados, realiza mandados personales o para la institución. Como es fácil inferir, la condición de dependencia está significativamente asociada con la realización de mandados.

Prácticamente la totalidad de los residentes con algún tipo de dependencia no realiza mandados o compras personales, o para la institución. Resulta llamativo que sólo algo menos de 25% de los residentes sin dependencia realice compras, dado que la pregunta incluye las compras personales (cuadro III.99 del Anexo II).

Por último, otra dimensión de la vida cotidiana del establecimiento sobre la que se indagó es la colaboración en servir y levantar la mesa. Sólo el 4% de los entrevistados respondió que tiene ese hábito. El comportamiento muestra significativa asociación estadística con la edad de los internados –los menores de 65 años lo hacen con más frecuencia– y con la condición de dependencia. Debido al escaso número de frecuencias no se presentan los respectivos cuadros.

El principal motivo por el que los residentes realizan estas actividades de mantenimiento doméstico personal o institucional es, según expresan, porque les gusta colaborar. Es de mucha menor frecuencia la mención a que lo establecen las normas institucionales, por lo que esa variable no se analiza en este estudio, aunque es de interés señalar que las mayores proporciones de esta opinión se registra entre los que ingresaron por razones de pobreza o falta de vivienda, entre los menores de 65 años y entre los que hace más de once años que están internados, es decir, impresiona estar asociada a las normas que se establecen en la internación en hogares para pobres.

El testimonio de un señor de 66 años internado por el departamento de acción social del municipio proporciona un ejemplo en este sentido:

*"E: ¿Y hace cuánto que está acá?*

*J: Y acá un año. Ando bien, salgo, siempre salgo.*

*E: ¿Y a dónde va?*

*J: Voy a Morón, doy una vuelta, salgo por ahí... tengo algunos conocidos que los voy a visitar.*

*E: Ah. ¿Tiene amigos por acá?*

*J: Sí, sí. Acá enfrente nomás, tengo un amigo de hace treinta años, que yo no sabía que vivía acá. Me lo encontré acá de casualidad.*

*E: ¿Y amigos acá adentro?*

*J: Si, acá si... esta gente, este que estaba acá(se refiere a José, que entrevisté antes), estamos siempre juntos con él... y si yo no me fui para Navidad por eso, ni para Año Nuevo por eso, porque estaban solos.*

*E: ¿Y acá adentro qué hace?*

*J: Leo, escucho música... barro, limpio, barro el patio, baldeo, paso la escoba ahí... a veces cuando está la máquina corto el pasto en el fondo, siempre hago algo, no me quedo quieto. Pinto, la vez pasada pinté todo acá arriba, las rejas... todo eso."*

La disposición subjetiva a colaborar está estadísticamente asociada con la condición de dependencia, la edad, y la participación en la decisión de ingresar en el establecimiento.

La condición de dependencia muestra una muy significativa asociación con la disposición subjetiva a colaborar. Algo más del 42% de los entrevistados manifiesta que realiza algunas de las actividades cotidianas indagadas porque le gusta colaborar. La disposición a colaborar es mucho más elevada entre las personas que no tienen dependencia (cuadro III.100 del Anexo II).

La asociación estadística entre la disposición subjetiva a colaborar y la edad también muestra ser significativa. En el universo estudiado por esta investigación, los más jóvenes y los de edad más extrema opinan con mayor frecuencia que poseen esta actitud colaboradora (cuadro III.101 del Anexo II). Por último, la participación en la decisión de ingreso exhibe asociación estadística con este comportamiento. Las personas que dicen haber participado de la decisión de ingresar en el establecimiento opinan que les gusta colaborar con las tareas domésticas cotidianas (cuadro III.102 del Anexo II).

Además de las actividades domésticas cotidianas, la encuesta indagó acerca de la realización habitual en la institución de actividades individuales, sociales o de mejora de la salud. Se presentan a continuación sólo las actividades que mostraron asociación estadística con determinadas variables. El tipo de actividades que los residentes dicen que realizan en la institución exhibe asociación estadística con el estado de ánimo, con la condición de dependencia, con la edad y con el motivo de ingreso al establecimiento.

Miran TV con menos frecuencia los que ingresaron al establecimiento por necesidad de cuidados o por propia decisión (cuadro III.103 del Anexo II). Reunirse con otros residentes muestra asociación con el estado de ánimo de los residentes. Las personas que dicen estar muy bien, muy contentas y las que dicen estar bien son las que con mayor frecuencia responden que se reúnen habitualmente con otros residentes (cuadro III.104 del Anexo II). La realización de actividades muestra significativa asociación con la edad. Los menores de 65 años realizan manualidades en la mayor proporción. Además, en general a medida que aumenta la edad disminuye la frecuencia de

hacer manualidades (cuadro III.105 del Anexo II), indudablemente influenciado por la menor capacidad visual y motriz de las manos.

La realización de actividades recreativas exhibe significativa asociación estadística con la condición de dependencia de los residentes. Los residentes con algún tipo de dependencia realizan actividades recreativas con menor frecuencia (cuadro III.106 del Anexo II).

#### **4.8. Distribución porcentual de los residentes por condición de dependencia según realizan actividades recreativas. AMBA. 2006**

Realizan actividades recreativas	Tiene algún tipo de dependencia	No tiene o no sabe si tiene dependencia	Total
Realizan actividades	15,6	34,4	(65) 21,4
No realizan actividades	84,4	65,6	(239) 78,6
Total	(211) 100,0	(93) 100,0	(304) 100,0

Chi2 13,5; gl 1; corrección de Yates 12,4; pvalor 0,000

Asimismo, la realización de actividades recreativas en el establecimiento muestra alta asociación estadística con el estado de ánimo de los residentes. Las personas que dicen sentirse muy bien y bien manifiestan en mayor proporción realizar actividades recreativas que los que se sienten regular o mal (cuadro III.107 del Anexo II). Las actividades de rehabilitación exhiben asociación estadística con el estado de ánimo y con el motivo del ingreso al establecimiento. Las personas que tienen muy buen y buen estado de ánimo dicen realizar rehabilitación en mayores proporciones que los que están regular o mal (cuadro III.108 del Anexo II).

Por otra parte, las personas que ingresaron al establecimiento por pobreza, carencia de vivienda o de familia, y las que ingresaron por su propia opción manifiestan con menor frecuencia que realizan tareas de rehabilitación (cuadro III.109 del Anexo II). La práctica de actividades religiosas muestra asociación estadística con la edad: a medida que aumenta la edad de los residentes

aumentan las frecuencias que los que manifiestan que practican actividades religiosas (cuadro III.110 del Anexo II).

Como es obvio, la condición de dependencia y la edad muestran asociación estadística con la realización de actividades vinculadas con caminar y salir del establecimiento. Es significativa la asociación estadística entre la condición de dependencia y el hábito de caminar. Las personas con dependencia opinan en menor proporción que suelen caminar en el establecimiento (cuadro III.111 del Anexo II). Las personas que no tienen dependencia mencionan con más frecuencia que no realizan visitas a familiares y amigos (cuadro III.112 del Anexo II).

Es significativa la asociación estadística entre la condición de dependencia y la realización de paseos al aire libre (cuadro III.113 del Anexo II). Como se dijo, también es evidente la asociación estadística entre la edad y cada una de estas actividades que involucran caminar: las personas menores de 65 años responden con mayor frecuencia que las personas de edad más avanzada que realizan este tipo de actividades.

La encuesta preguntó a los residentes si desearían realizar otro tipo de actividades, distintas de las que refirieron que hacían habitualmente. La edad muestra significativa asociación estadística con el deseo encarar otro tipo de actividades. Las personas más jóvenes son las que expresan en mayor proporción el deseo de realizar nuevas actividades y, aunque las frecuencias son demasiado bajas como para analizar perfiles, debe destacarse que la actividad que preferirían realizar es predominantemente trabajar (cuadro III.114 del Anexo II). La condición de dependencia muestra asociación estadística, pero con menor intensidad, con el deseo de realizar otras actividades: las personas que no tienen discapacidad mencionan con más frecuencia que desean realizar otras actividades (cuadro III.115 del Anexo II).

Finalmente, el sexo es una variable que muestra significativa asociación estadística con la realización de actividades de distinto tipo en el establecimiento y cotidianamente. Las mujeres responden con mayor frecuencia que arreglan su habitación (cuadro III.116 del Anexo II); que realizan manualidades (cuadro III.117 del Anexo II); que hacen gimnasia (cuadro III.118 del Anexo II); que realizan actividades religiosas (cuadro III.119 del Anexo II) y que realizan talleres (cuadro III.120 del Anexo II). Los hombres, en cambio, realizan con más frecuencia visitas a amigos y a familiares (cuadro III.121 del Anexo II).

Las entrevistas en profundidad ilustran la vida cotidiana en los establecimientos de larga estadía. Según los testimonios, la vida cotidiana en las instituciones de larga estadía muestra diferencias atribuibles, por un lado, a los distintos perfiles de establecimientos pero, por el otro, a las

expectativas y las actitudes dispares de los residentes. Un ejemplo de ello se pone en evidencia a través de lo manifestado por diferentes personas internadas en un mismo establecimiento: hay notorias discrepancias en las opiniones personales acerca de la calidad de las actividades y de la atención que reciben.

El establecimiento está ubicado en un barrio de clase media de la Ciudad de Buenos Aires, las residentes pagan de manera privada sus cuotas. Se entrevistaron tres residentes, cuyos testimonios constituyen una evidencia elocuente de las distintas disposiciones subjetivas. Es necesario resaltar que todas las entrevistadas poseen el pleno ejercicio de sus facultades mentales, por ese motivo, es prácticamente universal reconocer el contexto deprimente que ofrece la vida cotidiana en la institución debido a la convivencia con personas con problemas cognitivos o neurológicos severos. Tal el caso de una señora de 94 años:

*"E: ¿Y qué actividades hace acá dentro?*

*M: Acá hacemos cocina, acá hacemos labores, trabajos manuales, trabajamos de cocina, trabajamos de dibujo...*

*E: ¿Y le gusta?*

*M: Si, y a mí me encanta coser, pero ahora la vista no me da mucho... pero igual yo lo hago... esfuerzo la vista pero yo leo, a mí me gusta mucho leer, mucho.*

*E: ¿Y usted está cómoda acá?*

*M: Si, yo estoy muy cómoda acá.*

*E: ¿Y qué no le gusta de estar acá?*

*M: No es que no me gusta... pero me da mucha pena muchas cosas... ver esta gente tan mal, ver esta gente que no puede moverse para nada, yo todavía, dentro de todo, me puedo mover, puedo caminar... y otros no pueden moverse, están siempre paralizados, y eso me da mucha tristeza. Yo siempre fui muy emotiva, muy emotiva... cualquier cosa me hace llorar."*

En el mismo establecimiento otra señora de 83 años opina:

*"E: Y cuando está acá, ¿va a pasear a algún lado?*

*O: Hoy casualmente nos llevaron a pasear a Puerto Madero, después tenemos actividades.*

*E: ¿Cómo cuáles?*

*O: Tenemos gimnasia lunes, miércoles y viernes... una gimnasia muy completa, muy buena. Tenemos hoy jueves coro, bah! Canto. Los miércoles tenemos lotería con la chica, esteee... miércoles y viernes viene la chica, un día jugamos a la lotería y los viernes tenemos trabajos manuales.*

*E: ¿Y qué hacen de trabajos manuales?*

*O: Hemos hecho jabones, anotadores... hicimos todos arbolitos para Navidad, hicimos para regalar a nuestras familias. Tenemos yoga los sábados... es muy completo, muy completo.*

*E: ¿Y le gusta hacer eso?*

*O: Si, me gusta mucho.*

*E: Y después, ¿acá tiene amigos?*

*O: Si algunas... porque no hay muchas que estén... la mayoría no está muy bien. Pero me llevo bien con todo el mundo... no tengo problemas con nadie, ni ellos lo tienen conmigo. Pero no se puede hablar con mucha gente."*

Finalmente, otra de las señoras entrevistadas en el mismo establecimiento, de 92 años, dice:

"*E: ¿Y qué hace durante el día? ¿Lee?*

*D: Hago gimnasia... y leo poco porque me operaron de cataratas... Escucho radio... mucha, mucha radio, y la televisión la veo poca... estoy sorda de este oído, pero de este más o menos oigo.*

*E: Ah. ¿Y la televisión no la mira porque no le gusta?*

*D: No me gusta, y a parte la veo poco... leo alguna revista con alguna lupa o algo así para ayudarme.*

*E: ¿Le gustó leer siempre?*

*D: Siempre, y mucho, mucho la pintura, el arte.... esteeee, las cosas espirituales de la vida*

*E: Y ¿otras actividades hace acá?*

*D: No... por ejemplo hoy jueves hay una chica que viene a cantar... es músico terapeuta, pero es muy mediocre... (risas)"*

A través de los testimonios se puede inferir que no todos los residentes muestran la misma predisposición a participar de las actividades recreativas organizadas por los establecimientos. La disposición subjetiva impresiona una dimensión de importancia en la participación de las actividades recreativas.

Por su parte, en los establecimientos contratados por la obra social de los jubilados también se percibe la existencia de una oferta organizada de actividades recreativas, así como se distinguen con nitidez las prácticas diferenciadas de los internados por razones sociales más jóvenes, de las personas que ingresaron por necesidad de cuidados en edades avanzadas. El testimonio que se presenta a continuación corresponde a la señorita de 49 años internada por el servicio social de la obra social de los jubilados en un establecimiento privado del Gran Buenos Aires:

"*E: ¿Y hacen alguna actividad acá?*

*N: Hay actividades pero yo no hago actividades, me voy a veces al quiosco de acá al lado. Juegan, por ejemplo, a las cartas pero yo no juego. Yo estoy con ellos tomando mate, salgo a tomar un café. Voy a visitar a mi sobrina, a mi mamá.*

*Acá hay un lindo patio, yo a la noche no me quedo acá adelante me voy al patio.*

*E: ¿Y qué hace durante el día?*

*N: Y... no hago nada, tomo con ellos mate (señala una pareja relativamente joven), él hace unos mates riquísimos, ella es la novia, y estamos acá, viste.*

*E: ¿Mira televisión?*

*N: Si... no me llama mucho, viste... no, me gusta más la radio, la música. Solemos ir con Bernardo (el novio que conoció en la institución) a un bar que tiene sillones de madera y pasan música. A mí me gusta la tranquilidad, a mí el loquero acá adentro no me gusta. Y a Bernardo lo mismo, estar tranquilos."*

Para los residentes más jóvenes, que no dependen de terceros para la realización de las actividades diarias, los establecimientos ofrecen las comodidades de un hotel o pensión con servicios. Además tienen la posibilidad de salir, hacer visitas o caminar, según sus posibilidades económicas.

La información aportada por las entrevistas en profundidad permiten inferir que los establecimientos entrevistados ofrecen actividades en las que no participan buena parte de los residentes debido, entre las causas más mencionadas, a la falta de interés o a una mala predisposición subjetiva. Claro está, la calidad de la oferta puede también influir en la decisión de participar o no de las actividades y ese aspecto no fue evaluado por este estudio.

## 4.10. Aspectos económicos de la internación en la institución

La opinión de los residentes respecto de los aspectos económicos de la internación es el último punto investigado. Se presentan a continuación sólo las variables que mostraron asociación estadística.

Según el marco conceptual elaborado por este estudio, la firma de un contrato de servicios entre el residente y la institución es una de las variables clave para evaluar si los establecimientos se adecuan a los nuevos paradigmas. La firma de un contrato de servicios pone en evidencia que el establecimiento en cuestión no se comporta como las tradicionales instituciones tutelares o reglamentadas, y se compromete a satisfacer una serie de condiciones acordadas con el usuario acerca del servicio que ofrece. Son muy pocos los entrevistados que manifiestan saber que han firmado un contrato con el establecimiento. El tiempo de antigüedad en la internación es la única variable que muestra asociación estadística con la firma de contrato: las personas que hace menos

de seis años que ingresaron al establecimiento mencionan con más frecuencia que firmaron un contrato de servicios (cuadro 4.9). La asociación estadística observada puede hacer suponer que las internaciones recientes se ajustan más a los nuevos paradigmas que las que son de tiempo más prolongado.

#### **4.9. Distribución porcentual de los residentes por antigüedad en el establecimiento según contrato con el establecimiento. AMBA. 2006**

Contrato de servicios	Menos de 6 años	Más de 6 años o de otro establecimiento	No recuerda	Total
Sí	15,7	9,7	5,0	(39)
No	42,2	40,3	27,5	(121)
No sabe	42,2	50,0	67,5	(144)
Total	(187)	(74)	(43)	(304)
	100,0	100,0	100,0	100,0

Chi2 9,99; gl 4; pvalor 0,04

Otra dimensión sobre la que se indagó es la disponibilidad de ingresos monetarios. La tenencia de ingresos es un indicador relevante de independencia y autonomía. La edad de los residentes muestra altísima significación estadística de asociación con la disponibilidad de ingresos monetarios. A medida que aumenta la edad aumenta la proporción de personas que manifiestan que cuentan con ingresos monetarios, alcanzando prácticamente la universalidad entre los mayores de 90 años. Por el contrario, es muy elevada la proporción de personas menores de 65 años que manifiestan que no tienen ingresos o que no responden a la pregunta (cuadro III.123 del Anexo II).

Al preguntar cuáles son las principales fuentes de ingreso, la jubilación o pensión es la más mencionada. La edad es también la variable que muestra asociación estadística con la percepción de jubilación o pensión. Más de la mitad de los menores de 65 años residentes en establecimientos y entrevistados en este estudio no perciben jubilación o pensión (cuadro III.124 del Anexo II).

Es muy baja la proporción de personas que dicen recibir dinero de alquileres. El sexo es la variable que muestra asociación estadística con la percepción de rentas por alquileres: las mujeres

manifiestan que reciben rentas derivadas de alquileres en mayor proporción que los hombres (cuadro III.125 del Anexo II). Este comportamiento se puede explicar porque con más frecuencia las mujeres son viudas que al ingresar al establecimiento alquilan sus viviendas y pagan la cuota sumando el monto de sus jubilaciones y de la renta que proviene del alquiler.

La encuesta preguntó quién o quiénes proporcionan el dinero para el pago de la cuota mensual del establecimiento. La edad y el motivo del ingreso al establecimiento son las variables que muestran asociación estadística de alta significación con la respuesta que señala al propio entrevistado como el que provee por sí mismo el dinero para el pago de la cuota. Las personas menores de 65 años son las que en menor proporción proporcionan el dinero para el pago de la cuota (cuadro III.126 del Anexo II).

Las personas que dijeron haber sido colocadas en el establecimiento por una tercera persona o por un servicio profesional y los que ingresaron por pobreza, carencia de vivienda o de familia responden con menor frecuencia que ellos proporcionan el dinero para el pago de la cuota mensual. Por el contrario, las personas que dicen haber ingresado al establecimiento por propia opción son las que en mayor proporción dicen que ellos mismos proporcionan el dinero para el pago de la mensualidad (cuadro III.127 del Anexo II). Las cuotas mensuales pueden ser pagadas además con el aporte de familiares o amigos, que se pueden o no sumar al dinero del mismo residente. La edad es la variable que muestra asociación estadística con el aporte de familiares para el pago de la cuota. Las personas más jóvenes son las que reciben en menor proporción dinero de familiares o amigos para el pago de la cuota. En el universo estudiado el grupo de 85 a 89 años es el que en mayor proporción recibe dinero de los familiares (cuadro III.128 del Anexo II).

Finalmente, la obra social puede ser el tercer pagador. La edad y el motivo de ingreso son variables que muestra elevada significación en la asociación estadística con recibir dinero de la obra social, también exhibe asociación estadística con la participación del residente en la decisión de ingresar al establecimiento. La obra social proporciona con más frecuencia dinero para el pago de la cuota a los grupos de menor edad (cuadro III.129 del Anexo II). Asimismo, los residentes que ingresaron por motivo de pobreza, falta de vivienda o carencia de familiares responden con más frecuencia que la obra social proporciona dinero para el pago de la cuota (cuadro III.130 del Anexo II).

La participación en la decisión de ingresar al establecimiento muestra asociación estadística con el pago de la obra social: las personas que no intervinieron en la decisión de ingresar al

establecimiento responden con más frecuencia que la obra social le proporciona dinero para el pago de la cuota (cuadro III.131 del Anexo II).

Por último, se le preguntó a los residentes si les alcanza el dinero para satisfacer sus necesidades. La condición de dependencia y la participación en la decisión de ingresar al establecimiento muestran asociación estadística con la percepción de suficiente dinero. Las personas que tienen algún tipo de dependencia manifiestan en mayor proporción que no los alcanza el dinero y que no saben si les alcanza, por que se lo manejan otros (cuadro III.132 del Anexo II). Los residentes que dicen no haber participado de la decisión de ingresar al establecimiento responden con mayor frecuencia que no les alcanza el dinero mensual (cuadro III.133 del Anexo II).

La investigación cualitativa ilustra las distintas alternativas personales y familiares vinculadas al pago o financiamiento de la internación de larga estadía. El estudio puso en evidencia que la capacidad de pago de la mensualidad del establecimiento es determinante en las decisiones acerca del ingreso y del tipo de institución en el que se interna la persona dependiente. En las entrevistas en profundidad se observaron cuatro perfiles según las modalidades del pago de las cuotas mensuales: a) las paga el residente de manera exclusiva, b) las paga la familia, que administra los bienes del residente, c) las paga el residente con el apoyo de familiares o de la obra social, y c) las paga en su totalidad la asistencia social municipal o la obra social.

En un solo caso puede inferirse que la internación se paga exclusivamente con los recursos corrientes y patrimoniales de la residente. Se trata de una señora de 92 años soltera que, según su opinión, fue internada en el establecimiento privado por sus sobrinos.

*E: ¿Pero el geriátrico se lo pagan sus sobrinos?*

*D: Noooo, lo tengo que pagar yo con la jubilación y lo poco que me queda.*

*E: ¿Y el departamento no lo alquila?*

*D: Lo alquilaba, pasa que se desalquiló... y lo quieren vender, así que ahora estoy con ese problema.*

*E: Ese era el problema que me contaba por el que estaba mal...*

*D: Claro.*

*E: El departamento está a nombre suyo... ¿por qué lo quieren vender?*

*D: Para pagar esto."*

Según el relato de la señora las cuotas mensuales del establecimiento se pagaban con su jubilación y con el alquiler de su departamento. En este momento sus sobrinos pusieron en venta el departamento para poder hacer frente a los costos de la internación. Dado que la señora ya tiene

92 años, esperan que el valor del departamento alcance para el pago de por vida de la institución. Es difícil saber si además los sobrinos se hacen cargo del pago de parte de las cuotas, pero esto no es así por lo menos desde la percepción de la interesada.

En otros casos es clara la participación predominante de la familia. En el segundo perfil observado, los hijos se hacen cargo del pago de las cuotas y del manejo de las finanzas de las residentes:

*E: Ellos son la que la mantienen.*

*O: Si, ellos mantienen... me compran la medicación... todo ellos...*

*E: ¿Y manejan también su dinero?*

*O: Si.*

*E: ¿Y si usted se quiere comprar algo?*

*O: Ahh!! Lo tengo, lo pido..."*

Las residentes cobran sus jubilaciones y pensiones, además tienen sus departamentos que al ingresar suelen alquilarse para contribuir con la renta al pago del establecimiento:

*"M: ellos tienen alquilado mi departamento.*

*E: Y usted... su hijo le paga el geriátrico?*

*M: No, yo tengo mi jubilación... y lo que hace falta más me lo da mi hijo, casi todo lo pone mi hijo.*

*E: No, como me dijo que tiene el departamento en alquiler...*

*M: Pero eso sólo alcanza para pagar los impuestos del departamento, porque es provisorio, porque ahora ellos se van a jubilar, y se van a vivir al country y no vuelven más."*

Una característica común en estos testimonios del primero y segundo perfil es la absoluta falta de manejo del dinero y de los bienes patrimoniales una vez que se produce el ingreso al establecimiento. Es altamente probable que en el caso de las señoras viudas con hijos, la pérdida del control sobre las finanzas haya sido anterior a la internación. Sin perjuicio de ello, es claro que una vez que ingresan al establecimiento las señoras no manejan recursos materiales de ningún tipo.

*"E: Y usted si que quiere comprar algo, ¿su hijo se lo compra?*

*T: Claro que sí.*

*E: ¿Él maneja el dinero?*

*T: Él contribuye.*

E: Contribuye... ¿y usted tiene jubilación?

T: Tengo jubilación

E: ¿Y con eso paga la institución?

T: No, esto lo paga mi hijo de Estados Unidos.

E: Y si quiere comprarse algo se lo pide a su hijo que está acá...

T: No tengo que pedirle porque él sabe lo que yo necesito, lo que quiero... está presente."

El perfil predominante en los establecimientos que se pagan en forma privada es el reseñado precedentemente: el control de las finanzas, incluyendo la compra y venta de bienes del residente, por parte de la familia.

El tercer perfil, menos prevalente, es el que conforman señoritas internadas en instituciones de larga estadía que administran los recursos materiales de manera compartida con sus familiares. La característica común es la carencia de hijos biológicos vivos, es decir, los familiares son hijos adoptivos, nietos o hermanos.

"E: ¿Y el geriátrico cómo lo paga?

C: Yo tengo pensión de mi esposo, y con eso lo pago.

E: ¿Y si se quiere comprar algo?

C: Y con lo mismo, que me queda. Porque mi hermana es mi apoderada, paga acá, antes del mes ella paga. Pero como ella también está mal de las piernas, entonces el señor de acá, ¿usted lo conoce? Él se ofreció... va él a lo de mi hermana a cobrar. Después con lo que me queda me compro lo que necesito.

E: ¿Y su hermana la ayuda un poco?

C: Más mis nietos que están en muy buena posición... si necesito algo me lo compran."

En el segundo testimonio dentro de este mismo perfil se observa la participación de un tercer pagador, la obra social de los jubilados, en el contrato de un establecimiento privado.

"E: Usted está acá por PAMI...

A: Estoy por PAMI, me sacan la mitad del sueldo...

E: La jubilación suya...

A: Claro, la mitad de mi jubilación, y... me sacan un poco más, un poco más. Pero yo me compro los fideos dietéticos, yo me compro el pan integral, yo me compro el aceite, la verdurita que me gusta, la fruta... yo me compro un montón de cosas, porque me gusta mucho el naturismo

E: ¿Y esa plata se la administra usted?

*A: No, mi sobrina, ella es mi apoderada, ella me cobra y después viene y me trae... y yo me manejo.*

*E: Pero si se quiere comprar algo, se lo compra usted.*

*A: Ah, sí, sí. En ese sentido las chicas... tampoco quiero, por ejemplo, que mi hija me ayude, no quiero. Si necesito plata se la pido y después se la devuelvo. Y si ella necesita me la pide y después me la devuelve. Es una forma de estar bien, viste, porque siempre que está el dinero de por medio siempre hay... entonces en esa forma..."*

Los testimonios que conforman este tercer perfil ponen en evidencia una actitud de control sobre las propias finanzas. La hija a la que hace referencia la señora del último relato es adoptiva, sin capacidad de proporcionar soporte económico, razón por la cual la obra social interviene en la contratación del establecimiento.

Finalmente, el cuarto perfil está conformado por las personas internadas en establecimientos privados por la asistencia social, municipal o de la seguridad social, a causa de su pobreza. En estos casos, las personas carecen de recursos, tanto corrientes como patrimoniales. La totalidad de la cuota está a cargo de los respectivos organismos.

*"Yo cobro muy poquito, porque la curadora de mi mamá hizo lo siguiente, para poder darme un pequeño subsidio a mí le sacaron a mi mamá, entonces yo cobro 138 pesos, nada más. Pero mi sobrina me ayuda, yo me compro shampoo, desodorante con eso, y de vez en cuando me compro empanaditas, o me doy algún gusto. Yo los hago que me duren..."*

*E: ¿No es municipal esto?*

*N: No sé, yo estoy por PAMI, por mi mamá".*

Este testimonio corresponde a una señorita que pudo acceder a la cobertura de la obra social de los jubilados a través de la curadora de su madre. La obra social se hace cargo de la totalidad de la cuota, pero ella no dispone de más recursos que los que pueda recibir a través de la familia, también con falta de medios.

Otros dos relatos expresan la carencia total de recursos, sólo cuentan con la atención completa que les ofrece la institución, costeada íntegramente por el municipio.

*"E: ¿Y usted tiene que hacer alguna contribución acá? ¿Tiene que pagar?"*

*J: No, se encarga la municipalidad, lo arreglaron ellos. La municipalidad absorbe todos los gastos".*

*"E: ¿Y si necesita comprarse algo?"*

*J: Sí, siempre consigo... o me presta alguien. Ahora me están gestionando para una pensión..."*

En resumen, el cuarto perfil está compuesto por todas las personas que dependen en su totalidad de la asistencia social para pagar el establecimiento privado en el que viven. Además, carecen de todo tipo de recurso material que les permita adquirir algún tipo de bienes, con la excepción de dádivas esporádicas de dinero por parte de familiares o amigos.

A pesar de las notorias diferencias, subyace a los distintos perfiles un aspecto en común: la mayor parte de las personas entrevistadas, internadas en establecimientos de larga estadía del AMBA, carecen de control autónomo sobre recursos materiales, corrientes o patrimoniales. También se pone de manifiesto a través de los testimonios que la internación en establecimientos privados no implica, necesariamente, que el costo se pague de manera privada. La asistencia social, tanto la municipal como la de la seguridad social, ofrece también la prestación a través de la contratación de plazas en establecimientos privados.

## 4.11. La evaluación final del entrevistador

Al finalizar la entrevista, el encuestador consignó determinados aspectos personales de los residentes entrevistados según su observación. Se mencionan a continuación los aspectos personales que mostraron asociación estadística con características de los residentes. El sexo, la edad, el motivo de internación, el carácter y el estado de ánimo muestran asociación estadística con determinados problemas físicos observados o el aspecto general e higiene de los residentes.

Los problemas auditivos exhiben significativa asociación estadística con la edad: a medida que aumenta la edad aumenta la proporción de personas que tienen problemas auditivos observables (cuadro 4.10).

### 4.10. Distribución porcentual de los residentes por edad según tenía problemas auditivos. AMBA. 2006

Problema auditivo	Menor de 65 años	de 65 a 79 años	de 80 a 84 años	de 85 a 89 años	de 90 años y más	Total
Tenía un problema auditivo	1,7	4,8	10,5	19,2	33,3	13,2

Chi2 34,23; gl 8; pvalor 0,000

Los problemas de la vista muestran significativa asociación estadística con el motivo de ingreso al establecimiento: las personas que ingresaron por razones sociales tienen menos problemas de vista observables (cuadro III.135 del Anexo II). El motivo de ingreso al establecimiento muestra asociación estadística, además, con las dificultades de caminar observables. Las personas que ingresaron por motivos sociales tienen menos dificultades observables para caminar (cuadro III.136 del Anexo II). La edad posee significativa asociación estadística con las dificultades para caminar: las personas de los grupos de edad más jóvenes presentan en menor proporción dificultades para caminar. (cuadro III.137 del Anexo II).

Las dificultades de caminar observables también exhiben asociación estadística con el carácter que las personas dicen tener a lo largo de su vida. Las personas que dicen ser alegres son las que en menor medida muestran dificultades para caminar, en segundo lugar las personas optimistas (cuadro III.138 del Anexo II). Por último, el estado de ánimo exhibe asociación estadística con las dificultades para caminar. Las menores proporciones de personas con dificultades observables para caminar se registran entre las personas que dicen sentirse muy bien o bien (cuadro III.139 del Anexo II).

El sexo es la variable que exhibe asociación estadística con las variables referidas a la higiene y el aseo personal y de la ropa. Además, el motivo de ingreso al establecimiento muestra asociación con la higiene personal observada. Las personas que ingresaron por motivos sociales, pobreza, carencia de vivienda, carencia de familia o que fueron colocados por alguien muestran peores condiciones de higiene personal (cuadro 140 del Anexo II). Es muy elevada la significación de la asociación estadística entre el sexo y la higiene personal, la higiene de la ropa y el aspecto general observados. Las mujeres entrevistadas muestran más higiene personal (ver cuadro 4.11), más higiene en su ropa (cuadro III.142 del Anexo II) y mejor aspecto general (cuadro III.143 del Anexo II) que los hombres entrevistados.

#### 4.11. Distribución porcentual de los residentes por sexo según higiene personal observada. AMBA. 2006

Higiene personal	Femenino	Masculino	Total
Excelente	8,6	7,1	(25) 8,2
Muy buena	41,8	22,6	(111) 36,5
Buena	35,0	27,4	(100) 32,9
Normal	13,2	29,8	(54) 17,8
Mala	1,4	13,1	(14) 4,6
Total	(220) 100,0	(84) 100,0	(304) 100,0

1 casillas (10,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,87.

Chi 2 34,94; gl 4; pvalor 0,000

En el próximo capítulo se analiza la relación entre dimensiones de los establecimientos y opiniones de los residentes que muestran asociación estadística.

## 5. Características de los establecimientos y opiniones de los residentes

En el análisis se fusionaron las bases de establecimientos y de residentes, con el propósito de analizar la relación entre determinadas características de los establecimientos y opiniones de los residentes acerca de su satisfacción y bienestar en la vida cotidiana en la institución. El estudio de la relación se focalizó en las variables que mostraron asociación estadística en cada uno de los análisis desagregados, es decir, no se efectuó un estudio general de todas las variables contenidas en uno y otro cuestionario.

La fusión de las bases de establecimientos y residentes se realizó considerando el número de la institución como el código clave. Mediante ese procedimiento, fue posible adjudicar los datos de cada institución a los residentes que vivían en ella. Debido a que la muestra aleatoria del 10% de los residentes en cada establecimiento tuvo un piso mínimo de dos personas y un techo máximo de seis personas por institución, en la base fusionada de establecimientos y residentes se modifica el peso de la variable tamaño del establecimiento, una de las más relevantes en la determinación de comportamientos diferenciales de las instituciones.

### 5.1. Características de los establecimientos y motivos de ingreso de los residentes

Los motivos que los residentes dijeron ocasionaron su ingreso al establecimiento muestran asociación estadística con determinadas características de las instituciones: a) con el valor de la cuota mensual que cobran, b) con la modalidad prestacional que las identifica, y c) con la cantidad de los internados que alojan.

La categorización de los establecimientos según el valor de la cuota mensual muestra asociación estadística significativa con los motivos que, según los entrevistados opinan, fueron la causa de su ingreso a la institución. Las personas que opinan que ingresaron al establecimiento por necesidad de cuidados o por su propia opción residen en mayor proporción en establecimientos que cobran cuotas mensuales medias y bajas y en establecimientos que no informan el valor de sus cuotas. En cambio, los residentes que ingresaron por motivos de pobreza, falta de familia o vivienda y los que dicen que fueron colocados allí por terceras personas o servicios profesionales residen en establecimientos que cobran cuotas mensuales medias y altas (cuadro IV.1 del Anexo II).

El motivo de ingreso muestra también asociación estadística con el tamaño del establecimiento. Las personas que ingresaron por motivos sociales, que agrupan la pobreza, la falta de familia o

vivienda o haber sido colocado en el establecimiento por terceras personas tienden a residir en mayor proporción en establecimientos de más de cincuenta internados y es muy bajo el porcentaje en establecimientos que tienen menos de veinte internados. En cambio, las personas que ingresaron al establecimiento porque tenían necesidades de cuidados o porque así lo decidieron tienden a estar internados en instituciones de entre veinte a cincuenta internados (cuadro IV.2 del Anexo II).

Se delinean a partir de estas distribuciones dos grandes perfiles: a) los residentes que ingresaron por motivos sociales tienden a estar en instituciones de más tamaño y de valores de cuota más elevadas y b) las personas que ingresaron por necesidad de cuidados o por propia opción residen en establecimientos de menor tamaño y de valor de cuota media y baja y en establecimientos que no informan la cuota que cobran. Ambos perfiles estarían relacionados con el comportamiento de las obras sociales, el Estado o los organismos no gubernamentales, que contribuyen a la internación de las personas con problemas sociales. Por el contrario, las personas con necesidad de cuidados parece que deben hacerse cargo privadamente, solos o con apoyo familiar, de la internación. Por esta razón se podría explicar que los establecimientos en los que residen son más chicos y de menor precio.

Las personas más jóvenes, que en mayor proporción ingresan por motivos sociales, tienden a residir en establecimientos de mayor tamaño (cuadro IV.3 del Anexo II), mostrando consistencia con los cuadros anteriores. Las personas que están internadas desde hace más de once años y las que provienen de otros establecimientos viven en mayores proporciones en instituciones de más de cincuenta internados.

**Cuadro 5.1. Distribución porcentual de los residentes por grupos de edades según categoría de cantidad de internados del establecimiento en el que residen. AMBA. 2006**

Tamaño del establecimiento	Edad de los residentes						Total
	Menor de 65 años	de 65 a 79 años	de 80 a 84 años	de 85 a 89 años	de 90 años y más		
Menos que 20 internados	20,0	8,1	15,8	28,8	9,3	(49)	16,1
de 21 a 30 internados	21,7	27,4	32,9	26,9	29,6	(85)	28,0
de 31 a 50 internados	26,7	35,5	28,9	32,7	44,4	(101)	33,2
Más de 50 internados	31,7	29,0	22,4	11,5	16,7	(69)	22,7
Total	(60)	(62)	(76)	(52)	(54)	(304)	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

Chi2 21,74; gl 12; pvalor 0,04

En cambio, las personas que ingresaron en los últimos cinco años en mayor proporción viven en establecimientos que tienen entre treinta y cincuenta internados (cuadro IV.4 del Anexo II). Ambas relaciones ratifican la inferencia acerca de un vínculo entre la internación por razones sociales, la mayor antigüedad y el mayor tamaño del establecimiento.

Asimismo, se observa asociación estadística entre la modalidad prestacional de los establecimientos y la participación en la decisión de ingresar en el establecimiento. Las personas que opinan que no participaron de la decisión de ingresar en el establecimiento tienden a estar en mayor proporción relativa en establecimientos de rehabilitación. En establecimientos geriátricos es más elevada la proporción relativa de los que dicen haber participado de la decisión de ingresar (cuadro IV.5 del Anexo II). La distribución es muy similar a la que se observa según la dependencia actual de los residentes: en los establecimientos geriátricos hay mayor proporción relativa de personas que actualmente dicen tener dependencia de terceros. Contrariamente a lo que podría suponerse a priori, en los establecimientos de rehabilitación es relativamente más elevada la proporción de personas que dicen no tener dependencia de terceros (cuadro IV.6 del Anexo II).

## 5.2. Características de los establecimientos y opinión de los residentes acerca de la atención que reciben

Algunas características y modalidades de atención de las instituciones muestran asociación estadística con la opinión que expresan los residentes respecto de su bienestar o de su situación en el establecimiento. El tamaño, el valor de las cuotas mensuales, la persona responsable, la persona que toma las decisiones, la organización de actividades grupales, la sujeción física son variables de los establecimientos que muestran asociación estadística con distintas dimensiones de la situación y del bienestar de los residentes en la institución.

En primer lugar, merece destacarse que las categorías de los establecimientos según la cuota mensual que cobran muestran asociación estadística significativa con la opinión que tenían y tienen los entrevistados acerca de su internación. Las personas que están internadas en establecimientos cuyas cuotas mensuales son medias y bajas opinaron al ingreso y opinan actualmente que la internación en la institución fue la mejor solución para sus necesidades. En cambio, es menor la proporción de personas que opinan de ese modo en establecimientos con cuotas medias altas y en establecimientos que no informan el valor de las cuotas. En las dos últimas categorías de establecimientos aumenta la proporción de las personas que opinan que no fueron consultados y las que no pensaban en ese momento y no piensan actualmente que esa sea la mejor solución. Debe señalarse además que entre los residentes que ingresaron en establecimientos de cuotas medias y altas se registra la mayor proporción de personas que no pensaba en aquel momento que fuera la mejor solución, pero que ahora cambió de opinión (cuadro IV.7 del Anexo II). La diferente opinión de los residentes según la categoría de cuotas mantiene relación con la distribución según motivos de ingresos. Es necesario tener en cuenta que los residentes que opinaron que ingresaron porque necesitaban cuidados y por propia opción residen en proporciones relativamente más elevadas en establecimientos de cuotas medias y bajas.

El estado de ánimo de los residentes muestra asociación estadística con la organización de actividades recreativas, de rehabilitación o de laborterapia por parte del establecimiento. Se elaboró una variable que categoriza a los establecimientos según sus responsables hayan respondido que ellos organizan, o que los residentes realizan de manera grupal, alguna de las siguientes actividades: a) manualidades, b) gimnasia o ejercicio físico, c) actividades recreativas, d) rehabilitación, e) jardinería, f) actividades religiosas, h) computación, e i) talleres (lectura, teatro, canto). Los establecimientos que respondieron negativamente en todas estas actividades quedaron incluidos en la categoría “no organiza actividades recreativas, de rehabilitación o de laborterapia”. Por el contrario, los que mencionaron positivamente al menos una de ellas quedaron incluidos en la

categoría “organiza actividades”. El estado de ánimo de los residentes muestra asociación estadística con estas categorías de los establecimientos.

Las personas que residen en establecimientos que organizan actividades de rehabilitación, laborterapia o recreativas tienen en mayor proporción buen estado de ánimo. Por el contrario, las personas que residen en establecimientos que no organizan actividades hay más proporciones relativas de personas que manifiestan estado de ánimo regular y malo (cuadro IV.8 del Anexo II).

**Cuadro 5.2. Distribución porcentual de los residentes por organización de actividades grupales en el establecimiento en el que residen según opinión acerca de su estado de ánimo. AMBA. 2006**

		El establecimiento		
Estado de ánimo del residente	No organiza actividades grupales	Organiza actividades grupales	Total	
Muy bien, muy contento	18,0	15,4	(48)	15,8
Bien, no me puedo quejar	36,0	56,3	(161)	53,0
Más o menos	28,0	19,7	(45)	21,1
Mal	16,0	5,5	(22)	7,2
Otros	2,0*	3,1*	(9)	3,0
Total	(50)	(254)	(304)	100,0
	100,0	100,0		100,0

Chi2 11.34; gl 4; pvalor 0,02

Debe destacarse que sólo algo más del 16% de los residentes entrevistados está internado en establecimientos que no organizan alguna de estas actividades, es decir, es muy elevada la

proporción de instituciones que lleva adelante actividades de recreación, rehabilitación o laborterapia.

En la muestra estudiada se observa asociación estadística entre la condición de dependencia de los residentes y la organización de actividades grupales en los establecimientos (cuadro IV.9 del Anexo II). La mayor proporción de personas con dependencia residiendo en hogares que no organizan actividades recreativas, de rehabilitación o laborterapia podría estar vinculada a la tendencia de internación de las personas que necesitan cuidados en instituciones que cobran cuotas mensuales más bajas. Esta características de los establecimientos sería la contracara de las mejores opiniones acerca de la calidad de las comidas, aunque no resulta contradictorio. Las personas dependientes que contratan privadamente los establecimientos suelen residir en establecimientos que cobran cuotas más bajas, que resultan ser menos protocolizados.

La condición de dependencia de las actividades de la vida diaria muestra asimismo asociación con la categorización de los establecimientos según la práctica de sujetar físicamente a los residentes: es más elevada la proporción de personas dependientes en los establecimientos en los que se sujetan a las personas (cuadro IV.10 del Anexo II).

**Cuadro 5.3. Distribución porcentual de los residentes por dependencia de terceros actual según sujeción física en el establecimiento. AMBA. 2006**

Sujeción física	Dependencia actual		
	Tiene algún tipo de dependencia	No tiene o no sabe si tiene dependencia	Total
Se sujetan en algunos casos	91,9	81,7	(270) 88,8
No se usa la sujeción física	5,7	14,0	(25) 8,2
No responde	2,4	4,3	(9) 3,0
Total	(211) 100,0	(93) 100,0	(304) 100,0

1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,75.

Chi2 6,96; gl 22; pvalor 0,03

Es necesario destacar que es muy elevada la proporción de establecimientos (cercana al 90%) en los que se sujeta a las personas con discapacidades por algunos motivos, tales como evitar caídas o trastornos de movilidad. También muestra asociación estadística esta práctica de los establecimientos con la antigüedad de los residentes en el establecimiento. Los residentes que tienen una antigüedad superior a seis años o que provienen de otro establecimiento tienden a residir en menor proporción en instituciones en los que se sujeta a las personas con discapacidades (cuadro IV.11 del Anexo II). La asociación observada es consistente con la más alta proporción de no dependientes entre las personas que están internadas desde hace más de seis años.

La opinión de los residentes acerca de la comida muestra asociación estadística con características de los establecimientos: valor de la cuota, tamaño y responsable del establecimiento.

La proporción de personas que opinan favorablemente acerca de la variedad de la comida es más elevada en los establecimientos de menor tamaño (cuadro IV.12 del Anexo II). La opinión de los residentes acerca de la temperatura de la comida muestra asociación estadística significativa. Los residentes que están internados en establecimientos pequeños opinan en mayor proporción que la comida que reciben en la mesa es caliente (cuadro IV.13 del Anexo II). Ambas observaciones ratifican la hipótesis de mejor calidad de alimentación en los establecimientos que las personas contratan privadamente, que son más pequeños y cobran cuotas por debajo de la mediana.

El responsable del establecimiento también muestra asociación estadística con la opinión de los residentes acerca de la temperatura de la comida. Los residentes en establecimientos que poseen una dirección técnica (médica u otra profesión) opinan en mayor proporción que la comida que les llega a la mesa es caliente (cuadro IV.14 del Anexo II). El valor de la cuota mensual que cobran los establecimientos muestra una significativa asociación estadística con la opinión de los residentes acerca de la temperatura de la comida que reciben. Los residentes que están internados en establecimientos cuyas cuotas mensuales son medias y bajas opinan en mayor proporción que la comida que reciben es caliente (cuadro IV.15 del Anexo II).

La opinión de los residentes acerca del sabor de la comida muestra asociación estadística con el responsable del establecimiento. Los residentes internados en instituciones que poseen un director técnico opinan con más frecuencia que la comida es rica. Los establecimientos dirigidos por otras personas distintas del propietario o del director técnico, tales como encargados o asistentes geriátricos son los que tienen la menor proporción de residentes con opinión positiva acerca del sabor de la comida (cuadro IV.16 del Anexo II).

### 5.3. Características de los establecimientos y actividades cotidianas de los residentes

Los tipos de actividades que los residentes dicen realizar cotidianamente muestran asociación con el tamaño, los responsables y las personas que toman las decisiones en los establecimientos. El desarrollo de actividades vinculadas a la colaboración diaria en el establecimiento está significativamente asociado con el tamaño de éste. Los residentes que residen en establecimientos de mayor tamaño dicen en mayor proporción que arreglan sus efectos personales (cuadro IV.18 del Anexo II). También en los establecimientos de mayor tamaño dicen que colaboran en el arreglo de su habitación (cuadro IV.19 del Anexo II). Es altamente significativa la asociación estadística entre el mayor tamaño del establecimiento y la práctica cotidiana de realizar mandados, ya sean personales o para la institución (cuadro IV.20 del Anexo II). Por último, la colaboración en servir y levantar la mesa es más frecuente en los residentes que están en establecimientos de menor tamaño (cuadro IV.21 del Anexo II).

Por su parte, la realización de actividades recreativas, grupales o de laborterapia muestra asociación estadística tanto con el tamaño como con la dirección o la organización de la toma de decisiones de los establecimientos. Los residentes en establecimientos de mayor tamaño hacen en más proporción gimnasia y ejercicio físico (cuadro IV.22 del Anexo II). También muestran asociación con el tamaño del establecimiento en el que residen la realización de paseos al aire libre y de visitas a familiares y amigos. En ambos casos los residentes en establecimientos de mayor tamaño realizan con más frecuencias estas actividades (cuadro IV.23 del Anexo II y cuadro IV.24 del Anexo II).

La organización de la toma de decisiones o de la dirección del establecimiento es la otra variable que muestra significativa asociación estadística con la realización de actividades recreativas o grupales por parte de los residentes. En todos los casos, los residentes en establecimientos dirigidos por el propietario opinan en menor proporción que realizan actividades recreativas (cuadro IV.25 del Anexo II). La mayor proporción de personas que dicen realizar talleres (de canto, teatro, lectura y otros) residen en establecimientos en los que las decisiones son tomadas por el director técnico que es un médico. La asociación estadística es altamente significativa (Cuadro IV.26 del Anexo II). Es decir, existen indicios empíricos acerca de que los establecimientos pequeños, dirigidos por sus propietarios y que cobran cuotas más bajas constituyen una alternativa para las personas que requieren cuidados y no son pobres o que poseen respaldo familiar. En esos casos, los establecimientos están menos protocolizados y ofrecen menor cantidad de actividades. Debido a su importancia, esta hipótesis debería ser considerada en futuras investigaciones sobre el tema.

## 5.4. Una “buena práctica” en materia de instituciones de larga estadía para personas dependientes

Se presenta en este punto los aspectos más relevantes de la biografía personal de una entrevistada, que pone en evidencia el carácter verdaderamente humano, terapéutico y revitalizador de una institución de larga estadía para personas con discapacidad motriz severa. El testimonio fue captado a través de entrevistas en profundidad que se efectuaron mediante la aplicación del enfoque de historias de vida a los residentes que mostraron su predisposición a relatar los eventos de su vida que fueron decisivos para su internación en una institución de larga estadía. En este caso, se la había seleccionado por su dilatada permanencia en la internación y por ser una de las personas jóvenes (menor de 65 años) que había pasado la mayor parte de su vida institucionalizada. Es decir, apriorísticamente se consideró que podía ser un caso testigo de “exclusión social”. Contrariamente a lo previsto, la historia de esta señorita pone en evidencia una “buena práctica” institucional.

La fundación VITRA,<sup>5</sup> –Vivienda, Trabajo y Capacitación del Lisiado- con sede en la Ciudad de Buenos Aires, es una entidad sin fines de lucro inaugurada el 3 de septiembre de 1965 a partir de la gestión del hospital de alta complejidad para vías respiratorias “María Ferrer”, dependiente de la Universidad de Buenos Aires. El propósito originario de la fundación fue ofrecer atención integral, oportunidades educativas, laborales y sociales a los seis mil niños afectados por la gran epidemia de poliomelitis del año 1956 que quedaron con severo compromiso motor y respiratorio. A lo largo de sus cuarenta años de existencia, la fundación consolidó un conglomerado institucional que reúne escuela primaria, escuela secundaria, dos residencias estudiantiles para alumnos del interior del país y del exterior, colonia de vacaciones de verano y hogar para personas con discapacidad motriz severa que requieren asistencia respiratoria mecánica a través de pulmотор.

El análisis de la experiencia de VITRA remite de manera inmediata a la tesis sostenida por Richard Titmuss ([1970] 1997) acerca de la mayor racionalidad y eficiencia que muestran el altruismo y el servicio público, en relación con el servicio privado y comercial, para la prestación de distintas formas de cuidados sociales y de salud. En efecto, las actividades desarrolladas por los equipos profesionales y voluntarios de esta fundación sin fines de lucro trascienden en su filosofía, en su contenido y en sus alcances las que puedan observarse en los establecimientos privados más sofisticados. Por otra parte, el particular ensamble de la fundación con un hospital universitario de

<sup>5</sup> [www.vitra.com.ar](http://www.vitra.com.ar)

investigación permitió enmarcar sus objetivos, desde sus inicios, en concepciones políticas totalmente innovadoras para su época y absolutamente vigentes en la actualidad.

Señala Anthony Giddens ([1984] 1998:52) que aun en las situaciones de máxima dependencia se ofrecen recursos en virtud de los cuales los sujetos pueden ejercer una práctica transformadora de su realidad de subordinación. En la actualidad, se denomina "empowerment" al proceso mediante el cual determinadas instituciones sociales amplían las ofertas de recursos para los sujetos que padecen estas situaciones de máxima dependencia, con el propósito de que sirvan como soporte para el despliegue de sus estrategias transformadoras. La fundación VITRA es un tipo de institución que favorece el ejercicio de poder, de control de su propia vida, de transformación positiva de la realidad a las personas con discapacidades motoras severas que no poseen limitaciones intelectuales.

A través de la biografía personal de una mujer que actualmente tiene sesenta y dos años, que se enfermó de poliomelitis cuando tenía once años de edad durante la gran epidemia del año 1956, se puede apreciar las adecuadas orientaciones que a lo largo de cuarenta años llevó adelante la fundación VITRA, una "buena práctica" en materia de instituciones de larga estadía para personas con discapacidades motrices severas en nuestro país.

### **La biografía de Lucía Baumont**

La entrevista a señorita Lucía Baumont<sup>6</sup> se realizó en el hogar que la fundación posee para personas con compromiso motriz y respiratorio severo. Ella estaba en su habitación amplia, frente a su televisor, mirándolo sentada en su silla de ruedas. Invitó muy amablemente a la entrevistadora a sentarse, de frente para que la vieran, puesto que su cuerpo está inmóvil desde cuello hasta los miembros inferiores. Pidió antes que le cerrara las puertas de su habitación, porque cada persona que pasaba la saludaba y no quería ser molestada.

La señorita Baumont nació en el año 1945, en una de las principales ciudades de la provincia argentina de Entre Ríos. Su infancia transcurrió en el seno de una familia de clase media acomodada:

*"Vivíamos en una casa, un lugar muy lindo... frente a una plaza, tengo muy lindos recuerdos... iba a la escuela... normal, como cualquier chico a esa edad... jugaba... en esa época te mandaban a piano, que a baile... en esa época se estilaba eso, así que te ocupaban todo el tiempo. Fui hija única... no tuve hermanos".*

<sup>6</sup> El nombre de la entrevistada es ficticio.

A los once años, Lucía Baumont se enfermó de parálisis infantil. Debido a la gravedad de su caso, tuvo que ser trasladada a la ciudad capital para internarse en el hospital de más alta complejidad de la provincia. Mientras la niña estaba internada en un pulmón, la madre se estableció en un hotel y el padre viajaba desde su ciudad todos los fines de semana. Al cabo de ese tiempo, el hospital que había destinado una o dos salas a la atención de la epidemia volvió a su función tradicional. Los pocos casos que quedaban con secuelas severas, Lucía entre ellos, fueron derivados al hospital María Ferrer de la ciudad de Buenos Aires. Cuando Lucía tenía 15 ó 16 años se decidió su regreso a la ciudad natal, se compró una cama oscilante que permitía compensar la función respiratoria. Con la atención de las maestras hospitalarias, Lucía pudo concluir su escolaridad primaria. En su ciudad natal comenzó a rendir libre las materias del colegio secundario y estudió francés.

En el año 1969, Lucía volvió a tener complicaciones respiratorias que originaron su regreso a Buenos Aires para ser asistida nuevamente por el pulmón, con ella se trasladaron definitivamente sus padres. Lucía se atendía en el Hospital María Ferrer, y en ese entonces comenzó su relación con la fundación VITRA:

*"Yo quedé acá en Buenos Aires, y después terminé la secundaria acá en Vitra, que me faltaban unos años, así que me iban a buscar al domicilio todos los días y me traían acá al colegio.*

E: ¿La iban a buscar al departamento en que vivían?

T: Claro. Y ahí terminé el secundario, esto creo que fue por el 75, por ahí más o menos.

E: Ah.

T: Y después estuve la posibilidad que había una vacante acá en el Hogar donde estoy ahora, y me avisaron si yo quería ingresar, y yo vi la posibilidad como futuro que me convenía. Bueno, entonces mamá, entre todos hicimos una carta a la asistente social, y bueno, al poco tiempo me contestaron, y... ingresé acá. Acá estoy desde el año... fines del 79.

E: ¿Y este Hogar depende del Hospital?

T: Si, del María Ferrer. Esto todo dependemos... la parte médica, personal, todo, todo depende del hospital. Y hasta el día de hoy estoy acá... después empecé a trabajar en la Fundación Vitra en el 80.

La fundación VITRA, por ese entonces recién creada, fue una de las primeras instituciones en la ciudad que adquirió ascensores hidráulicos para el transporte de las personas con discapacidad severa. Sus transportes trasladan diariamente desde y hacia sus domicilios, desde hace cuarenta años, a los chicos que cursan en sus escuelas primaria y secundaria. En la actualidad, la escuela secundaria proporciona el título de bachiller con especialización en informática. Por su parte, la

fundación mantiene relación directa con el Consejo del Menor y la Familia, el centro de documentación de las Naciones Unidas y con empresas privadas, con las que tiene convenios para la ubicación laboral de sus egresados ([www.vitra.com.ar](http://www.vitra.com.ar)).

El hogar de VITRA proporciona vivienda a personas con discapacidad motriz severa que requieren apoyo respiratorio mecánico mediante pulmотор. Lucía fue invitada a ingresar al hogar en el año 1979, cuando se produjo una vacante. Debe tenerse en cuenta que Lucía era hija única, sus padres eran ya mayores, y su sobrevivencia en el domicilio particular podía verse seriamente afectada ante la falta de alguno de ellos. Por ese motivo, como señala en su testimonio, "pensando a futuro", Lucía aceptó la invitación. En la actualidad, ambos padres están ya fallecidos.

*E: ¿En el año 1980 empezó a trabajar?*

*T: Sí, y sigo trabajando hasta ahora...*

*E: ¿Y qué hace ahí?*

*T: Estoy en la recepción, en la parte de... como acá funciona un colegio primario y secundario, estoy en la parte de la recepción en la parte de la administración de la fundación... atiendo el teléfono, trabajo con las obras sociales.*

*E: ¿Y acá en el hogar tiene que aportar?*

*T: No, no, esto es estatal.*

*E: ¿Y en la Fundación le pagan un sueldo?*

*T: Sí, me pagan un sueldo, y eso me ayuda para mis gastos.*

*E: ¿Y su papá y su mamá siguen vivos?*

*T: No, no, ellos fallecieron, mamá hace 7 años y él hace bastante más".*

Se debe aclarar que si bien el hogar de VITRA funciona en un edificio estatal, la gestión es privada sin fines de lucro. La obra social del Programa Federal de Salud (PROFE) se hace cargo del pago de las cuotas de las personas que reciben pensiones por invalidez, como es el caso de Lucía. Por ese motivo, el hogar de VITRA es una de las instituciones para personas dependientes jóvenes que fueron seleccionados del listado que envió el PROFE a esta investigación y que se integró a la muestra aleatoria de los hogares geriátricos del AMBA.

A pesar de su elevado nivel de dependencia de terceros, Lucía es independiente económicamente y autónoma en sus decisiones:

*"E: ¿Y si su quiere comprar algo?*

*L: Uso mi sueldo, y una pensión que me quedó de ellos.*

*E: ¿Y acá adentro tiene alguien que la acompañe?*

*L: Y acá adentro también... yo tengo una chica que me atiende a mí todos los días de lunes a sábado, de la mañana hasta las cuatro. Si no el personal de acá también...*

*E: Y esta persona que tiene, ¿forma parte del Hogar?*

*L: No, es particular. Cualquier cosa salgo con ella, o cualquier cosa que necesito ella me las hace. Y hace catorce años que está conmigo.*

La fundación ha sido clave en apoyar y garantizar la integración social de Lucía. Como parte de su gestión, la fundación VITRA convoca permanentemente la colaboración de voluntarios que se ocupan específicamente de cumplir este objetivo.

*E: ¿Y sale, va a pasear?*

*L: Sí, trato de salir.*

*E: ¿Y a dónde va?*

*L: Y... al cine, al shopping, o a visitar a alguien...*

*E: ¿Y quién la acompaña?*

*L: Y siempre con algunas amigas.*

*E: ¿Y si usted quiere salir a algún lado...?*

*L: No, pero el personal no sale. No, si quiero salir con esta persona que tengo, o si no con amigos que tengo, de afuera.*

*E: ¿Y familiares?*

*L: Y familiares, mirá, tengo primos, pero no los veo mucho, tengo dos que son los más allegados de parte de mi padre, un varón y una mujer que son primos hermanos, que son los que más me vienen a ver.*

*E: ¿Y usted ir a visitarlos a ellos?*

*L: A veces he ido, sí, sí, pero cada tanto.*

*E: Y amigos me dijo que tiene.*

*L: Sí, amigos que me los hice estando acá... fui conociéndolos, que empezaron como voluntarios pero después se van acercando, y se continúa una amistad. Tengo más o menos cuatro, cinco amigos. Y un amigo, un señor que empezó en el año 91, casi tiene, va a cumplir 80 años. Y viene siempre, muy buena persona. Y siempre viene a verme, a veces los domingos viene a darme de almorcuz, o a veces viene y me invita, vamos a comer a un restaurante, me lleva".*

La vida cotidiana de Lucía no difiere demasiado de la que desempeña cualquier persona de su edad que se mantiene económicamente activa, pero las limitaciones que impone la dependencia de terceros obstaculizan el desarrollo de algunas actividades:

"*E: ¿Y durante el día acá qué hace?*

*L: Bueno, a la mañana trabajo, después a la tarde estoy... me pongo a leer o a mirar televisión. Viene a veces la masajista...*

E: ¿Alguna actividad que tenga programada?

L: Bueno, voy a continuar con el inglés. Que el año pasado tuve que dejar porque no tenía una persona que me acompañara. Que necesitaba que me lleve al instituto que son tres cuadras, pero no tenía ni quién me lleve, ni quien me traiga.

E: ¿Y la señora que está con usted?

L: Se va a las cuatro, y los horarios eran más tarde. Así que tuve que dejar eso.

E: ¿Y tiene ganas de seguir?

L: Tengo ganas de seguir...

E: ¿Y se casó alguna vez, formó pareja?

L: No, no, nunca. No se dio.

E: ¿Y alguna otra actividad que le gustaría hacer?

L: No, no tengo nada en mente ahora.

E: ¿Alguna comodidad que no tenga que le gustaría tener?

L: Y siempre, sí, eso sí. Tener más disponibilidad económica para comprarme otras cosas que necesito, cosas que me hacen falta y no me alcanza con el sueldo. También me gustaría viajar, pero no está dentro de mis posibilidades eso... medio inalcanzable, por ahora digo, por ahí...."

A través de este testimonio biográfico se hace evidente el papel fundamental que tuvo la fundación y, dentro de ella, la institución de larga estadía para la organización de una vida autónoma a pesar de la severa dependencia motriz. Educación, trabajo, vivienda y un marco de relaciones sociales que garantiza la inserción en la comunidad son los aspectos clave que esta fundación ha aportado sistemática y permanentemente a lo largo de la vida de la actora.

La trayectoria de la institución muestra que es posible proporcionar servicios sociales y personales adecuados para apoyar a las personas con dependencia en el ejercicio, en primer lugar, de su derecho a la vida, con dignidad, respetando la privacidad y la independencia. En el universo estudiado, este caso de "buena práctica" robustece la tesis de Titmuss (op. cit.). Los fines altruistas de la organización, su vínculo con un establecimiento de salud gubernamental de excelencia académica, con conocimiento a través de sus actividades de investigación de las experiencias internacionales en la materia, permitió desarrollar una modalidad de servicios sociales y personales acorde a la disponibilidad de recursos humanos y materiales que ofrece el contexto socioeconómico del país. El proceso y los resultados de la atención que proporciona superan ampliamente los que se pueden obtener en instituciones de alto costo económico. El valor que agrega la fundación VITRA no se puede medir en esos términos.

Finalmente, merece destacarse que los datos que se presentan de esta fundación fueron investigados con posterioridad al análisis de la biografía personal. Es decir, fue el testimonio biográfico el que motivó la investigación de las características de la institución que hizo posible el desarrollo personal de la entrevistada y la superación, en la máxima medida posible, de la adversidad de su condición física. El caso demuestra de manera elocuente que no necesariamente una institucionalización prolongada en el tiempo implica "exclusión social". Las instituciones de larga estadía para personas dependientes pueden, por el contrario, ser el vehículo para la integración social y el crecimiento personal si su diseño e implementación se plasma en un marco de valores adecuado.

## 6. Conclusiones

El estudio argentino sobre las condiciones de vida de las personas dependientes internadas en instituciones de larga estadía se efectuó en una muestra estadísticamente representativa de los hogares de ancianos situados en la Ciudad de Buenos Aires y en los partidos del primer cordón del Gran Buenos Aires. La investigación se propuso conocer los marcos de valor, los comportamientos y las actitudes asociados a la internación de personas dependientes a través del análisis de la opinión de los actores clave: los responsables de los establecimientos, los residentes, y los familiares de los residentes con dificultades cognitivas que no están en condiciones de ser entrevistados.

### 6.1. Los establecimientos

El conjunto de la información obtenida por la investigación fue analizada con distintos tipos de enfoques. En primer lugar, permite conocer las modalidades institucionales prevalecientes actualmente en el Área Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires. En la muestra aleatoria polietápica efectuada, la totalidad de los establecimientos incluidos fueron privados. Ello se debe a que la oferta pública de este tipo de instituciones está conformada por pocos megaestablecimientos, emplazados en zonas especiales de la ciudad y de los partidos del Conurbano Bonaerense. Por ese motivo, no fueron captados en los sorteos aleatorios realizados.

El perfil típico (la mediana de casos de la muestra) de las instituciones es de alrededor de treinta y dos camas, distribuidas en cerca de once habitaciones, casi en su totalidad compartidas, la mayoría de las veces entre dos y tres personas.

La mayoría de los establecimientos privados tienen fines de lucro. Según los dichos de los informantes, se hallan prácticamente todos habilitados por los organismos sanitarios competentes, aunque la habilitación por parte de los bomberos es menos frecuente. Debido a que no se realizó la triangulación de estos dichos con los registros oficiales, no se puede saber si la habilitación es efectiva y si corresponde al tipo de prestación que se ofrece y a la cantidad de personas que se alojan.

La mayoría de los establecimientos está bajo la responsabilidad de su propietario y, en segundo lugar en orden de frecuencias, de una persona no médica que tiene la función de director o encargado. Por este motivo, se entiende que las decisiones que se toman en la mayor parte de los establecimientos están vinculadas a la rentabilidad de la inversión efectuada. Ésta constituiría una primera particularidad de este tipo de establecimientos respecto de otros servicios sociales y

sanitarios: en la mayoría de los casos del universo estudiado, no está separada la razón comercial de la dirección técnica del establecimiento.

La persona que es responsable o toma las decisiones en el establecimiento mostró asociación estadística con aspectos importantes de la vida de los residentes en las instituciones, tales como la realización de actividades grupales recreativas. La realización de actividades recreativas muestra, a su vez, asociación con el estado de ánimo positivo de los residentes.

La información relevada pone de manifiesto que es alto el nivel de reglamentación y protocolización de las instituciones, tal como se puede inferir observando los altos porcentajes de establecimientos que dicen poseer registros de los residentes completados por el personal propio y por otros profesionales que visitan los establecimientos, la participación de nutricionistas en elaboración de los menús, la variedad de las actividades que realizan los residentes cotidianamente. Asimismo, alrededor del 60% de los establecimientos manifiesta que posee un reglamento interno de funcionamiento, aunque no es tan frecuente –algo más del 45%- la firma de un contrato de servicios con el residente.

La totalidad de los establecimientos cuenta con la asistencia regular y sistemática de un médico, que es quien además completa los registros clínicos, revisa los residentes al menos una vez por mes y actualiza la prescripción de medicamentos. En cambio, otros aspectos de la dinámica interna de la vida institucional y el cuidado de la salud de los residentes no son universales para todos los establecimientos, y muestran diferencias según determinadas características de los mismos.

Utilizando técnicas para análisis de datos categóricos se pudo observar que el tamaño del establecimiento –medido a través del número de residentes- y el valor de la cuota mensual son dos variables que mantienen asociación estadística con ciertos comportamientos institucionales. La antigüedad, el tipo o la localización de los establecimientos no mostraron, en cambio, potencial explicativo de comportamientos diferenciados.

El tamaño del establecimiento es una variable categórica que muestra asociación estadística con muchas dimensiones de la organización interna: los establecimientos de tamaño mayor a la mediana del número de internados utilizan en mayor proporción registros de otros profesionales no médicos y técnicos, cuadernos de responsables de organización de actividades, escalas funcionales de evaluación, alimentos proteicos, disponen de mayor variedad de aparatos y materiales y tienen con más frecuencia una dirección técnica médica. En el extremo opuesto, los establecimientos que tienen menos de veinte internados muestran menor proporción de registros no médicos, tienden en mayor medida a no servir algunos alimentos proteicos, a no utilizar escalas de evaluación y a no

organizar actividades grupales recreativas o de rehabilitación. En concordancia con este perfil, los establecimientos de mayor tamaño tienden a cobrar cuotas más altas que la mediana.

Asimismo, el tamaño del establecimiento muestra asociación con dos comportamientos considerados fundamentales en el marco conceptual de esta investigación: los establecimientos de tamaño superior a la mediana tienden en mayor proporción a sujetar a los residentes por razones de movilidad y para evitar caídas, y a sedar ante trastornos de conducta y de confusión. El tamaño del establecimiento es una variable que muestra asociación con mayor número de dimensiones de la dinámica interna que el valor de la cuota mensual de los establecimientos. La evidencia estadística acerca de la mayor reglamentación interna en los establecimientos de tamaño más grande indica que los protocolos están orientados principalmente al control y la organización de los residentes mediante prácticas de tipo médico-sanitario. Refuerza esta hipótesis el tratamiento que se realizan de los planes de cuidados: si bien la casi totalidad de los establecimientos dice que implementa planes de cuidados personales para los internados, es muy escasa la cantidad de establecimientos que conforman el plan con la participación de los residentes involucrados. Si los planes fueran de tipo terapéutico o de rehabilitación sería imprescindible contar con el acuerdo y la participación del sujeto.

La asociación estadística recurrente del tamaño y el valor de la cuota con otras variables del proceso de atención de los residentes permiten inferir patrones de comportamientos institucionales orientados por marcos de valores que, siguiendo el marco conceptual adoptado, se pueden considerar afines al “modelo tradicional” o de “policiamiento” en instituciones de internamiento de personas dependientes.

Existen robustas evidencias de que los planes de cuidados de los residentes se dirigen al ordenamiento intra institucional, toda vez que los residentes o sus familiares no participan con frecuencia en el proceso de su elaboración. Existen también evidencias de que la sujeción física y la sedación farmacológica, dos indicadores de funcionamiento interno apegado a los modelos tradicionales de “policiamiento” intra institucional, están asociados al tamaño más grande de los establecimientos, es decir, a los que muestran los mejores niveles de protocolización y organización. Muchos de los entrevistados definieron a sus servicios como de “contención emocional”, el análisis efectuado proporciona evidencias de que dicha “contención” opera en la práctica cotidiana institucional como procedimientos que “adaptan” las conductas individuales a los ámbitos colectivos de residencia, a los horarios establecidos y a las pautas de recreación. No se pusieron en evidencia, en cambio, la primacía de formas orientadas a la multiplicidad de estilos o

formas de vida individuales que pudieran tener los residentes. Los establecimientos pequeños, al estar menos protocolizados y reglamentados tendrían más potencial de desarrollo en este sentido.

Debe tenerse en cuenta además, que los establecimientos del AMBA muestran problemas de amplitud edilicia. La mediana de alrededor de tres personas por cuarto compartido determina que los establecimientos que sólo disponen de un espacio común –el comedor- mantengan condiciones cercanas al nivel de hacinamiento. En la Argentina, el sistema estadístico nacional considera hacinamiento no crítico la convivencia de dos personas por cuarto que no son la cocina y los baños, en tanto más de tres personas por cuarto que no sean la cocina y los baños es indicador de hacinamiento crítico. El tamaño de los establecimientos indica que la falta de espacio físico podría ser un problema que obstaculiza soluciones más innovadoras e individualizadas para las normas de convivencia colectiva.

## 6.2. Los residentes

En el universo estudiado, el residente “típico” (mediana) tiene 82 años de edad, tiene más del 70% de probabilidades de ser mujer y casi el 60% de ser viudo/a. La casi totalidad de los residentes, más del 95%, tiene familiares. El 80% de las personas son de raza blanca de origen europeo y la mediana de escolaridad formal se ubica en los siete años de estudio.

Asimismo, el 80% provenía de su domicilio en el momento de internarse, la mayor proporción relativa vivía en hogares unipersonales. La mediana del tiempo de internación en el establecimiento se ubica en dos años, aunque un porcentaje de quienes ingresaron en los últimos dos años provenía de otros establecimientos, es decir, el tiempo total de permanencia internado supera ese lapso. Casi el 70% de los residentes entrevistados opinó que su salud es buena o más que buena (buena, muy buena, excelente). Asimismo, algo más del 80% fue revisado en el mes de la entrevista por un médico del establecimiento en un control de rutina. Sin perjuicio de la buena percepción acerca de su salud, algo más del 60% de los residentes dice tener alguna enfermedad. El tipo de enfermedad que registra las mayores frecuencias es la artrosis, junto con las enfermedades del aparato locomotor. El 90% de los residentes toma algún remedio, pero el tipo de medicamento más ingerido es el psicofármaco: el consumo de psicofármacos supera a los hipertensivos, el otro tipo de medicamento que sigue en orden de frecuencias.

El motivo de ingreso, la participación de ingresar en el establecimiento y la condición de dependencia actual son las variables categóricas que muestran asociación estadística con aspectos cruciales de la percepción, los comportamientos y el bienestar de los residentes. Se debe destacar en primer lugar que algo más de la mitad de los residentes entrevistados opina que el motivo de su

ingreso al establecimiento fue la necesidad de cuidados. Sin embargo, según las respuestas de los entrevistados, más del 70% no era dependiente de terceros o no recuerda si lo era en el momento de ingresar. Si bien la necesidad de cuidados es el motivo prevaleciente, algo más del 10% de los entrevistados ingresó por razones de pobreza, falta de familia o de vivienda, o abandono, así como un poco más del 12% dice que el motivo de su ingreso fue haber sido colocado en el establecimiento por tercera personas o servicios profesionales. Es decir, alrededor del 23% de los residentes entrevistados opina que su ingreso obedeció a lo que se suelen denominar “razones sociales” o “asistenciales”.

Las personas que ingresaron a los establecimientos por “razones sociales” tienden a ser, en mayor proporción relativa, menores de 65 años y a estar internados en el establecimiento por más seis años, o a provenir de otros establecimientos. Asimismo, tienden a responder con más frecuencia que no participaron en la decisión de internarse. Los residentes que responden que ingresaron por razones sociales tienen en general peor opinión sobre la variedad de la comida que reciben, se sienten con más frecuencia abandonados por no recibir visitas de sus familiares y amigos y manifiestan con más frecuencia que tienen el hábito de colaborar con las actividades de arreglo y mantenimiento de la institución. Asimismo, responden en mayor proporción que la obra social contribuye para el pago de la cuota mensual del establecimiento. Es decir, hay evidencia estadística de que la internación por obra social en establecimientos de larga estadía está orientada a la asistencia a los problemas sociales, antes que a la atención de la fragilidad y la dependencia derivadas de la edad avanzada.

La participación en la decisión de ingresar al establecimiento es una variable que muestra una intensa asociación estadística con comportamientos clave referidos a la internación en instituciones de larga estadía. Como quedó dicho, las personas que opinan que su ingreso obedeció a razones sociales, incluyendo en ellas las que se originaron en pobreza, falta de familia o de vivienda, y las que fueron colocadas en el establecimiento por tercera personas, opinan también que no participaron de la decisión de internarse. Además, las personas que dicen no haber participado de esta decisión mencionan que el tiempo que llevan internados es superior a seis años, o que provienen de otro establecimiento, opinan en mayor proporción relativa que no comen proteínas o que las comidas no son variadas y muestran insatisfacción con el ingreso a la institución debido a que, en general, hubieran preferido quedarse en sus casas.

Las personas que dicen que no fueron partícipes de la decisión de ingresar al establecimiento muestran peor estado de ánimo, fundamentalmente porque según opinan no desean estar en ese lugar. En la muestra estudiada hay robusta evidencia de asociación entre la percepción de haberse

visto obligado a aceptar la decisión de otros y colaborar en menor proporción con el arreglo de sus efectos personales y de su habitación, recibir menos visitas, y gustar en mayor proporción de salir del establecimiento. Por otra parte, las personas que sienten no haber participado de la decisión de ingresar al establecimiento perciben en mayor medida que pierden independencia y responden en mayor proporción que no encuentran lugares en la institución para estar solos. En síntesis, la percepción de haber participado en la decisión de ingresar al establecimiento es un factor clave en el bienestar subjetivo de las personas internadas en instituciones de larga estadía. Finalmente, las personas que no participaron en la decisión responden con más frecuencia que la obra social contribuye con el pago de la cuota mensual.

La dependencia de terceros en el momento de la entrevista es otra variable que muestra alta significación en relación con las actitudes, motivaciones y comportamientos durante la internación. Los residentes que son dependientes de terceros para la realización de las actividades de la vida diaria se muestran más satisfechos con la variedad y el sabor de las comidas del establecimiento en el que residen. Responden en mayor proporción que no saben si disponen de lugares para estar solos en la institución o si pueden decorar sus habitaciones porque nunca lo pidieron y tienen en mayor proporción dificultades para circular por todo el establecimiento o para salir de él. Las personas dependientes de terceros salen menos del establecimiento y manifiestan con mayor frecuencia que no tienen amigos en el establecimiento, pero dicen en mayor proporción relativa que reciben las visitas de sus familiares y amigos. La mayor parte de las personas dependientes opina que sus familiares pueden cuidarlos en el establecimiento en cualquier momento, sin límites horarios, así como que no tocan a las puertas de sus dormitorios cuando ingresan otras personas. Asimismo, las personas dependientes realizan en menor medida que las no dependientes actividades grupales recreativas, caminan menos en el establecimiento y salen con menor frecuencia del establecimiento. Ante la pregunta específica, las personas con algún tipo de dependencia responden con más frecuencia que les gusta salir, pero no pueden caminar bien.

La condición de dependencia muestra también asociación con aspectos fundamentales del estado de ánimo y el bienestar en la vida cotidiana en la institución. En las personas dependientes disminuye la proporción relativa de los que dicen sentirse muy bien y aumenta la de los que opinan que se sienten más o menos y mal. Cuando se desagregan los motivos del malestar, las personas dependientes mencionan con más frecuencia que no se sienten bien de salud o que no se sienten bien de ánimo. En cambio, son menores las proporciones de los que responden que el malestar deriva de no sentirse bien en ese establecimiento. Asimismo, la condición de dependencia muestra asociación estadística con los motivos de preocupación vital: las personas dependientes están

relativamente más preocupadas por la salud, por la familia y por el amor que las no dependientes. Finalmente, las personas con dependencia de terceros en las actividades de la vida diaria dicen en más alta proporción que las no dependientes que no les alcanza el dinero para sus gastos mensuales, o que no saben si les alcanza porque otros le manejan su dinero. Por el contrario, la variable no influye en la contribución de la obra social para el pago de la cuota mensual del establecimiento.

En síntesis, hay evidencia estadística de que la condición de dependencia limita el espectro de actividades que se realizan diariamente, la relación con otras personas y con el exterior del establecimiento, así como su privacidad en el ámbito colectivo de residencia. La dependencia afecta negativamente el estado de ánimo y el presupuesto económico personal, existiendo evidencia de que la atención de los problemas derivados de la dependencia de terceros se encara, casi exclusivamente, de manera privada.

El sexo de los residentes es también una variable que muestra asociación estadística con otras dimensiones relevantes de la vida cotidiana en la institución. En primer lugar, hay asociación estadística entre ser residente mujer y consumir psicofármacos, tanto antidepresivos como sedantes y ansiolíticos. Hombres y mujeres también muestran diferencias significativas en los motivos de sus preocupaciones, en las actividades cotidianas que desarrollan y en la higiene y presentación personal.

La edad cronológica y la antigüedad de la internación son dos variables que también muestran asociación estadística con determinadas dimensiones de la vida cotidiana de los residentes. Los residentes que permanecen más de seis años internados en un mismo establecimiento responden con mucha menor frecuencia que perdieron privacidad al ingresar al establecimiento. Esta asociación podría indicar una adaptación a la institucionalización que no tienen los que ingresaron en un lapso menor, o los que provienen de otros establecimientos. Las personas que ingresaron más recientemente al establecimiento manifiestan en más alta proporción que firmaron un contrato con la institución por la prestación de los servicios.

Por su parte, la edad cronológica muestra asociación con comportamientos clave: las personas menores de 65 años mencionan con más frecuencia que fueron internados por razones sociales o por intervención externa, reciben en menor proporción visitas de amigos o familiares y, en cambio, salen con más frecuencia del establecimiento. Además, en mayor proporción relativa las personas más jóvenes desean realizar otras actividades, principalmente trabajar. Existe una correlación positiva entre el aumento de la edad cronológica y la disponibilidad de ingresos monetarios:

mientras prácticamente la totalidad de las personas de edad extrema disponen de dinero, más del 35% de los menores de 65 años internados dicen no disponer de ingresos. De manera concomitante, más de la mitad de los menores de 65 años no reciben jubilación o pensión. En sentido contrario, el pago de la obra social de la cuota mensual del establecimiento presenta correlación inversa con el avance de la edad cronológica: los menores de 65 años reciben en mayor proporción relativa el aporte de la obra social, mientras que las personas de extrema prácticamente no reciben contribuciones de esta procedencia para el pago de la institución. Esta observación robustece la presunción de una fuerte orientación de las obras sociales a subsidiar la internación de la pobreza, que en su mayor proporción son más jóvenes, antes que apoyar posibles soluciones para la denominada “vejez frágil y dependiente”.

### **6.3. La relación entre características de los establecimientos y comportamientos de los residentes**

La fusión de las bases de datos correspondientes a los establecimientos y a los residentes permite observar qué características de la dinámica de los establecimientos muestran asociación con comportamientos o aspectos de la vida cotidiana de los residentes.

La asociación entre el tamaño del establecimiento y el valor de la cuota mensual y el motivo de ingreso es estadísticamente muy significativa: las personas que dicen haber ingresado por motivos de pobreza, falta de familia o de vivienda, o que fueron colocados por terceros en la institución tienden en mayor proporción a residir en establecimientos con más de cincuenta internados y que cobran cuotas medias y medias altas. Estas asociaciones refuerzan la hipótesis del papel de los terceros pagadores, obras sociales, asistencia social gubernamental, en la internación en establecimientos de larga estadía de la población en situación de pobreza o genéricamente denominada “dependencia social”.

El tipo de prestaciones que ofrece el establecimiento muestra asociación con la participación de los residentes en la decisión de ingresar y con la condición de dependencia. Las proporciones de personas que dicen que participaron de la decisión de ingresar y de personas en situación de dependencia de terceros es más elevada en los establecimientos geriátricos que en los de rehabilitación.

La organización de actividades grupales es una dimensión de la dinámica interna de los establecimientos que muestra asociación con el estado de ánimo de los residentes y con la condición de dependencia. En los establecimientos que no organizan actividades grupales de tipo recreativo, cultural o de rehabilitación aumentan las proporciones de personas que anímicamente se

sienten mal o regular. Sin embargo, la asociación estadística no permite inferir que sea la organización de actividades grupales de recreación y rehabilitación la causa del peor estado de ánimo relativo. Es necesario tener en cuenta además que la proporción de personas en situación de dependencia aumenta en los hogares que no organizan actividades grupales de este tipo. Por el contrario, la proporción de residentes que manifiestan que están en condición de dependencia aumenta en los establecimientos en los que se utiliza la sujeción física como medio para evitar caídas, por trastornos de movilidad o de la conducta. Es coherente, entonces, que también se registre asociación entre el tiempo de internación y la utilización de la sujeción física como método: en los establecimientos que sujetan físicamente es más elevada la proporción de personas que están en el establecimiento desde hace menos de cinco años. Este patrón de comportamientos entre condición de dependencia de los residentes y dinámica interna de los establecimientos refuerza la noción de que la internación en instituciones no está activamente dirigida a detener el avance de la dependencia o a facilitar la integración social de las personas con problemas de dependencia, sino más bien a asistir en su sobrevivencia y mantener bajo control a la población con problemas de autovalimiento.

En los establecimientos dirigidos por técnicos -médicos y no médicos- aumentan las proporciones de residentes que dicen realizar talleres y actividades recreativas. Estos comportamientos son indicadores de que la dirección especializada de los establecimientos, distinta del mero propósito de lucro que puede perseguir el propietario de una actividad comercial, es un componente positivo para conformar una dinámica adecuada a las necesidades de las personas en situación de dependencia que permanecen internadas en instituciones de larga estadía.

En síntesis, hay evidencias acerca de ciertas características estructurales de los establecimientos que están asociadas a la calidad de la vida cotidiana de los residentes, siendo la más importante en este estudio, sin duda, la cantidad de personas internadas en los mismos. El valor de la cuota también es una variable que muestra asociación con aspectos de la organización de la vida cotidiana de los establecimientos. Pero, en el área Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires, esta variable parece estar afectada a su vez por las exigencias de los terceros pagadores -obras sociales, organismos gubernamentales- cuyo impacto sobre la dinámica institucional no fue evaluado en esta investigación y puede influir en las asociaciones observadas. La persona que dirige la institución o que es responsable de las decisiones es la otra variable de la estructura de los establecimientos que muestra asociación con aspectos importantes de la dinámica interna. Los establecimientos cuya dirección está a cargo de técnicos, no de los propietarios, evidencian mejor desempeño en la vida cotidiana de la institución, que se traduce en más opiniones positivas de los residentes. Por último,

dos aspectos de la dinámica interna de los establecimientos tienen impacto sobre las condiciones y la calidad de vida de los residentes: la sujeción física de las personas con problemas de movilidad o por riesgo de caídas y la organización de actividades grupales son las dimensiones de la dinámica institucional que están relacionadas con la condición de dependencia y con el estado de ánimo de las personas internadas.

## 6.4. El impacto en la biografía personal de la internación en instituciones de larga estadía

La evaluación más integral y compleja de la dinámica de las instituciones de larga estadía se debe efectuar a través de la observación del impacto que la internación produce sobre la biografía de las personas. ¿Cómo afecta el curso de vida individual la internación en una institución de larga estadía? ¿En qué medida la internación facilita el crecimiento personal, la integración social y la seguridad personal de las personas que padecen limitaciones físicas o sociales para el desempeño autónomo de la vida cotidiana? La investigación indagó con técnicas de investigación cualitativas, mediante la realización de entrevistas en profundidad, la percepción de los actores alrededor de estas preguntas básicas que orientaron el estudio. El estudio en profundidad sobre una muestra teórica de los residentes entrevistados pone de manifiesto la consistencia de las evidencias estadísticas con los perfiles de percepciones subjetivas de los actores.

En primer lugar, la participación en la decisión de ingresar al establecimiento es también una dimensión que determina percepciones subjetivas claramente diferenciadas: cualquiera sea la calidad de los servicios y prestaciones que presta el establecimiento, las personas que dicen no haber participado de la decisión de ingresar, es decir, que ingresaron por la decisión de otros –sean familiares, equipos profesionales u otros– manifiestan una actitud sumamente crítica, predominantemente negativa, respecto de su bienestar en la institución y de la evaluación general que realizan de su dinámica. El consenso del protagonista parece ser el factor clave para el bienestar durante su permanencia en la institución de larga estadía. Las personas que sienten que han decidido por sí mismas su ingreso, o que la internación se postergó hasta el momento en que cambiaron su disposición negativa, son las que se muestran más adaptadas a la dinámica de la institución y tienden a valorarla positivamente.

Existe consenso en evaluar el contexto interno del establecimiento como “deprimente” debido, fundamentalmente, a la presencia mayoritaria de personas con elevados niveles de dependencia o con severos problemas cognitivos. Desde la perspectiva de los residentes, éste es el motivo por el que los familiares o amigos evitan visitarlos. Según los testimonios, las visitas de familiares se

limitan al pago de la cuota mensual y a "sacar" a los residentes los fines de semana para llevarlos a sus casas o de paseo. La salida de fin de semana con los familiares son el medio privilegiado, y prácticamente único, de integración con la comunidad. Las personas que carecen de hijos o nietos, que tienen dificultades para caminar, en la casi totalidad de los casos permanecen en los establecimientos, dependiendo de los paseos organizados por la institución para salir al exterior. La gimnasia es la actividad organizada en los establecimientos que se valora positivamente de manera unánime, al igual que los paseos por la ciudad. En cambio, las manualidades u otras actividades recreativas merecen en algunos casos calificaciones adversas.

Algunos testimonios revelan de manera conmovedora la falta de privacidad, de independencia y de individuación que caracteriza la vida cotidiana en estos ámbitos colectivos de residencia. La casi totalidad de las personas internadas en instituciones de larga estadía del Área Metropolitana de Buenos Aires que fueron entrevistadas con técnicas cualitativas pusieron de manifiesto que prevalecen los regímenes de vida colectivos, es decir, no se observa a través de sus testimonios la existencia de una adecuación a las necesidades particulares o a los gustos personales de los residentes en los servicios que ofrecen los establecimientos a sus residentes.

A través de los testimonios recogidos, la internación por razones "sociales" de personas más jóvenes en instituciones de larga estadía, en las que además están internadas personas mayores, impresiona ser una prestación inadecuada. Las personas jóvenes internadas en este tipo de instituciones manifiestan su deseo íntimo de tener otro tipo de vida, fundamentalmente con más actividad social o económicamente productiva y mayor integración con el medio. Asimismo, el consumo de psicofármacos por parte de las mujeres internadas quedó registrado en los testimonios. La ingesta de sedantes y ansiolíticos forma parte, para algunas entrevistadas, de la rutina diaria en la vida dentro de la institución. Debe tenerse en cuenta, además, que las personas disponen de las recetas médicas necesarias para su adquisición.

Dentro de la muestra teórica, un solo caso evidencia a través de su biografía el carácter verdaderamente terapéutico y reparador que puede desempeñar una institución de larga estadía. Algunas características de la institución y otras de la residente son determinantes del éxito de la prestación.

La institución es una organización privada sin fines de lucro, patrocinada por un organismo de salud gubernamental con una importante trayectoria académica, que diseñó sus prestaciones con el objetivo de proporcionar a las personas con discapacidades motoras severas la máxima calidad de rehabilitación para que alcancen los mayores niveles de desempeño autónomo posible. La finalidad

de la institución es garantizar a los residentes que ingresan un conjunto de servicios que faciliten su permanente crecimiento personal y su conveniente integración social, a pesar de la adversidad que les impone sus serias limitaciones físicas.

El éxito en el desempeño de su función reparadora y de rehabilitación se pone de manifiesto a través del impacto que tuvo su acción sobre la biografía personal de una residente que, desde hace ya cuarenta y cinco años, mantiene su vida relacionada con la institución. La persona en cuestión es una sobreviviente de la gran epidemia de poliomielitis que afectó a nuestro país en el año 1956. Padeció la enfermedad a los doce años y, debido a las graves secuelas, desde esa edad carece de movilidad en sus miembros superiores e inferiores y debe dormir asistida por un pulmotor. En la actualidad, a los sesenta y dos años de edad, la residente tiene completados sus estudios secundarios, trabaja, continúa estudiando idiomas y se halla integrada con la comunidad a través del apoyo que le ofrecen un grupo de amigos que supo conseguir en la red de voluntarios que regularmente trabajan en la institución. Al fallecer sus padres por edad avanzada, siendo ella hija única, la institución cumplió el papel de soporte afectivo y de proveedor de cuidados que otros miembros de la familia biológica actualmente no desempeñan.

El caso analizado pone en evidencia que la residencia en instituciones de larga estadía en nuestro medio, aun cuando afecte períodos muy prolongados en la vida de los individuos, no implica necesariamente una situación de "exclusión social". Por el contrario, pueden constituir verdaderos soportes para la sobrevivencia digna, el crecimiento personal y la integración social. El factor clave es la orientación de sus servicios. Cuando los objetivos de la institución están dirigidos a complementar los esfuerzos personales y familiares para alcanzar los mejores niveles de bienestar subjetivo, garantizar la autonomía de las decisiones y el desarrollo personal de quienes tienen negativamente afectadas sus capacidad físicas, las instituciones de larga estadía se transforman en un vehículo imprescindible para la integración social.

En la muestra estudiada, sólo una institución sin fines de lucro orienta sus actividades y servicios según estos principios. En cambio, la investigación puso en evidencia que la finalidad netamente comercial y lucrativa, cuyo indicador es que el propietario es el responsable de dirigirla y de tomar las decisiones, constituye con frecuencia un factor adverso debido a que condiciona una dinámica interna que es evaluada negativamente por mayores proporciones de residentes. A la luz de esta investigación, la distinción entre la razón comercial y la dirección técnica puede ser considerada un indicador de mejor calidad de servicio en los establecimientos privados con fines de lucro.

Es necesario destacar que si bien son ampliamente mayoritarios los comportamientos institucionales asociados a la preservación de la vida y el confort de las personas internadas en los establecimientos estudiados en el Área Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires, alrededor del 15% de los mismos no sirvieron alimentos proteicos básicos en los menús del día de referencia, un porcentaje similar no organiza ningún tipo de actividad recreativa, cultural o de rehabilitación y cerca del 30% no gestionó la habilitación de bomberos que certifica la adecuación de las instalaciones ante riesgo de incendio, entre los indicadores adversos más importantes. Estos porcentajes constituyen un piso, en la medida que el reemplazo del 100% de la muestra originaria permite inferir un sesgo hacia la mayor calidad en los establecimientos finalmente entrevistados.

A través de todo lo expuesto, se puede afirmar que los resultados proporcionados por este estudio permiten identificar las áreas sobre las que se deben realizar los esfuerzos prioritarios de supervisión y capacitación para transformar positivamente la actual estructura, la dinámica y los comportamientos asociados a la internación en instituciones de larga estadía en nuestro medio.

## 6.5. Alcances y limitaciones de la investigación

La presente investigación se efectuó sobre una muestra de los establecimientos de internación de larga estadía para personas dependientes. La muestra aleatoria es estadísticamente representativa de los hogares para personas mayores del Área Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires, que comprende la Ciudad de Buenos Aires y los partidos del Primer Cordón del Gran Buenos Aires. Los resultados de la investigación empírica sólo pueden ser generalizados en esa área geográfica.

En el estudio se utilizaron técnicas de investigación social cuantitativas y cualitativas. El análisis de los datos producidos mediante el relevamiento de los cuestionarios se realizó en dos etapas, en la primera de ellas se describió la distribución de las frecuencias en cada una de variables relevadas. En la segunda se utilizaron técnicas de análisis para datos categóricos que permitieron observar asociaciones estadísticas entre variables y establecer perfiles de comportamientos, tanto en establecimientos como en residentes. Finalmente, se emplearon técnicas cualitativas de investigación para comprender las motivaciones y percepciones de los actores acerca de su ingreso en las instituciones, así como el impacto sobre la biografía personal.

Debido a la variedad de técnicas y enfoques utilizados, la investigación conforma un estudio de caso en profundidad sobre los comportamientos, actitudes y motivaciones asociadas a la internación en instituciones de larga estadía en el AMBA. La principal ventaja de un estudio de caso es que sus resultados constituyen hipótesis sustentadas empíricamente, susceptibles de ser medidas en áreas

geográficas más extensas a fin de evaluar su potencialidad para la comprensión y la explicación del tema en cuestión.

Una de las principales limitaciones del estudio efectuado es que las opiniones de los actores relevantes, recogidas en los tres cuestionarios, no fueron triangulados con registros administrativos para observar la correspondencia entre los dichos de los entrevistados y la evaluación de los técnicos. Por ese motivo, los datos que se presentan en el informe sólo consignan opiniones de los actores, y ello debe ser tenido en cuenta al realizar inferencias a partir de ellos. Otras características derivadas del reemplazo de muestra originaria por rechazos, deserciones y dilaciones ya fueron señaladas a lo largo del informe, y también deben ser consideradas en las inferencias que se realicen.

Por último, esta investigación permitió formular interesantes hipótesis acerca de comportamientos personales, familiares e institucionales asociados a la internación en establecimientos de larga estadía que resultan innovadoras en nuestro medio. Entendemos que este resultado constituye la mayor fortaleza del estudio efectuado.

## Referencias Bibliográficas

- Castel, Robert, 1995 2004. Las metamorfosis de la cuestión social. Buenos Aires. Paidós.
- Donzelot, Jacques J., 1979. La policía de las familias. Valencia. España. Pretextos.
- Foucault, Michel. 1964, 2003. Historia de la locura en la época clásica. Tomo I y II. Buenos Aires. Breviarios. Fondo de Cultura Económica.
- Gacitúa, Estanislao, Sojo, Carlos & Davis, Shelton, 2000. Exclusión social y Reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe. San José de Costa Rica. FLACSO. Banco Mundial.
- Guiddens, Anthony, [1984] 1998. La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Kagan, Carolyn & Burton, Mark, 2004. Exclusión, discapacidad, y cambio social. Universidad de Manchester. Conferencia presentada en la Universidad Nacional Pedagógica de México, Cuernavaca, y la Universidad Autónoma de México, Iztapalapa, marzo, 2004.
- Lloyd-Sherlock, Peter, 2005. "Transferencias simples, resultados complejos. El impacto de las pensiones en las familias pobres de Brasil" en Estudios de la Seguridad Social Nº 95. Buenos Aires. AISS.
- Titmuss, Richard, [1970] 1997. Gift Relationship: From Human Blood to Social Policy. Reprinted by New Press. London.LSE.

**Edición**  
**Secretaría de Ciencia y Técnica**  
**Ciudad Autónoma de Buenos Aires**  
**Argentina**  
**Octubre 2010**

**Página 129**

---

La internación de personas mayores en instituciones de larga estadía en el  
Área Metropolitana de Buenos Aires

¿Desconociendo derechos o promoviendo autonomías?