



Cartografías de la fragilidad de los cuerpos: una mirada desde el Trabajo Social.

Cartografies de la fragilitat dels cossos: una mirada des del Treball Social.

Cartographies of body fragility: a perspective from Social Work.

Antonella Paula Leone¹, Denise Soledad Couselo²

Resumen

El presente ensayo tiene como objetivo dar cuenta de las intervenciones que hemos realizado desde el campo gerontológico como profesionales del Trabajo Social con relación a la fragilidad de los cuerpos y el final de la vida. Estos conceptos se abordan como fenómenos naturales y cotidianos que nos atraviesan por nuestra condición inherente de seres humanos. Nos interesa buscar una mirada cultural acerca de la muerte y sus implicaciones, basándonos principalmente en la teoría Foucaultiana sobre el biopoder. El trabajo se sustenta en la articulación entre teoría y práctica, a partir de la investigación bibliográfica y la revisión de registros de campo. Como resultado, se pretende socializar los aportes realizados desde la disciplina del Trabajo Social para trabajar y acompañar a las personas mayores y sus referentes afectivos en el tránsito de estos escenarios. De esta manera nos proponemos repensar las prácticas situadas desde una perspectiva crítica, latinoamericana y gerontológica.

Palabras clave: fragilidad, biopoder, envejecimiento, finitud de la vida, Trabajo Social.

Resum

El present assaig té com a objectiu donar compte de les intervencions que hem realitzat des del camp gerontològic com a professionals del Treball Social en relació a la fragilitat dels cossos i el final de la vida. Aquests conceptes s'aborden com a fenòmens naturals i quotidians que ens travessen per la nostra condició inherent d'éssers humans. Ens interessa buscar una mirada cultural sobre la mort i les seves implicacions, basant-nos principalment en la teoria Foucaultiana sobre el biopoder. El treball se sustenta en l'articulació entre teoria i pràctica, a partir de la recerca bibliogràfica i la revisió de registres de camp. Com a resultat, es pretén socialitzar les aportacions realitzades des de la disciplina del Treball Social per a treballar i acompanyar a les persones majors i els seus referents afectius en el trànsit d'aquests escenaris. D'aquesta manera ens proposem repensar les pràctiques situades des d'una perspectiva crítica, llatinoamericana i gerontològica.

Paraules clau: fragilitat, biopoder, envelliment, finitud de la vida, Treball Social.

Abstract

The aim of this argumentative essay is to explain and give an account of the interventions we have performed from the geriatric field as Social Work professionals in connection with body fragility and life's finitude. We will approach those concepts as natural, everyday phenomena we experience as an inherent part of our human being condition. We seek to find a cultural perspective about death and its implications, basing ourselves on Foucault's theory of biopower. This work is based on the articulation between theory and practice, taken as starting point the bibliographic research and the reviews of filed records. We socialize the contributions we put forward from the discipline of Social Work to work and accompany the elderly and their affectional bonds while going through these experiences. We also intend to rethink the current practices from a critical, Latin American and geriatric perspective.

Keywords: fragility, biopower, life's finitude, Social Work.

ACEPTADO: 08/01/2023

PUBLICADO: 23/01/2023

^{1,2} Trabajadoras sociales del INSSJP- PAMI, Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, Argentina.

✉ Denise Soledad Couselo. denisecouselo@gmail.com

1. Introducción.

El objetivo de este trabajo es realizar una articulación entre el campo teórico y la praxis profesional. Está basado fundamentalmente en registros propios sobre nuestra tarea profesional en salas de internación de Hospitales Públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina), siendo la población objeto de intervención personas adultas mayores que se encuentran cursando una internación, así como su familia y/o red social de apoyo. La metodología utilizada se concreta en la recopilación de experiencias profesionales, cuadernos de campo, sistematizaciones, análisis de informes sociales, así como la búsqueda de bibliografía sobre el envejecimiento, los procesos de salud-enfermedad y el trabajo con la muerte desde diferentes campos sociales como la Sociología, la Antropología y el Trabajo Social.

En una primera instancia, este trabajo busca realizar algunas conceptualizaciones acerca del envejecimiento, a fin de caracterizar la población con la que trabajamos, para luego centrarnos en el desarrollo teórico basado en el concepto de la fragilidad del cuerpo y la teoría foucaultiana de biopoder.

A partir de la tarea y la observación participante en el Hospital, pudimos realizar un diagnóstico social que arrojó como resultado delimitar algunas de las problemáticas que resultan recurrentes en nuestro ejercicio profesional. Una de ellas es el acompañamiento hacia la persona mayor, así como de su contexto social, por la pérdida gradual de autonomía con las implicancias que conlleva para la persona dichos cambios a nivel tanto psíquico como físico. Estos, son finalmente trasladados al plano de la conciencia emocional y a la racionalización de cuestiones como la fragilidad de sus cuerpos y el cercano final de la vida.

A nivel general, son múltiples las problemáticas biosociales de la población adulta mayor, y resultan frecuentes las enfermedades neurodegenerativas como el deterioro cognitivo, alzheimer, demencias y parkinson, por nombrar algunas de las más habituales. Dichas enfermedades impactan en el sujeto en un proceso progresivo de degeneración neuronal; afectando el movimiento, el lenguaje, el razonamiento, las habilidades sociales y la memoria, con un fuerte impacto en la autonomía del sujeto, su personalidad y su entorno.

Acorde a los aportes realizados por Oliveri (2006, p.6) en su informe presentado para el Banco Interamericano de Desarrollo:

Se observa que a medida que aumenta la edad se incrementa la cantidad de personas con dificultades. Para 2018, un 30,5% de las personas de 65 años o más y un 46,6% de las de 80 años o más presentaban algún tipo de discapacidad. A ello se agregan las enfermedades crónicas, que figuran cada vez más entre las principales causas de morbilidad y muerte de la población. Existe evidencia de que estas enfermedades causan dependencia funcional. Dadas sus características (duración prolongada, difícil remisión), estas dolencias pueden aumentar las probabilidades de que una persona necesite servicios de atención para llevar a cabo actividades de la vida diaria.

Estas degeneraciones físicas, cognitivas y emocionales ori-

ginan la necesidad de que un profesional realice un acompañamiento cercano en los procesos de pérdida, deterioro y duelo, tanto con la persona padeciente como de su red de apoyo.

El hospital se constituye así en un escenario complejo de intervenciones en el que operan distintos/as profesionales de la salud, involucrados/as de forma constante, donde el rol del Trabajo Social entra muchas veces en tensión, siendo primordial en el abordaje de las situaciones con las que trabajamos. A partir de aquella red de intervención, el trabajo con la fragilidad del cuerpo, la muerte, y la pérdida física, mental y emocional que sufren las personas mayores hospitalizadas genera el espacio habitual de nuestra práctica profesional, siendo fundamental para los equipos de Trabajo Social poder problematizar tanto el rol profesional como las implicancias conceptuales y sociales que significa este ejercicio cotidiano con los/las pacientes internados/as.

A su vez, consideramos que ciertas prácticas, habituales o cotidianas por las características de nuestro trabajo, durante la pandemia del COVID-19 se vieron profundizadas y evidenciadas con mayor claridad, por lo que nos parece pertinente, entendiendo el momento histórico atravesado, hacer mención también a ellas en el presente trabajo.

2. Marco teórico.

2.1. Envejecimiento: conceptualizaciones teóricas recientes.

En las últimas décadas nos encontramos atravesando a nivel regional y global un fenómeno de envejecimiento demográfico, y con él se evidencia un cambio en la estructura de edades que ha sido muy significativo. Acorde al Reporte de Envejecimiento Poblacional a nivel nacional y provincial de la Dirección Nacional de Población:

Según previsiones de la CEPAL, en América Latina el número de adultos mayores superará por primera vez al de niños en 2040, pasando de una estructura joven en 1950 a una población en claro proceso de envejecimiento. En 2010, se observó la disminución del peso de la población menor de 15 años en la población total, pasando de un 40 por ciento en 1950 a un 28 por ciento en 2010, y se espera que represente sólo un 15 por ciento en 2100 (CEPAL, 2011 y 2020). Entre los años 1975 y 2000 el porcentaje de la población de 60 años y más pasó de 6,5 a 8,2 por ciento en América Latina y el Caribe. Para el año 2025 se estima que la cifra será próxima al 15 por ciento, dando mayor visibilidad y notoriedad a este grupo poblacional. Hacia 2050 las personas de edad representarían aproximadamente el 24 por ciento de la población, una de cada cuatro personas tendría 60 años o más. (Ministerio del Interior, 2021, p.3).

El marcado descenso en las tasas de natalidad, sumado a un creciente y constante incremento de la esperanza de vida, da lugar al fenómeno de envejecimiento poblacional a nivel global como resultado de múltiples procesos históricos, sociales, económicos; generando nuevas y diferentes maneras de vivir. Siguiendo Iacub (2012):

Las nociones de envejecimiento y vejez se encuentran ordenadas por políticas de edades, las cuales asignan

ciertos significados y ejercen controles sobre el desenvolvimiento de los individuos. Es decir que funcionan como mecanismos que legitiman y regulan los criterios de edad. Toda sociedad, para constituirse como tal, debe controlar y manejar al otro, someter su voluntad, a partir de presupuestos que justifican ese espacio social y que se expresan a través de distintos discursos. Estos funcionan como ordenadores que promueven criterios de edad, género o cualquier otra división al interior de una sociedad, estableciendo roles y funciones, obligaciones y permisos. (p.3)

En el caso del Estado Argentino, se establece que las personas mayores son aquellas de 60 años o más. El mismo adhiere a La Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Ley 27.360) para promover, proteger y asegurar el pleno goce y ejercicio de los derechos de la persona mayor a fin de asegurar el goce pleno de todos los derechos humanos por parte de este grupo social, y desarrollar el respeto de su dignidad, en igualdad de condiciones con las demás personas.

El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo de todo el ciclo vital del ser humano, siendo dinámico, heterogéneo, multifactorial e irreversible. No obstante, el vínculo existente desde el imaginario social con esta etapa de la vida suele ser negativo, centrándose primordialmente en la pérdida de ciertos atributos. En este sentido Pierre Bourdieu (1990) sostiene:

en la división lógica entre jóvenes y viejos está la cuestión del poder, de la división (en el sentido de repartición) de los poderes. Las clasificaciones por edad (y también por sexo, o, claro, por clase) vienen a ser siempre una forma de imponer límites, de producir un orden en el cual cada quien debe mantenerse, donde cada quien debe ocupar un lugar (p.119).

A su vez, Yuni y Urbano (2008) indican que el envejecimiento no es un fenómeno universal, sino que existen itinerarios y modos de envejecer diferentes para cada cultura, sociedad e, incluso, grupos sociales. A su vez, la noción de envejecimiento diferencial puso de manifiesto, entre otras cosas, que varones y mujeres tienen modos diferenciados de envejecer, de concebir el envejecimiento, de afrontarlo y de significarlo.

Por tanto, la edad cronológica es una variable relevante pero no la única, puesto que no todas las personas envejecen o cambian físicamente al mismo tiempo, sino que la historia de vida, salud, educación, trabajo, nutrición, relaciones familiares, etc., diferencian a las personas en la vejez (Huenchuan, 2006). En este sentido, De Beauvoir (1970, p.16) afirma que:

El envejecimiento es intrínseco, heterogéneo, progresivo, universal e irreversible. Las sociedades envejecen de manera distinta, cada ser humano envejece de forma diferente. Y, por lo tanto, la vejez no es homogénea; es, por el contrario, muy heterogénea. De hecho, de acuerdo a la evidencia, es la etapa del curso de la vida con más diversidad en las características de los sujetos que son parte de ella. Por eso, pluralizar el término vejez a "vejeces" (...) tiene mucho sentido simbólico. La vejez es una realidad transhistórica, vivida de manera variable

según el contexto social.

Por lo mencionado anteriormente, nos proponemos hablar de vejeces en plural. Tratando de visibilizar al envejecimiento como un proceso único y singular de cada individuo, como respuesta a un proceso de vida que no puede ser comparado con otro.

2.2. Vejeces en contextos de hospitalización.

Al ingresar una persona mayor en el hospital, y sobre todo si se prolonga su hospitalización, muchas veces al alcanzar el alta médica la persona no se encuentra en su estado anterior de salud. Esto genera que las personas mayores se deterioren y comiencen o profundicen algún tipo de dependencia y/o asistencia funcional previa, como consecuencia de este nuevo escenario, desprendiéndose la necesidad de cuidados. Esta situación suele ser disruptiva y no planificada, impactando en la vida tanto emocional como física de las personas mayores, pero también de sus familias y/o referentes afectivos.

Los procesos de salud-enfermedad son dinámicas complejas que involucran planos multidimensionales de la vida de las personas. La reconocida investigadora mexicana Asa Cristina Laurell, remarca el carácter social del proceso de salud-enfermedad. La misma se distancia del paradigma positivista que conceptualiza a la enfermedad como un fenómeno biológico individual, demostrando en distintos estudios que la esta tiene un carácter histórico y social, explicitando: "la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico si no en el modo de enfermar y morir de los grupos humanos" (Laurell, 1982, p.2). Así, los procesos de salud-enfermedad son el resultado de dinámicas complejas multidimensionales, que se enmarcan en los modos en los que las sociedades modernas capitalistas hacen frente a las formas de hacer y des-hacer salud.

Nuevamente, Laurell (1986) plantea:

El carácter histórico y social del proceso biológico humano se expresa en una serie de fenómenos que podemos constatar empíricamente. Lo más evidente la existencia de distintos perfiles de morbi-mortalidad en los diferentes grupos humanos, que podemos descubrir en el tipo de patología y por la frecuencia con la cual se presenta. Estos perfiles se distinguen de una sociedad a otra y de una clase social y otra. Otro hecho que muestra la historicidad del proceso biológico humano es la esperanza de vida, ya que varía en las distintas épocas históricas y entre las clases sociales. Así, no es posible establecer la duración "normal" de la vida al margen del momento histórico. Otra evidencia del carácter social del proceso biológico humano la constatamos cotidianamente en algo que podemos llamar la fisonomía de clase, ya que distinguimos, aun sin instrumentos científicos, en nuestros países quién es campesino, quién obrero, quién burocrata y quién burgués. (p.3)

A su vez, resulta pertinente poder delimitar que la enfermedad está compuesta por tres dimensiones (Hueso, 2006), las cuáles los/as profesionales de la salud debemos tener en cuenta para nuestra intervención en este campo:

- Dimensión biológica. Aquella que responde a la disfuncionalidad orgánica corporal.

- Dimensión subjetiva. Responde a cómo se siente y vivencia el sujeto, como se ve afectada su vida en función de la enfermedad y el síntoma que ella produce.
- Dimensión simbólico social. Aquellas condiciones sociales e históricas de elaboración de las representaciones sociales del enfermo y de las del profesional de la salud.

Consideramos que es menester al momento de la intervención en salud poder explorar estas tres dimensiones de la enfermedad, atendiendo o indagando tanto acerca de la sintomatología corporal, así como del padecimiento subjetivo producido por las interpretaciones y significancias de quien lo está viviendo.

Por tanto, así como la enfermedad es multidimensional, se constituyen del mismo modo las respuestas que podemos dar a estos padecimientos. El plano del capital subjetivo y simbólico de cada quién es determinante a la hora de indagar nuestras opciones de vida, y es un factor clave a tener en cuenta dentro de la intervención desde el Trabajo Social.

Muchas veces notamos que las personas mayores con las que trabajamos tienen (o no) lo que llamamos comúnmente “conciencia de enfermedad”. A ello acudimos los/las profesionales de la salud cuando evaluamos que la persona no puede seguir viviendo en las mismas condiciones en las que vivía previamente, al necesitar apoyo y/o asistencia tanto para las actividades de la vida diaria así como para continuar con un tratamiento determinado. Esto muchas veces desemboca en la solicitud de asistencia domiciliar o incluso la derivación a Residencias de Larga Estadía o Centros de Rehabilitación, como mecanismos para continuar con, ya sea una rehabilitación, o bien sostener las condiciones de cuidado y asistencia necesarias para que la persona habite una nueva condición, pudiendo ser esta transitoria o definitiva.

Estas cuestiones resultan difíciles de procesar tanto para algunas personas mayores, como para sus referentes. Es fundamental para poder egresar del hospital, trabajar de forma interdisciplinaria el dispositivo adecuado de egreso, así como oír la voz de la persona en todo momento. A su vez, no queremos dejar de mencionar cómo en ocasiones la hospitalización deja en evidencia la fragilidad de las estrategias de cuidado que sostenían a esas personas mayores en sus hogares y, una vez que se interviene desde el hospital, esa cuestión deja de ser exclusivamente un tema del ámbito privado.

2.3. Final de vida: espejo de la fragilidad del cuerpo.

Desde el momento de nuestro nacimiento, habitamos una sola corporalidad, sufriendo al mismo tiempo la paradoja de su constante mutación. No es frecuente ponernos a pensar cómo es que nuestro cuerpo va cambiando según las etapas de la vida que vamos transitando, por lo que es importante tener presente que lo corpóreo no es mera fisiología, sino que es el canal y medio de nuestras experiencias e historias, nuestras trayectorias de vida. Los cuerpos son permeables al medio y sus recorridos; dan cuenta de sus modos de hacer, de vivir y sentir. La categoría bourdiana de habitus nos ayuda a pensar que nuestros modos tan únicos de ser se encuadran desde la corporalidad. Nuestros cuerpos en algún punto están leídos como prácticas colectivas, culturales, construyéndose

se la corporalidad también en sociedad, ya que:

la construcción del cuerpo se enlaza al devenir, legitimando determinadas formas de sentir propias de una época que se vuelven «naturales». De este modo, se torna evidente que cada momento histórico produce y transforma la «naturaleza» del ser humano instituyendo determinados modelos físicos ideales, que van cambiando la geografía corporal (Pochintesta, 2012, p.164)

Desde la modernidad occidental, se hace frente a la fragilidad corporal con el empoderamiento de la ciencia y la medicina. De esta manera, se busca frenar el paso del tiempo y atenuar estos síntomas. La salud se vuelve así, también en un bien de consumo, con el objeto de maximizar y explorar la propia vida. Es frente a los procesos de enfermedad donde nuestras corporalidades se muestran frágiles. Por ello, el envejecimiento nos propone nuevos desafíos porque en muchas ocasiones las personas se encuentran transitando enfermedades crónicas durante mucho tiempo, comprometiendo paulatinamente la autonomía hasta llegar al final de la vida.

Como mencionamos, nos interesa poder teorizar acerca del final de vida como fenómeno social y recurrente dentro de nuestra práctica profesional. Es insoslayable en este punto rescatar la fuerte presencia que comenzó a tener tanto discursivamente como materialmente el final de vida a partir de la pandemia. Si bien, producto de nuestro escenario profesional confrontamos con este hecho de forma cotidiana, la aparición del COVID-19 hizo que, la muerte, el temor y conciencia acerca de ella, cobrarán una especial atención.

En términos cuantitativos el Ministerio de Salud de la Nación Argentina realizó un estudio sobre el exceso de mortalidad en el 2020 con el fin de cuantificar el impacto directo e indirecto de la pandemia de COVID 19 en la cantidad de muertes en Argentina. El exceso de mortalidad es el número total de muertes (directas o indirectas) que se encuentra por encima del límite superior de muertes esperadas según períodos anteriores. El estudio detalló que en 2020 se observó un exceso de mortalidad de 10,6% por encima del umbral establecido, lo que corresponde a 36.306 muertes en exceso (Ministerio de salud de Argentina, 2021).

Indudablemente, desde nuestro espacio de trabajo se sintió este impacto: el COVID-19 se convirtió rápidamente en un factor que amenazó y socavó la realidad tal cual la conocíamos, profundizando procesos que, si bien antes de dicho suceso también acontecían, la pandemia las puso de relieve, siendo necesario desde la intervención social poder abordarlos. En este sentido, consideramos importante poder conceptualizar la muerte y su vínculo con el envejecimiento.

La muerte constituye un par o forzado, manifestándose como el término concreto de la vida como la conocemos. Este fenómeno afecta a la persona que muere, pero también a sus seres queridos. Por lo tanto, podemos decir que la muerte (Gayol y Kessler, 2011) no es simplemente un suceso individual y biológico, sino que es un acontecimiento de dimensiones colectivas e implicancias culturales; en otras palabras, la muerte alude a un concepto construido socialmente que cambia y muta según cada sociedad.

Siguiendo a Norbert Elias (2009), la muerte es un hecho

biológico al que se le da un tratamiento social específico. El trato que el ser humano le ha dado a esta durante la historia indudablemente se modifica en función del momento histórico. Mientras que, durante la Antigüedad y la Edad Media, la muerte era tratada como un evento público, destino colectivo esperable ante la condición humana, a partir del s. XX, la muerte se torna vergonzosa y objeto de censura, al ocultarla, resulta complejo y difícil poder aceptarla cuando ocurre. Si bien ningún ser viviente está exento de ella, estamos todos destinados a atravesarla, siendo un tema tabú que produce rechazo y negación.

Desde una visión antropológica, la muerte se puede clasificar en cuatro categorías: “natural ya que forma parte de vivir, cotidiana porque cada día fallecen personas; aleatoria debido a que no se sabe cuándo fallecerá alguien y universal porque todos acabaremos falleciendo” (Miguel García, citado en Fernández, 2011, p.20). No obstante, desde el imaginario social tenemos un fuerte rechazo a integrarla como parte irrevocable de la vida, lo cual hace que cuando efectivamente sucede, en algunos casos los procesos de duelo sean muy complejos de encarar ante la dura aceptación de esta.

La vejez, como ninguna otra etapa de la vida, está íntimamente relacionada desde el pensamiento colectivo, con la muerte. Nuevamente, Stephan (2022) afirma:

La vejez expone, posiblemente como ningún otro fenómeno, la trágica de nuestra organicidad: porque somos “animales enfermos”, biológicamente deficitarios, generamos una protección técnico cultural de la vida que nos permite no solo sobrevivir, sino incluso vivir plenamente, construyéndonos una salud nueva, humana, pero esa posibilidad existencial y cultural que logramos forjar y ser, no puede escapar completamente de los límites que impone nuestra biología- y envejecer es la última gran prueba de ello. (p 41)

Por ello, pensar a la vejez como sinónimo de enfermedad negaría la heterogeneidad propia de esta etapa de la vida del ser humano, fortaleciendo estereotipos viejistas² que no hacen más que contribuir a un pensamiento adulto centrista desde una perspectiva de la productividad, al mismo tiempo que relega a la vejez a un segundo plano, siendo ocultada y patologizada.

En este sentido Stephan (2022), afirma:

Más que patologizar la vejez deberíamos aceptar que ella expresa con mayor énfasis nuestra pugna constante con una biología que, desde nuestro nacimiento nos violenta. La vejez, por tanto, no es en sí misma problemática, sino en cuanto nos confronta ineludiblemente con lo que originariamente somos, un conjunto orgánico que, pese a todo el control tecnológico y cultural, no podemos superar. La vejez es la última impotencia que experimentamos como “animales enfermos”- y la que nos adelanta otra impotencia que en rigor no experimentamos: la muerte. (p. 43)

La vejez, así como la fragilidad y la muerte, indudablemente incomodan al ser humano, en cuanto nos confronta a la idea de finitud, nos hace mirar a la cara a nuestras vulnerabilidades. Por ello, preferimos pensar que la muerte no es la cara contraria de la vida, sino una forma de distinguir, poner en valor la propia vida y el camino re-

corrido. Compartimos el desafío planteado por la filósofa Diana Stephan acerca de “pensar en la muerte anticipadamente para liberarnos y volver más sagaces que nunca a la vida” (p.39).

2.4. Aportes foucaultianos sobre la muerte y el biopoder.

Entrelazar vivencias y conceptualizaciones acerca del envejecimiento, la fragilidad del cuerpo, el final de vida, y las dinámicas hospitalarias, invita a repensar estos conceptos a través de la filosofía y la sociología, particularmente a través de los aportes foucaultianos de la biopolítica.

Michael Foucault afirma que, en la época contemporánea, en las sociedades occidentales, la muerte cobró un manto de tabú. En nuestras sociedades, desde 1800 se comenzó un proceso de descalificación progresiva de la muerte. Para el sociólogo, la razón por la cual la muerte se vivencia desde la intimidad, de lo poco visible, del ámbito de lo privado, –“como si la muerte contuviera algo de vergonzoso que debiera esconderse o, al menos, no prodigarse” (Foucault 1992, p.257)–, tiene una íntima vinculación con la transformación de los mecanismos de poder que se suscitaban a partir del siglo XVIII.

El citado autor refiere que el poder conduce conductas, es decir no actúa de forma directa sobre las personas sino que induce, limita o impide el ejercicio de conductas. Para Foucault en la actualidad la vida pasa a ser *objeto del saber y blanco del poder*, siendo así que todos los fenómenos de la vida quedan atravesados por los procedimientos del saber-poder. Este binomio saber-poder no solo atraviesa el cuerpo del individuo, sino que también tiene implicancias en el conjunto de la sociedad.

Así, el biopoder, modifica el objetivo soberano del poder disciplinario de dejar vivir y hacer morir y lo invierte: en lugar de dejar vivir y hacer morir, ahora el poder tiene el objetivo de hacer vivir y dejar morir. El biopoder se centra en los procesos que son específicos de la propia vida, como el nacimiento, la muerte, la reproducción, la migración y la enfermedad, así que también son diferentes la racionalidad, dispositivos, estrategias y luchas o resistencias que genera (Castro, 2004). En la biopolítica, el objetivo ya no es el cuerpo individual, sino la regulación de la población como cuerpo político.

Siguiendo la teoría de Foucault, la biopolítica, pensándola como mecanismo de poder, resultó más adecuada a partir del momento en que ya no se trató tanto de obstaculizar o destruir fuerzas, sino más bien de producirlas, potenciarlas y gestionarlas. Ahora bien, ¿cómo se vincula la biopolítica con el tabú de la muerte? En la antigüedad la muerte era un fenómeno público, visible, que implicaba a la comunidad, y que se acompañaba de ceremonias ya que la muerte no representaba el final del poder, sino tan sólo el tránsito de un poder a otro. Es decir, la muerte era percibida como un relevo en la posesión del poder. En pos de la mejora de la calidad de vida los biopoderes crearon controles y regulaciones sobre los riesgos, los accidentes o cualquier otra variable que pueda afectar el proceso vital. Según Foucault, si en nuestra sociedad la muerte se ha convertido en un tabú, es precisamente por este protagonismo creciente que ha ido adquiriendo la biopolítica ya que, cuando la gestión misma de la vida es el objeto principal de poder la muerte incomoda sus-

¹Con conciencia de enfermedad nos referimos a la comprensión integral por parte de la persona de entender y aceptar tanto el tratamiento que debe llevar a cabo, así como las limitaciones y proyecciones de la enfermedad en función de la información brindada por el personal de salud.

²Viejismo: categoría que se utiliza cuando nos referimos al conjunto de estereotipos, prejuicios y discriminación que se hace a las personas mayores en función de su edad cronológica.

tancialmente.

Para Foucault el poder implica necesariamente que se pueda resistir a su ejercicio. Nadie puede resistir a lo inevitable como la muerte, por lo tanto, estaría fuera de las lógicas de poder. La muerte está fuera del alcance del biopoder, es un límite concreto; nada tiene que hacer el biopoder con la muerte por lo que ahí se palpan sus debilidades. Entonces entendemos a la muerte como un fenómeno sorpresivo y no como un hecho natural en tanto ponderamos nuestro deseo de evitarla o postergarla indefinidamente.

3. Intervención del Trabajo Social.

Indagar acerca de la intervención del Trabajo Social en el campo gerontológico, nos vincula con las singularidades de estos sujetos. Como hemos reconstruido, la mirada profesional es clave a la hora de pensar junto a ellos, y sus referentes, alternativas para el egreso sanatorial. Frecuentemente luego de una prolongada hospitalización la necesidad de asistencia para las actividades de la vida diaria se vuelve necesaria.

Es tal la negación que tenemos a la fragilización corporal que muchas veces, como sociedad y como individuos, nos cuesta ver estas limitaciones y la necesidad de solicitar asistencia. Como profesionales del campo gerontológico es nuestra tarea acompañar a las personas mayores en estas decisiones que implican un fuerte impacto en su vida y la modificación de su cotidianeidad. Es habitual acompañar al sujeto y sus referentes en reiterados ingresos hospitalarios y vivenciar el proceso de fragilización de las personas mayores. Muchas veces este proceso viene de la mano de la claudicación de los cuidadores, quienes acompañan a las personas mayores en la integralidad de los cuidados.

El rol del Trabajo Social no sólo es primordialmente de contención, sino poder aliviar sus cargas pensando en conjunto estrategias de abordaje y buscar los recursos que se adapten a las necesidades de la persona. Como principales herramientas de abordaje profesionales contamos principalmente con la escucha activa, para poder centrar nuestra intervención en las necesidades del otro, y con la entrevista social donde podemos recopilar información acerca de las trayectorias de vida de las personas con quienes trabajamos. La combinación de ambas estrategias nos permite ofrecerles a las personas y a sus familias los recursos que se adaptan a sus necesidades, la contención y la mirada desde la singularidad rescatando cada situación como única.

La fragilidad va dando indicios y pasos que muchas veces no queremos ver, hacer frente a este escenario implica sabernos vulnerables y expresar nuestra finitud. Incontables veces planificamos el buen vivir en nuestra trayectoria de vida, pero pocas veces vemos personas que estén dispuestas a pensar también en el buen morir. Parte fundamental del rol del Trabajo Social es acompañar el proceso a la muerte, velar por pensar y defender el buen morir para cada persona junto con las familias y el equipo de salud. Nuestro objetivo es pensar de manera integral abordajes que logren acompañar las necesidades de las personas y las familias entendiendo que la finitud de la vida es una condición intrínseca del ser humano.

4. Conclusiones.

En función de la conceptualización realizada, uno de los prejuicios más grandes con los que se asocia a la vejez es con la enfermedad y el final de vida. Esto piensa únicamente en la variable cronológica del envejecimiento, asociando el ser viejo con la fragilización, despojando a este momento del ciclo vital de sentido y valor.

Parte del curso de vida es atravesar transformaciones corporales y, a pesar de esta universalidad, el mundo occidental moderno se afana por esconderlo. Envejecer es un proceso constante y diferencial, singular de cada ser humano. Envejecer nos confronta con la fragilidad corporal, pero estos procesos suceden con amplios matices desde el ejercicio de las actividades de la vida cotidiana. Pensar desde el Trabajo Social estos matices nos ayuda a brindar respuestas integrales en el proceso de fragilización.

Abordar el buen vivir y buen morir desde nuestro colectivo profesional es una necesidad y es nuestra responsabilidad. Conceptualizar estas cuestiones nos hace repensar nuestras intervenciones de manera integral escuchando las necesidades de los sujetos y tratando de adelantarnos y brindar recursos para habitar nuevos escenarios.

Es indudable el carácter universal de la finitud de la vida, y en concordancia con esto nos parece importante poder planificar, con los aportes de nuestra intervención, un buen morir dentro y fuera del hospital.

Concluimos que la posibilidad de conceptualizar lo visible y cotidiano, dentro de una tarea que se enmarca en la práctica institucionalizada y mecanizada, habilitan la reflexión y la potencia de la pregunta en torno a los caminos que se surcan desde la práctica profesional del Trabajo Social.

4. Bibliografía.

- Bourdieu, P. (1990). La juventud no es más que una palabra, en *Sociología y cultura* (p.163-173). Los Noventa.
- Castro, E. (2004). *El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores*. Universidad Nacional de Quilmes.
- De Beauvoir, S. (1970). *La vejez*. Penguin-Random House.
- Elias, N. (2021). *La soledad de los moribundos*. Fondo de Cultura Económica.
- Fernández Marín, M.ª E. (2011). Aspectos psicológicos en cuidados paliativos. En Roberto G. (Coord.), *Cuidar cuando no es posible curar: Los Cuidados Paliativos. Morir dignamente en un contexto humanizado* (p.19-42). Universidad de La Rioja.
- Foucault, M. (1992). Del poder de soberanía al poder sobre la vida, en *Genealogía del racismo. De la guerra de las razas al racismo de Estado* (p.247-773). Ediciones La Piqueta.
- Gayol, S. y Kessler, G. (2011). La muerte en las ciencias sociales: una aproximación. *Persona Y Sociedad*, 25(1), 51,74. <https://doi.org/10.53689/pys.v25i1.205>
- Hueso Montoro, C. (2006). El padecimiento ante la enfermedad: Un enfoque desde la teoría de la representación social. *Índex de enfermería*, 15(55), 49-53. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300011
- Huenchuan, S. (2006). El envejecimiento de la población

indígena en América Latina: aproximación conceptual y sociodemográfica. En Naciones Unidas (Coord), *Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas - LC/W. 72-2006* - p. 529-546. <http://hdl.handle.net/11362/4131>

- Iacub, R. (2011). El poder y la vejez. Los relatos y sus políticas. *Revista Kairós Gerontología*, 18(4), 439-453.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). 2013. Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040. *Serie de análisis demográfico*, 35. Buenos Aires.
- Laurell, A.C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25.
- Laurell, A.C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales*, 37, 3-18.
- Ministerio de Salud, Argentina (2021). *Informe de caso exceso de mortalidad*. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-ministerio-de-salud-presento-estudio-sobre-exceso-de-mortalidad-en-2020-por-covid-19>
- Ministerio del Interior, Argentina (2021). *Reporte de Envejecimiento Poblacional a nivel nacional y provincial. Argentina 1991-2010 octubre 2021*. Dirección Nacional de Población. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/10/reporte_de_envejecimiento_poblacional_a_nivel_nacional_y_provincial.pptx_.pdf
- Merleau-Ponty, M. (1957). *Fenomenología de la percepción*. Fondo de Cultura Económica.
- Pochintesta, P. (2012). De cuerpos envejecidos: un estudio de caso desde el discurso publicitario/Aged bodies a case study from the advertising discourse. *Pensar la Publicidad. Revista Internacional de Investigaciones Publicitarias*, 6(1), 163-181. https://doi.org/10.5209/rev_PEP.2012.v6.n1.38661
- OEA, A. G. (2017). Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. *Cuaderno Jurídico y Político*, 2(7), 65-89. <https://doi.org/10.5377/cuadernojurypol.v2i7.11040>
- Oliveri, M.L. (2020). Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina. *Banco Interamericano de Desarrollo*. <http://dx.doi.org/10.18235/0002891>
- Stephan, D. A. (2022). *Animales enfermos: Filosofía como terapéutica*. Fondo de Cultura Económica.
- Vidal, J. F. (1996). Redes y el Trabajo Social. *Taula: quaderns de pensament*, 25, 29-38. <https://raco.cat/index.php/Taula/article/view/70969>
- Yuni, J. A., y Urbano, C. A. (2008). Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Revista argentina de sociología*, 6(10), 151-169. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1669-32482008000100011&script=sci_abstract&tlng=pt