



LA FRACTURA IDENTITARIA COMO PARTE DE LA VULNERABILIDAD EN
PERSONAS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

NELLY DENISE ORTIZ POVEDA

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
MAESTRÍA EN BIOÉTICA
DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA
BOGOTÁ 2020

LA FRACTURA IDENTITARIA COMO PARTE DE LA VULNERABILIDAD EN
PERSONAS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

NELLY DENISE ORTIZ POVEDA

Asesor académico Dr. Julián Camilo Riaño Moreno. MD, MSc

Asesor metodológico Dr. Hernando Clavijo Montoya. MD, MSc

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

MAESTRÍA EN BIOÉTICA

DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA

BOGOTÁ 2020

Resumen

El proceso de transición demográfica está relacionado con el descenso de la natalidad y la mortalidad, asociado al envejecimiento de las poblaciones actuales. Tiene su origen en la concepción del ser como unidad psicosocial y cultural que atraviesa diferentes transiciones durante el curso de vida. En la persona, mayor la prevalencia de factores de riesgo de las ECNT y sus complicaciones acarrea nuevos desafíos en las prácticas en salud para comprender cómo favorecer el envejecimiento saludable desde la vivencia de la cronicidad, al enfrentar signos y síntomas propios de la enfermedad que lo confronta y lo obligan a permanentes redefiniciones fracturando la identidad en todas las esferas de la vida cotidiana, haciéndole más vulnerable, con lo que se revela una categoría ética fundamental que subyace a esta problemática, por tanto, este ensayo analizara los elementos de la fractura identitaria como parte de la vulnerabilidad en la persona mayor con el ánimo de encontrar un punto de partida y comprender cómo favorecer el envejecimiento saludable desde la vivencia de la cronicidad.

Palabras clave: Vulnerabilidad, bioética, envejecimiento, identidad, cronicidad.

Summary

The process of demographic transition is related to the decline in birth rates and mortality associated with the ageing of current populations. It has its origin in the conception of being as a psychosocial and cultural unit that goes through different transitions during the course of life. For the older person, the prevalence of risk factors for NCDs and their complications brings new challenges to health practices in understanding how to promote healthy aging from the experience of chronicity, when facing signs and symptoms of the disease that confront them and force them to permanent redefinitions, fracturing their identity in all spheres of daily life, making him/her more vulnerable, thus revealing a fundamental ethical category that underlies this problem. Therefore, this essay will analyze the elements of the identity fracture as part of the vulnerability in the older person with the aim of finding a starting point and understanding how to favor healthy aging from the experience of chronicity.

Keywords: Vulnerability, bioethics, aging, identity, chronicity.

Introducción

El envejecimiento es uno de principales fenómenos demográficos de mayor relevancia en la actualidad. Es el resultado a la prolongación del ciclo de vida y el descenso de la natalidad y la mortalidad, de ahí que nos encontremos en un proceso de transición demográfica. Esta transición supone diferentes desafíos para las sociedades que para Harari implican un cambio en la agenda de la humanidad (Harari, 2015, págs. 14-20). Por una parte, supone un cambio dado por un mundo caracterizado por enfermedades infectocontagiosas a un mundo afectado principalmente Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). En el fondo, esta transición no, es más, sino la consecuencia del éxito tecnocientífico y de las acciones de salud pública. Como se infiere, este innegable éxito representa un viraje de la salud de las poblaciones caracterizado por un incremento en la prevalencia de factores de riesgo de ECNT y sus complicaciones, acarreando grandes y nuevos desafíos en las prácticas en salud.

Comúnmente las actividades promoción y prevención están dirigidas a modificar los comportamientos asociados a factores de riesgo, tales como: “el consumo de alcohol, el fumar, la inactividad física y el manejo de hábitos de alimentación inadecuados; la mayor parte estas actividades están enfocadas en el mantenimiento de variables biológicas de los afectados”. (OMS, 2018). Sin embargo, la mecanización y la habituación de estas prácticas por parte, de los profesionales de la salud se distancian la mayoría de las veces de las realidades no biológicas de las personas mayores con lo que es posible profundizar de manera directa o indirectamente la ya reconocida condición de vulnerabilidad.

De ahí deriva mi preocupación por comprender como el diagnóstico ECNT profundiza la vulnerabilidad en personas mayores. Aunque el interés por esta problemática es motivada por mi cercanía desde mi práctica profesional en actividades de promoción y prevención de pacientes con diagnóstico de ECNT, mi objetivo aquí es abordar esta problemática desde un enfoque teórico de la vulnerabilidad y la identidad.

El diagnóstico de una enfermedad crónica genera incertidumbre e irrumpen en todas las esferas de la vida de la persona mayor. Este diagnóstico supone una pérdida de la autonomía ya que implica una serie de cambios en los hábitos de vida de la persona, adquiridos en su mayoría por la consecución de costumbres, rituales y progresos que están asociados al manejo de su nueva condición. Por tal razón, “las enfermedades crónicas significan duración y gestión de períodos biológicos y sociales ligados a rutinas de cuidados, implica hablar de

años, su duración acompaña la vida de quien la padece hasta su muerte” (Mendes Diz, Domínguez Mon. & Schwarz, 2011, p. 2). Esto es lo que podríamos llamar la “vivencia de la cronicidad” por parte del paciente mayor, en esta vivencia él o ella deberá enfrentar signos y síntomas propios de la enfermedad que lo confrontan frente al tratamiento y los nuevos cuidados requeridos que le obligan a permanentes redefiniciones de su vida. Como afirma Kathleen Charmaz “la enfermedad crónica invade la vida cotidiana del enfermo y de todo su entorno, tiñe todas las esferas de la vida social, paciente, familia, amigos” por lo tanto esa relación requiere de “negociaciones entre todos los actores involucrados” (Mendes Diz, 2011, p. 2). La aceptación de esta nueva condición, además, genera diversas reacciones relacionadas con lidiar con los síntomas de la enfermedad, los efectos de medicamentos y de alguna manera con la representación de sí mismo.

Aunque la vivencia de la cronicidad es un asunto complejo y que impacta gravemente al adulto mayor y que por su condición requiere gran apoyo, el paciente crónico ambulatorio debe enfrentarla de manera individual, ya que él es quien exhibe una vida restringida por el diagnóstico, sin embargo, las problemáticas que resultan de esta vivencia se profundizan cuando este hacer frente a la cronicidad ocurre en aislamiento social, aislamiento que en muchas ocasiones es la consecuencia de su mismo diagnóstico ya que esta persona se percibe como una carga social para su familia y la comunidad.

Todo esto ratifica el desafío que tiene el diagnóstico de ECNT para los sistemas de salud a nivel mundial, no solo por la condición clínica o la afectación biológica que presenta la persona, sino por cómo se describió el impacto en la identidad y autoreconocimiento del paciente que subyace al diagnóstico y la vivencia de la cronicidad.

Desde tal supuesto, se propone la categoría “fractura identitaria” para identificar ese impacto en la identidad del paciente como resultado de las etiquetas que adquieren las personas mayores cuando son diagnosticadas con ECNT y se plantea que esta fractura identitaria es un componente de la vulnerabilidad que caracteriza al adulto mayor crónico ambulatorio.

Por tal razón, este ensayo pretende describir cómo la “fractura identitaria” en personas mayores con ECNT es un componente de la vulnerabilidad en pacientes ambulatorios, desde un análisis de las propuestas teóricas de Corine Pelluchon y Claude Dubar.

Desarrollo

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

Según el informe anual de 2018 de la Organización de las Naciones Unidas (OMS), el envejecimiento acelerado de la población mundial aumentará las demandas económicas y sociales en todos los países del mundo. Así mismo este informe especifica que “las enfermedades cardiovasculares (ECV), el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas -todas ECNTs-, están asociadas a cuatro factores de riesgo comunes: el consumo de tabaco; el régimen alimentario poco saludable; la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol, estas enfermedades de larga duración, son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y comportamentales” (OMS, 2018). En Colombia, este fenómeno se comporta muy similar al resto del mundo incremento de enfermedades como hipertensión, diabetes, y obesidad en el país es el resultado de comportamientos de riesgo, tales como: la tendencia del tabaquismo, la reducción en la actividad física, la alimentación poco saludable y el consumo de alcohol, los cuales se son cada vez más comunes en la población Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social en el estudio técnico del Convenio 485 de (2010), p.19, 20). Esto ha llevado a que los programas de salud pública para la prevención de las ECNT, se centran principalmente en contener estos factores de riesgo.

No obstante, estos mismos organismos advierten que la alta incidencia de las ECNT es la consecuencia de otros factores “tales como la urbanización rápida y no planificada, la mundialización de modos de vida poco saludables y/o el envejecimiento de la población” (OMS, 2018). Esto indica, que mecanismos de prevención basados únicamente en el control de variables de riesgo comportamentales no es suficiente para contener el fenómeno de las ECNT y se requiere prestar atención tanto a las realidades sociales y socioculturales para la planeación de estrategias frente a los nuevos retos en salud y enfermedad.

En consecuencia, más allá que medidas meramente farmacológicas o biomédicas, la educación en salud, se convierte en parte fundamental de los programas de promoción y prevención del adulto mayor, para el control y prevención de las ECNT. Estas estrategias están encaminadas a que la vejez vaya acompañada de más salud y menos discapacidad a través la promoción y prácticas de hábitos de vida saludable, que minimización de factores de riesgo y maximización de factores protectores.

Junto a la educación es importante además considerar otros tipos de enfoques prácticos y teóricos para abarcar la mayor parte de las dimensiones de la problemática de las ECNTs en el adulto mayor. Con este afán, una mirada de este fenómeno que se distancia de la idea mecanicista biológica de la enfermedad es importante, que contemple las características socioculturales, que permita identificar en gran medida el impacto del diagnóstico de las ECNT en el adulto mayor y como transforma la identidad de la persona con lo que se revela una categoría ética fundamental que subyace a esta problemática, la vulnerabilidad.

La Fractura Identitaria

La vivencia de la cronicidad en la persona mayor supone una fractura identitaria en el sentido de la transformación de todas las esferas de la vida personal y familiar del enfermo crónico ambulatorio generando una *confrontación* personal que impacta su vida esto es lo que llamaré fractura identitaria. En otras palabras, la fractura identitaria ocurre cuando se imponen exigencias y cambios de los hábitos de vida desde los programas de pacientes crónicos ambulatorios al romper con los modelos de vida ya instaurados, transformando las creencias aprendidas en el núcleo familiar y social y para comprender su significado precisa de los elementos que la acompañan como serie de procesos que aquí describiré como: crisis identitaria, incertidumbre y mutación. Estos tres elementos de la fractura identitaria son los ejes en que se articulan las transformaciones en torno a la salud y la calidad de vida del paciente.

La *crisis identitaria* como subcategoría requiere explícitamente un análisis del término *identidad* antes de pasar a su definición concreta con este propósito, tomaré la siguiente definición: la identidad es “[una cualidad] individual, pero también [...] colectiva y esa particularidad le permite al ser humano un ser único, que por sus características no debe confundirse con otro” (Toledo Jofré, 2009). De ahí que la identidad pueda ser entendida como un estado que “[...] no es solamente social, sino también personal” (Dubar, 2002, p.17). Por una parte, lo social da identidad al individuo, pero lo individual es identidad para sí y para los demás, de manera que, como seres sociales los humanos, pertenecemos a un entorno que define la forma de ser de cada individuo. Por esto es posible afirmar que: “la identidad no es lo que permanece necesariamente idéntico sino es el resultado de una identificación

contingente” (Dubar, 2002, p. 11). La identidad, entonces, es un estado y a su vez un camino en permanente construcción mediado a partir de los acontecimientos personales y se alimenta de elementos comunes en la comunidad, en la familia en las instituciones y otros grupos sociales a los cuales los individuos pertenecen. Es decir, son modos de identificación que pueden ser variables en el curso de la vida de la persona.

Como curso o trayectoria -de vida- puede variar y cambiar de dirección, de grado o proporción, “es una línea de vida o carrera, o un camino a lo largo de toda la existencia, es lo llamado trayectoria “(trabajo, escolaridad, vida reproductiva, matrimonio, la maternidad o paternidad, la jubilación migración, estudios superiores” (Blanco, 2011). Estas variaciones en la vida de las personas constituyen eventos de gran significado que impactan en la vida de los seres humanos y van forjando a través del tiempo y de sus vivencias la construcción de la *identidad* de los sujetos. Las transiciones en cambio conllevan a un estado en las responsabilidades en los derechos y obligaciones que marcan las nuevas formas de la identidad social que están de la misma manera determinadas por la edad, por ejemplo, de niño a adolescente, o en la faceta de adulto a anciano. (Elder, Kirkpatrick y Crosnoe, 2006; Hagestad y Vaughn, 2007).

Todas las transiciones *per se* irrumpen en la vida, conlleva una crisis que es lo entendido acá como “crisis de la identidad” que como se afirmó anteriormente están influenciada por la convivencia social, familiar y comunitaria que marcan la forma de pensar y de vivir de los seres humanos, estas se asocian a cambios en los comportamientos destinados a encajar y permitir, una nueva faceta en un grupo social determinado al que ya se pertenecía o alguno al que se puede pertenecer. Aunque conflictivas las crisis de identidad son vitales en los seres humanos, porque configuran y dan forma a la identidad individual y social. Por lo regular, estos cambios son poco percibidos de esta forma, como cambios, comúnmente son percibidos con un aire de inevitabilidad. Por ello cuando la consecuencia del cambio es el diagnóstico de una enfermedad esto tiene especial relevancia en la identidad de los seres humanos y particularmente en la persona mayor.

Las *crisis identitarias* son: “una fase o un tiempo difícil que puede afectar a una persona o aun grupo, representa una fractura del curso de vida y desequilibra varias esferas de la vida” (Dubar, 2002). Estas crisis identitarias son entendidas como un fenómeno presente a lo largo de la vida humana y hace parte de la existencia y aparecen en los diferentes momentos y

etapas de la vida. están íntimamente asociados a eventos relacionados con el tiempo y lugar, al contexto histórico social, geográfico, cultural, y ambiental en que se desenvuelve la vida de las personas generando condiciones de fragilidad y vulnerabilidad” (Elder, 2006).

En el contexto del envejecimiento y las circunstancias en que se ven inmersos los seres humanos durante esta etapa de vida pueden estar asociados con la pérdida de control y la falta de determinación para la toma de decisiones y para asumir cambios en el estilo de vida que exige la vivencia de la cronicidad.

Para comprender la subcategoría de *incertidumbre* en el marco de la fractura identitaria, traigo la definición de Mishel, quien la entiende como: “la inhabilidad del sujeto para determinar el significado de los eventos relacionados con la enfermedad. Esta inhabilidad ocurre en situaciones en que se debe tomar decisiones y se traduce en la incapacidad de asignar valores definitivos a objetivos y eventos concretos para predecir consecuencias con exactitud debido quizás a la escasez de información y conocimientos” (Mishel, 2008).

La incertidumbre en la persona mayor frente a la nueva condición de crónico, que incluye el consumo de medicamentos y nuevos hábitos de vida no asimilable rápidamente, limita a la persona mayor a comprometerse a asumir nuevos retos relacionados con el cuidado de la salud, ese miedo a prever que puede pasar en su corporalidad, ese asumir nuevos compromisos afectan la vivencia de la cronicidad generando fractura identitaria

Finalmente, la subcategoría mutación se asocia con: “[...] algo con lo que no se puede estar de acuerdo y es un estadio que reemplazará al anterior y que puede o no ser asimilable, las personas en general siempre están esperando que un estadio sea mejor que el anterior”. (Dubar, 2002).

Cuando la “afectación” es personal “es porque aqueja los comportamientos”. La ruptura del equilibrio o del comportamiento constituye una dimensión “antropológica” específica, de normas y modelos anteriores por nuevos modelos impuestos que provocan desestabilización”. Por tanto, los cambios en hábitos internamente aceptados que con el diagnóstico son considerados como inadecuados para la persona mayor como el tabaquismo, la poca actividad física, la mala alimentación y el consumo de alcohol es lo que se puede entender como una mutación, es algo con lo que precisamente el paciente no está de acuerdo, como efecto se genera una fractura identitaria.

Para conectar y especificar de forma más precisa esto tres elementos o subcategorías se puede hacer una analogía entre la fractura identitaria y una fractura ósea real.

Durante una fractura ósea, el evento inicial que propicia la fractura genera una serie de cambios agudos tales como dolor, la inflamación, además del proceso inmunológico asociado a la fractura y al estado crítico del evento. Esto puede asociarse con el concepto de “crisis identitaria”, es decir un estado agudo que a su vez es un proceso, una serie de sucesos que generan incomodidad y dolor que son propios de la situación.

La incertidumbre a por su parte puede ser entendida en esta analogía como ese estado que está caracterizado por la imposibilidad de prever cual será el resultado de tal evento crítico, es decir que durante la fractura ósea es incierto el resultado de alineamiento óseo, o el dolor, o el proceso inflamatorio. Estos se intentan manejar a través de diferentes medidas terapéuticas, pero, no siempre es posible prever las consecuencias de la fractura con certeza, pueden existir factores intrínsecos y extrínsecos que pueden comprometer la respuesta terapéutica y con ello hay incapacidad para predecir las consecuencias de este evento de parte del profesional de salud como del paciente.

La mutación es como se describió previamente es más difícil de suponer, es algo de lo que no se habla, es aquello implícito al estado de urgencia a la fractura ósea, es el cambio imprevisto en el mismo instante del evento agudo. El hueso no será el mismo de antes, independiente de las medidas terapéuticas que se proporcionen. Lo que era deja de ser y alcanza un nuevo ser, pero no siempre se hace explícito dicho cambio. Las medidas terapéuticas en la fractura ósea intentan minimizar el efecto de este cambio, al igual que las medidas farmacológicas y biomédicas intentan abolir la condición de enfermedad del paciente diagnosticado con ECNT. Sin embargo, ni en este ni en aquel caso se está libre de la mutación.

Con este ejemplo, y como se ha especificado anteriormente, quiero llamar la atención de la complejidad de los fenómenos suscitados por el diagnóstico de una ECNT en el adulto mayor. Este reconocimiento, permite entender a la fractura identitaria como una categoría ética cuya comprensión es necesaria para entender las consecuencias del diagnóstico de ECNT dado que esta consecuencia en últimas puede llevar a incrementar el riesgo de daño o amenazar las diferentes esferas de la vida de esta persona, considero que la fractura identitaria *per se* es un elemento de la vulnerabilidad. Si aceptamos esto, es permitido ampliar la discusión

acerca de las dinámicas en los programas de los programas de crónicos ambulatorios a dinámicas de co-responsabilidad que, más allá de controlar y paliar una condición biológica, deberán centrarse en la minimización de la vulnerabilidad de los pacientes adultos mayores.

El envejecimiento y la vulnerabilidad.

Desde estas definiciones en general y para fines de este trabajo, es necesario identificar el marco en que se habla de vulnerabilidad en personas mayores y su relación como fenómeno biológico, social y bioético que desde la perspectiva de las sociedades actuales “muestra dos posturas, una muy positiva cuando la persona mayor es considerada como alguien con experiencia digno de respeto y de conocimiento”. (Carbajo, 2009). Aquí la autoestima prevalece en un alto nivel, la sociedad le hace partícipe de la resolución de problemas de una manera mesurada y analítica. Otra postura, quizá en mayor proporción, está basada en los estereotipos sociales en los que la vejez es vista como un estigma, considerando a las personas mayores como una carga para la sociedad y se habla de la persona mayor en términos deficitarios con relación a sus capacidades “físicamente disminuido, mentalmente deficitario, económicamente dependiente. (Carbajo, 2009).

En relación con la vulnerabilidad lo anterior se asocia con individuos que por su condición en términos de la disminución de las capacidades son vulnerables. En el **envejecimiento** la generalización de tales connotaciones afecta la dignidad de la persona mayor, provocando aislamiento y poca participación en su autocuidado afectando la calidad de vida y su interacción con la mayoría de los grupos sociales, la familia, el mismo paciente, la comunidad, inclusive el personal sanitario acentuando la vulnerabilidad. Por tanto en el reconocimiento del “envejecimiento como temporalización, lapso de tiempo como parte de la vida misma, que muestra lo irrecuperable y ajeno a toda voluntad” (Pelluchon, 2013). En esta etapa del envejecimiento es posible identificar la necesidad de desviar la mirada desde esta postura hegemónica y concentrarnos en el ya extinto ejercicio de dar cabida a la dignificación del rol de la persona mayor y recuperar el valor de las capacidades en términos de lo que la persona mayor puede hacer o de lo que está en capacidad de hacer.

Este cambio de mirada tiene implícito la ruptura de un “circulo vicioso” resultado de las representaciones negativas de la vejez que obstaculizan por sí mismo el camino en que vemos la vejez y a su vez afecta las formas de ver la vulnerabilidad (Pelluchon, 2013). Esto exige, en palabras de Corine Pelluchon “[...]una rectificación de las representaciones negativas de

la vejez”. Esta rectificación desde la sociedad actual es necesaria para aceptar la vejez como una etapa más en el curso de vida que impacte de manera positiva en este grupo de edad, con el ánimo de proporcionar formas de vivir mejor y así disminuir la vulnerabilidad.

Desde la vulnerabilidad

El resultado de la identificación de ese elemento que traspasa a todos los seres humanos es la inevitabilidad de la vulnerabilidad y su profundización en algunas etapas de la vida.

Para analizar los elementos que apoyan la fractura identitaria que anteriormente describí en relación con los pacientes diagnosticados con ECNT susceptibles de ser lesionados en su condición de ancianos se hace necesario mirar una visión integral de la vulnerabilidad, para ello tomare como referencia a Corine Pelluchon, autora que con su experiencia clínica con pacientes enfermos al final de la vida ofrece esta visión que pretendo encontrar.

Para aclarar que es la vulnerabilidad como palabra, la “vulnerabilidad” es un término de origen latino que deriva de la palabra “vulnerabilis” significa “algo que causa lesión”. En ese contexto, se da la susceptibilidad para ser lesionado, o dañado.

La palabra vulnerabilidad aparece para clasificar sujetos de investigación en la Declaración de Helsinki, en el Informe Belmont fue introducida como principio ético sobre la protección de los sujetos humanos en la investigación. (Santi,2015).

Otras definiciones sobre vulnerabilidad están relacionadas en la Declaración de Barcelona, aquí se consensuó cuatro principios de la bioética fundamental de corte Europeo: la vulnerabilidad, la dignidad, la autonomía e integridad. Aquí se consideran vulnerables por su condición a los seres humanos en su condición de fragilidad.

En la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos elaborada en 2005, el objetivo principal es el “Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal”. (Unesco, 2005).

Ahora bien, desde la vulnerabilidad como concepto para permitir cuestionarse permanentemente frente a dilemas bioéticos y al mismo tiempo, admitir la reflexión sobre retos presentes y futuros se considerará las siguientes posturas en forma general.

Desde esta premisa general desde lo social, el término vulnerabilidad es usado para identificar ciertas clases de poblaciones que parecen necesitar de una protección especial” (Arruda de Morais y Sadi Monteiro, 2017). Esta postura social tan particular ha sido asignada y ampliamente aceptada en especial para hablar de algunos grupos sociales que

particularmente requieren protección y sirve para generar programas sociales y plantear políticas públicas para la población más pobre y vulnerable como potenciales beneficiarios de programas sociales.

La noción antropológica vista desde (Henk ten Have, 2016, p.109) refiere que “la vulnerabilidad antropológica es una característica de la especie humana, pero el cuerpo humano determina característica universal que nos marca como especie al estar conectados unos con otros en la vida que nos rodea, tornándose en un concepto relacional.”. Entonces todos los seres humanos somos una especie vulnerable, todo el mundo es susceptible de sufrir daño o de ser dañado en una mayor o menor proporción y esto determina la fragilidad de la especie humana y el fin de la existencia.

Una visión integral de la vulnerabilidad la he tomado desde la postura de Corine Pelluchon, la autora desde su mirada referente a la vejez y experiencia clínica con enfermos al final de la vida consensua una mirada integral desde lo ontológico y lo relacional, desde este ejercicio el encuentro muy pertinente esta postura para el análisis de los pacientes con ECNT a nivel ambulatorio con relación a la pérdida de la identidad que indico en la fractura identitaria.

Desde este ejercicio, la persona que sufre una enfermedad crónica siempre será sinónimo de vulnerabilidad y en la cronicidad sufre un asalto ontológico que la vulnerabilidad perpetua. En palabras de Pelluchon: “la enfermedad es un asalto ontológico que obliga a realizar cambios drásticos en el estilo de vida, afecta profundamente la identidad del enfermo, la imagen que tiene de sí mismo y la que los demás tienen de él” (Pelluchon. 2013, p. 63).

En el paciente crónico ambulatorio este asalto ontológico genera una crisis identitaria, que desequilibra esta etapa de la vida, el envejecimiento. Cuando debe realizar cambios en los estilos de vida fracturando su identidad, generando condiciones de fragilidad y vulnerabilidad”

Este asalto ontológico se relaciona con el concepto de fractura identitaria desde la incertidumbre, cuando la persona mayor recibe el diagnostico de una enfermedad crónica, esa condición se acompaña de miedo, angustia y negación, sumada muchas veces a la falta de comprensión de la información recibida, que limita la toma de decisiones, y rompe con todas las estructuras sociales, familiares de su entorno fracturando su identidad. Es decir, el

asalto ontológico al hacer una mirada de la vulnerabilidad fractura todas las fases de la identidad del enfermo.

De lo anterior, también se intuye la “mutación” como parte de la fractura identitaria, en este asalto ontológico como nuevo estadio de la ECNT, no es fácilmente asimilable por la persona mayor, es algo que aparece, que no se confronta y que en general como diagnóstico está ahí presente con su sintomatología, no se asume porque afecta su vínculo social, esto acentúa la vulnerabilidad del paciente fracturando si identidad.

Estar enfermo y cercano a la muerte es una experiencia que vulnera al sujeto y lo llena de incertidumbre, vuelca a la persona hacia sí mismo, sustituyendo “el ser-para otro por el ser para sí” (Pelluchon, 2013). Por la experiencia de la exposición al dolor y a la vulnerabilidad, esta condición dota a la persona mayor de fragilidad, fracturando la identidad de todas las formas, ese sentir o un abrazar la angustia y las dificultades en la adversidad, es ese contacto con la intimidad es cuando se reconoce la fragilidad a pesar de la fractura de la identidad se manifiesta, pero al mismo tiempo “los ancianos dejan ver ese sentido de humanidad” (Pelluchon, 2013).

En palabras de Pelluchon para Heidegger el “envejecimiento se articula con la responsabilidad” al hecho de ser por la existencia y las elecciones propias en el fundamento de si mismo. El envejecimiento es, es un sentir o un abrazar la angustia y las dificultades en la adversidad, es ese contacto con la intimidad cuando se reconoce la fragilidad.

Encuentro las posturas de la filósofa Corine Pelluchon tiene cabida la ontología, en esta conceptualización, sobre todo en “la enseñanza sobre la vida” y sobre el sentido de la humanidad nos son ofrecidas por los ancianos”. Por lo tanto, en esa temporalización aún puede dar muestra de compromiso y de responsabilidad consigo mismo y con los demás.

Conclusiones:

1. Incluir la fractura identitaria como parte de la vulnerabilidad, puede ser una alternativa que permita proponer estrategias efectivas de atención en salud con las personas mayores afectados por ECNT y al mismo tiempo invita a reflexionar desde la bioética como reformular las prácticas médicas y de atención de enfermería con el paciente ambulatorio y vulnerable, para propiciar espacios efectivos de la vivencia de la cronicidad.

2. Los programas de crónicos dirigidos a pacientes ambulatorios con ECNT deben estar alineados con las políticas de estado frente al envejecimiento y propender porque el

envejecimiento humano se fundamente con una visión de futuro, para las generaciones actuales y venideras con estrategias que logren la integración de las personas mayores a las sociedades en sus capacidades por tanto desarrollar competencias que desarrollen las capacidades latentes puede favorecer ante toda su dignidad y garantizara mayor inclusión en la sociedad al propiciar un envejecimiento activo mejorando la calidad de vida y disminuyendo la vulnerabilidad en la persona mayor.

3. Rectificar las representaciones negativas de la vejez en las sociedades actuales es imperativo puesto que ello propicia la integración de los pacientes mayores con ECNT resignificándolos para que sean partícipes en la toma de decisiones sobre su propia salud basado en sus necesidades individuales propiciando el cuidado de si en la vivencia de la cronicidad.

Referencias

Arruda de Morais, T. (2017) Los conceptos de vulnerabilidad humana y la Integridad individual para la bioética. Brasilia, Brasil, Revista de bioética. v. (25)2. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017252191>

Bataglia, L. (2002). La Declaración de Barcelona y los nueve principios de la Bioética.

Blanco, M. (2001). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. Revista Latinoamericana de población, v(12). Recuperado. <https://www.redalyc.org/pdf/3238/3238273040003.pdf>

Dubar, C. (2002). La crisis de las identidades: La interpretación de una mutación. Barcelona, España: Editorial Bellaterra.

Carbajo Velez, M. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Revista de la Facultad de Educación de Albacete, N° 24, 88.

Elder, Glen, Monica Kirkpatrick y Robert Crosnoe (2006), "The emergence and development of life course theory", en Jeylan T. Mortimer y Michael J. Shanahan (eds.), Handbook of the Life Course, Nueva York: Springer

Harari, Y.N. (2015) Breve historia del mañana. Barcelona: Debate págs. 14-20.

Henk ten H. (2016). *Vulnerability: Challenging Bioethics*. (Routledge, Ed.) (1 ed).
Routledge.

Mendes, Diz, A. M., Domínguez Mon, A. & Schwarz, P. K. N. (2011). Enfermedades crónicas. Entre la autonomía y el control. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Recuperado de <http://cdsa.academica.org/000-034/268.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Análisis de Situación de Salud según Regiones Colombia (ASIS), Dirección de Epidemiología y Demografía. Bogotá. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>

Ministerio de Salud y protección Social Resúmenes De Política: Intervenciones Poblacionales En Factores De Riesgo De Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Convenio Cooperación Técnica No. 485/10. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/intervenciones-poblacionales-factores-riesgo-enfermedades-no-transmisibles.PDF>

Mishel MH. Theories of uncertainty in illness. En : Smith MJ, Liehr PR. Middle range theory for nursing. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 2008. p. 55-84.

OMS (2018) Enfermedades no transmisibles. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

OPS (2013). Informe sobre la salud en el mundo. Recuperado <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf>

Pelluchon, C. (2013). La autonomía quebrada. Bogotá, Colombia: Ediciones El Bosque, Colección Bios y Oikos.

Pelluchon, C. (2015). Elementos para una ética de la vulnerabilidad. Los hombres, los animales, la naturaleza. Bogotá, Colombia: Editorial: U. Javeriana. Año de Edición: 2015, N° Páginas: 300, Bogotá.

Santi, M. F. (2015). Vulnerabilidad y ética de la investigación social: perspectivas sociales. Bogotá, Revista Latinoamericana de Bioética, vol. 15, núm. 2.

Toledo Jofré, M. (2012). Sobre la construcción identitaria. Revista Atenea Concepción, no.506, versión On-line ISSN 0718-046