

Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología

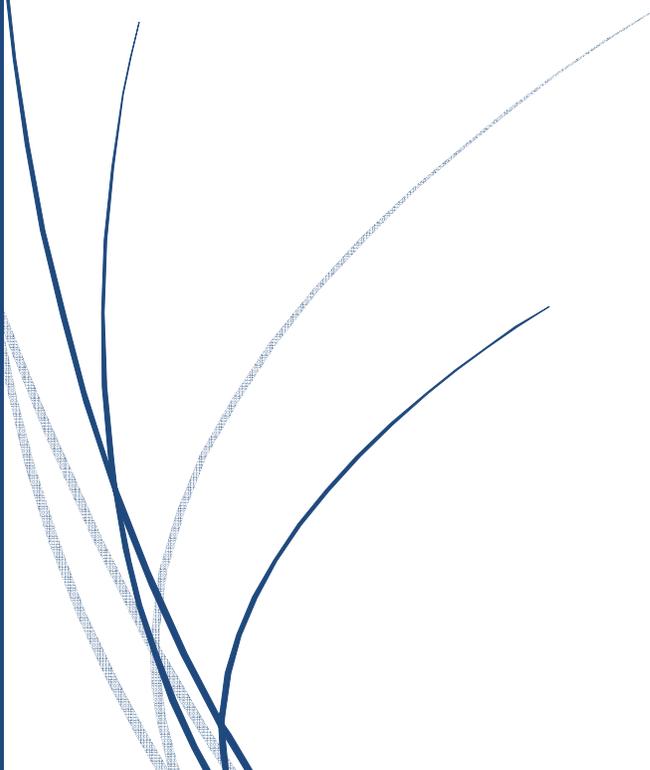
Alumna: Marcela Andrea Rius

Título del Proyecto de tesis:

“Cambios actitudinales en las Asistentes Gerontológicas de las Instituciones de Larga Estadía Don Bosco”

Director de Tesis: Mg. Jorge Paola

Año: 2018



INDICE

Resumen		2
Introducción	3	
Antecedentes		3
Justificación		8
Objetivos		9
Metodología		9
Población y muestra		12
Operacionalización de variables		12
Primer momento: Marco teórico conceptual		17
Segundo momento: Proceso de investigación		65
Tercer momento: Montaje de un dispositivo de capacitación en servicio		84
Cuarto momento: Reconocimiento de modificaciones de conductas y cambios actitudinales post-aplicación del dispositivo de capacitación		102
Conclusiones y recomendaciones		116
Bibliografía consultada		122
Anexos		126

RESUMEN/ABSTRACT

En el presente trabajo de tesis se investigaron aquellos factores que influyen en la calidad de vida de las personas mayores alojadas en las Residencias de Larga Estadia. El primer eslabón de esta cadena lo constituyen las asistentes gerontológicas, que son quienes están en contacto con ellos durante toda la jornada, encargándose de ayudarlos en aquellos aspectos que ellos por sí mismos no pueden asumir.

Al encontrar algunas fallas en mencionada cadena, se decidió implementar alguna forma de mejora, poniendo en juego las actitudes y motivaciones de las asistentes hacia los residentes y sus familiares.

Se realizaron encuestas ex ante, tanto a las asistentes como a los residentes y sus familiares, para poder contar con una línea de base diagnóstica de la situación.

Se usó como herramienta una capacitación no tradicional basada en el método María Montessori.

Una vez analizados los resultados, se programó un ciclo de capacitación en terreno que constó de dieciséis encuentros, bajo los parámetros del método mencionado, luego de los cuales se aplicó una encuesta para comparar los resultados.

En forma conjunta y a la luz de los mismos se plantearon medidas de cambio para lograr la mejora en la calidad de vida de los residentes, con el consenso de asistentes, residentes y familiares.

PALABRAS CLAVE:

Residencias de Larga Estadia, asistentes gerontológicas, cambios actitudinales, capacitación, residentes, familiares.

INTRODUCCIÓN

a. Area: Servicios de Gerontología

b. Tema: Desempeño de las asistentes gerontológicas.

c. Título: Cambios actitudinales de las asistentes gerontológicas en las Instituciones de Larga Estadía Don Bosco

d. Problema:

d.1 Antecedentes:

La característica principal de la población mundial que comenzó en el siglo XX es el envejecimiento demográfico, y es entendido como un proceso que alcanzó a los países desarrollados y a la mayoría de países de América Latina. Está caracterizado por el aumento poblacional de los adultos mayores, a medida que la proporción de niños y jóvenes disminuye. El grado de avance y el estado actual de este proceso en cada uno de los países es diferente, pero además, al interior de cada país, los procesos de envejecimiento son individuales y colectivos.

En 2017, se calcula que hay 962 millones de personas con 60 años o más, es decir, esto corresponde a un trece por ciento (13%) de la población mundial y a un crecimiento anual del 3 por ciento. Europa es la región con más personas pertenecientes a este grupo, aproximadamente un 25 por ciento. Ese grado de envejecimiento de la población también llegará a otras partes del mundo para 2050, con excepción de África. Ya para 2030, se estima que serán 1400 millones de personas de edad avanzada en el mundo. (Envejecimiento-Naciones Unidas; un.org/es, 2017)

En Argentina, registran que entre 1970 y 2010, el porcentaje de personas mayores de 65 años pasó del 7 al 10,23%. Asimismo proyecciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) indican que hacia 2050 el 25% de la población argentina tendrá 60 años o más. (Datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos- Indec, 2010)

En relación con las personas que superan los 80 años, se calcula que se triplicará en poco más de 30 años y se multiplicará por siete en poco más de siete décadas: de 137 millones en 2017 pasarán a 425 millones en 2050 y a 3100 millones en 2100. Las personas de 80 años y más constituyen el grupo de edad que presenta el mayor crecimiento relativo en el total de la población argentina.

La República Argentina es uno de los países más envejecidos de la región. Según las proyecciones demográficas que efectúa INDEC, la población total en el año

2016 fue de 43.590.368 habitantes, y la cantidad de personas de 60 años y más ascendió a 6.555.260, lo que representa un 15% de la población total. El grupo de las mujeres, que en número son la mayor proporción, presentan una mayor esperanza de vida. (57% de las personas de 60 años y más). A medida que se avanza en edad el grupo de mujeres se vuelve aún más numeroso, de allí el término de feminización del envejecimiento. Las Personas de 75 años y más representan el 30.4% de la población de 60 años y más.

En las próximas décadas, muchos países estarán sometidos a presiones políticas y especialmente fiscales debido a las necesidades de asistencia sanitaria, pensiones y protecciones sociales de este grupo de población en aumento.

El conocimiento de estos procesos favorecerá la generación de acciones orientadas a la planificación económica y social y de todos aquellos aspectos en que dicho sector constituya un papel substancial como salud, vivienda, seguridad social, producción de bienes y servicios, entre otros.

En Argentina las personas de 75 años y más representan el 30.4% de la población adulta mayor. El Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios Argentino impulsado por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación alcanzó su máximo desarrollo en el período 2003-2015 donde se formaron 45.000 cuidadores domiciliarios para atender a las personas mayores frágiles o con alguna dependencia. La formación fue reconocida por el Ministerio de Educación de la Nación (CFE 149/11) como un oficio y esto acrecentó la incorporación al mercado de trabajo de todas las personas que se formaron. Las prestaciones son cubiertas por la seguridad social (PAMI, IOMA, otras obras sociales) por las provincias, municipios y por las familias en el caso de instituciones de Larga Estadía privadas.

Nos encontramos ante una crisis del cuidado debido a que se produce de manera simultánea a la incorporación de la mujer al mercado del trabajo y al aumento de población que requiere de cuidados. En nuestro país la razón de apoyo es del 33% y para el 2050 aumentará al 63%, lo que significa que cada vez necesitaremos más personas que cuiden a nuestros mayores y más desarrollo de servicios de cuidados a largo plazo.

Los servicios de cuidado de largo plazo comprenden: los cuidados domiciliarios, la teleasistencia, las viviendas tuteladas, los centros de día y las residencias de larga

estadía. En nuestro país el desarrollo no es aún muy significativo a pesar de las inversiones de PAMI y el Ministerio de Desarrollo Social¹

Cantidad de establecimientos, cantidad de residentes alojados, cantidad de personas mayores de 60 años (PAM) y porcentaje sobre PAM en diferentes años.

Año	Cantidad de establecimientos	Población residente	PAM	% sobre PAM
1979	567	21.628	3.239.920	0,66
1986	1117	37.678	3.838.914	0,98
1991	1840	43.024	4.252.592	1,01
2010	3584	86.000	5.725.838	1,50

Fuentes: Elaboración propia sobre la base del esquema del Mg. Paola, Jorge P. sobre Censos INDEC, "Algunas características de los Establecimientos para la atención prolongada a personas mayores" INSSJ y P PAMI 1986 y Residencias de Larga Estadía para Adultos Mayores en la Argentina Ministerio de Desarrollo Social – Facultad de Psicología de la Universidad de Mar del Plata. 2015.

En 2016 se reglamentó la Ley 5670 en la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires involucra:

"... a todo establecimiento privado residencial o no, que tenga como fin brindar servicios de alojamiento, alimentación, higiene, recreación y/o atención médica y psicológica no sanatorial a personas mayores de 60 años, en forma permanente o transitoria, a título oneroso o gratuito"
(art. 3, Ley 5670 Ciudad Autónoma de Buenos Aires)

Los establecimientos tienen diversas clasificaciones que se determinan según el estado particular de sus concurrentes: Residencias para personas mayores autoválidas, hogares de día para personas mayores autoválidas, Residencia para personas mayores con dependencia, residencia para personas mayores con soporte de psiquiatría, Hogar de Día para personas mayores con soporte de psiquiatría, Residencia para personas mayores de alta dependencia con padecimientos crónicos y Casa de Residencia.

Las Residencias para personas mayores y los Hogares de Día deberán tener como mínimo capacidad para albergar a 6 residentes, mientras que las Casas de

¹Estas afirmaciones son extraídas del libro "Residencias de Larga Estadía en la Argentina", Relevamiento y evaluación. DiNAPAM, SENAF. 2015; cuya autoría corresponde a la Dras Mónica Roqué y Adriana Fassio.

Residencia, tendrán capacidad para hasta 5 residentes. Asimismo, la reglamentación determinó el máximo de camas por metro cuadrado.

La ley otorga el derecho a los alojados y concurrentes a decidir su ingreso o egreso de la institución y a circular libremente dentro y fuera de la misma, salvo orden judicial o médica expresa, a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia, a no ser sometida a tortura ni a pena ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes; a no permanecer aislada en el establecimiento -salvo orden judicial o médica expresa-, a la educación, cultura, nuevas tecnologías, a la recreación, al esparcimiento y al deporte.

Se permite el ingreso al establecimiento, sin perjuicio del horario habitual de visitas, de las personas a cargo de los mayores allí alojadas en cualquier momento del día, para verificar que se cumplan las condiciones generales de alojamiento respetando el descanso, la tranquilidad y la seguridad.

A través de esta norma también se crea un Registro Único y Obligatorio de los establecimientos, de acceso público y gratuito, en el que deberán inscribirse -y renovar anualmente- todas las Residencias para personas mayores, Hogares de Día y Casas de Residencia que brindan prestaciones como tales dentro del ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que deberán contar con un sistema alternativo de suministro de energía eléctrica para ser utilizado ante la falta de este servicio. Dicho sistema debe garantizar, como mínimo, el uso de los medios de elevación, cualquier aparato eléctrico utilizado como soporte vital y la refrigeración de alimentos y medicación.

Una cláusula derogatoria establece que a partir de la sanción de la normativa queda derogada la Ley 661 "Registro Único y Obligatorio de Establecimientos Residenciales para Personas Mayores".

La Legislatura, de manera simultánea, sancionó una Ley de Asistentes Gerontológicos (Ley 5671) ya que el Estado consideró necesario que se implementen políticas públicas que acompañen y den respuesta a las realidades específicas en las que se encuentran transitando las personas mayores y de ese modo garantizar sus derechos.

La norma define como Asistentes Gerontológicas a aquellas personas que prestan servicios especializados con visión gerontológica de prevención, acompañamiento, apoyo, contención y asistencia en las actividades básicas de la vida

diaria a los adultos mayores de sesenta años o más, tanto en el domicilio de éstos o en instituciones.

Se creó un Registro Único y Obligatorio que tiene como requisito de inscripción la aprobación de un curso de formación dependiente de la Secretaría de la Tercera Edad de la Ciudad de Buenos Aires.

Los fundamentos de dicha ley destacan que en la vida de los adultos mayores y su entorno, el Asistente Gerontológico es un eslabón fundamental para que éstos puedan transitar esta etapa contando con los cuidados adecuados que les permitan una buena calidad de vida y de ese modo garantizar sus derechos, aunque en la realidad de las instituciones nos encontramos cotidianamente con situaciones basadas en falta de motivación, compromiso, calidad de atención y actitud en las respuestas.

Numerosos factores, entre ellos la complejidad y las dificultades que supone la prestación de cuidados y la gestión de demandas contrarias de atención a los residentes, puede contribuir a la insatisfacción en el trabajo y a la falta de motivación entre el personal de atención de salud. Esos factores también pueden influir negativamente en la retención del personal y, lo que es también importante, en la calidad de los cuidados que éste dispensa.

Según Zurn et al. (2005, pág. 3):

"...se cree que la motivación laboral es un factor esencial para los resultados de las personas y de las organizaciones y es también un elemento importante para prever la intención de dejar el lugar de trabajo".

Como ponen de relieve Mathauer e Imhoff (2006): *"...La baja motivación influye negativamente en los resultados individuales de los trabajadores de salud, en las instituciones y en el conjunto del sistema de salud. Más aún, se añade a los factores que empujan a los trabajadores de salud a emigrar de las zonas rurales hacia las ciudades y a salir del país. Es, pues, un objetivo importante de la gestión de los recursos humanos en el sector de salud fortalecer la motivación de los trabajadores de salud.."*

Erving Goffman en su libro "La Presentación de la persona en la vida cotidiana" hace referencia a la vida social a través de una metáfora: la del teatro, cuyo escenario es la vida misma, con actores y público en permanente intercambio, instándonos permanentemente a pensar acerca de qué sucedería si esa metáfora fuese trasladada

a la realidad que vivimos las personas que trabajamos en las Residencias de Larga Estadía:

¿Qué observaríamos? ¿Cómo sería el escenario, quiénes son los actores y el público?

d.2. Justificación

Es evidente que el aumento de este tipo de instituciones impone la necesidad de contar con personal altamente capacitado que pueda y sepa atender al adulto mayor con sus peculiaridades psicológicas y sus necesidades tanto físicas como espirituales. Por esta razón consideramos de suma importancia lograr un modo de capacitación adecuado que nos permita contar con personal idóneo para brindar a estos internos la mejor calidad de atención en pos de una alta calidad de vida.

Para lograr esto se hace necesario conocer la historia tanto del interno como de las auxiliares que se encargan de su cuidado. Este conocimiento permitirá adecuar el trato en pos de una interrelación necesaria para lograr los objetivos que se proponen tanto desde la institución como de los internos y familiares de éstos.

d.3. Objetivos

d.3.1 GENERAL:

Indagar acerca de qué cambios actitudinales son necesarios por parte de las asistentes gerontológicas de las Instituciones de Larga Estadía Don Bosco en su trato cotidiano con los residentes, a fin de brindar a éstos mayor confort y mejor calidad de vida.

d.3.2. ESPECIFICOS:

a. Conocer a través de entrevistas semiestructuradas la biografía personal de las asistentes gerontológicas y su relación con la institución, residentes y familiares de éstos.

b. Analizar las actitudes y motivaciones de las asistentes gerontológicas de las Residencias de Larga Estadía Don Bosco.

c. Contrastar la percepción de las familias sobre la atención y conocimiento de la vida cotidiana de las personas mayores alojadas en las ILE "Don Bosco"

d. Instrumentar dispositivos de reflexión y capacitación a partir del Método Montessori, mediante la dramatización y ejercitación que posibiliten visualizar situaciones conflictivas y/o placenteras.

e. Observar las tendencias hacia el cambio o mantenimiento y sostenimiento de actitudes personales, motivaciones y la relación con las personas mayores aplicando modelos quasi-experimentales, mediante el desarrollo de distintos instrumentos de medición.

d.4. Metodología

El trabajo se encuentra orientado metodológicamente por un esquema observacional cuanti-cualitativo de tipo descriptivo y analítico. Es un modelo de diseño quasi experimental mediante una comparación "antes – después" del proceso de capacitación.

Este estudio encuentra fundamentos en las posturas interpretativistas/constructivistas, haciendo uso de métodos de generación de datos sensibles al contexto social, basándose en un análisis que involucró la comprensión de la complejidad, los detalles y los distintos contextos.

Tuvo cuatro momentos: primero, Marco teórico conceptual, segundo, Proceso de investigación, tercero, Montaje de un dispositivo de capacitación en servicio y cuarto, Reconocimiento de modificaciones de conductas y cambios actitudinales post-aplicación del dispositivo de capacitación. En la pre y post capacitación se utilizaron instrumentos de investigación social para la recolección de datos tales como:

- a) Entrevistas semiestructuradas a las asistentes gerontológicas.
- b) Entrevistas semiestructuradas a residentes y familiares.

Dichas entrevistas fueron realizadas en el contexto residencial. Las asistentes participantes fueron seleccionadas de manera aleatoria pero con diferentes años de antigüedad en el puesto a los efectos de lograr una comparación.

"El propósito del método de comparación constante, hace al mismo tiempo comparación y análisis, es generar teoría en forma más sistemática a través de la utilización de la codificación explícita y de los procedimientos analíticos" (Glaser B y Strauss A.1967)

La selección de los residentes y familias se realizó al azar, teniendo en cuenta el estado del residente y la participación y concurrencia de la familia a cada una de las Residencias.

Las entrevistas iniciales estuvieron a cargo de la Psicóloga Lic. Dau. Se trató de corroborar una visión diagnóstica clara de las situaciones que se percibían.

Estas entrevistas permitieron recabar información acerca de las vivencias de las asistentes gerontológicas y permitieron percibir el por qué de ciertas actitudes. Se les adjudicó un valor aleatorio y no se cuantificó por tratarse de un estudio cualitativo. Esto se detalla en el presente trabajo²

Es probable que la capacitación a las asistentes gerontológicas cambie el esquema de enseñanza-aprendizaje tradicional ya que será realizado a través de una adaptación del método de María Montessori donde se complementaron actividades teórico-prácticas, que posibilitaron ejercitar situaciones conflictivas y/o placenteras.

Fuentes y Técnicas:

Las principales fuentes primarias fueron los datos obtenidos por la observación en el terreno.

²Cfr. Págs.. 65 y sig.

Los datos básicos de las asistentes se recopilaron de los legajos de las mismas y lo correspondiente a los residentes en su Historia Clínica Única.³

Las fuentes secundarias se basaron en:

a. La recolección de datos relacionados con la realidad que viven hoy las residencias de larga estadía en lo que a recursos humanos se refiere y su capacitación. ¿Cuál es la percepción que tienen los residentes y los familiares de este colectivo en lo que respecta a la atención?

b. Relevamiento documental de fuentes secundarias. Para profundizar la información se construyeron instrumentos de registro y a su vez se diseñó un instrumento de síntesis de la información disponible a fin de una jerarquización de la misma.

c. Observación simple: Se utilizó para ver perfiles, actitudes, características de las asistentes gerontológicas en las tareas de la vida cotidiana y las características generales de la Institución.

d. Observación participante: Se incluyeron, según su disposición, a residentes y familiares, para participar de algunas clases de dramatización o rol-playing.

e. Se confeccionaron guías ordenando las preguntas por temas, para las asistentes gerontológicas, las familias y los residentes. Estas guías fueron diseñadas teniendo en cuenta el orden secuencial y el lenguaje utilizado en cada caso para facilitar la recolección de los datos y el desarrollo de la entrevista (para su análisis cualitativo). Como instrumento de registro se tomaron notas o se utilizó grabador, según lo convenido con el entrevistado en cada caso (privilegiando si era posible el uso del grabador para analizar textualmente los discursos).

Matriz de Datos:

La matriz fue la herramienta para comenzar a resumir toda la información obtenida: unidad de análisis, variables y categorías. Se construyeron cuadros para hacer más fácil y cómodo el acceso a la información.

Triangulación de datos:

Se utilizaron para integrar las fuentes primarias y secundarias y los indicadores, permitiendo evaluar la consistencia de los resultados y las conclusiones finales, como estrategia para determinar la confiabilidad de la información:

Escalas:

³Ver anexo 2

Para mensurar valores, opiniones, relaciones y vivencias se utilizó la escala Likert, que nos permitió comparar las respuestas de este grupo social con características homogéneas en el “antes y después” de la capacitación.

7.- Población y Muestra:

El universo poblacional se encuentra evidenciado en la nómina de personal de la Residencia de Larga Estadía Don Bosco. Fueron veinte auxiliares gerontológicas, elegidas al azar de diversas edades y antigüedad en el puesto, 6 (seis) residentes que se encontraban en condiciones de poder expresar lo ocurrido “antes y después” de la capacitación al personal y 6 (seis) familias con una presencia diaria en la institución, que podían dar cuenta de los cambios producidos.

8. Operacionalización de las variables intervinientes:

Unidad de análisis: Asistentes gerontológicas de las Instituciones de larga Estadía “Don Bosco”

Los cambios actitudinales y motivacionales de las asistentes gerontológicas se vieron reflejados en las relaciones con los residentes y se perciben en las familias.

Variables	Dimensiones	Indicadores
Cambios actitudinales	Respuestas cognitivas. Valoración de la situación	Nivel de creencias y conocimientos
Cambios motivacionales	Valoración emocional	Grado de satisfacción y compromiso
Nivel de satisfacción del Adulto Mayor	Respuestas de Atención	Grado de relación asistente geriátrica-residente
Opinión de los familiares de los residentes	Rol de las auxiliares geriátricas	Grado de asistencia Nivel de acompañamiento
Concepciones acerca de la capacitación Concepciones acerca de la capacitación	Imaginario Formas y alcance del método de capacitación	Grado de pertenencia a la institución Nivel de Rendimiento
Impacto de la capacitación recibida	Cambios actitudinales y motivacionales	Datos de rendimiento Nivel de participación
	Satisfacción de los Adultos	Evaluación del proceso asistencial

	Mayores y las familias	
--	------------------------	--

Con el propósito de clarificar los resultados se agregaron los siguientes desagregados orientativos

1. ¿La información que posee para la tarea que realiza es?:
 - a. Muy Suficiente
 - b. Suficiente
 - c. Poco suficiente
 - d. Insuficiente.
 - e. Muy insuficiente
2. ¿La responsabilidad en la atención es?:
 - a. Muy Prioritaria
 - b. Prioritaria
 - c. NS/NC
 - d. Poco prioritaria
 - e. Nada prioritaria.
3. ¿El empleo satisface sus necesidades?
 - a. Totalmente en desacuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - d. Totalmente acuerdo
 - e. De acuerdo
4. ¿La capacitación es un estímulo para su crecimiento?
 - a. Muy aceptable
 - b. Aceptable
 - c. Nada aceptable
 - d. Inaceptable
 - e. NS/NC
5. ¿Cómo es la atención de las asistentes geriátricas?
 - a. Atención individual
 - b. Atención individual y además realiza otras tareas.
 - c. Atención simultánea a varios residentes.
 - d. Atención simultánea y además realiza otras tareas.
 - e. NS/NC
6. ¿De quién dependen las decisiones en la atención del Adulto Mayor en la residencia
 - a. Dependen del criterio de las asistentes geriátricas.
 - b. Dependen de directivas explícitas de la Dirección.
 - c. Dependen de las familias.
 - d. Dependen del plantel profesional.
 - e. No dependen de nada.
7. ¿Cuál es el primer eslabón de contacto de las familias al ingresar a la RLE?
 - a. La familia reconoce a las asistentes gerontológicas como el primer eslabón de contacto para atención del residente.
 - b. La familia reconoce al cuerpo médico como primer eslabón de contacto para la atención del residente.
 - c. La familia reconoce a la dirección como primer eslabón de contacto en la atención del residente.

- d. NS/NC
- 8. ¿Cómo percibe la familia el acompañamiento de la asistente geriátrica?
 - a. Muy Aceptable
 - b. Aceptable
 - c. Poco Aceptable
 - d. Inaceptable
 - e. NS/NC
- 9. ¿La capacitación que brindará Residencia influirá en su compromiso y motivación?
 - a. De acuerdo
 - b. Muy de acuerdo
 - c. En desacuerdo
 - d. Muy en desacuerdo
 - e. Indeciso.
- 10. ¿El aprendizaje activo a través de hechos concretos de la vida cotidiana mejorará el rendimiento?
 - a. Muy de Acuerdo
 - b. De Acuerdo
 - c. En desacuerdo
 - d. Muy en desacuerdo
 - e. Indeciso
- 11. ¿Qué sucede ante una situación cotidiana a resolver?
 - a. Las asistentes gerontológicas deciden ante una situación a resolver.
 - b. Las asistentes gerontológicas no deciden ante una situación a resolver
 - c. Las asistentes gerontológicas deciden parcialmente ante una situación a resolver
 - d. Las asistentes gerontológicas deciden solo algunas situaciones a resolver.
 - e. Las asistentes gerontológicas se mantienen indecisas ante una situación a resolver.
- 12. ¿Los números de caídas han disminuido?
 - a. Casi Totalmente
 - b. Totalmente
 - c. Muy parcialmente
 - d. Parcialmente
 - e. NS/NC
- 13. ¿Cómo fue la calidad en la atención?
 - a. Altamente satisfactoria.
 - b. Satisfactoria
 - c. Poco satisfactoria
 - d. Insatisfactoria
 - e. Muy insatisfactoria.
- 14. ¿Se incrementaron la responsabilidad y el compromiso?
 - a. Muy Significativamente
 - b. Significativamente
 - c. Poco significativo
 - d. Insignificativamente
 - e. NS/NC

15. ¿Cómo fue la dedicación manifestada por las asistentes gerontológicas en el proceso asistencial?

- a. Muy aceptable
- b. Aceptable
- c. Poco aceptable.
- d. Inaceptable
- e. Muy inaceptable.

16. ¿Las respuestas espontáneas brindadas por las asistentes gerontológicas evidenciaron compromiso

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces.
- d. Casi nunca
- e. Nunca

17. ¿Los derechos y la autonomía al Adulto Mayor fueron pilares en el proceso asistencial?

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Casi nunca
- e. Nunca.

En este estudio y análisis de lo observado se empleó la perspectiva de la actuación o representación teatral. En las páginas que siguen al análisis consideramos de qué manera las asistentes se presentaban y presentaban su actividad ante otros, en las situaciones de trabajo cotidiano, en qué forma guiaban y controlaban la impresión que los otros se formaban de ellas, y qué tipo de cosas podían y no podían hacer mientras actuaban ante ellos. Al utilizar el escenario teatral (la residencias en sus espacios comunes) el actor se presentaba bajo la máscara de un personaje, ante los personajes proyectados por otros actores (su grupo de trabajo) y el público constituyó el tercer partícipe de la interacción (familia o institución de acuerdo a la situación). El trabajo consta de cuatro capítulos en los que se recorren los diferentes actos de esta obra teatral.

En la introducción general se describe el problema a investigar, sus antecedentes y cuáles fueron los objetivos que nos llevaron a realizarlo.

En el primer momento expone los aspectos de la teoría utilizada como apoyo a lo realizado en la práctica.

El Segundo momento se centra en el escenario propiamente dicho: Las Instituciones de Larga estadía Don Bosco, sus características principales, su historia y su situación actual.

El Tercer momento se encuentra dedicado a detallar el dispositivo de capacitación empleado que nos permitió visualizar y direccionar los cambios.

El Cuarto momento del trabajo configura las conclusiones del mismo integrando los diferentes conceptos teóricos con los resultados y hallazgos encontrados a los efectos de describir los cambios de actitudes y motivaciones descubiertas en el transcurso del proceso de investigación.

PRIMER MOMENTO:

FUNDAMENTACION TEORICA Y PRÁCTICA DENTRO DEL CAMPO DE LA INVESTIGACION SOCIO-SANITARIA

Marco Teórico- conceptual (Los aspectos de la teoría utilizada como apoyo a lo realizado en la práctica).

Los primeros hogares de ancianos o residencias geriátricas aparecen en Europa en el Siglo XVI destinados a albergar locos, vagabundos, desviados de la ley y viejos. (Zolotow, D. 2010). A través del tiempo ha sido un recurso que la sociedad instrumentó para dar respuesta a diversos problemas planteados por la población que envejecía. Contrariando la mitología popular, que fija como ineludible el destino de los mayores reclusos en instituciones, las cifras indican que, en América latina, llega al 3% por sobre la población mayor de sesenta años⁴. Estas instituciones están teñidas de tradición y de historia, nacen y se desarrollan bajo concepciones asilares. Recién a mediados del siglo XX algunas incorporan el concepto de rehabilitación y a partir de la década del ochenta se comienza a pensar en términos de promoción de la salud.

Como toda estructura organizacional, los hogares se sustentan en ideas y creencias, estos pueden configurar sistemas rígidos, donde la pasividad, la despersonalización y el quietismo configuren los rasgos más destacados o sistemas flexibles, donde la actividad, la participación, el respeto por el individuo se constituya en la base de una tarea de constante cambio y ajuste al medio.

El sociólogo Erving Goffman, asigna al concepto de "*instituciones totales*" como:

"...un lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente..."(Goffman, E., 1961: 13).

Surge el interrogante acerca de si la gestión de esas instituciones puede encausarse en forma armónica, estable, o si su dinámica funcional se asemeja más a secuencias de equilibrios y desequilibrios.

⁴Según estima la Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: "Hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento". Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003.

Desde la perspectiva del desarrollo humano, el envejecer es universal. La manera de hacerlo es propia de cada sujeto, es decir que la uniformidad en la generación de los diferentes servicios, el tratar a los mayores como iguales significa un reduccionismo que no solo no contempla la diversidad y heterogeneidad de las personas, sino que en la mayoría de los casos termina rigidizando las normas institucionales y empobreciendo la calidad de servicio.

Referirse a instituciones implica la presencia de normas y algún grado de organización. La falta de las mismas en nombre del respeto a la individualidad tampoco es conducente, porque generaría un estado de anarquía, que repercutiría negativamente en los residentes.

Muchas veces son considerados aspectos que tienen elevada visibilidad: pisos limpios, pintura impecable, orden, alimentación abundante, mucho más que las que tienen baja visibilidad: un trato cordial, calidad alimentaria, ocupación y preocupación por los residentes, respeto por la singularidad, etc. Estas situaciones donde no siempre está clarificado qué es lo importante de lo accesorio, dificultan muchas veces el accionar habitual. Estos establecimientos presentan variedad de situaciones, las diferentes demandas y expectativas de los residentes, sus familiares y amigos, del personal de atención directa, de profesionales y directivos, demandan una actitud de construcción constante de la armonía institucional, que en el devenir implica pasar de equilibrios a desequilibrios y así sucesivamente.

El desafío es lograr la contención y seguridad institucional, respetando las individualidades de potencialidades, sin obligar a participar de actividades que no resulten placenteras, es conciliar intereses entre residentes, personal y directivos, es favorecer la comunicación tolerando las diferencias.

Maria Pía Barenys, en su libro *Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos*, expresa:

"...las residencias de adultos mayores están lejos de los tenebrosos asilos y no son hogares. Se sitúan en algún punto intermedio en la línea artificial que acostumbramos a trazar entre ambos tipos de instituciones. Su punto de referencia común es la techumbre, la mesa, la convivencia y otros aspectos, ya que el hogar posee una historia de relaciones personales, un conjunto de vivencias...". (Barenys, M.P., 1993, 30)

Maria Cristina De Los Reyes manifiesta que:

"...la Institucionalización de Larga Estadía es una construcción social, histórica y culturalmente situada, que comprende significaciones referidas tanto a los ancianos institucionalizados como a los establecimientos que los alojan, a los familiares de los ancianos como a los cuidadores formales..." (de los Reyes, M.C., 2001)

Según lo planteado por Pilar Rodríguez, las residencias de adultos no son un hospital, una vivienda, una pensión; son centros de convivencia destinados a servir de vivienda permanente y común, en los que se presta una asistencia integral y continuada a quienes no pudieran satisfacer estas necesidades por otros medios. Las residencias son centros que ofrecen atención integral y vivienda permanente a personas mayores de sesenta años, que por su problemática social, familiar y/o económica, no pueden ser atendidas en sus propios domicilios y necesitan de estos servicios. (Rodríguez, P. 2007)

También el proceso de envejecimiento poblacional produjo transformaciones en la estructura de las familias. El aumento de la esperanza de vida conlleva a la convivencia de dos o más generaciones de Adultos Mayores, así surgen las familias denominadas "verticalizadas" (Acrich, 2009). En estas nuevas estructuras familiares, ante la baja natalidad hay menos parientes laterales (tíos, primos, hermanos) y más relaciones intergeneracionales. De este modo, disminuyen las relaciones intrageneracionales por disminución de los miembros. La generación intermedia enfrenta la tarea de tener que cuidar a sus propios hijos y a los adultos mayores dependientes, además de las responsabilidades propias de las tareas laborales. (Roqué, Fassio 2009)

En las etapas finales de la vida de los padres es natural que se transforme la relación, produciéndose lo que se conoce como compensación vital, debido a la mayor necesidad de los adultos mayores de cuidados y atenciones especiales.

Teniendo en cuenta que la familia, es un concepto cambiante, dinámico, heterogéneo y flexible es considerada la misma como la matriz de la identidad y del desarrollo psicosocial de sus miembros. La familia es parte esencial de la vida cotidiana de hombres y mujeres en todo el mundo y lo ha sido a través de los tiempos. Ella se constituye, según N. Ackerman, en la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y de fracaso. Fundamentalmente la familia cumple con dos funciones

básicas: asegura la supervivencia física y construye lo esencialmente humano del hombre. (Ackerman, 2008).

En lo que respecta a los residentes, adultos o personas mayores, durante mucho tiempo su papel en los estudios antropológicos se limitó al de servir de informantes privilegiados, depositarios del saber cultural en quienes confiaban los investigadores de campo, pero invisibles en la etnografía en tanto que personas con unas características determinadas. Keith (1980) interpreta esta ausencia por la sorpresa que debía causar su elevado poder a los etnógrafos que, pese a su edad, tendían a verlos como adultos sin tener en cuenta su edad cronológica, al menos hasta que la decrepitud física se hacía evidente. El tema central de las primeras aportaciones a la geroantropología sería, precisamente, el contraste entre el estatus prestigioso de los ancianos en sociedades primitivas frente a los "estatus carentes de roles" que reciben en la sociedad moderna. La obra de Simmons (1945) contribuyó a reforzar la imagen venerable de los elders en las culturas preindustriales: aunque las actitudes y el trato hacia ellos varían mucho, en general son tratados con respeto mientras llevan a cabo algún tipo de actividad que se valora como necesaria, tanto en la subsistencia (cuidado de los niños, recolección, preparación de alimentos) como en el sistema simbólico (habilidades y saberes tradicionales), conservando intactos sus derechos políticos, civiles y de propiedad, y acrecentando su prestigio en el seno de la comunidad.

La imagen del jubilado o del asilado reflejan tanto la burocratización de la última etapa de la vida en la sociedad industrial (que se traduce en su clasificación formal como variable cronológica), como el proceso de exclusión social que ésta conlleva, con la consiguiente aparición del concepto de "retiro". La aparición en los países occidentales, de nuevas agrupaciones sociales destinadas a cubrir este "estatus vacío de roles", como los hogares de jubilados, los asilos, las redes sociales de la tercera edad, etc., suscitó pronto el interés de los etnógrafos, deseosos de describir la emergencia de nuevas comunidades basadas en la edad. Algunos de estos estudios se inscriben en la llamada teoría de la subcultura (Rose, 1962), más bien un intento de clarificación conceptual sobre el advenimiento de una microsociedad anciana, paralela a la extensión de espacios y de tiempos donde se recluye a los miembros de la edad dorada. Las últimas tendencias en los estudios sobre ancianidad se sitúan a caballo entre la llamada "gerontología crítica" y las corrientes interpretativas y hermenéuticas. La geroantropología es, en la actualidad, uno de los campos de mayor desarrollo,

como lo demuestran los simposios dedicados al tema en los últimos congresos internacionales, y está empezando a ofrecer aportaciones teóricas y empíricas cuyo interés desborda ampliamente las fronteras de la subdisciplina.

Las sociedades de hoy inevitablemente tienen que dirigir su mirada ante un grupo etéreo que va creciendo día a día y que requiere ser visibilizado desde el campo académico: los adultos mayores. El envejecimiento se convierte así en un tema importante a tratar en la agenda de los gobiernos y, debido a las particularidades que acarrea este proceso, urge la acción y el planteo de políticas concretas que beneficien al sector. En cualquier contexto social, el envejecimiento poblacional se puede considerar tanto un logro como un desafío. Los cambios en la estructura de edad afectan diferencialmente los objetivos y las prioridades, así como la asignación de recursos, dentro del ámbito familiar y del Estado mismo.

Para analizar la situación de los adultos mayores es necesario distinguir dos grandes dimensiones que permiten caracterizar la vejez: siguiendo a Lourdes Pérez Ortiz (1997), es posible distinguir la *edad* como la gran variable estratificadora, y la *estructura o sistema social*, cuyas reglas imponen pautas de comportamiento creando la vejez. La primera tiene que ver con el envejecimiento como un *proceso individual*, considera el aumento de la edad cronológica del sujeto, del cual no puede escapar. La segunda variable, del envejecimiento como *proceso social*, el cual relaciona el envejecimiento con los cambios producidos en una estructura sociodemográfica específica. En este sentido, por ser la vejez un concepto definido socialmente, para comprender la realidad de los ancianos en la actualidad, es importante conocer el estereotipo de vejez vigente hoy en nuestra sociedad. La vejez, no es algo nuevo, pero sí es algo novedoso para la sociedad de hoy, ya que se ha hecho presente como grupo visible, como categoría social, con sus necesidades e intereses. Como referente para la Sociología, ya en 1955 Gino Germani anunciaba que:

"...Frente a una ancianidad que engrosa sus filas, no es necesario solamente contar con un sistema de previsión, seguro y jubilaciones lo más amplios y sólidos posibles, con cambios adecuados en la orientación de la asistencia social y la medicina, sino que deben producirse modificaciones sustanciales en las actitudes de las personas hacia la vejez, y también por parte de ésta". (Germani, G. 1955)

El proceso de envejecimiento, a nivel individual, condiciona al anciano física y mentalmente, convirtiéndose el grupo más viejo en aquel que requiere mayor atención

y cuidado como consecuencia de su mayor dependencia. En cuanto al género en la vejez, el tema puede tornarse más que interesante. Es una variable que tiene mucho peso a la hora de buscar explicaciones a las especificidades de la ancianidad.

Las sociedades de hoy están preocupadas en prolongar la vida de las personas a través de los avances científicos y técnicos. Y la paradoja es que todos quieren vivir más, pero nadie quiere ser viejo. Esto ¿por qué?. La respuesta a tamaño interrogante es compleja, y abarca el análisis de múltiples y variadas dimensiones de la vejez misma, y de la valoración que la sociedad hace de ella.

Ante un panorama que indica un aumento en la longevidad de los seres humanos, interesa aquí investigar el modo en que se da respuesta a las necesidades de cuidados de estas personas.

¿Quién cuida de los mayores? Según Malinowski, la sociedad, en todos sus tiempos y latitudes, acaba por crear las instituciones que le resultan necesarias para su funcionamiento. Como señalan Buendía y Riquelme (1998), la reducción del tamaño de la familia, la falta de recursos y soluciones comunitarias generan el aumento de la internación geriátrica. De esta forma, el anciano deja el ambiente familiar de su casa para internarse en una institución impersonal donde no va a poder tomar decisiones sobre asuntos cotidianos y llevar a cabo tareas de todos los días, produciéndose el llamado "estrés por reubicación", ya que el ingreso a una residencia implica desarraigo y sobreesfuerzo de adaptación.

Al respecto, un aspecto fundamental del traslado del adulto mayor a una institución es el cambio que se produce en la percepción del control sobre los sucesos de la vida cotidiana. Más aún, diversos estudios han revelado que la internación geriátrica acelera el deterioro, aumenta el grado de dependencia debido a sentimientos de soledad por encontrarse separados de su núcleo familiar, mostrándose apáticos, poco participativos en las actividades programadas, con mayores factores de riesgo como sedentarismo, aislamiento, presentando discapacidades más visibles y requiriendo mayor ayuda para realizar actividades de la vida diaria .

Definimos los *hogares institucionales* (junto con Torrado 1994, pág 42) como un conjunto de personas que comparten un mismo local de habitación y están unidas por un objetivo público o interés personal común. En tanto que *Hogar de Ancianos* es el establecimiento destinado fundamentalmente al alojamiento, para mantener el

bienestar psíquico y social de la población de más de 65 años de edad con una atención integral por un equipo multidisciplinario, que permita la integración del adulto mayor a su medio. Se desarrollan carencias de tipo afectivo por déficit de interacción social, en algunos casos; mientras que en otros se agudiza la movilización o sienten que se reduce el compromiso de las normas y los valores. La ruptura, en lo que respecta a las relaciones sociales, está determinada por la conjunción de una serie de factores tales como alejamiento de las conexiones personales establecidas en el trabajo (con la pérdida del rol laboral), carencia afectiva percibida con los hijos, y escasez en lo que se refiere a los enlaces con parientes y amigos que se van dejando por el camino como consecuencia de la distancia o la muerte. Puede haber un desarrollo de la "desesperanza" en donde no acepta la realidad inevitable de los cambios y la muerte, siente que el tiempo y las oportunidades en su vida se han agotado, generando sentimientos de amargura y desesperación por el tiempo perdido, lo cual les dificulta sobrepasar los cambios propios de esta etapa de desarrollo. La persona ante un sinnúmero de cambios y pérdidas que repercuten de una u otra manera en la calidad de vida, su estabilidad emocional, trae consigo la conciencia de saber que la muerte está cada vez más cerca. La satisfacción de vida es definida como una medición cognitiva del ajuste entre los objetivos deseados y los actuales resultados de la vida, representando un resumen de la evaluación de las metas y logros que rodea al curso de la vida entera. La dimensión depende en gran medida del balance personal de cada individuo, así las personas mayores deben intentar llenarse de contenidos, de deseos, y tratar de que las nuevas relaciones y actividades den sentido a su existencia. Lo que generará un nuevo desafío para ellos.

Recientemente, en referencia a los derechos de las personas mayores, la República Argentina depositó e instrumentó la convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores ⁵ en la sede de la Organización de los Estados Americanos (OEA), reconociendo que la persona, a medida que envejece, debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económica, social, cultural y política. De esta manera, fomenta un envejecimiento activo en todos los ámbitos y dispone la incorporación y priorización al tema del envejecimiento en las políticas públicas.

⁵ Ley del 8/05/2018 2730 aprobada por el Poder Legislativo de la Argentina.

Los principios formulados en la misma están basados en la promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, en la valorización de la persona mayor, en su papel en la sociedad y contribución al desarrollo, en la dignidad, independencia, protagonismo y autonomía, en la igualdad y no discriminación, en la participación, integración e inclusión plena y efectiva en la sociedad. La responsabilidad del Estado y participación de la familia y de la comunidad en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, así como en su cuidado y atención.

Sus derechos son derecho a la vida y a vivir con dignidad en la vejez hasta el final de sus días, en condiciones de igualdad con otros sectores de la población; derecho a la igualdad y no discriminación por razones de edad La Convención prohíbe la discriminación por edad en la vejez. Establece que las políticas, planes y la legislación sobre el envejecimiento deben incluir enfoques específicos sobre envejecimiento y vejez, respecto a la persona mayor en condición de vulnerabilidad y aquellas que son afectadas por discriminación múltiple, entre ellas, las mujeres, las personas con discapacidad, las personas en situación de pobreza, entre otros. Derecho a la independencia y a la autonomía; a establecer su plan de vida y vivir tomando decisiones de forma autónoma y realizar sus actos de manera independiente. Tiene la oportunidad de elegir dónde y con quién vivir y de recibir un trato digno. Para ello la Convención dispone la creación y fortalecimiento de mecanismos de participación e inclusión social de la persona mayor, asignando a los estados el deber de promover la participación de la personas mayores en espacios intergeneracionales. Derecho a la seguridad social La persona mayor tiene derecho a la seguridad social que la proteja para tener una vida digna. La Convención señala que los Estados promoverán progresivamente, dentro de los recursos disponibles, que la persona mayor reciba un ingreso para una vida digna a través de los sistemas de seguridad social y otros mecanismos flexibles de protección social. Derecho al trabajo La persona mayor tiene derecho al trabajo digno y decente y a la igualdad de oportunidades y de trato. La Convención prohíbe cualquier distinción que no se base en las exigencias propias de la naturaleza del cargo, según la legislación nacional y en forma apropiada a las condiciones locales. Derecho a un sistema integral de cuidados La persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, que garantice la cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda.

Hay que comprender que la falta de salud no es una característica del proceso de envejecimiento, aunque existen múltiples factores biopsicosociales que inciden en esto.

El envejecimiento no es un proceso de causa única sino el resultado de una compleja asociación de interacciones entre lo genético intrínseco y lo ambiental extrínseco:

- Los factores intrínsecos (del interior de la persona) obedecen al proceder de causas genéticas, y ejercen influencias en los procesos que determinan la duración de la vida.
- Los factores extrínsecos actúan desde las edades más tempranas de la vida, como las agresiones de la vida moderna, el estrés, la dieta, el sedentarismo y el consumo de tabaco, que inciden en la aparición de enfermedades cardiovasculares y del cáncer antes de la tercera edad, y solo una política de orden social y sanitaria, que promueva mejores estilos de vida, posibilitará aumentar la expectativa de vida de los ancianos.(Rocabruno Mederos JC. 1999)

Podemos decir que el envejecimiento es un fenómeno universal progresivo, y este proceso se evidencia en la esfera biológica, psicológica, intelectual y social.

En cuanto a lo biológico se producen cambios a escala celular, molecular, en órganos y tejidos. Así mismo ocurren cambios bioquímicos que afectan las capacidades de adaptación, recuperación y defensa del organismo. Observamos cambios biológicos progresivos a nivel estético, en todos los órganos y sistemas, en los órganos de los sentidos, en los sistemas neuromuscular, neuroendocrino y conjuntivo. Aparecen problemas de salud física tales como: mayor frecuencia de enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc.) con tendencia a la disfunción y la discapacidad; presencia frecuente de más de una patología; alteraciones en la locomoción por la aparición de las osteartrosis; enfermedades descompensadas por los mismos estilos de vida inadecuados, como las adicciones y la polifarmacia; afecciones por infecciones; procesos neoplásicos y degenerativos.

Envejecer no equivale a enfermar, ni la vejez significa enfermedad, sino una constante dialéctica de ganancias y pérdidas durante toda la vida, en la que existen cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos, donde están presentes múltiples factores biopsicosociales. (Ibidem)

El envejecimiento psicológico se expresa en el efecto del paso del tiempo sobre las distintas funciones psicológicas; dentro de estas se incluyen las formas en que percibimos la realidad, las relaciones con uno mismo y con los demás, donde la integración de todos estos elementos en una personalidad única e integral condicionan la forma de reaccionar desde su estructura y a partir de sus componentes cognoscitivos, afectivos y volitivos. Existe una alta prevalencia de alteraciones en la forma de pensar, sentir y actuar que pueden afectar la vida del anciano.

El proceso perceptivo en el anciano se ve afectado por la alteración de los órganos sensoriales, lo que provoca una respuesta perceptiva motriz más lenta, y se afecta la capacidad de recibir las informaciones del entorno. La vista, el oído y los otros sentidos, sufren déficit con la edad, sin que esto quiera decir que la mayoría de los ancianos sean sordos o ciegos, ni que estos órganos se deterioren de igual manera.

En el orden intelectual comienzan a deteriorarse la atención y la concentración, se inician fallos en la memoria, y se dificulta o atenúa la velocidad de reacción. La memoria constituye un proceso psíquico y funciona como "índice tradicional" del envejecimiento, tanto normal como patológico. Se divide para su estudio en memoria sensorial, memoria primaria, memoria secundaria y memoria terciaria.

La edad aporta diferencias mínimas en la memoria sensorial, primaria y terciaria, no así en la secundaria, en la que se observa declinación significativa tanto en el recuerdo espontáneo (evocación) como en el reconocimiento. En las personas mayores ocurren alteraciones frecuentes en la práctica diaria como olvidos de acciones cotidianas al realizar algo, dificultades para recordar nueva información, pérdida del hilo de la conversación; estas alteraciones están relacionadas con la distractibilidad y con funciones cognitivas como la atención o la capacidad de aprendizaje. La idea popular de la pérdida de memoria como factor de la vejez, muchas veces está asociada a estados depresivos más o menos enmascarados, lo que afecta sensiblemente este proceso cognoscitivo. (Iglesias Durán O. 2001)

Los procesos centrales de pensamiento no se retardan con la edad, lo que se afecta es el proceso perceptivo-motor y los cambios de criterios, la declinación de algunas características tales como la flexibilidad, fluidez y la originalidad. Con la edad disminuye la agilidad mental, la capacidad de resolución en situaciones nuevas a muy corto plazo, mientras que mejora la inteligencia basada en los conocimientos adquiridos, la experiencia y la capacidad de juicio.

Los adultos mayores presentan una mayor lentitud en la solución de problemas y elaboración de informaciones en el tiempo de reacción ante la tarea y en el grado de precisión de ésta; la capacidad verbal se deteriora menos que la capacidad psicomotora. Mientras que el aprendizaje en el anciano necesita más tiempo, no debe tener presión temporal y no debe aprender en contra de sus expectativas.⁴(Ibidem)

La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia; sin embargo la importancia de las demencias de origen vascular no debe ser subestimada. Estas afecciones tienen un gran impacto sobre la vida de los pacientes, y también en sus familias. La presencia de disturbios no cognoscitivos, como las alteraciones del comportamiento, la agresividad, las alteraciones del sueño, entre otras, aumentan la necesidad de cuidados permanentes, y las solicitudes de ingreso en instituciones o residencias geriátricas.(GeriCuba. Red Cubana de Gerontología y Geriatria, 2011)

Los procesos afectivos se manifiestan a partir de estados de ánimo, emociones y sentimientos, que expresan la relación que existe entre las necesidades y la satisfacción que procede del medio. Los estados de ánimo se manifiestan mediante el tono afectivo que va de la alegría a la tristeza, y se mantienen relativamente durante un periodo, mientras que las emociones surgen ante emergencias con comienzos bruscos de gran intensidad y corta duración, acompañadas casi siempre de profundas reacciones neurovegetativas y viscerales. Por su parte, los sentimientos son modalidades más estables de aparición lenta y duradera, y no se acompañan de cambios somáticos. (Rocabruno Mederos J.C., op. cit.)

En los adultos mayores son frecuentes estados de ánimo particulares de irritabilidad, indiferencia, inestabilidad y pesimismo. Las modificaciones psicoafectivas y biológicas y los cambios por acontecimientos existenciales, hacen del anciano un individuo más expuesto al riesgo de padecer de alteraciones psíquicas.

Las alteraciones de ansiedad generalizadas son comunes en la vejez. En estas edades se complican con síntomas depresivos y enfermedades físicas. Los problemas de salud, tanto en las enfermedades transmisibles como en las no transmisibles, conllevan la presencia de ansiedad que a veces se generaliza como una alteración ansiosa, se manifiesta tensión motora, hiperactividad, expectación aprensiva, actitud hipervigilante, insomnio de conciliación y sueños angustiosos; esta sintomatología se relaciona fundamentalmente con las respuestas adaptativas a las pérdidas afectivas (cónyuge, amigos, familiares) de roles, de estatus, de apoyo, de autoestima y de objetos, así como a temores (a las enfermedades, a la invalidez, a la muerte), al

afrontamiento, a la frustración, al sentimiento de ser marginado. La ansiedad del adulto mayor crea problemas a la familia y a quienes lo pretendan atender. (Ibidem)

En la depresión intervienen factores biológicos, genéticos, endocrinos y bioquímicos; los problemas de salud más citados en pacientes deprimidos son las artropatías, la diabetes, hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares, del músculo esquelético y las respiratorias.

La depresión tiene causas psicológicas, sociales y biológicas. El Comité de Expertos de Gerontología de la OMS, refirió que la depresión es el problema de salud más común en la tercera edad, más frecuente en las mujeres que en los hombres, y es difícil identificarla porque pasa inadvertida, enmascarada. En el anciano la depresión da lugar a errores, porque puede presentar formas atípicas con manifestaciones somáticas, hipocondricas, pérdida de peso, dolores persistentes, trastornos de la conducta y abuso de drogas. Se observa impactos a nivel psíquico como tristeza, inhibición psicomotriz, delirios, ideas o intentos de suicidio, a nivel corporal; anorexia, insomnio, angustias (palpitaciones, llantos, dolores, contracturas) y a nivel social; aislamiento, ausencia de proyectos vitales y reacciones psicósomáticas.(Ibidem)

Se observa también pérdida de intereses, trastornos del sueño, alteraciones de la atención y la memoria, actitud negativa hacia sí mismo, los demás y el ambiente, autovaloración negativa, autoestima pobre, sentimiento de culpa, autorreproche e irritabilidad, así como conducta de aislamiento y disminución de la validez. (Iglesias Durán O. op. cit. pp. 145-155.)

La depresión está determinada en gran medida por las fuentes de estrés, el cual se define como un proceso transaccional entre la situación estresante y la persona que responde, por lo tanto no puede buscarse de manera aislada en el ambiente o el individuo, sino que concierne a la relación entre ambos.

La respuesta de estrés es la que ofrece el organismo ante cualquier cambio externo o interno, mediante esta el individuo se prepara para hacer frente a las posibles demandas que se generan como consecuencias de una situación, y que concierne a la situación entre el individuo y el ambiente, para lo cual el hombre hace una valoración cognitiva y pone en juego sus recursos de afrontamiento.(Zaldívar Pérez D. 1996.)

El estrés y su afrontamiento adquieren gran relevancia en el proceso de envejecimiento, ya que está asociado a un gran número de cambios que se producen

en un corto plazo. Tiene tres dimensiones: la dimensión psicológica que está determinada por las características de la personalidad de cada anciano; la dimensión biológica, expresada en diferentes sistemas y enfermedades y la dimensión social, relacionada con su entorno macro y microsocioal. (Iglesias Durán O. op. cit. pp. 145-155.)

Las fuentes principales de estrés en el anciano están relacionadas con las pérdidas de capacidades, estatus, familiares, amigos, con aspectos socioculturales, estilos de vida, con el apoyo emocional que reciba de sus familiares y de otras redes de apoyo social, porque cuando la familia es disfuncional, constituye la mayor fuente de estrés para ellos.

El proceso de envejecimiento no es idéntico para todas las personas que lo transitan; surgen diferencias según el sector social al que pertenecen, su nivel educativo, su grado de autonomía, su género, las cargas de trabajo que hayan soportado en el transcurso de su vida, o el estilo cultural intrínseco al contexto ecológico y social donde vivieron. Por lo que el ajuste social puede definirse como la adecuada interacción entre el individuo y su ambiente. Las interacciones del individuo con los demás, ocurren dentro de la familia, las asociaciones de amigos y la comunidad. La falta de contacto social, contribuye a delimitar su salud funcional y su capacidad de afrontamiento ante las agresiones del medio.

Desde el punto de vista macrosocioal deben tenerse en cuenta factores como: pérdidas, aislamiento determinado por la soledad física o espiritual o por falta de comunicación, ausencia de un confidente, la inactividad física que conlleva a frustraciones, vida sedentaria y enfermedades crónicas, el estado emocional y la participación social, la insatisfacción con actividades cotidianas. Aparece aquí el síndrome de la vida rutinaria en el anciano; pérdida de roles sociales, no querer o no poder ejercer las actividades sociales que antes realizaban limitando su radio de acción. La institucionalización, cuando no tienen los soportes sociales necesarios, se convierte en generadora de alteraciones emocionales (ansiedad, depresión), caída, deterioro cognitivo, etc. Las condiciones materiales de vida, vivienda y recursos económicos que repercuten en el bienestar y la calidad de vida, además de la edad avanzada que aumenta la morbilidad y disminuye la salud, son también importantes factores importantes a tener en cuenta. (Rocabruno Mederos JC. 1999, op. cit.)

La comprensión y la protección que sean capaces de brindarles quienes están a cargo del cuidado del adulto mayor, en cuanto a las limitaciones funcionales que pueda presentar, contribuirán en su beneficio.

Otro aspecto importante es el maltrato, donde los grupos de alto riesgo son: adultos mayores solos con dependencia funcional, los que presentan deterioro mental, los que conviven con cuidadores estresados y los que conviven con familiares que tienen historia de violencia. (Rocabruno Mederos JC. Op. cit.)

Es en este momento de la vida donde se recrudecen los síntomas psicosomáticos y se expresan con transparencia en relación con las edades más jóvenes; se trata de proceso complejos, donde intervienen aspectos biopsicosociales. Las causas de estos trastornos están dadas por conflictos psíquicos (con participación corporal) no elaborados, ni superados, recientes o de larga duración. Estos quedan registrados en el inconsciente del sujeto debido a hechos empíricos del entorno, vivencias intergeneracionales familiares, laborales, pérdidas, separaciones y otras. En todas éstas se desarrollan a partir de experiencias somáticas, sentimientos de angustia, miedos, vergüenza, rencores, culpa, etc.

En resumen, los factores biopsicosociales inciden negativamente en la salud de los adultos mayores, causando diversos trastornos psicoemocionales. Las alteraciones psicoafectivas más frecuentes en ellos, dada la incidencia de los factores biopsicosociales son: la depresión, la ansiedad y el estrés, y al menos la mitad de los individuos mayores de 65 años, tienen alguna alteración psíquica en la que predominaban la ansiedad y la depresión. La falta de contacto social es causa de depresión, ansiedad y estrés mantenido y contribuye a delimitar la salud funcional del adulto mayor y su capacidad de afrontamiento ante las agresiones del medio.

Todo lo dicho resalta la importancia en el tema que nos ocupa, de las asistentes gerontológicas, que son quienes están en continuo contacto con los residentes y las que, de alguna manera, dibujan su calidad de vida. El malhumor, la impaciencia, los conflictos con el entorno laboral y personal interfieren en el trato que deben prodigar a los adultos mayores a su cargo deteriorando su calidad de vida y exacerbando las características antes mencionadas.

La mayoría de las instituciones de Larga Estadía en la actualidad, cuentan con equipos interdisciplinarios y conducción profesional que intentan dar respuestas ante los problemas específicos que presentan las personas mayores alojadas en ellas:

médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y en lo que refiere a la atención directa: asistentes gerontológicas, conformando el personal fundamental para el abordaje que sostiene, apoya y asiste a las personas que allí residen. Todos supervisados por el Ministerio de Salud del GCBA y equipos de la CEPAM (Control de Establecimientos Privados para Adultos Mayores) de la Secretaría de Integración Social para Personas Mayores del GCBA, quienes coordinan acciones en las tareas de auditoría y supervisión de establecimientos, bajo la regulación que plantea la Ley 5670/16.

Como mencionamos anteriormente, el personal de atención directa está compuesto por asistentes gerontológicas, mujeres, trabajadoras, algunas migrantes de países limítrofes y en su mayoría jefas de familia. Constituyen un eslabón de atención al ingresar a una Residencia de Larga Estadía. No son profesionales, su nivel educativo y capacitación es precario y en algunos casos inconcluso. Sus técnicas y saberes permanecen fagocitados por la amplia capa de valores y prejuicios asociados a la naturalización de las tareas domésticas. Reivindican como fuente de aprendizaje sus experiencias a cargo de un hogar o por haber realizado en alguna oportunidad cuidados a parientes enfermos, haciendo coincidir su pasado familiar con su presente laboral.

Ahora bien, las asistentes gerontológicas, ¿también deben ser cuidadas?

Es probable que algunas personas hayan tenido la experiencia personal de cuidar a personas mayores frágiles, a personas con dificultades manifiestas en su salud mental, o bien observar cómo se concreta su cuidado, y percibir las diversas situaciones que decorre este proceso de atención.

Un aspecto bastante olvidado, y al que parece ser no se le asigna importancia es la tarea de las asistentes gerontológicas. Las personas se limitan a criticarlas, a juzgarlas, sin pensar en lo arduo de su tarea, en que muchas veces son agredidas física y verbalmente por aquellos a quienes atienden. Muchas veces no se repara en lo absorbente que es el trabajo de cuidar adultos mayores, la gran carga física y mental que requiere, de ahí que partimos de efectuar un llamado de atención e incluso a reflexionar acerca de su significativa tarea.

El cuidar tiene también consecuencias para quien lo hace, el asistente invierte una dosis en mayor o menor medida de recursos emotivos y físicos en la persona que cuida. En la medida en que el tiempo transcurre y la dependencia avanza, la tarea

puede ser realizada sin el entusiasmo que suele visualizarse en los comienzos, independientemente de la relación afectiva o de trabajo. El impacto que produce el cuidado de adultos mayores en los asistentes se define como el conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional social o económico que pueden experimentar los asistentes gerontológicos de adultos mayores dependientes.

Este aspecto es un elemento crucial en el análisis de las repercusiones del cuidado de las personas mayores. Hay que destacar una distinción importante sobre el concepto de obligación que el asistente asume, tiene dos dimensiones, objetiva y subjetiva.

La objetiva puede desagregarse en el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos de la vida de los asistentes. Puede contabilizarse en la medida de tiempo invertido en cuidados, problemas conductuales del adulto mayor, disrupción de la vida social, etc.

La subjetiva comprende las actitudes y reacciones emocionales que se presentan ante la experiencia de asistir al adulto mayor. Es la percepción del asistente de la repercusión emocional de las demandas o de los problemas relacionados con el acto de cuidar.

No obstante lo anterior, la evaluación de los problemas psicológicos, entre otros, que los asistentes gerontológicos revelan, no suele hacerse con frecuencia, pero es necesario recalcar que tal evaluación es necesaria para prevenir futuros problemas emocionales en el asistente y hasta el posible maltrato de la persona a quienes asisten, pues no existen hasta este momento evidencias certeras de la eficacia de intervenciones terapéuticas, si es que se llevan a cabo, en la asistencia a la salud mental del asistente gerontológico:

"...La ansiedad que en gran parte de los casos suele ir asociada al estrés, puede aparecer con frecuencia en el ámbito laboral, este estrés es de tipo organizacional, crónico y cotidiano, aparece generalmente en los trabajadores asistenciales: médicos, enfermeras, profesores, terapeutas o psicólogos y surge en situaciones de un trabajo no lo suficientemente recompensado que exige entrega en situaciones emocionales de alta demanda. Causa detrimento psicológico y es el principal componente de una moral baja o ausentismo, se desarrolla entonces un autoconcepto negativo y actitudes igualmente negativas

hacia el trabajo. Este estrés negativo es resultante de la influencia de agentes del entorno social, del marco laboral y de las características personales...” (Arita, E., 2001).

Sintomatología del asistente gerontológico y su abordaje

Complicaciones físicas: Dolores crónicos, cefaleas tensionales, fatiga crónica, trastornos digestivos (dispepsias), pérdida o incremento de peso corporal, infecciones virales a repetición (ej: gripes) por inmunodepresión, úlcera gastrointestinal, quejas somáticas: dolor crónico del aparato locomotor, astenia, alteración del ciclo sueño-vigilia, deterioro de la función inmune, mayor predisposición a úlcera péptica, patología cardiovascular, entre otras.

Complicaciones mentales o emocionales: Ansiedad/estrés, depresión (es el problema más frecuente), insomnio, falta de energía, sentimientos de pérdida de control, sentimientos de culpa, aparición de excesivo uso del cinismo y o sarcasmo, sobreinvolucración con el adulto bajo su atención, insomnio, alta tasa de automedicación (psicofármacos y analgésicos) (Molina, Iañez e Iañez, 2005).

Conflictos sociofamiliares: Problemas familiares, conflictos laborales, altercados con sus mismos compañeros o con los internos, aislamiento social, disminución de las actividades de ocio y recreación.

Medidas a tomar para evitar o tratar la sintomatología del asistente: Educación e información continua, programar el trabajo, autocuidado, grupos de apoyo, programas psicoeducativos, intervención familiar, programas de intervención clínica, programas psicoeducativos, apoyo emocional, información sobre el proceso de envejecimiento, promover, reforzar y/o actualizar habilidades instrumentales.

El cuidado de los adultos mayores genera cuestionamientos sobre fragilidad y dependencia, autonomía, obligaciones y compromisos, y las complejas relaciones entre los ellos y controversias éticas de aquellos que en la comunidad los sostienen y los cuidan (Daichman, 1999). El desarrollo de un diálogo comprensible y estrategias coherentes se impone como desafío personal y compromiso permanente para todos los profesionales responsables del arte que significa su cuidado.

Es fundamental, por tanto, trabajar con el personal que trabaja en una residencia de larga estadía y hacerlo desde el punto de vista humanístico con el objetivo de sembrar en ellos la suficiente empatía con los adultos mayores, tratando de lograr que les den un trato digno y fuera de marginaciones por el hecho de serlo.

Aunque resulta difícil lograr el complemento, la meta final es que los asistentes gerontológicos tengan las suficientes herramientas físicas y emocionales para que se conjugue la salud integral de ellos con la prevención y tratamiento de la salud de aquellos que están bajo su cuidado, en un marco de armonía y seguridad para ambos.

Cuidar a un adulto mayor requiere de mucha responsabilidad y conocimientos específicos. La definición de cuidar ofrece diversas dimensiones, sus raíces latinas dicen que cuidar de "*cogitare*" significa "pensar", alejándose de la contemplación.

Cuidar remite a "pensar", pensar con la cabeza, pensar con el cuerpo, actuar, enfrentar situaciones, encarar la acción, diligenciando, atendiendo y ejecutando la acción.

Cuidar es poner la mirada en el otro, es asistir al otro, siendo este "asistir" al otro, preocuparse por él, comprometerse.

El trabajo que realizan de las asistentes gerontológicas no se define por la suma de las actividades que contempla, se entremezclan sensiblemente dimensiones prácticas y afectivas. Para cada persona que ingresa a la residencia es como empezar de nuevo, buscar nuevas formas de comunicarse, de lograr encuentros, poder sobre llevar desencuentros que emergen de la cotidianeidad, es decir, formar un nuevo vínculo.

Por eso sus tareas se insertan en un medio, un contexto tejido de relación y de afectos, de historias y tensiones. Cada una llega con una biografía única, con historias de vida diferentes, con aciertos, sinsabores, con cargas familiares numerosas y con estresantes viajes en transportes públicos. Pero qué producen... ¿Bienestar? ¿Vida? No...Nada tangible. No cuidan a aquellas personas que forjaran un futuro, sino justamente a aquellas personas que produjeron y que han dejado una huella en nosotros.

Pero... cómo las reconoce la sociedad:

El 27 de octubre del año 2016 la legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sancionó la Ley 5671 que, según su artículo 2, dice:

"... Se denomina a los efectos de la presente ley Asistentes Gerontológicos a aquellas personas que prestan servicios especializados con visión gerontológica de prevención, acompañamiento, apoyo, contención y asistencia en las actividades

básicas de la vida diaria a los adultos mayores de sesenta años o más, tanto en el domicilio de éstos o en instituciones."

El Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano, a través de la Secretaría de Tercera Edad del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, tiene las siguientes funciones (art. 4):

- Fijar las condiciones de formación y capacitación de los Asistentes Gerontológicos.
- Realizar la acreditación de las instituciones formativas.
- Fijar las condiciones y los plazos para la inscripción de los Asistentes Gerontológicos al Registro Único y Obligatorio.

Para su inscripción en el Registro, los Asistentes Gerontológicos deben haber aprobado cursos de formación de Asistentes Gerontológicos que cuenten con el reconocimiento de la Secretaría de Tercera Edad.(art.6).

Dicha inscripción se deberá renovar anualmente, mediante la acreditación del cumplimiento de una actualización de conocimientos no menor a 20 (veinte) horas.

El Convenio colectivo de trabajo 122/ 75 al cual pertenecen dice en su art.7 que:

"Asistente Geriátrico: Es el trabajador que se desempeña en los establecimientos geriátricos o en las secciones destinadas exclusivamente al alojamiento permanente de ancianos, de cualquier establecimiento asistencial y que efectúa la limpieza o higiene de las habitaciones, muebles, demás dependencias, sirve y suministra alimentos, ropa limpia, y está destinado al cuidado de los ancianos, viste e higieniza a los mismos, suministra medicamentos y efectúa curaciones."

Las asistentes gerontológicas deben ayudar en: acostarse o levantarse; vestirse o desvestirse; la organización e higiene del hábitat; arreglo de la ropa; alimentación y preparación de alimentos; compras; utilización de sanitarios; higiene y arreglo personal; desplazamiento; comunicación con el entorno; administración de algunos medicamentos; trámites; prevención de accidentes; primeros auxilios; control de pulso y presión; realización de prácticas indicadas por profesionales; actividades recreativas y de participación social, etc. "(Lombardi, María Cristina, *"El Cuidador Domiciliario"*, en Cristina Lombardi, compil. 2003).

Para el enfoque de Atención Centrada en la Persona, las profesionales de atención directa continuada (gerocultores/as, auxiliares o categorías similares) son considerados como la piedra angular del modelo, dada su cercanía y presencia continuada en la atención cotidiana, viendo ampliada su responsabilidad y cualificación (Bowers et al., 2007; Martínez et al., 2014).

Pilar Rodríguez manifiesta con respecto a los cuidadores:

"La necesidad de cuidado en las edades más avanzadas no es asunto nuevo: en todas las sociedades siempre ha habido personas que han requerido la ayuda de otros para realizar las actividades de la vida cotidiana. Sin embargo, desde mediados del siglo XX, el modo como se ha dado respuesta a las necesidades de cuidado ha experimentado notables cambios. De esta manera, el cuidado se ha ido constituyendo en un problema moderno debido a las particularidades de la situación actual, que nos desafía día a día a seguir profundizando sobre este tema, repensando estrategias y readecuando características y potencialidades, que impacten en una mejor calidad de vida de las personas mayores." (Rodríguez, Pilar, 2014)

José Flórez Lozano afirma que:

"Cuidador es la persona que asiste o cuida a otra persona de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales". (Lozano, 2001)

La condición de cuidadores formales, a diferencia de los informales, presupone cierta capacitación, límite de horarios y, a excepción de los voluntarios, una retribución económica por los cuidados. El cuidador formal es quien recibe una capacitación teórico práctica desde una concepción bio-psico-social de la vejez y del envejecimiento en interacción con su entorno. Apunta a generar estrategias de autovaloración y autocuidado, desarrolla habilidades a través de las tareas diarias como cuidador domiciliario, o en residencias de Larga Estadía; toma de decisiones, previene situaciones de riesgo y realiza derivaciones profesionales ante circunstancias que lo excedan. Esta formación se realiza desde una mirada interdisciplinaria, destinada a promover la autonomía de las personas mayores, a través del acompañamiento, apoyo y sustitución (en el caso de que la situación lo requiera) en las actividades de la vida

cotidiana. El cuidador formal (asistente gerontológico) no lo es solo a partir de la capacitación específica que recibe, sino también a partir de las funciones que desarrolla y de la construcción de su perfil técnico y laboral.

La formación de recursos humanos en el campo de la salud requiere de estrategias de intervención conjunta entre los sectores Salud y Educación, desarrollando equipos de salud, garantizando la equidad y la calidad.

El derecho a enseñar y aprender está contemplado en la Constitución Nacional de la República Argentina y existe un extenso cuerpo normativo que da forma y regula a las instituciones del sistema. La educación obligatoria se extiende desde el preescolar hasta la escuela secundaria y el Estado garantiza la accesibilidad de las personas. De la misma manera que la salud, la educación se gestiona desde los estados provinciales, con competencias concurrentes con el Estado nacional. Este modelo de gestión ha determinado una gran disparidad en el desarrollo de la oferta formativa.

La gobernanza de los recursos humanos en salud es condición necesaria para para lograr novaciones en los diferentes servicios y en cualquier orden. La construcción integrada de los servicios de salud requiere nuevas concepciones: trabajo interdisciplinario, nuevas modalidades de atención y cambios regulatorios inherentes al mercado:

“Los recursos humanos no están dentro de las organizaciones sino que son las organizaciones y éstas son un recorte de la estructura social donde la coacción, el conflicto, la cooperación forman parte de una dinámica”(Rovere, M. ,1993)

Cada uno de los integrantes del equipo de atención directa, conforma diferentes grupos dentro de la misma institución, agrupados por infinitas características:

“Todos los modelos de funcionamiento de grupo tienen como fundamento la hipótesis de que el grupo es una organización y un lugar de la producción de la realidad psíquica una realidad relativamente independiente de los individuos que lo constituyen” Dr. Kaes, René (Psicoanálisis&Intesubjetividad, 2010)

W.Bion fue el primero en proponer una teoría puramente psicoanalítica del grupo. Funda su análisis sobre categorías centrales del psicoanálisis cuando distingue dos modalidades del funcionamiento psíquico en los pequeños grupos: el grupo de

trabajo donde prevalecen los procesos y las exigencias de la lógica secundaria que organizan la representación del objeto y del objetivo del grupo, la organización de la tarea y de los sistemas de comunicación que permiten su realización, y el grupo básico, donde predominan los procesos primarios en forma de supuestos básicos (*basicassumption*) en tensión con el grupo de trabajo. La mentalidad de grupo es definida como la actividad mental que se forma en un grupo a partir de la opinión, de la voluntad y de los deseos inconscientes, unánimes y anónimos de sus miembros. Las contribuciones de éstos en la mentalidad de grupo, que constituye su continente, permite cierta satisfacción de sus pulsiones y de sus deseos; sin embargo, deben estar de acuerdo con las demás contribuciones del fondo común, y estar apoyadas por él. La mentalidad de grupo presenta así una uniformidad, en contraste o en oposición con la diversidad de las opiniones, de los pensamientos y de los deseos propios de los individuos que contribuyen a formarla.

Para PichonRivièrè, el grupo es un conjunto restringido de personas que, ligadas por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna, se proponen en forma explícita e implícita una tarea que constituye su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles.

Los fenómenos que existen en los grupos tienen un grado de interrelación y gran parte de sus cualidades devienen porque son parte de una estructura. Estructura que se ordena a través de una representación interna; necesidad-objetivos, tareas y representaciones reciprocas y que es construida por cada uno de los integrantes del grupo.

Cuando hablamos de un pensamiento estructural nos referimos a un pensamiento complejo. Es necesario tener en cuenta los distintos elementos porque no es posible entender situaciones grupales desde un pensamiento simple o lineal.

Este proceso de construcción de un grupo, que tiene que ver con la pertenencia al propio grupo y a la tarea, refiere a cuestiones objetivas: no hay constitución e integración si no hay un proceso de interacción extendido a lo largo de un tiempo. Un grupo no se constituye fuera de la relación con el objeto de conocimiento, una práctica de relación en la tarea de apropiarse del objeto de conocimiento. Otro requisito es la internalización de la trama grupal por cada uno

de los integrantes. Estos son los elementos esenciales que hacen que un conjunto de personas se vaya transformando en un grupo.

La atención, organización y los fines de las residencias de larga estadía, se relacionan directamente con las concepciones que se tienen acerca del envejecer y de esta etapa de la vida.

El enfoque utilizado para esta investigación corresponde a Atención centrada en la Persona Es frecuente atribuir el origen a Carl Rogers, psicoterapeuta enmarcado en la corriente de psicología humanística, quien formuló la Terapia Centrada en el Cliente (Rogers, 1961).

La psicología humanista surge en el siglo XX como «una tercera fuerza» frente a las dos corrientes entonces prevalentes: el conductismo y el psicoanálisis. Pretende alejarse de una visión reduccionista, mecanicista y determinista del ser humano. El individuo es más que la suma de sus partes, lleva a cabo su existencia en un contexto humano, es consciente, tiene capacidad de elección y es intencional. Esta corriente supuso la defensa y recuperación de conceptos como el de subjetividad, el de experiencia vital o el de construcción de significados. Algunas asunciones de las que la psicología humanista parte y que tienen una especial relevancia para los procesos de intervención social son:

- a) el interés por centrarse en la persona y en el significado que ésta otorga a su propia experiencia;
- b) la dignidad de la persona como valor central;
- c) la atención a las características específicamente humanas como la capacidad de decidir, la creatividad o la necesidad de autorrealización;
- d) el interés en el desarrollo pleno del potencial inherente a cada persona;
- e) la idea de la persona tanto en relación a cómo se descubre a sí misma, como en su interdependencia con los otros (individuos y grupos).

Apoyado en estos antecedentes el enfoque de Atención Centrado en la Persona (ACP) se centra en facilitar la personalización de los cuidados con una enorme capacidad de ordenar el diseño de los servicios y de la praxis profesional, otorgando un rol activo a las personas, generando cambios y consecuencias, tanto en la relación asistencial como en el modo de intervenir. Va más allá de la atención individual clásica. Sitúa a la persona como centro de sus intereses, derechos, dignidad, bienestar y

decisiones. Cada persona se construye como proceso de interdependencia y relación con los demás.

En lo que atañe al campo de la salud y los cuidados a las personas, la ACP viene siendo habitualmente reconocida como una estrategia para mejorar la calidad asistencial en los servicios de salud y cuidados a las personas y ésta no se expresa a través de una denominación única (De Silva, 2014; IAPO, 2007; Mead & Bower, 2000

Acepciones de la Atención Centrada en la Persona en los servicios gerontológicos:

Teniendo en cuenta la diversidad en cuanto a términos, definiciones y aportaciones, Martínez (2011) ha recomendado la conveniencia de diferenciar tres tipos de acepciones que subyacen a las distintas aproximaciones conceptuales y definiciones que han sido propuestas en cuanto a los servicios gerontológicos: la ACP como enfoque, la ACP como modelos conceptualizadores y la ACP como intervenciones o metodologías de intervención afines a este enfoque. Nosotros nos centraremos en este tipo:

La Atención Centrada en la Persona como enfoque de atención:

Hace referencia a la filosofía de la atención. Comprende un conjunto de principios o enunciados que orientan la atención. La dignidad de las personas, el reconocimiento a su singularidad, el respeto a sus decisiones y modo de vida, valores o la mirada hacia las capacidades.

Martínez (2013a) ha propuesto, a modo de decálogo diez asunciones que pueden caracterizan este enfoque aplicado a la atención gerontológica. Decálogo de la ACP en los servicios gerontológicos (Martínez, 2013a):

1. Todas las personas tenemos dignidad. La dignidad implica que toda persona por el hecho de ser humana es valiosa, es un fin en sí misma y no puede ser tratada como un medio. Con independencia de la edad, las enfermedades, el estado cognitivo o el grado de discapacidad o dependencia las personas mayores son poseedoras de dignidad. Por tanto, deben ser tratadas con igual consideración y respeto que los demás.

2. Cada persona es única. Ninguna persona mayor es igual a otra. Cada persona tiene su propio proyecto vital. Por tanto, la atención personalizada es imprescindible.

3. *La biografía es la razón esencial de nuestra singularidad. La biografía es lo que convierte en única a cada persona mayor. Por tanto, ésta se convierte en el referente básico del plan de atención y vida.*

4. *Las personas tenemos derecho a controlar nuestra propia vida. La persona mayor se considera como un agente activo y protagonista de su proceso de atención. Por tanto, se respeta la autonomía de las personas y se buscan oportunidades y apoyos para que éstas tengan control sobre su entorno y su vida cotidiana.*

5. *Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía. La autonomía no es una capacidad única y fija sino que depende de la situación y de los apoyos que la persona tenga. Y además, como capacidad para tomar decisiones, la autonomía se concibe como un derecho. Por tanto, no se renuncia a trabajar desde la autonomía con las personas gravemente afectadas, se identifican oportunidades y apoyos y se ejerce desde la representación o ejercicio indirecto.*

6. *Todas las personas tenemos fortalezas y capacidades. Las personas mayores tienen fortalezas y capacidades. Por tanto, la mirada profesional no sólo tiene en cuenta los déficits y limitaciones, sino que parte de las fortalezas y capacidades de cada persona para relacionarse desde ellas y fortalecerlas en las intervenciones.*

7. *El ambiente físico influye en nuestro comportamiento y bienestar. Especialmente en las personas en situación de dependencia, el ambiente físico tiene gran importancia en su bienestar físico y subjetivo. Por tanto, es preciso lograr entornos accesibles, confortables, seguros y significativos.*

8. *La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar de las personas. Lo cotidiano, lo que sucede en el día a día, las actividades que realizan las personas mayores influye de forma determinante en su bienestar físico y subjetivo. Por tanto se procuran actividades plenas de sentido que además de servir de estímulo y*

facilitar las intervenciones terapéuticas resulten agradables y hagan sentir bien a las personas.

9. Las personas somos interdependientes. Nos desarrollamos y vivimos en relación social y todos necesitamos de los demás para convivir y realizarnos plenamente. Mantener relaciones sociales tiene efectos positivos en la salud y en el bienestar de las personas. Esto sucede a lo largo de toda la vida, y especialmente cuando las personas se encuentran en situación de dependencia. Por tanto, los otros -los profesionales, la familia, los amigos o los voluntarios- son esenciales en el desarrollo del proyecto vital de las personas y tienen un papel clave en el ejercicio de la autodeterminación y el logro del bienestar físico y subjetivo.

10. Las personas somos seres multidimensionales sujetos a cambios. En las personas mayores interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Requieren de apoyos diversos y ajustados a las diferentes situaciones. Por tanto, es preciso ofrecer atención desde intervenciones integrales, coordinadas y flexibles cuidados.

En cuanto a los diferentes componentes o factores presentes en los modelos que tratan de conceptualizar la ACP en servicios de cuidados de larga duración a las personas mayores cabe diferenciar, esencialmente, dos dimensiones: la atención personalizada o dirigida por la persona y el entorno.

En la primera dimensión, relacionada con la atención personalizada, se incluyen factores o componentes como el reconocimiento de cada persona como ser singular y valioso (Brooker, 2007; White, Newton-Curtis, & Lyons, 2008), el conocimiento de su biografía y modo de vida. (Gish, 2007; Edvardsson et al., 2010; White et al., 2008), la autonomía personal (Chapell et al., 2007; Edvardsson et al., 2010; White et al., 2008), la personalidad y perspectiva de la persona (Brooker, 2007; White et al., 2008), el cuidado individualizado (Brooker, 2007; Edvardsson et al., 2010) o la relación social (White et al., 2008).

En cuanto a la segunda dimensión, referida al entorno de cuidados o atención, que puede actuar tanto como facilitador o como obstáculo en la dispensación de una atención personalizada, se han señalado factores diversos entre los que cabe citar el espacio físico (Edvardsson et al., 2010; White et al., 2008), la actividad cotidiana

significativa (Brooker&Woolley, 2007; Harmer&Orrel, 2008) o diferentes variables de la organización (Chapell et al.,2007; Edvardsson et al., 2010; White et al., 2008).

En relación específica a las buenas prácticas o cambios desarrollados en los nuevos alojamientos para personas mayores que están en proceso de cambio de modelo, Bowers et al. (2007) han identificado las iniciativas asistenciales que con mayor frecuencia se han ido incorporando en los centros norteamericanos adheridos al denominado movimiento por el cambio cultural de residencias y que pueden considerarse afines a un enfoque centrado en la persona. En este sentido citan: la reorganización del centro en unidades de convivencia a modo de grupos de vecinos que conviven en un espacio físico y modo de vida hogareño; flexibilidad en la atención para ajustarse a las rutinas que la persona desea mantener (en el horario de comer, hora de levantarse y acostarse, actividades a realizar); opciones nuevas diversas para comer (buffet, alimentos fuera de horas de comedor, comedores hogareños en pequeños grupos); ajuste al modo de baño preferido (bañera, ducha, spa, técnicas de "baño sin batalla"); actividades espontáneas, no programadas en horarios predeterminados en el centro y entendidas como disfrute y no sólo como terapia; aceptación de ciertas decisiones de las personas en relación al rechazo de algunos tratamientos y dietas prescritas; colaboración con las familias para que traigan objetos y pertenencias para decorar su habitación y centro; estímulo a los profesionales para que mantengan cercanía y vínculos con las personas usuarias (tiempos para que conversen y compartan aspectos de sus vidas con las personas); e invitación a las personas mayores y a las familias a participar en las reuniones donde se trata el plan de atención de cada persona. dirigidas a conseguir un espacio físico hogareño y significativo (Brawley, 2006; Knudstrup, 2011; Regnier, 2012).

Las aplicaciones del enfoque ACP a los servicios gerontológicos han tenido lugar sobre todo en los recursos residenciales. Esto se debe a que las residencias tradicionales han sido y son objeto de numerosas críticas en cuanto a su falta de flexibilidad y de atención personalizada (Koren, 2010). El concepto de atención y la forma en que están organizadas (horarios y actividades uniformes, falta de privacidad, sometimiento a múltiples normas, etc.) hacen muy difícil que las personas mayores que allí viven y son atendidas puedan tomar sus propias decisiones, tener control sobre su entorno cotidiano y desarrollar una vida acorde a sus valores, preferencias y deseos. (Martínez, 2011, 2013a,b).

La ACP, en este sentido, es considerada como una estrategia que puede facilitar la personalización de los cuidados en las residencias y un enfoque referente para orientar tanto el diseño de servicios como la buena praxis profesional (Martínez, 2009).

En los distintos países que se caracterizan por un mayor avance mayor en cuanto a políticas sociosanitarias, hace ya varias décadas que se han puesto en marcha iniciativas para reorientar los recursos residenciales, apartándose de modelos organizativos medicalizados e institucionales hacia lo que algunos autores recientemente han denominado como modelos Housing (Rodríguez, 2012; Díaz-Veiga y Sancho, 2012), buscando ofrecer cuidados profesionales de calidad en lugares que parezcan y funcionen como una casa y creando recursos realmente orientados a las personas que allí viven (Díaz-Veiga y Sancho, 2012, 2014; Leichsenring&Strümpel, 1998).

Collins (2009), con el propósito visibilizar lo que conlleva para un centro residencial poner en marcha un proceso de progreso hacia la ACP, identifica ocho componentes que enuncia como cambios que deben ser liderados. Señala los siguientes:

1. Cambios en la actitud de los profesionales;
2. Cambios en la forma de dispensar las comidas;
3. Cambios en las actividades procurando que éstas resulten significativas para las personas;
4. Cambios en la forma de dispensar los cuidados personales, buscando la flexibilidad y la personalización;
5. Cambios en el espacio físico para crea un ambiente hogareño no institucional;
6. Cambios en el modo de comprender y atender a las personas con demencia;
7. Cambios para fomentar la cercanía entre el centro, familia y comunidad;
8. Cambios en el liderazgo del centro potenciando la responsabilidad e implicación de los profesionales de atención directa, la creatividad y la autorregulación.

Llegados a este punto, creemos necesario aclarar la significación de algunos términos:

Actitud

La actitud es un procedimiento que conduce a un comportamiento en particular. Es la realización de una intención o propósito.

Según la psicología, la actitud es el comportamiento habitual que se produce en diferentes circunstancias. Las actitudes determinan la vida anímica de cada individuo. Las actitudes están patentadas por las reacciones repetidas de una persona. Este término tiene una aplicación particular en el estudio del carácter, como indicación innata o adquirida, relativamente estable, para sentir y actuar de una manera determinada.

En el contexto de la pedagogía, la actitud es una disposición subyacente que, con otras influencias, contribuye para determinar una variedad de comportamientos en relación con un objeto o clase de objetos, y que incluye la afirmación de las convicciones y los sentimientos acerca de ella y sobre acciones de atracción o rechazo.

La formación de actitudes consideradas favorables para el equilibrio de la persona y el desarrollo de la sociedad es uno de los objetivos de la educación. En sociología, la actitud consiste en un sistema de valores y creencias, con cierta estabilidad en el tiempo, de un individuo o grupo que se predispone a sentir y reaccionar de una manera determinada ante algunos estímulos. A menudo, la actitud se asocia con un grupo o incluso con un género. Por ejemplo, un comportamiento particular puede ser clasificado como actitud femenina o actitud del hombre.

La actitud es la manifestación o el ánimo con el que frecuentamos una determinada situación, puede ser a través de una actitud positiva o actitud negativa. La actitud positiva permite afrontar una situación enfocando al individuo únicamente en los beneficios de la situación en la cual atraviesa y enfrentar la realidad de una forma sana, positiva y efectiva. A su vez, la actitud negativa no permite al individuo sacar ningún provecho de la situación que se está viviendo, lo cual lo lleva a sentimientos de frustración, resultados desfavorables que no permiten el alcance de los objetivos trazados.

La actitud crítica analiza lo verdadero de lo falso para encontrar los posibles errores, ésta no permite aceptar ningún otro conocimiento que previamente no sea analizado para asegurarse de que los conocimientos adquiridos sean puramente válidos. Algunos expertos de la filosofía consideran la actitud crítica como una posición intermedia entre el dogmatismo y el escepticismo, como defensa de que la verdad

existe, sometiendo a examen o crítica a todas las ideas que pretenden ser consideradas verdaderas.

La actitud puede culminar en una determinada postura corporal. Una actitud amenazante es una postura que expresa agresividad, y puede ser un mecanismo de defensa o forma de intimidación. Este tipo de actitud es común en los seres humanos y otras especies del reino animal.

Actitud y aptitud

Los términos actitud y aptitud generan ciertas confusiones debido a su gran similitud al momento de ser pronunciadas y escritas, pero es de gran relevancia tener conocimiento de que ambos poseen diferentes definiciones.

Aptitud de origen latín *aptus* que significa 'capaz para', es la idoneidad que posee un individuo para desempeñar una tarea. En referencia a los objetos, es la cualidad que hacen que sea adecuado para un fin determinado. En cambio, actitud es la voluntad o disposición que posee un individuo para realizar una determinada actividad, también este término hace referencia a la postura del cuerpo humano o animal como fue referido anteriormente.

Más adelante precisaremos más estos conceptos, y también definiremos el concepto de motivación

La esperanza de vida ha crecido y cada vez son más las personas que logran alcanzar una edad avanzada. Muchos son los autores de diferentes áreas y escuelas que formulan modelos sobre el buen envejecer, o estudian las condiciones o variables que permiten mejorar las condiciones de vida. La necesidad de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, genera una acción conjunta y coordinada entre los profesionales de la salud, los profesionales del campo socioeducativo y las personas que participan del cuidado.

Las intervenciones deben realizarse desde un punto de vista positivo; centrándose en los potenciales y no en las deficiencias.

El Método Montessori tuvo una gran difusión a partir del estudio de otros autores, y sigue vigente en la actualidad, como se puede evidenciar en los actuales grupos o círculos Montessori⁶ extendidos por todo el mundo.

⁶En este trabajo hemos incorporado una adaptación del Método de María Montessori, a partir de la que hiciera Cameron Camp en Canadá.

La educación es posible mediante la actividad del sujeto que se educa, a través de un ambiente propicio para que tenga una actividad libre, coordinada con los intereses naturales de manera que no puede haber educación sin autoeducación.

Consta de tres partes esenciales:

a) El desarrollo del ejercicio muscular: La función motriz para mantener el equilibrio y coordinar movimientos.

b) El desarrollo del intelecto a través de la educación de los sentidos, interpretando las sensaciones y percepciones del mundo exterior.

c) Desarrollo del lenguaje: desde emitir sonidos y pronunciar palabras hasta obtener un conocimiento del significado de las palabras.

Los principios fundamentales en que se basa este método son:

LA AUTOEDUCACION Y LA LIBERTAD: Se debe proporcionar libertad para poder expresarse. Fomentar el autodesarrollo personal a través de la libre elección de la actividad que desean desarrollar.

AUTONOMIA: Debe valerse por sí mismo y seguir su propio ritmo.

ATENCION INDIVIDUALIZADA: Cada persona es única .

EL MAESTRO COMO APOYO Y GUIA: Se le proporciona el material didáctico para que interactúe de manera autónoma. El educador debe observar el desarrollo de las diferentes acciones y proponer ayuda solo si lo considera apropiado.

LOS MATERIALES SENSORIALES: presentan diferentes graduaciones y ordenan las experiencias de la vida cotidiana.

Las áreas más importantes que plantea Montessori son:

a) ACTIVIDADES DE LA VIDA PRACTICA O VIDA COTIDIANA

b) LA EDUCACION DE LOS SENTIDOS

- Percepción visual
- Discriminación auditiva
- Discriminación olfativa
- Discriminación gustativa
- Discriminación táctil

- Discriminación térmica
- Sentido Bárico

c) EL AMBIENTE PREPARADO, organizado y diseñado para fomentar el aprendizaje. En él se desarrollan los aspectos sociales, emocionales e intelectuales y responden a las necesidades de seguridad y orden.

Cameron Camp fue un pionero en la adaptación de los principios pedagógicos de este método para las personas que viven con Alzheimer y otras demencias. Con la intención de ayudarles a utilizar sus capacidades de aprendizaje, generó intervenciones que permiten la secuenciación de tareas simples a complejas y de lo concreto a lo abstracto. Camp considera que los materiales tomados del entorno no son tomados como "juguetes" sino que preparan a la persona para la vida independiente. Involucran retroalimentación, alta probabilidad de éxito y repetición.

EL METODO EN NUESTRO TRABAJO:

- Es activo y participativo
- Constructivo
- Experimental por descubrimiento.
- El profesional actúa como guía.

Con esta metodología se busca que los pacientes mantengan sus capacidades cognitivas e interactúen con el entorno físico y humano, mediante un entrenamiento cognitivo y funcional, así como involucrar todos los sentidos.

Por otra parte, se trabaja con actividades significativas para la persona, centradas en sus experiencias vitales y momentos importantes en su vida, así como en sus gustos y hábitos.

Beneficios de la metodología Montessori:

Los pacientes controlan su cuerpo y experimentan la alegría de desafiarse a sí mismos y alcanzar este desafío con éxito. Consiguen confianza en lograr la tarea propuesta.

Al ser actividades diseñadas y adaptadas para cada residente en función de su grado de deterioro cognitivo, se reducen los niveles de ansiedad, disminuyen los

episodios de agresividad, se favorece la interacción y comunicación con los demás residentes. Es decir, mejora el estado de ánimo y, por tanto, la calidad de vida.

Al ofrecer una atención personalizada, se favorecen las oportunidades que estos pacientes tienen de volver a conectar con un mundo al que están perdiendo el acceso.

Los objetivos de esta intervención consisten en proveer a las personas diferentes alternativas para la realización de tareas de la vida diaria, estimulando sus capacidades y generando confianza y compromiso.

Mediante esta metodología se esperaba fomentar las relaciones intergrupales para facilitar la cohesión del grupo y la preocupación por el otro.

Se hizo énfasis en la motivación. Encontramos numerosas teorías y gran cantidad de investigaciones en el área de la motivación. Es objeto de estudio de la psicología laboral, de la personalidad y del aprendizaje.

En la vida cotidiana, el término motivación se usa con dos significados distintos:

- Las metas que las personas tienen.
- Los procesos mentales que emplean para intentar conseguir dichas metas (por ejemplo, las expectativas de obtener un buen empleo). Estos procesos mentales incluyen las decisiones sobre lo que se quiere y sobre cómo conseguirlo. La mayoría de las teorías básicas de la motivación laboral recogen de una u otra forma este doble enfoque.

Aunque la motivación laboral es un constructo hipotético, (Mitchell, T.R. y Daniels, D. 2003 pp.225-254), es decir, un concepto que representa un supuesto proceso que no puede observarse ni medirse directamente, la motivación es esencial para casi cualquier comportamiento de las personas en su entorno laboral, ya que se puede considerar que el principal determinante de la conducta laboral es, además de la capacidad del trabajador y las limitaciones situacionales que facilitan o dificultan la conducta del mismo, la motivación laboral (Muchinsky, P. M 2000).

Otras aproximaciones a la motivación enfatizan aspectos de la persona como sus necesidades, valores y personalidad. Sin embargo, cada individuo tiene cantidades y tipos de motivaciones para trabajar muy diferentes. Hay diversas razones evidentes de por qué la gente trabaja, ya que, entre otras, éstas se convierten en una fuente:

- De ingresos
- De actividad y estimulación

- De contactos sociales
- De auto-realización y auto-actualización

El número de metas específicas que un trabajador puede elegir es ilimitado. Sin embargo, para que una teoría de la motivación resulte ampliamente aplicable, precisa la identificación de un número limitado de metas básicas que regulen el comportamiento humano en el trabajo.

En este trabajo nos basamos en:

Teoría de los motivos sociales: enunciada por McClelland, en 1961 (a partir de las investigaciones de H. Murray sobre motivos y rasgos de personalidad).

Empleando metodologías proyectivas, McClelland llegó a la conclusión de la existencia de dos tipos de motivos que servirían para explicar la conducta:

a. Motivos primarios: directamente involucrados en la supervivencia de la persona, son innatos y dependen de bases fisiológicas, como el hambre, la sed o el sexo.

b. Motivos secundarios: pueden ser personales o sociales; los primeros se satisfacen de forma independiente a las relaciones sociales. Los motivos sociales por el contrario se van adquiriendo y modificando a través de las interacciones sociales.

Estos tres motivos sociales son:

- Motivación de logro: tendencia a buscar el éxito en tareas que implican la evaluación del rendimiento. La persona muy motivada por el logro se caracteriza por su interés en conseguir un estándar de excelencia.
- Motivación de poder: distinguiendo entre el poder personal (que se caracteriza por el deseo de dominar y controlar el comportamiento de los demás) y el poder socializado (que se activa por la posibilidad de ganar una votación).
- Motivación de afiliación: interés por establecer, mantener o restaurar una relación afectiva positiva.

Se observaron dentro de este espacio de aprendizaje cambios en las actitudes de las asistentes gerontológicas, en las diferentes situaciones de las actividades de la vida diaria.

El término "actitud" ha sido ampliamente utilizado, analizado y debatido tanto en la Sociología como sobre todo, en la Psicología Social, que ha llegado a considerarla como objeto propio de estudio. La actitud no es un concepto exclusivo de cualquier escuela o tendencia en particular, lo que favorece su aceptación general. Es un

concepto que escapa a la controversia sobre la importancia de la herencia y el medio ambiente. En cuanto un producto de un proceso de socialización, influyen o condicionan fuertemente las respuestas que la persona emite.

Podemos describir algunos aspectos:

a. Las actitudes son adquiridas. Toda persona llega a determinada situación, con un historial de interacciones aprendidas en situaciones previas (Tejada y Sosa, 1997 p.2). Así, pueden ser consideradas como expresiones comportamentales adquiridas mediante la experiencia de nuestra vida individual o grupal.

b. Implican una alta carga afectiva y emocional que refleja nuestros deseos, voluntad y sentimientos. Hacen referencia a sentimientos que se reflejan en nuestra manera de actuar, destacando las experiencias subjetivas que los determinan; constituyen mediadores entre los estados internos de las personas y los aspectos externos del ambiente. (Morales, J 1999;p 194)

c. La mayoría de las definiciones se centran en la naturaleza evaluativa de las actitudes, considerándolas juicios o valoraciones (connotativos) que traspasan la mera descripción del objeto y que implican respuestas de aceptación o rechazo hacia el mismo.

d. Representan respuestas de carácter electivo ante determinados valores que se reconocen, juzgan y aceptan o rechazan. Las actitudes apuntan hacia algo o alguien, es decir, representan entidades en términos evaluativos de ese algo o alguien:

"...cualquier cosa que se puede convertir en objeto de pensamiento también es susceptible de convertirse en objeto de actitud" (Eagly y Chaiken en Morales, 1999:195).

Las actitudes son valoradas como estructuras de dimensión múltiple, pues incluyen un amplio espectro de respuestas de índole afectivo, cognitivo y conductual.

e. Siendo las actitudes experiencias subjetivas (internas) no pueden ser analizadas directamente, sino a través de sus respuestas observables.

f. La significación social de las actitudes puede ser determinada en los planos individual, interpersonal y social. Las actitudes se expresan por medio de lenguajes cargados de elementos evaluativos, como un acto social que tiene significado en un momento y contexto determinado (Eiser, J. 1989).

g. Constituyen aprendizajes estables y, dado que son aprendidas, son susceptibles de ser fomentadas, reorientadas e incluso cambiadas; en una palabra, enseñadas.

Existe consenso en considerar su estructura de dimensión múltiple como vía mediante la cual se manifiestan sus componentes expresados en respuestas de tipo cognitivo, afectivo y conativo.



- Los Componentes Cognitivos incluyen el dominio de hechos, opiniones, creencias, pensamientos, valores, conocimientos y expectativas (especialmente de carácter evaluativo) acerca del objeto de la actitud. Destaca en ellos, el valor que representa para el individuo el objeto o situación.

- Los Componentes Afectivos son aquellos procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estados de ánimo y las emociones que se evidencian (física y/o emocionalmente) ante el objeto de la actitud (tenso, ansioso, feliz, preocupado, dedicado, apenado...)

- Los Componentes Conativos, muestran las evidencias de actuación a favor o en contra del objeto o situación de la actitud, amén de la ambigüedad de la relación "conducta-actitud". Cabe destacar que éste es un componente de gran importancia en el estudio de las actitudes que incluye además la consideración de las intenciones de conducta y no solo las conductas propiamente dichas.

Todos los componentes de las actitudes llevan implícito el carácter de acción evaluativa hacia el objeto de la actitud. De allí que una actitud determinada predispone a una respuesta en particular (abierta o encubierta) con una carga afectiva que la caracteriza. Frecuentemente estos componentes son congruentes entre sí y están íntimamente relacionados:

"... la interrelación entre estas dimensiones: los componentes cognitivos, afectivos y conductuales pueden ser antecedentes de las actitudes; pero recíprocamente, estos mismos componentes pueden tomarse como consecuencias. Las actitudes preceden a la acción, pero la acción genera/refuerza la actitud correspondiente" (Bolívar, 1995: 74)

INSTITUCIONES DE LARGA ESTADIA DON BOSCO: BREVE RESEÑA HISTÓRICA

Las residencias geriátricas Don Bosco abren sus puertas a la sociedad hace ya más de 20 años. Dio comienzo a la ardua tarea de cuidados. La iniciativa surgió de largas charlas en las guardias en un hospital de la ciudad donde un médico observaba las dificultades de atención de los adultos mayores y los precarios espacios de atención e internación. Debido a ello buscó alternativas de cuidado y alojamiento para los adultos mayores: residencias geriátricas.

Esta Institución presta servicios a pacientes privados. Se rige bajo la Ley 5670 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y está categorizada como A-C en el registro de prestadores.

Teniendo en consideración que la visión integral del ser humano requiere que se aborden no sólo sus aspectos sintomáticos, sean éstos residuales, transitorios o progresivos, sino también rescatar todo aquello que formó parte de su identidad y que puede resurgir aún a través de expresiones limitadas, se brinda un equipo multi e interdisciplinario que realiza un tratamiento integral, privilegiando la estimulación de las capacidades

El proceso fundacional pasó por distintas etapas desde su creación hasta la actualidad, la institución ha ido incorporando profesionales, talleres, ampliando sus redes, creciendo en su infraestructura, lo cual ha permitido también, y esto es lo más importante, aumentar su población y las condiciones de residencia en el hogar.

Como centros de larga estadía especializados en cuidados del adulto mayor, y habilitados para estas tareas, las residencias reciben al menos una consulta diaria de familiares que manifiestan la necesidad de tercerizar los cuidados, ya que el trabajo que implican tales actividades, llega a modificar el entorno de cualquier persona mayor, que debe reorganizarse o buscar una respuesta alternativa al ámbito doméstico. Hoy son más de 160 adultos mayores, que se alojan en los cuatro edificios

de diferentes puntos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Su nombre, Don Bosco, es en honor a los salesianos y a su ideal de cooperación.

Los salesianos cooperadores son en realidad la primera rama fundada por Don Bosco de la Familia Salesiana. Nace de la necesidad que tiene Don Bosco de obtener cooperadores para sacar adelante su sueño de brindar al muchacho abandonado, obrero, huérfano o en cualquier situación de riesgo, su ideal del sistema preventivo. La obra de Don Bosco nace en 1841 cuando el joven sacerdote de origen campesino se da cuenta de la realidad escabrosa de los muchachos pobres de una Turín que comienza a vivir en plenitud su propia revolución industrial. Frente a este contexto, Don Bosco renuncia a la posibilidad de ganarse la vida como sacerdote al servicio de la oligarquía o de la naciente clase burguesa de la ciudad y prefiere abrir espacios para el desarrollo y formación de los muchachos que nadie cuidaba. Es así como nace su experiencia de oratorio, la cual genera el desdén de gran parte de la sociedad de su tiempo y de muchos miembros de la misma Iglesia que lo califican de loco.

Pero no todos asumen una actitud de rechazo frente a la propuesta del joven sacerdote que va por las calles con muchachos obreros, huérfanos y callejeros. Muchas personas comprenden el significado de la propuesta de Don Bosco sea desde un punto religioso, como desde un punto social. Muchos de estos visionarios de la vida de Don Bosco serían abiertos cooperadores y estarían de su lado en los momentos más difíciles y hoy elegir este camino como forma de vida.

Nuestra VISION es:

Garantizar una atención adecuada a las personas mayores que por su situación de dependencia o sus circunstancias personales o sociales necesitan una atención sociosanitaria integral, desarrollando para ello un espacio de alojamiento, convivencia, y servicios adecuado a sus necesidades.

Fomentar la cultura de trabajo en equipo y el desarrollo personal y profesional de los integrantes de nuestra organización para contribuir a la mejora continua en lo que refiere a la atención y servicios que ofrecemos.

Incentivar a nuestro personal para que se sienta protagonista y participe del cumplimiento de los objetivos fijados con el fin de garantizar una digna calidad de vida a nuestros residentes.

La MISION:

Prestar cuidados sociosanitarios y de rehabilitación mediante una atención integral personalizada, ofreciendo un trato digno y respetando los derechos y la voluntad de las personas.

Promover el envejecimiento activo y la autonomía de los adultos mayores con acciones de prevención y motivación hacia una forma de vida que propicie su mejor calidad de vida y su desarrollo personal.

Servir de apoyo a las familias y fomentar su participación.

Desarrollar un modelo organizativo y de funcionamiento centrado en la persona y orientado a una adaptación de sus necesidades, estableciendo procedimientos para la evaluación, la planificación y la gestión de recursos orientados a la mejora continua de las residencias.

Nuestras sedes tienen las siguientes características:

El Solar de Bosco: en el barrio de Almagro, posee un amplio patio colonial, ideal para disfrutar de tardes soleadas, un amplio living luminoso con confortables sillones, un comedor espacioso equipado con mesas y sillas. TV por cable y WIFI.

El edificio dispone de habitaciones individuales con baño privado, habitaciones compartidas por dos, tres o cuatro residentes. Distribuidas las mismas en planta baja, primero y segundo piso. Todas especialmente decoradas, para hacer de ellas un ambiente cálido y agradable; su capacidad es de 36 plazas.

Nueva Casa: se sitúa en el barrio de Boedo, cuenta con luminoso comedor con mesas y sillas muy cómodas rodeado de plantas con el cual se comunica la mayoría de las habitaciones y con una hermosa sala de estar con confortables sillones y TV por cable y WiFi.

Dispone de 26 camas distribuidas en habitaciones individuales con baño privado y compartidas, en planta baja y primer piso, todas delicadamente decoradas para hacer de ellas un lugar placentero y acogedor .

CHATELET: en el barrio de Villa Devoto, cuenta con jardines con plantas y flores para que los residentes que así lo deseen disfruten de tardes de sol y de los talleres de jardinería y huerta, tiene también una agradable sala de estar con sillones delicada música, un amplio y muy luminoso living comedor con TV por cable, WiFi.

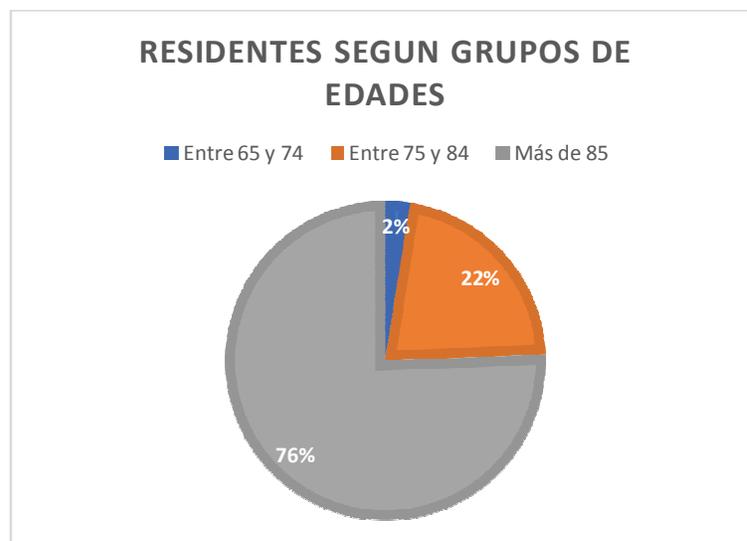
La residencia cuenta con habitaciones individuales con baño privado o compartidas distribuidas en las diferentes plantas del edificio, adecuadas para el funcionamiento de la población residente, con una disponibilidad de 34 plazas.

GRANNY`S HOUSE: en el barrio de Monserrat, cuenta con dos plantas y cuatro comedores amplios, luminosos y jardines internos para disfrutar del sol y de un momento de esparcimiento.

Las habitaciones son individuales y compartidas, siendo su capacidad 37 plazas. Baños totalmente equipados, amplio gimnasio, gabinetes para tratamientos específicos del dolor; magnetoterapia, onda corta, ultrasonido y estimulación electrónica funcional.

El ingreso a la institución está dado a través de entrevistas con la asistente siguiendo los pasos del manual de procedimiento que posee la institución. A partir de ese momento se entregan una lista con la documentación requerida y formularios a completar antes del ingreso. Una vez que el adulto mayor ingresa a la institución, se confecciona una planilla de ingreso que consta con información acerca del adulto mayor y su referente. Por tratarse de una institución de carácter privado que busca la rentabilidad económica a cambio de brindar cuidados permanentes, el costo de la internación varía de acuerdo con las diferentes opciones hoteleras.

Estructura poblacional: Tradicionalmente la vejez se asociaba con enfermedades, dependencia y falta de productividad. Sin embargo, en la actualidad, la realidad nos muestra que existen diversas etapas en el envejecer, que generalmente comienza con la autovalidez, y a medida que pasa el tiempo culmina con algún grado de dependencia por el mismo deterioro biológico o a causa de alguna enfermedad o accidente. En cambio, residente es quien habita en el hogar, más allá de su condición de salud.



Fuente: Elaboración propia

El grupo más numeroso es el que tiene más de 85 años (un 76%), le siguen los adultos que tienen entre 75 y 84 años (22%), confirmando que la necesidad de cuidados aumenta a medida que una persona envejece. A medida que los individuos envejecen, la imposibilidad de realizar autónomamente algunas actividades cotidianas acontece por dos motivos no excluyentes: por un lado, la dependencia puede tener su origen en una o, generalmente, varias enfermedades crónicas; por otro lado, puede ser el reflejo de una pérdida general en las funciones fisiológicas atribuible al proceso mismo de envejecer.

El tema es que el envejecimiento acarrea un componente de deterioro físico y psicológico que muchas veces condiciona la actividad del anciano, que, si bien en algunos casos tiene independencia física, una gran cantidad de residentes de instituciones geriátricas poseen algún grado de dependencia que les impide realizar ciertas actividades básicas. Las condiciones de salud de los adultos mayores plantean un complicado esquema que no sólo se compone de enfermedad y muerte, sino de discapacidad y limitación de actividades de la vida diaria. El grado de dependencia de los residentes ha sido medido a partir de un valor extraído del Índice de Barthel, un instrumento que sirve para detectar 10 actividades básicas de la vida diaria (ABVD), dando mayor importancia a la puntuación de los temas relacionados con el control de esfínteres y la movilidad. Esta prueba es de fácil y rápida administración.

Para su medición se establecen los siguientes criterios:

- Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos.
- El rango global puede variar entre 0, completamente dependiente, y 100 puntos, completamente independiente (90 para pacientes limitados en silla de ruedas).
- Para los temas de deposición y micción, se deberá valorar la semana previa
- Puede ser aplicado por el geriatra como por el médico no geriatra, enfermera, terapeuta, auxiliar de enfermería o por el cuidador.
- Se tarda aproximadamente 30 segundos en puntuar cada tema, pues se basa en funciones ya observadas (la observación directa de la capacidad del individuo para realizar las ABVD requiere un tiempo excesivo).

- Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina.

- Se debe iniciar su uso, al ingreso del anciano al centro, y realizar exámenes periódicos (trimestrales o semestrales) que permitan conocer su evolución, el resultado del plan de cuidados y de los objetivos asistenciales.

Índice De Barthel (Actividades Básicas de la Vida Diaria)⁷

Para su interpretación, la puntuación se agrupa en categorías de dependencia. Valoración de la incapacidad funcional:

- 100 = Total independencia o autonomía (siendo 90 la máxima si el paciente usa silla de ruedas)
- 60 = Dependencia leve
- 35-55= Dependencia moderada
- 20-35= Dependencia severa
- Hasta 20 = Dependencia total

La mayoría de los casos presentan algún grado de dependencia, porque por definición, la residencia geriátrica puede ubicarse dentro de los programas de atención a la dependencia. Por lo general, este grado de dependencia va cambiando a medida que permanecen en la institución, por lo que se realizan mediciones del mismo, al menos dos veces al año, es decir, semestralmente para un mismo residente, desde su ingreso.

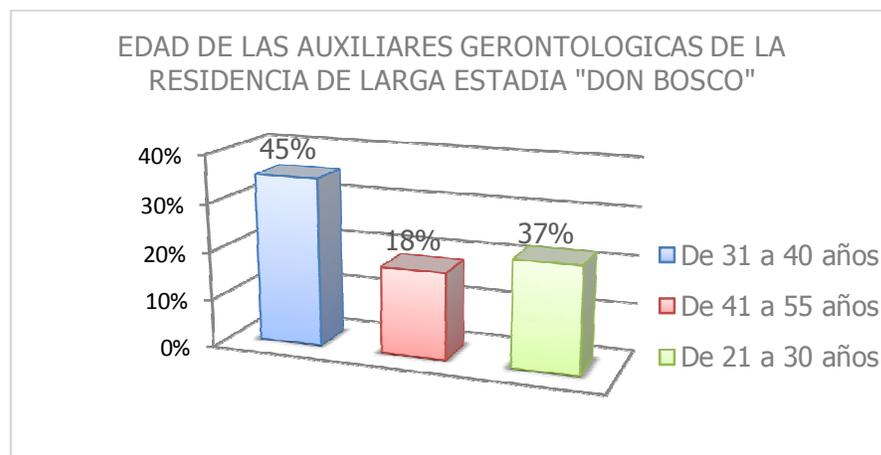
Todos los residentes, sea mayor o menor su dependencia, deberán adaptarse a un nuevo lugar, que pretenderá ser su nuevo hogar, pero donde no estarán sus allegados permanentemente. Serán atendidos en sus necesidades por extraños que no conocen y despiertan muchas veces su desconfianza. Por esta razón es necesario, imprescindible, crear vínculos de confianza y afecto entre las auxiliares y los residentes a su cargo. Se debe tener en cuenta con esmero el trato, las muestras de afecto, los cuidados que se les brindan para ganar su confianza y su afecto también.

⁷Ver Anexo...

**ASISTENTES GERONTOLÓGICAS: CARACTERÍSTICAS
GENERALES**

Se observa en su totalidad una población femenina, con un mayor porcentaje de personas comprendidas en la franja etaria que abarca de los 31 a los 40 años (45%); no observándose diferencias significativas entre los restantes grupos etarios; encontrándose el porcentaje de cada uno de ellos entre el 37% para las personas de 21 a 30 años; y el 18% para la franja de 41 a 55 años respectivamente.

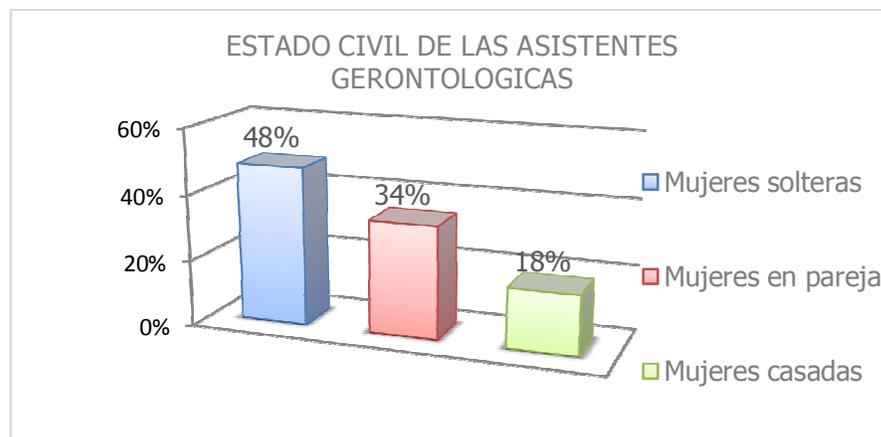
GRÁFICO 1:



Fuente: Elaboración Propia (2018)

Con respecto al estado civil, los datos recabados me permiten observar un mayor porcentaje de mujeres solteras (48%), en segundo lugar las personas que se encuentran en pareja (34%), el menor porcentaje corresponde a las mujeres casadas (18%).

GRÁFICO 2:



Fuente: Elaboración Propia (2017)

En lo que corresponde a los hijos, el 60% está a cargo de las auxiliares, el 40% restante a cargo del padre.

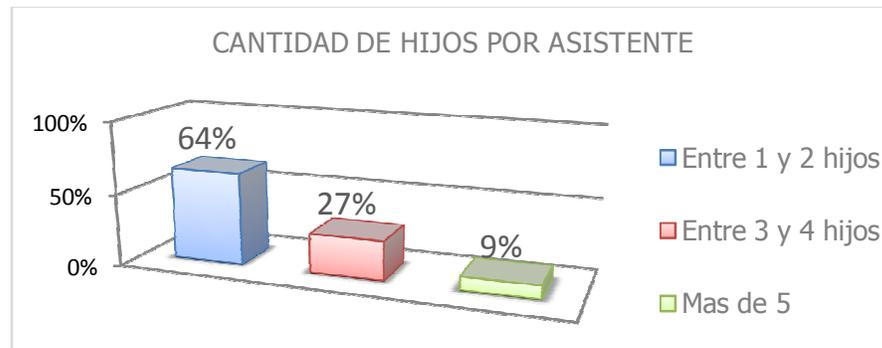
Se observó que el 64% tiene entre 1 y 2 hijos; el 27% entre 3 y 4 hijos respectivamente y el 9% más de 5.

GRÁFICO 3:

HIJOS A CARGO DE LAS ASISTENTES GERONTOLOGICAS	
A cargo de las asistentes	60%
A cargo del padre	40%

te: Elaboración propia (2017)

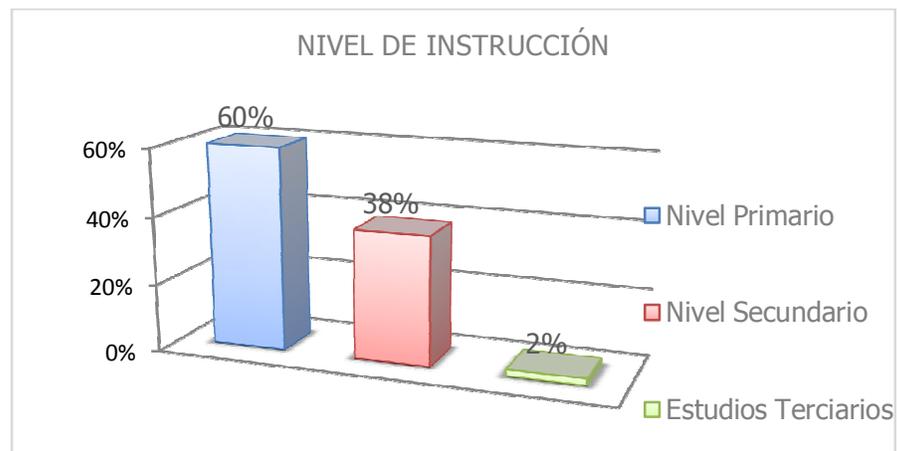
GRAFICO 4



Fuente: Elaboración propia (2017)

En relación al nivel de instrucción se observa un predominio significativo del nivel primario (60%); siendo el (38%) para el nivel secundario; y un (2%) comenzando estudios terciarios.

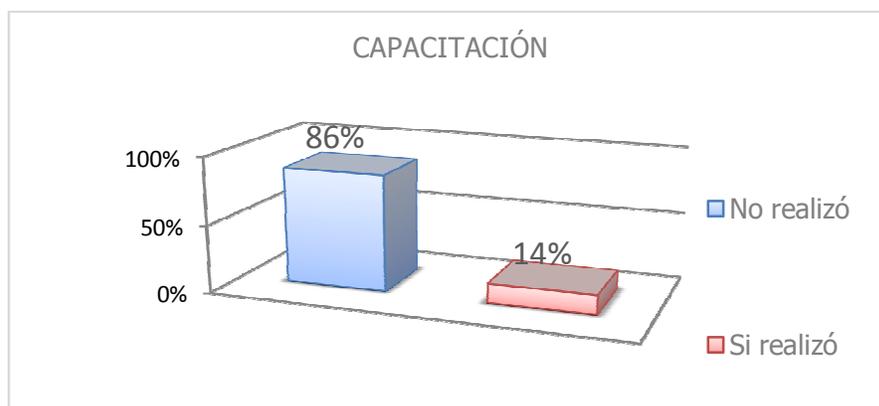
GRÁFICO 5:



Fuente: Elaboración Propia (2017)

En lo que respecta a la realización de algún curso de asistente gerontológico dictado por alguna institución educativa la respuesta fue: 86% no realizó ninguna capacitación y un 14% si lo hizo en diferentes lugares.

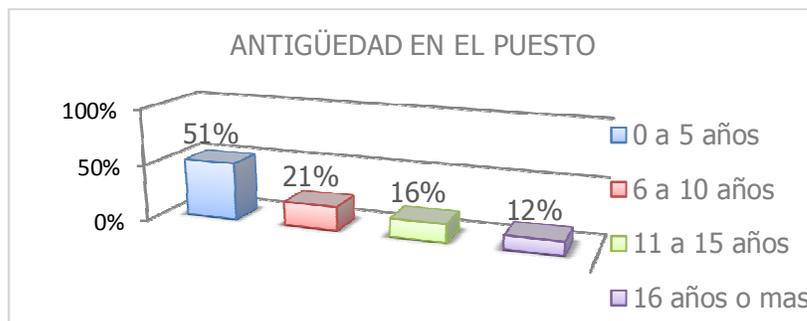
GRÁFICO 6:



Fuente: Elaboración propia (2017)

En relación a la antigüedad los datos obtenidos reflejan una predominio significativo de la franja que corresponde entre los 0 y 5 años (51%), seguido por aquello que comprende entre los 6 y 10 años (21%), quedando en tercer lugar lo que comprende entre los 11 y 15 años (16%) y los de mayor antigüedad, 15 años (12%)

GRÁFICO 7:



Fuente: Elaboración propia (2017)

En una síntesis de todos estos datos analizados, se puede decir que las características demográficas que refleja la Residencia de Larga Estadía Don Bosco son las siguientes:

El personal que realiza la tarea de asistentes gerontológicas es netamente femenino, en cuanto al estado civil el mayor número de personas es soltera, en una franja etaria entre 31 y 40 años; en su mayoría con 1 o 2 hijos a cargo; en relación al

nivel de instrucción el mayor porcentaje alcanza el título primario completo y se observa un predominio significativo de la franja que oscila entre los 0 y 5 años en lo que respecta a la antigüedad en el puesto.

En lo que a ingresos dentro de la pirámide social, corresponde a la clase bajo superior (dentro del 33% de la población): comprendida entre aquellas personas que tienen un promedio mensual de ingreso de \$15.900

CCT 122/75 2017-2018
CLINICAS - SANATORIOS - GERIATRICOS - PSIQUIATRICOS

CONVENIO COLECTIVO N° 122/75					
A) PROFESIONALES, TECNICOS Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	jul-18	ago-18	oct-18	nov-18	feb-19
Profesionales Bioquímicos, Nutricionistas y Farmacéuticos.	24.075,82	25.170,18	26.264,53	27.358,89	27.906,07
a: Obstétricas e instrumentadoras	22.513,72	23.537,07	24.560,42	25.583,78	26.095,45
b: Cabos/as de cirugía	22.513,72	23.537,07	24.560,42	25.583,78	26.095,45
c: Cabos/as de Piso o Pabellón	22.119,04	23.124,45	24.129,86	25.135,28	25.637,98
d: Enfermeros/as de Cirugía y personal de esterilización	21.527,06	22.505,56	23.484,06	24.462,56	24.951,81
e: Auxiliar Técnico de Rayos X	21.527,06	22.505,56	23.484,06	24.462,56	24.951,81
f: Kinesiólogos, Pedicuros y Masajistas	21.527,06	22.505,56	23.484,06	24.462,56	24.951,81
h: Enfermero/ra de Piso, o Consultorios Externos	20.934,96	21.886,55	22.838,14	23.789,73	24.265,52
i: Personal Especializado en Terapia Intensiva, Climax, Unidad Coronaria, Nursery, Foniátría y Riñon artificial	20.934,96	21.886,55	22.838,14	23.789,73	24.265,52
j: Personal destinado a la atención de enfermos mentales y nerviosos	20.934,96	21.886,55	22.838,14	23.789,73	24.265,52
g: Personal Técnico de: Hemoterapia, Fisioterapia, Anatomía Patológica y Laboratorio.	20.014,08	20.923,81	21.833,54	22.743,28	23.198,14
k: Ayudante de radiología, Fisioterapia, Hemoterapia, anatomía patológica y lab. de análisis clínico.	20.014,08	20.923,81	21.833,54	22.743,28	23.198,14
ll: Mucamas de Cirugía o que no tengan atingencia con la atención de enfermos	18.599,71	19.445,15	20.290,60	21.136,04	21.558,76
l: Asistente Geriátrica	18.205,04	19.032,55	19.860,05	20.687,55	21.101,30
m: Asistente de Comedores con atención al público	18.106,40	18.929,41	19.752,43	20.575,45	20.986,96
n: Camilleros y fotógrafos	18.106,40	18.929,41	19.752,43	20.575,45	20.986,96
ñ: Personal de Lavadero y ropería	17.810,36	18.619,93	19.429,49	20.239,05	20.643,83
o: Mucamas de Piso, Consultorios Externos y Geriátricos	17.711,74	18.516,82	19.321,90	20.126,98	20.529,51

Como se ve en el cuadro precedente, la remuneración que percibe el personal en cuestión no resulta suficiente para solventar los gastos inherentes al sostenimiento del hogar y los hijos, por sobre la información puntualizada en este trabajo en la cual se afirma que las asistentes gerontológicas son preponderantemente a jefas de familia.

EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE LAS INSTITUCIONES DE LARGA ESTADÍA DON BOSCO

La organización funcional de la institución es similar en todas sus sedes basadas en:

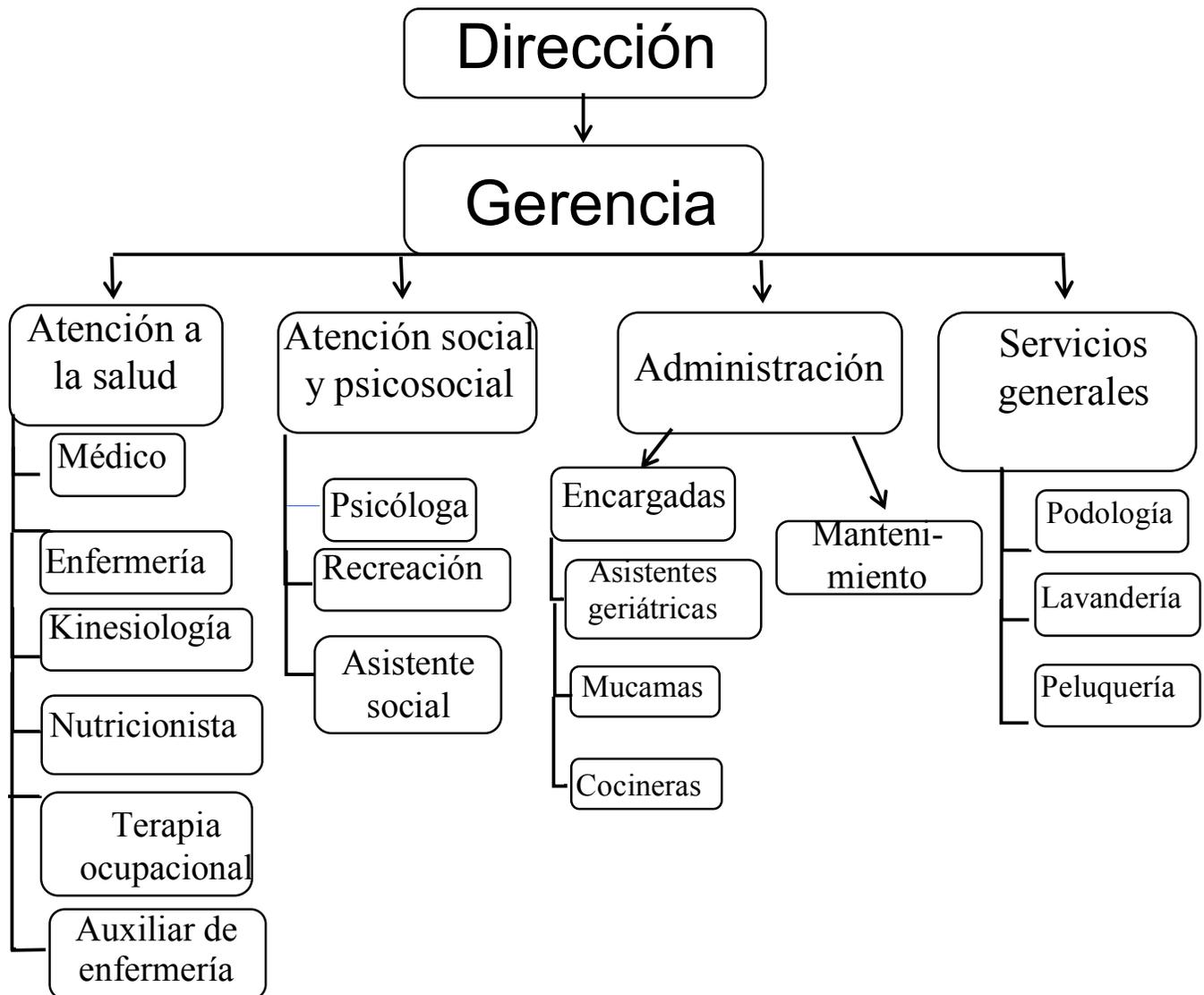
- Una Dirección que es la responsable del funcionamiento de las residencias, aprueba e impulsa la implementación de las medidas para garantizar y mejorar la calidad de vida de los residentes.
- Gerencia: Encargada de la planificación, coordinación de las diferentes áreas, establecer políticas de personal relacionadas con el funcionamiento de las residencias, proponer objetivos, organizar y coordinar las tareas en orden a la consecución de los objetivos planeados, supervisar y evaluar los procesos internos.
- Atención a la Salud: equipo interdisciplinario:
 - ✓ Médico: asiste a diario a los residentes, controla su estado de salud e informa luego a sus médicos de cabecera.
 - ✓ Médico psiquiatra: acompaña el proceso de adaptación de cada paciente que ingresa y evalúa sus necesidades.
 - ✓ Nutricionista: elabora dietas y realiza planes nutricionales para satisfacer los requerimientos de cada uno de los residentes.
 - ✓ Kinesiólogo: Elabora los planes de rehabilitación y se encarga de coordinar la realización de ejercicios posturales, equilibrio y respiratorios, con la finalidad de mejorar dificultades motoras, neurológicas o respiratorias. Realiza tratamientos específicos a quienes así lo tengan indicados.
 - ✓ Enfermeras: controlan la presión arterial y signos vitales a diario y son las encargadas del suministro de medicación prescrita por los médicos.
 - ✓ Terapistas ocupacionales: se encargan de evaluar a todos nuestros residentes y distribuirlos en grupos de estimulación tanto física como cognitiva y favorecer el manejo cotidiano con las adaptaciones que fueran necesarias.
 - Atención Social y Psicosocial
 - ✓ Psicóloga: realiza actividades orales y escritas, individuales y grupales con el objetivo de estabilizar las funciones cognitivas, la interacción y el intercambio de los miembros del grupo.
 - ✓ Trabajadora Social: facilita información, valoración y orientación a las personas que ingresan a la residencia, acompañando su adaptación. Realiza informes sociales y asesora a las familias de nuestros residentes. Fomenta la integración y participación.
- Administración:

✓ Encargadas: Supervisan las tareas de las asistentes y mucamas y la atención a los residentes. Son el canal de comunicación permanente con las familias. Participan en el ingreso y la admisión de los alojados.

✓ Asistentes geriátricas: Complementan o asisten al adulto mayor en sus actividades de la vida diaria brindando compañía, aplicando técnicas para evitar la dependencia, previniendo accidentes y orientándolos en la organización de su hábitat.

- Residentes
- Familiares

En resumen, la Institución está conformada según el siguiente organigrama:



En este trabajo centramos nuestra atención en las asistentes gerontológicas y los resultados de su acción en los residentes y familiares. Cabe destacar con respecto a ellas que, según mencionan, si bien reconocen la institución como su lugar de trabajo,

consideran su respaldo en el sindicato. La mayoría se encuentra afiliada a éste por "fidelidad" y promesas recibidas. La Institución, a pesar de ser la responsable de su sostén, no tiene la misma imagen, según surge de sus comentarios.⁸

⁸Ver anexo D

SEGUNDO MOMENTO EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN EMPRENDIDO.

A modo de introducción:

La complejidad ascendente del tratamiento para la atención de las personas mayores obliga a mejorar e incrementar la necesidad de contar con personal capacitado en el campo de la gerontología, lo que implica cambios de actitud hacia el adulto mayor, además del suministro de servicios y rutinas. Las personas de edad avanzada necesitan tener un contacto estrecho con quienes mantienen contactos íntimos, que en múltiples ocasiones, actúan también como acompañantes o confidentes.

Es posible que dada las características generales que desata el proceso de institucionalización de las personas mayores se manifiesten algunas conductas que podemos aseverar como regresivas. Estas tendencias pueden manifestarse por la aparición de conductas de sumisión, de exagerada pasividad, de marcada dependencia ante las autoridades y/ o profesionales. Estas conductas se encuentran favorecidas, igualmente, por la falta de motivación y de preparación específica del personal, visibilizándose como distintas formas de maltrato a los residentes, o bien ante la posible especulación de sacar provecho de ellos, cuando la ocasión se presenta. (Krassoievitch, 2001). Para afrontar estos problemas se hace necesaria la intervención de un equipo interdisciplinario con capacitación para afrontar este tipo de situaciones (Hernández, y Muñoz, 2003). Todo este personal suele ser designado, en forma general y sin considerar su nivel o grado profesional, como asistentes gerontológicos.

Cada miembro del equipo de salud en la institución tiene un rol designado que desempeñar:

Rol del psicólogo: Además de los exámenes psicológicos, el psicólogo deberá realizar otras actividades enfocadas al manejo del interno, tales como manejo de la depresión, técnicas de modificación de conducta de individuos o grupal y de orientación terapéutica al personal de rehabilitación, enfermeras, trabajadoras sociales y personal no cualificado.

Rol del médico: La base del trabajo profesional en psicogeriatría debe de ser el equipo multi/interdisciplinario, en el que cada uno de los integrantes tiene una función definida. Es importante, en el caso del médico, que su formación incluya la clínica médica y de atención de la salud mental. La acumulación de información en el terreno de la psicogeriatría hace de ésta una nueva e interesante rama de la especialización.

Rol del rehabilitador: Su tarea principal es la capacidad de diagnosticar y tratar problemas cognitivos que acompañan a los trastornos mentales del interno. Al mismo tiempo, no hay que olvidar la rehabilitación física que contribuye a la independencia funcional de estas personas y que es el rol del fisioterapeuta. Debe mencionarse así mismo el terapeuta del lenguaje, cuya función está ligada a las afasias, sobre todo producto de accidentes cerebrovasculares.

Rol del asistente gerontológico: El adulto mayor institucionalizado suele presentar con frecuencia, debido a la soledad en algunos casos, trastornos de conducta, depresión o demencia. No se puede tratar la parte orgánica o funcional de estas personas sin el intento de solucionar la situación de ellas y de los familiares involucrados. Esto implica una alta participación de la asistente. Este último grupo debe ser motivado y alentado permanentemente. Los estímulos y gratificaciones que los guían son distintos a los del tipo profesional. Reuniones permanentes y explicaciones a nivel de su comprensión son esenciales para mantenerlos motivados y mantener su interés. Constituyen el personal básico sin el cual no podría darse una adecuada atención al adulto mayor institucionalizado.

Para armar cualquier tipo de intervención con este colectivo se debe partir de un análisis de las necesidades.

Laguna (2005) establece tres procesos básicos en la gestión de las necesidades sociales.

Como primera fase está la *selección de las necesidades*, que "alude a los criterios y procesos específicos de filtrado, a través de los cuales se discrimina entre las necesidades cuya atención se considera pertinente, o por el contrario, no admisible".(Laguna, 2005, p. 8)

Como segunda fase, *la agregación de necesidades*, "que hace la mención a los procedimientos a través de los cuales se clasifican y agrupan, atendiendo a criterios de similitud estructural o funcional, las necesidades objetos de atención." (ibidem p 8).

La última fase, es *la priorización de las necesidades*, " que se refiere a la aplicación de procedimientos y criterios que permiten un tratamiento jerarquizado de las necesidades sociales"(ibídem, p 9)

La consideración de los procesos de análisis de necesidades, entre otros, como procesos evaluativos , ha proporcionado el análisis FODA.

El análisis FODA (Oliver, Ballester y Orte 2003) deriva de las iniciales: Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas. Permite establecer dos tipos de diagnósticos:

a) La síntesis del análisis de las necesidades, denominado análisis estratégico porque permite establecer prioridades a partir de la comprensión de la situación y su previsible.

b) El análisis de casos, resumiendo la situación de un caso concreto.

Este tipo de diagnóstico se basa en la identificación de una serie de aspectos positivos y negativos, presentes y futuros. Las fortalezas son todos los aspectos positivos que deben mantenerse o reforzarse. Las oportunidades son todas las capacidades y recursos potenciales que se deberían aprovechar. Las debilidades, son las necesidades actuales que implican aspectos negativos que deberían modificarse. Las amenazas son todo lo que supone riesgos potenciales y que deberían prevenirse. (Oliver, Ballester y Orte, 2003)

La matriz FODA se realizó luego de una revisión biográfica del colectivo, la observación de las tareas cotidianas y de la dinámica de la institución, y se enfocó en las asistentes gerontológicas, en quienes se centra este trabajo. Así observamos:

<p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejora de la calidad de atención - Incentivación de las capacidades preexistentes - Interacción con los elementos de atención cotidianos. 	<p>OPORTUNIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De crecimiento Laboral - De participación activa - De dignificación - De logro de incentivos laborales
<p>DEBILIDADES: (se observan)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estados de ánimo variables. - Tiempos reducidos para capacitarse. - Dificultad para realizar tareas específicas - Irascibilidad - Falta de paciencia con el interno y sus familiares - Poca predisposición para responder a las inquietudes de los familiares 	<p>AMENAZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de motivación e interés. - Problemas personales. - Carencia de empatía. - Cansancio - Largas distancias entre el hogar y el lugar de trabajo, con peligro de síndrome de Bourneaut - Responsabilidades familiares como

	el ser jefa de familia - Remuneraciones bajas
--	--

A partir de este análisis, se priorizaron las debilidades y amenazas para trabajar las funciones cognitivas, favorecer la autonomía y la toma de decisiones, generar actividades que fomenten el compromiso la participación y las relaciones interpersonales.

En este trabajo se ha programado un modelo que contempla las reacciones actitudinales espontáneas de las asistentes gerontológicas con respecto a su entorno y a los internos. Esta observación permitió hacer un diagnóstico de la situación que posibilitó buscar soluciones. Con este fin se programaron entrevistas preliminares a las asistentes gerontológicas, a los residentes y a sus familiares.

En estas entrevistas se consultaron también ciertos aspectos vinculados con los relatos de vida de las asistentes.

Luego de analizadas estas entrevistas⁹ se aplicó una capacitación según la adaptación del método propuesto, luego de la cual se volvió a evaluar para observar los resultados. Para esto se realizaron entrevistas al personal mencionado, a los familiares y a los internos.

Las entrevistas pre capacitación siguieron las siguientes pautas:

- Fueron realizadas en un espacio común de la Institución, durante diferentes días. El horario elegido fue de 13.30hs a 14.30hs para lograr charlas con el personal de ambos turnos.
- La entrevistadora se presentó, explicó las condiciones en las cuales se realizarían las entrevistas.

Resultó difícil lograr una comunicación fluida; rara vez miraban a los ojos, ya que las miradas estaban fijas en el grabador. El fantasma de la pérdida de empleo parece haber estado siempre presente en los primeros contactos que mantuvimos.

- Se optó por otras opciones para lograr más fluidez como solicitar la narración de alguna situación en particular.

El análisis de las entrevistas preliminares nos permitió obtener "interesantes puntas" que posibilitaron observar que las conductas actitudinales de las auxiliares no eran las más indicadas. Esto se pudo constatar tanto por sus propias respuestas como por las referencias de los residentes y sus familiares. Se visualizó que la mayoría elige

⁹Ver anexos A, B, C

esta profesión a partir de la experiencia con algún familiar o vecino, y llegan a su puesto de trabajo solo llevadas por el peso que les significa ser el sostén familiar, que acarrear en su papel de jefas de familia. Mencionaremos algunas que revelan esta realidad. Hemos seleccionado las siguientes preguntas:

a. Preguntas pre-capacitación a asistentes gerontológicas

7. ¿Cuáles consideras que son tus fortalezas o virtudes?

Asist. 1. No faltó, aunque pase lo que pase, siempre vengo a trabajar. Soy trabajadora y honesta.

Asist. 2. Soy buena mina, soy buena. Trabajo mucho y soy honesta.

Asist. 3. Soy buena madre.

Asist. 4. Soy confianzuda, dada, nada me cae mal, para mí todo está bien.

Asist. 5. Mi virtud es que soy amorosa.

Asist. 6. Cocino bien.

Asist. 7. Soy buena madre. Me gusta trabajar.

Asist. 8. Soy muy solidaria. Estoy donde me llaman.

Asist. 9. Soy buena madre. Trabajadora y responsable. Eso igual lo tendrían que decir mis jefes.

Asist. 10. El entusiasmo. Soy muy optimista. Cuando hay un problema busco la solución.

En las respuestas predomina el sentido de consideración como persona, en su rol de mujer madre jefa de hogar. Es evidente que éste es el rol más apreciado. No sienten parte de la institución y no se consideran empleadas. Su verdadero rol es lo desarrollado en su "propio hogar" y parece imposible de ser incorporado la posibilidad de ser profesionales, esta palabra refiere siempre a "otras personas".

8. Menciona 5 cosas que te hagan feliz

Asist. 1. Estar con mi familia

Asist. 2. Mis hijos, trabajar, divertirme, salir, salir de vacaciones.

Asist. 3. Mis hijos, mis estudios, mis amigos, salir y divertirme. Tener salud.

Asist. 4. Mis hijos, mi nieto, estar en casa, tomar mate, andar en bici.

Asist. 5. Compartir mi vida con mis familias, mis padres, mis hermanos y mis abuelos que todavía los tengo.

Asist. 6. Me hace feliz cuando estoy con mis padres.

Asist. 7. Me gustaría tener otro hijo si Dios me lo da. Y casarme. Nos juntamos hace cuatro meses y nos llevamos bien.

Asist. 8. Soy muy solidaria. Estoy donde me llaman.

Asist. 9. Mi trabajo, mis nietos, mis hijos.

Asist. 10. Sin dudas, mi familia.

Una vez más se nota la falta de otra aspiración que las que surgen del hogar propio, la familia y el rol de madre como proyecto de vida.

9. ¿Qué te causa temor?

Asist. 1. La muerte.

Asist. 2. La inseguridad. Cuando salgo de casa. Ya me robaron y me pegaron en la parada para sacarme el celular.

Asist. 3. Cuando mi hijo sale de noche

Asist. 4. Que les pase algo a mis hijos.

Asist. 5. La verdad, no le tengo miedo a nada.

Asist. 6. No poder ser madre. Hice muchos tratamientos y no puedo quedar. Este año volvemos a intentarlo.

Asist. 7. Que le pase algo a mi familia. Que me falte mi mamá.

Asist. 8. Nada, no le tengo miedo a nada.

Asist. 9. Cuando mis hijos salen de noche. Ya les robaron varias veces. O cuando el menor sale con la moto ya tuvo un accidente. Fue un momento muy difícil.

Asist. 10. Enfermarme y no tener una previsión. Es decir no poder trabajar y no tener a nadie que me ayude y ser una carga para mi hija. No lo podría soportar.

Aquí también se refleja el papel de madre, jefa del hogar en primer lugar, borrando cualquier otra posibilidad de crecimiento de ellas mismas, fuera de ese ámbito.

10. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor tu puesto de trabajo?
Personal asistente, mucama, asistente geriátrico, personal de servicio.

Asist. 1. Yo soy asistente desde siempre, el primer año fui mucama, pero después es automático, te cambian la categoría. Hice un curso de asistente hace algunos años (2012). Siempre lo fui.

Asist. 2. Yo soy compañera, prefiero esa palabra, si digo otra opción el sindicato me mata. No creo en los títulos, soy una compañera, si eso es lo que soy.

Asist. 3. Yo soy compañera, prefiero esa palabra, si digo otra opción el sindicato me mata. No creo en los títulos, soy una compañera, si eso es lo que soy.

Asist. 4. Soy mucama, no soy asistente porque no hice el curso que me piden.

Asist. 5. Soy asistente, hago todas las tareas de una asistente.

Asist. 6. Soy asistente.

Asist. 7. Asistente

Asist. 8. Soy asistente, es lo que más amo.

Asist. 9. Soy asistente, cumplo esa función hace más de 20 años. Toda mi vida. Hice un curso hace algunos años de capacitación.

Asist. 10. Creo que asistente.

Un 70% parece tener claro su papel en la Institución en cuanto a sus tareas; un 10% manifiesta dudas, y un 20% manifiesta ser compañera, porque eso es lo que les indica el sindicato. El no reconocer su actividad como profesión solo pueden asociarlo a tareas y hacer mención del sindicato como peso mayor que la institución en sí.

1. ¿Desde cuándo realizas este trabajo?

Asist. 1. Yo entré a trabajar acá en 1988 con los otros dueños, antes no trabajaba, fue mi primer trabajo.

Asist. 2. Siempre me gustó cuidar a las personas, cuando mi mamá se enfermó yo la cuidé hasta último momento, después cuidé una vecina, así empecé,

pero después de que nació mi hija con mi marido compramos un terrenito y yo tuve que trabajar más. Necesitaba algo seguro y fijo. Ahí empecé a trabajar en hogares.

Asist. 3. Empecé en Paraguay cuidando a un familiar, luego vine a Buenos Aires, y limpiaba casas, así empecé

Asist. 4. Necesitaba trabajar urgente, comencé limpiando una casa de una señora mayor que después murió. También le cambiaba los pañales. Cuando falleció empecé a buscar en geriátricos.

Asist. 5. En geriátricos es la primera vez, antes hice internación domiciliaria. Atendía a un solo paciente. Acá hay que trabajar un poco más y más rápido porque son varios.

Asist. 6. En Bolivia hice un curso de auxiliar de enfermería. Hice las prácticas allí. Después cuando llegué a Buenos Aires, trabajé en varias residencias geriátricas hasta llegar aquí, hace ya 8 años.

Asist. 7. Empecé limpiando casas En una de ellas había una señora mayor y yo la cuidaba y atendía. Así empecé. Pero no tenía un sueldo fijo, después empecé a trabajar en hogares hasta llegar a éste.

Asist. 8. Como te dije antes, empecé limpiando casas. Luego mi mamá se enfermó y tuve que cuidarla. Luego a una vecina. Así encontré la forma de ganar dinero y no estar tantas horas fuera de mi casa. Cuidaba personas cuando estaban internadas. Ahora mis hijos están más grandes y necesito estabilidad laboral porque mi marido trabaja por su cuenta. En el geriátrico tengo un sueldo fijo. Lo otro estaba bien pero es por hora, si no te llaman no cobras.

Asist. 9. Mi madre cuidaba personas en hospitales. Yo la acompañaba a veces. Acá comencé desde muy chica. El dueño anterior era un médico y me enseñó bastante. Todo era distinto, éramos menos personas pero el trabajo era menos duro.

Asist. 10. Hace algunos años comencé a cuidar a mi padre cuando se enfermó y descubrí el trabajo.

Estas respuestas denotan el origen de estas personas así como justifican sus escasas aspiraciones y su poca preparación. Su mayor motivación es, en general, la necesidad económica. Solo un 10% manifiesta haber realizado un curso de auxiliar de enfermería.

12. ¿Cómo es tu condición laboral?

Asist. 1. Es buena, si es buena, no tengo problemas hace muchos años que estoy, la verdad estoy bien, cómoda. Imagínate, que yo pasé el embarazo de mis dos hijas acá y nunca tuve problemas.

Asist. 2. Es buena, tengo todos los beneficios, estoy en blanco. Además, el sindicato me da un montón de cosas. Estoy bien.

Asist. 3. Es buena, estamos en blanco. Tenemos todos los beneficios.

Asist. 4. Es buena, a veces se atrasan en el pago, pero me cumplen.

Asist. 5. Es buena, estoy en blanco, tengo todos los beneficios. Estoy bien

Asist. 6. Es buena. Estoy en blanco, tengo Obra Social, eso me ayuda para hacer tratamientos para quedar embarazada. Mi médico ginecólogo me ayuda y acompaña bastante.

Asist. 7. Buena.

Asist. 8. Buena, no tengo nada para quejarme.

Asist. 9. Es buena, me preservaron mi antigüedad y cumplen con todo.

Asist. B 10. Buena, estoy en blanco, eso me tranquiliza por si me pasa algo.

El comentario unánime es que la condición laboral es buena en cuanto son empleadas en blanco y perciben sus haberes con normalidad.

22. ¿Cómo es tu relación con los residentes?

Asist. 1. La relación es buena. Ellos son buenos, tienen sus mañas, pero está todo bien.

Asist. 2. Es buena yo me llevo bien con todos. Rosario (residente) parece un ogro, más allá de la posición económica sabe cuándo es nuestro franco. Nosotros no tenemos posición económica como ellos pero saben cuándo tenemos franco.

Asist. 3. Es buena. María ordena las servilletas y nos ayuda cuando preparamos la mesa. La mesa de ahí (señala) son terribles...viven quejándose de la comida... nada les gusta... pero Doris cocina bien, la comida es rica... la hija de Nélica me dijo que siempre es igual. Pero son cosas que pasan ellos están todo el día

pendientes de lo que hacemos y quieren que estemos atentas a lo que necesitan. Algunos tienen mejores modales que otros, algunos se enojan, pero bueno, son viejos. Ya vamos a llegar.

Asist. 4. Como estaba un poco dispersa, mirando el reloj para irse, opté por solicitar algún ejemplo concreto con una residente que estaba sentada con un libro en el living de la residencia: Con Piru en cambio, es más fácil, se baña sola, yo solo la ayudo. Ella se maneja sola, es buena, me esperan, Nos quieren y nos esperan, cuando llegamos Alicia siempre nos dice, ¿te espero me bañas? Eso me hace bien, me hace sentir importante.

Asist. 5. Trato de ser amable y amorosa. Intento estar pendiente de lo que me piden y hacer lo que ellos quieren.

Asist.6. Es buena. Solo con los que puedo, no con todos. Muchos son muy difíciles y demandantes. A veces te tratan mal. No te piden bien las cosas.

Asist. 7 Es buena trato de ayudarlos como puedo, son bastante demandantes pero me gusta trabajar y lo hago lo mejor posible. Los baño y los ayudo a cambiarse, me siento importante me necesitan y yo estoy para hacerlo.

Asist. 8. Ellos me re aprecian. Me quieren y me necesitan. Yo estoy siempre para los que necesitan.

Asist. 9. Es buena, mis chiquitos, hay que escucharlos, acercarse, acariciarlos y saber qué les pasa. Ellos dependen de nosotras y se preocupan por nosotras también. Somos sus familias, yo los adoro. Me llevo muy bien con todos. Son amorosos.

Asist. 10. Es buena, trato de conocerlos, a través de charlas cuando compartimos un momento del día. Algunas son muy exigentes pero las trato con mucho respeto

23. En las próximas imágenes puedes observar elementos de traslado de los residentes en el hogar. ¿Puedes describir una situación?



Asist. 1. Son pacientes con déficit..." ellos no tienen paciencia, piden ir al baño y si no los acompañamos gritan y le dicen a la encargada..." Como José, él está en silla de ruedas, y parece un chico, yo lo cargo y le digo te pareces a mi hijo de 5 años, no paras de pedir todo el tiempo, él se ríe. Son imágenes tristes, me producen pasividad, espera. Hay algunos que se mueven con bastón, pero la mayoría se cansa y prefiere la silla de ruedas. Para nosotras es mejor porque con la silla de ruedas hacemos más rápido.

Asist. 2. Sí, esta (señala la primera) es igual que Roberto, se maneja solo con el bastón, yo lo sigo porque se marea un poco, pero camina solo. La otra en que no pueden caminar...yo no siempre atiendo al mismo, voy rotando me toca el primer piso, el segundo o planta, Raúl está en silla de ruedas, no camina y se queja que golpeamos todo cuando lo movemos, él es así, se queja por todo.

Asist. 3. Son pacientes que no pueden moverse por sí solos y hay que trasladarlos. Acá hay varios, depende del sector que nos toca trabajar, hay más, pero tratamos de ayudarlos.

Asist. 4. Son abuelos con problemas para moverse y trasladarse. Son los que más cuestan. En silla de ruedas lo movemos más rápido. Con bastón se hace más pesado pero los ayudamos a caminar.

Asist. 5. Las dos imágenes muestran personas que no pueden manejarse por sí solos. Entonces necesitan nuestra ayuda. Nosotros los ayudamos a trasladarse de un lugar a otro.

Asist.6. Siento rabia porque están postrados. Tienen una enfermedad que les dejó como secuela depender de otros. Eso no es bueno.

Asist. 7. Verlos ahí, me da tristeza y ternura porque ellos quieren hacer otras cosas y no pueden. No pueden hacer lo que quieren solos!!!!

Asist. 8. Estas imágenes me dan importancia, son cotidianas en la residencia. Me angustia verlos así. Necesitan de mí.

Asist. 9. Manuel por ejemplo se maneja en silla de ruedas, yo hablo con él porque está muy enojado por estar así. Su mujer lo lleva a merendar a la esquina pero sus hijos no, y él se pone triste. Es un amor. María usa bastón camina bastante bien pero hay que tener cuidado porque se lo olvida y no está muy firme. El otro día casi se cae. Hay que entenderlos y escucharlos, y tenerles paciencia. Son buenitos, hacen caso. Solo hay que tener paciencia, nos tienen a nosotros nada más.

Asist. 10. Son imágenes que me producen mucha compasión, necesitan ayuda y auxilio y nosotras estamos para eso

Las respuestas muestran compasión y comprensión, impaciencia frente a algunos casos, si bien no lo manifiestan directamente. Las auxiliares ejercen su "poder" con los adultos a los que tratan como niños y consideran que son de su propiedad. No los escuchan y exaltan su propia necesidad de ser reconocidas y esperadas, de que las necesiten. Sienten compasión, un sentimiento de tristeza al ver padecer a alguien, que las impulsa a aliviar su dolor o sufrimiento, tratando de remediarlo o evitarlo. (este sentimiento es el que se observa en la mayoría). Consideramos que debería trabajarse en ello para que sea una herramienta para impulsar la mejor atención.

b. Preguntas pre-capacitación a residentes

2. Cómo se siente ahora?

Res. 1. Estoy un poco preocupada. Mi hijo no viene a verme, yo no recuerdo haber discutido. Le pregunto a mi nuera y me dice que viajó. Para mí se pelearon y por eso él no viene. (Entrevistadora: el hijo falleció el mes pasado, todavía no le dijeron nada a la residente)

Res. 2. Y mal, como querés que esté. Me tienen que ayudar para trasladarme. Dependo de esta silla. Llamo a las asistentes y tardan un montón en venir. Hacen lo que quieren.

Res. 3. Estoy un poco cansada tengo 93 años. Acá me atienden como en un hotel. Recuerdo cuando viajaba con mi marido, qué lindo. Ahora no puedo irme, pero mi hija viene todos los días a verme.

Res. 4. Mal, me quiero ir a mi casa. Yo sé que no puedo estar sola pero no quiero vivir acá.

Res. 5. Me siento bien, pero este hotel no es cinco estrellas. Pedí una campanita para llamar al personal de servicio y no me la trajeron. Igual las chicas son amables.

Res. 6. Me siento segura y tranquila acá. Acá estoy acompañada siempre.

5. ¿Con quiénes comparte su habitación? ¿Son sus amigas?

Res. 1. Comparto la habitación con dos personas más. No son mis amigas. Se enojan porque pongo la tv alta. No escucho bien. Se quejan de todo.

Res. 2. Comparto mi habitación con tres amigas. Nos llevamos bien. Sobre todo a la noche cuando llamamos a las asistentes. Si no vienen rápido tocamos el timbre las 3 juntas.

Res. 3. Con una señora, no somos amigas pero hablamos mucho. Ella viajó como yo bastante y a veces recordamos nuestros viajes.

Res. 4. Duermo con otra persona. Yo no tengo amigas acá. Todas están enfermas. Dicen cualquier cosa.

Res. 5. Con una señora, muy agradable y distinguida.

Res. 6. Somos tres mujeres en la habitación. Si, son mis amigas compartimos muchas horas juntas. Vemos la novela y leemos bastante.

6. ¿Cuántas personas lo atienden?

Res. 1. Todos los días me atiende una distinta. No recuerdo los nombres.

Res. 2. Un día una, otro día otra, no sé perdí la cuenta.

Res. 3. Me atiende un montón, un ratito cada una. Pero son buenas.

Res. 4. Hay cada una acá. Creo que dos o tres me atienden

Res. 5. Varias por supuesto, me atienden bien, son buenas.

Res. 6. Me atiende una chica a la mañana y otra a la tarde. Las chicas de la tarde son más buenas. A la mañana me perdieron un saquito que me trajo

mi hija de Alemania. Lo usé una sola vez, pregunté y nadie lo encuentra. Yo no creo que esté tanto tiempo en el lavadero.

7. ¿Lo ayudan a vestirse, a bañarse o a comer?

Res. 1. Solo me ayudan a bañarme. Como sola y me muevo sola con mi bastón.

Res. 2. A comer no me ayudan, salvo cuando me quedo en la cama porque no tengo ganas de levantarme. Me visten y me bañan.

Res. 3. Si me ayudan. Tardo mucho en agarrar la cuchara y las chicas me ayudan.

Res. 4. Me ayudan a vestirme porque me duele la cintura por mi trabajo. Yo fui modista en la televisión en el viejo canal 9 y estaba cosiendo todo el tiempo Tengo 91 años y mi espalda está terrible.

Res. 5. Si me ayudan a vestirme y bañarme. Me gustaría que me traten con mayor respeto. Soy una Sta. No me gusta cuando me dicen "mi amor", tengo nombre.

Res. 6. A comer no. Para vestirme y bañarme sí. No puedo sola.

8. ¿Alguna vez se cayó o tuvo alguna dificultad en la residencia?

Res. 1. Nunca me caí.

Res. 2. Un día me caí cuando una asistente me levantó. Me dejó en el piso y fue a buscar ayuda.

Res. 3. No me caí nunca.

Res. 4. No me caí nunca, por suerte.

Res. 5. Me caí una vez, me desmayé y no recuerdo. Estuve varios días en cama.

Res. 6. Yo me caí en mi casa. Acá no me pasó nunca por suerte.

9. ¿Cómo lo asistieron?

Res. 1. Me atienden bien pero me molesta cuando me bañan con la puerta abierta, todos los que pasan me ven.

Res. 2. Me levantaron entre dos y me pusieron en la cama. Después vino la encargada, el médico, mi hijo, mucha gente. Yo estaba bien. No sé para qué tanto llo.

Res. 3. A veces se enojan cuando tardo mucho en comer. Porque se tienen que ir. No me gusta cuando no me preguntan. Me dan fruta siempre, yo a veces quiero comer gelatina, y no me preguntan.

Res. 4. Algunas te atienden bien otras no. Yo crecí en un orfanato y las monjas cuando cambiaban las sábanas las tiraban al piso y nosotras las teníamos que levantar y lavar. A mí eso me quedó y me hace mal, (Entrevistadora: sus ojos se llenan de lágrimas) cuando las chicas cambian las sábanas les pido que no hagan eso y me contestan mal, no me escuchan y se ríen. Algunas son buenas no todas.

Res. 5. Me atendieron todo el tiempo, algunas más amables que otras pero bien.

Como se constata en las respuestas, las expresiones de descontento son frecuentes y las mismas pueden relacionarse con la falta de comprensión de las situaciones puntualizadas por parte de las asistentes.

Pongamos atención a la quinta respuesta. La asistente evidentemente no se preocupó por saber el origen de la residente ni sus experiencias pasadas. Solo tomó en cuenta una actitud que trataba de cuidarla y la confundió con un desvarío o confusión momentánea. Esta falta de conocimiento acerca de la historia personal de los residentes hace que los objetivos centrales del tratamiento centrado en la persona no se hagan presentes. Los análisis acerca de la necesidad de controlar la rotación del personal, y en paralelo la tarea de revisar conjuntamente con las asistentes sus respuestas frente a estas cuestiones deben llamarnos la atención acerca de la intensidad y profundidad de la tarea de mejora que la institución debe emprender.

c. Preguntas pre-capacitación a familiares

2. ¿Cuál es el parentesco con la persona que se aloja en la residencia?

Fam. 1. Mi esposa fue internada en la institución con diagnóstico de depresión post situación traumática sufrida hace dos años. Necesita atención y cuidado. Mi hija tiene su familia y trabajo. Yo solo no puedo cuidarla. También trabajo.

Fam. 2. Yo interné a mi abuela en la residencia. Fue operada de cadera y luego de varios días de internación en un hospital me recomendaron este lugar. La operación no fue lo que esperábamos, comenzó un tratamiento para el dolor pero llegamos aquí con mi abuela postrada.

Fam. 3. Mi madre es la persona que está alojada en la institución.

Fam. 4. Mi papa está alojado en la residencia

Fam. 5. Interné a mi hermana de 84 años aquí luego de ser operada de cadera. Se cayó de la escalera de su departamento y no tiene quién la cuide. Su marido la abandonó hace algunos años.

Fam. 6. Internamos a mi marido aquí luego de evaluar varias instituciones. Como mis hijos no se hablan la decisión la tomé yo. No puedo con él. Le pusieron una sonda vesical y yo ya no puedo atenderlo. Venían chicas a casa a cuidarlo pero siempre pasaba algo. Si faltaban me tenía que ocupar yo. Tengo 78 años no tengo fuerza para ayudarlo.

3. ¿Cuándo realizó la admisión le proporcionaron por escrito los servicios que cuenta la residencia?

Fam. 1. Si, firmamos un contrato de admisión y un consentimiento informado. Me interesó porque el psiquiatra que atendió a mi esposa es parte del plantel profesional de la institución.

Fam. 2. Firmé un contrato de admisión y un consentimiento informado.

Fam. 3. En realidad yo no la interné. Mi mamá vivía sola en un departamento muy cerca de acá. Hace algún tiempo comenzó a molestar a los vecinos del edificio y ellos decidieron internarla antes de hacer una denuncia. Mi madre gritaba toda la noche y tocaba el timbre en todos los departamentos. Nosotras estuvimos un tiempo separadas. Discutíamos mucho y me alejé. Cuando me enteré de esta situación decidí venir a verla. Ahí leí el contrato firmado y me hice cargo. Los vecinos que la internaron se alejaron inmediatamente.

Fam. 4. Si, firmamos los dos el contrato de admisión y el consentimiento informado.

Fam. 5. Firmé un contrato de admisión y un consentimiento informado

Fam. 6. Me hicieron firmar algunos papeles. Creo que sí.

4. ¿Se siente satisfecho en la actualidad?

Fam. 1. Me siento más tranquilo, ella está controlada y yo puedo vivir un poco más tranquilo. Fue un infierno los últimos dos años. Yo ya no podía más. Mi hija y yo tomamos esta decisión.

Fam. 2. El servicio se cumple y los profesionales son muy accesibles. Conversé en varias oportunidades con la kinesióloga de la institución y armamos un plan de trabajo. Mi abuela ahora dejó la silla y camina con ayuda de un bastón. La llevo los fines de semana a casa y estoy muy contenta por los cambios que logró.

Fam. 3. Mi madre no quiere estar acá, es más, dice que cuando se le pase el dolor de cintura vuelve a su casa. Para mí es una tranquilidad, a mí me diagnosticaron cáncer de páncreas el año pasado, entre mi tratamiento y mi hija es mucho para mí. No puedo con todo y mi madre acá está bien.

Fam. 4. La atención es buena. A veces hay algunos inconvenientes, como por ejemplo, la pérdida de ropa, o que cuando le dan de comer no controlan la temperatura de la comida o el aspecto en que la sirven. Mi padre come procesados y a veces cuando vengo a verlo a la hora de la cena, son situaciones incómodas.

Fam. 5. Me siento contenida, encontré un lugar donde mi hermana está bien atendida. Su situación no es fácil, pero acá está bien. Mientras yo me ocupo de mi sobrino hasta que pueda internarlo a él. Yo estoy grande y no creo que pueda seguir este ritmo mucho tiempo más.

Fam. 6. Estoy tranquila porque tiene asistencia las 24 hs. y el lugar me lo recomendaron. También es importante porque mis hijos pueden verlo en cualquier momento. Como no hay horario de visitas vienen luego de trabajar.

5. ¿Cómo es el trato con las personas que asisten a su familia?

Fam. 1. Es bueno, mi esposa es muy demandante y las chicas le tienen mucha paciencia.

Fam. 2. El trato es bueno, las chicas son amables. Me preocupan los cambios que hay de personal. Sé que es difícil conseguir gente que cumpla, pero eso no les permite a los residentes generar un vínculo con las asistentes; genera un obstáculo para una relación basada en la confianza

Fam. 3. Es buena la atención. Me parece que no hay mucho compromiso. Siempre contestan, yo no fui, fue en el otro turno. Me molesta bastante eso.

Fam. 4. Estoy tranquila porque tiene asistencia las 24 hs. y el lugar me lo recomendaron. También es importante porque mis hijos pueden verlo en cualquier momento. Como no hay horario de visitas vienen luego de trabajar.

Fam. 5. En general es bueno. Yo voy poco. Pero cuando voy veo que la atienden bien. Sin embargo mi hermana se queja bastante. De la comida, el trato de las chicas, que algunas le gritan...

Fam. 6. Las asistentes tienen malos modales, gritan a los residentes. Yo me quejé varias veces. Cuando les pregunto si vino el kinesiólogo o el enfermero, nunca saben nada... Mi marido está limpio pero yo controlo todo. Estoy a toda hora. Quiero que lo atienda siempre la misma chica pero no se puede, van cambiando todo el tiempo. Eso también me molesta.

6. ¿Puede expresar con libertad sus inquietudes y sugerencias?

Fam. 1. Si claro no he tenido problemas al respecto. De hecho he participado activamente en la fiesta de fin de año de manera activa. Realizamos un baile con mi esposa que resultó muy divertido y emotivo.

Fam. 2. Si, de hecho he mantenido varias reuniones con las autoridades de la dirección que me facilitaron la documentación necesaria para lograr una ayuda por parte de la obra social de mi abuela. También expresé mis quejas por la rotación del personal y obtuve respuesta de manera inmediata, aunque no logró solucionarse.

Fam. 3. Si por supuesto, desde que supe la internación de mi mamá me acerqué a la institución y tuve contención por parte de los directivos. Conocen a cada paciente y eso es importante para nosotros. Nos sentimos tranquilos.

Fam. 4. Si, por supuesto. Siempre que tuve alguna inquietud tuve un espacio.

Fam. 5. Cuando voy y las quejas son muchas hablo con la encargada y siempre trata de resolverlo.

Fam. 6. Cada vez que voy le digo a la encargada todo lo que está mal: cuando falta la ropa, si las chicas no hicieron bien la cama, si no está caliente la comida. Todo lo que veo lo digo.

7. ¿Cómo percibe usted el vínculo entre el residente y el equipo asistencial?

Fam. 1. Es cordial y amable, la tratan muy bien. Se lleva mejor con las chicas de la mañana pero en general está bien.

Fam. 2. Las chicas hacen lo que pueden, son muchos residentes, la mayoría con dependencia y eso retrasa el trabajo pero lo hacen bien.

Fam. 3. Es cordial. En general veo cuando vengo a ver a mi mamá o me cuenta mi hija cuando viene que las chicas los atienden bien. Con respeto.

Fam. 4. Es bueno en general. Pero como te contaba antes, hay situaciones donde se nota la falta de compromiso. A veces se pierden que atienden a personas.

Fam. 5. Es bueno, mi hermana demanda mucho pero en general lo que veo está bien.

Fam. 6. Mi marido no se queja por nada. Dice que está bien. Que lo atienden bien.

8. ¿Considera que la autonomía y los derechos de los pacientes son los pilares de la institución?

Fam. 1. Creo que los respetan, no sé si son los pilares. Me parece que se focalizan más en la calidad del servicio.

Fam. 2. Considero que sí. Mi abuela entró postrada a la institución y hoy a 12 meses de ingresar, camina. Pusieron ambos conceptos por encima de cualquier situación y lograron que esto sucediera.

Fam. 3. Considero que sí, los residentes son escuchados y respetan su autonomía.

Fam. 4. Es bueno en general. Pero como te contaba antes, hay situaciones donde se nota la falta de compromiso. A veces se pierden que atienden a personas.

Fam. 5. Si creo que sí.

Fam. 6. Espero que sí.

Si bien se trata de familiares que tienen sus propios problemas, a los que se suma el problema del familiar cercano que está alojado en la Institución y ésta, de algún modo, les quita o alivia el problema en tanto que el residente está cuidado y atendido, quitándoles la responsabilidad en cierta forma. En general se denota la falta de compromiso, los malos modales y la falta de paciencia de las asistentes en su trato con los residentes, que éstos también manifiestan. La Institución les sirve de contención y de alivio porque ellos transfieren de alguna manera sus obligaciones naturales. (Cabe destacar que en algunos casos no tienen otra opción). Las asistentes muestran falta de compromiso ante una consulta acerca del familiar internado. Brindan respuestas cortas sin dar explicación alguna, lo que genera ansiedad y disgusto en el familiar.

TERCER MOMENTO: LA TAREA DE MONTAJE DE UN DISPOSITIVO DE CAPACITACIÓN EN SERVICIO

Una vez analizadas la totalidad de las entrevistas a las auxiliares, los residentes y sus familiares, consideramos que había varias aristas por las que debíamos trabajar: conocer la historia de vida de las asistentes, mejorar la comunicación y promover la motivación y el compromiso.

Por esta razón, decidimos, tanto desde la Institución como por los fines de esta investigación, diseñar un dispositivo de capacitación específico y dedicado, aunque en forma parcial, a responder ante algunas de las dificultades anteriormente mencionadas. El dispositivo de capacitación nos permitió conocer de manera más dinámica la problemática central de las respuestas y actitudes del personal, y a su vez propender al cambio direccionado, sabiendo que este camino constituiría solamente un comienzo de una serie de decisiones y medidas institucionales más profundas.

La capacitación se instrumentó mediante una secuencia de 16 (dieciséis) encuentros. La metodología que se planteó, como fue dicho anteriormente, se basó en los principios del Método Montessori y en el enfoque de Atención Centrada en la Persona.

La elección del Método Montessori respondió a la consideración de que capacitar por medio de un método didáctico favorecería el interés y la predisposición de las auxiliares. Por otra parte, conocer sus biografías permitió brindarles un lugar importante dentro del equipo interdisciplinario que antes no tenían. Una de las hipótesis que manejamos a lo largo de nuestra investigación es que el lograr que las asistentes puedan ubicarse en el lugar del otro les posibilitaría modificar actitudes o bien repensar las situaciones complejas que cotidianamente enfrentan.

A continuación detallamos algunas cuestiones acerca del dispositivo de capacitación por el que optamos:

María Montessori nació en Chiaravalle, Italia el 31 de agosto de 1870. Se graduó en medicina en 1884, en la Universidad de Roma, convirtiéndose así en la primera mujer médica en Italia,

En su práctica médica, sus observaciones clínicas la condujeron a analizar cómo los niños aprenden, y notó que construyen su aprendizaje a partir de lo que existe en el ambiente.

El 31 de marzo 1896 nace su hijo Mario.

En 1902 empezó sus estudios de pedagogíapsicología experimental y antropología.

Constante investigadora, dictó varias conferencias sobre los métodos educativos para niños afectados por deficiencias mentales.

Creó en Roma la Escuela Ortofrénica, de la cual fue directora hasta 1900.

Su primera "*Casa de iBambini*" fue inaugurada en 1907 y se convirtió en el origen del método educativo Montessori.

En 1909 dictó el primer curso de formación profesional.

En 1911 dejó la consulta médica y se dedicó al trabajo pedagógico.

En 1913 inauguró la Asociación Educativa Montessori en Washington DC, Estados Unidos y dio conferencias sobre sutrabajo con los niños

En 1915, también en U.S.A, captó la atención del mundo con su trabajo del aula, llamado "*La casa de cristal*" y condujo cursos de aprendizaje para profesores.

En 1917 el gobierno español la invitó a inaugurar un instituto de investigación.

En 1919, comenzó a dictar una serie de cursos de aprendizajes a los profesores en Londres.

Durante el régimen de Mussolini, Montessori acusó públicamente la doctrina fascista de "*formar a la juventud según sus moldes brutales*"; por esta razón abandonó su tierra en 1933, estableciéndose posteriormente en Barcelona.

En 1947 fundó el "*Centro Montessori*" en Londres

Fue nominada para el premio Nobel, en tres oportunidades distintas: 1949, 1950, y 1951.

En 1951 se retiró de su vida como conferencista.

Luego de 14 años de exilio, regresó a Italia para reorganizar las escuelas e ingresar como docente a la Universidad de Roma.

María Montessorifalleció de una hemorragia cerebral el 6 de mayo de 1952, en Noordwijk, Holanda, próxima a cumplir los 82 años.

¿En qué consiste el Método Montessori y qué utilidad le dio Cameron Camp?

En cuanto al método, originalmente y como surge de su biografía, fue ideado para su aplicación en niños con necesidades educativas especiales. Posteriormente fue adaptado en investigaciones para su aplicación en adultos.

Cameron Camp se basó en las actividades del Método Montessori para crear un programa de intervención cognitiva para personas con deterioro cognitivo de moderado a grave y grave. La filosofía de la adaptación se funda en la adaptación de las actividades a las características del adulto. Sostiene la eficacia de la ocupación en relación a la práctica y centrada en la persona. (Camp CJ, 2011, pp. 366-373.) Este tipo de intervenciones o terapias no farmacológicas son técnicas alternativas para mantener o mejorar el deterioro cognitivo así como la calidad de vida tanto de los usuarios como de sus cuidadores, mediante la reducción o combinación del consumo de fármacos.

El método Montessori se basa en actividades que incluyen tanto estimulación cognitiva como oportunidades para poder interactuar de forma satisfactoria con el entorno físico y social. De esta manera las actividades son interesantes, estimulantes y retadoras, para ayudar a las personas a solventar necesidades básicas como: "sentir valía personal, expresar sentimientos y pensamientos, tener un sentimiento de pertenencia y de realización, y la necesidad de tener una rutina". Las actividades provocan recuerdos, por lo que aumenta el significado de la realización de la tarea.

Los objetivos de esta intervención son, entre otros, proporcionar tareas que les permitan mantener o mejorar las habilidades necesarias para la realización de las actividades de la vida diaria, entrenando las destrezas cognitivas que conservan con objetivos que tengan significado, proporcionar estimulación cognitiva con cierto grado de dificultad mientras sean capaces de realizarla, por medio de actividades que tengan significado para el usuario, disminuir las alteraciones de conducta, la agitación y producir mejoras en el afecto mejorar la calidad de vida de los usuarios y sus cuidadores y mejorar la participación en las actividades de la vida diaria.

Esta intervención tiene una metodología abierta, ya que se basa en una habituación al material, al procedimiento y a los principios involucrados en las actividades, mediante una estimulación significativa para la persona. Es importante pensar en el resultado final de las actividades, dándoles un propósito para promover las habilidades que aumentan la independencia en las actividades de la vida diaria.

Los principios de este método son:

- Involucra a las personas en el aprendizaje de manera activa a través de la utilización de materiales de la vida real. Éstos no se consideran juguetes, sino herramientas para preparar a la persona para que pueda vivir de manera independiente.
- Presenta una progresión de simple a complejo y de concreto a abstracto.
- Estructura los materiales para trabajar de derecha a izquierda y de arriba a abajo (paralelo a los movimientos de ojos y de la mano).
- Ordena los materiales de más grande a máspequeño y de más a menos cantidad.
- Tiene una progresión en secuencia(horizontal y vertical).
- Las tareas se desglosan en pasos para despues realizarlas de manera secuenciada.
- Minimiza el riesgo y maximiza el éxito.
- Utiliza el menor lenguaje oral posible al explicar las actividades. o Proporciona objetos que se puedan utilizar en el entorno cotidiano.
- La velocidad del lenguaje y los movimientos son adecuados al usuario y se adapta el entorno a las actividades.

Las actividades estándiseñadas para aprovechar la memoria procedimental o implícita(mejor conservada que la verbal), y reduciendo al máximo exigencias lingüísticas, de manera que se proporcionan señales externas para compensar los déficitis cognitivos. Es importante ofrecer a las personas que puedan realizar elecciones (esto refuerza la dignidad, se aumenta la autoestima y se disminuyen las probabilidades de que no quieran participar en el programa).

La intervención puede ser individual o grupal, y se ha aplicado tanto en centros de atención a largo plazo como en centros de cuidado diurno.

La evidencia científica muestra también que se han realizado programas intergeneracionales entre personas mayores con demencia y niños de preescolar utilizando el Método Montessori, además de cómocompañeros de colaboración para personas con demencia más avanzada. Los mayores con demencia hacen de mentores de los niñosmáspequeños, utilizando actividades académicas, actividades de la vida diaria y habilidades motoras como instrumentos de enseñanza (doblar la ropa, cómo utilizar herramientas, contar y sumar, cómo pronunciar la fonética...).

Estos programas tienen como objetivos proporcionar roles sociales significativos a las personas mayores y proporcionar posibilidades de experimentar la transmisión de

conocimientos y habilidades de una generación a otra. A través de estos programas intergeneracionales ha aumentado el compromiso de las personas mayores, ha disminuído la participación pasiva y el no querer participar en actividades, y ha disminuído la apatía durante la realización de las mismas en comparación con las actividades normales. También se ha evidenciado que estos niveles de participación han disminuído cuando las personas mayores volvían a realizar actividades estándar.

En el Método Montessori se trabajan tareas muy relacionadas con las actividades de la vida diaria, utilizando materiales que sugieren un propósito y adaptado a las habilidades de la persona y sus intereses, teniendo como propósito la socialización, la actividad significativa y la diversión.

Las actividades que se realizan son discriminación sensorial, actividades de tomar, de verter, de prensar, de motricidad fina, cuidado del entorno, cuidado personal, de clasificación y de seriación.

La Asociación Canadiense de Terapeutas Ocupacionales (CAOT) define nuestra profesión como: "La Terapia Ocupacional es el arte y la ciencia de permitir la participación en la vida diaria, a través de la ocupación; de permitir a las personas realizar las ocupaciones que fomentan la salud y el bienestar, y de posibilitar una sociedad justa e inclusiva para que todas las personas puedan participar por su potencial en las ocupaciones de la vida diaria". Por lo tanto el enfoque de trabajo del Método Montessori incluye competencias familiares al trabajo de los terapeutas ocupacionales, utilizando la ocupación significativa como método de trabajo.

Como refiere Camp CJ.: "*Las actividades Montessori tienen fuertes lazos con la Terapia Ocupacional...*".

Todo lo antes dicho nos llevó a readaptar el Método Montessori según la adaptación de Cameron J. Camp, PhD en Psicología, canadiense, destacado por sus investigaciones acerca de la demencia, Alzheimer y patrones del cerebro humano.

EL DISPOSITIVO DE CAPACITACIÓN ADOPTADO

En la búsqueda de un sistema de visualizar cambios:

La capacitación es un proceso educacional de carácter estratégico aplicado de manera organizada y sistémica, mediante el cual el personal adquiere o desarrolla conocimientos y habilidades específicas relativas al trabajo, y modifica sus actitudes frente a aspectos de la organización, el puesto o el ambiente laboral.

El recurso más importante en cualquier organización lo forma el personal implicado en las actividades laborales. Esto es de especial importancia en instituciones de Larga Estadía, en la cual la conducta y rendimiento de los individuos influye directamente en la calidad y optimización de los servicios que se brindan.

Este programa se desarrolló a través de una serie de actividades, con materiales creados específicamente para este fin, fundamentados en el método de Montessori, en el que se trabajan los sentidos y acciones de la vida diaria de las asistentes gerontológicas.

3. ENFOQUE EDUCATIVO:

Consta de dos áreas:

a. AREA DE SALUD: Compuesta por: Médico Gerontólogo, Nutricionista, kinesiólogo, terapeuta ocupacional y enfermera.

b. AREA PSICOSOCIAL: Psicóloga y Asistente Social.

Se utilizaron como elementos:

- El ambiente preparado: Que consta del espacio común que posee cada residencia, lugar donde las asistentes realizan sus tareas habituales.

Y a través de una plataforma donde se incorporó el material y un foro donde cada uno de los profesionales intervinientes rotaba en diferentes horarios para evacuar dudas. Su ingreso se podía realizar a través de la página web de la Institución.

4. DESTINATARIOS:

El presente plan de capacitación fue de aplicación para todo el personal asistencial no profesional que trabaja en la empresa GERIATRICOS PRIVADOS DON BOSCO.

5. DURACION:

El programa tendrá una duración de dos meses. Se realizaron dos clases semanales dentro de la residencia en el horario de 13.30 a 14.30hs dado que en esa franja se concentra la mayoría del personal y el menor movimiento de alojados.

Foro: Una hora semanal en horarios optativos a designar por los profesionales y comunicados en las carteleras de las residencias para el personal nocturno y las empleadas que se encuentren en su día de franco.

Requiere de una asistencia del 70% en cualquiera de las dos opciones.

5. PLANIFICACION

5.1 OBJETIVOS GENERALES:

- a) Capacitar a las asistentes gerontológicas para la ejecución eficiente de sus tareas.
- b) Brindar oportunidades de desarrollo personal.
- c) Modificar y mejorar actitudes para contribuir a crear un clima de trabajo satisfactorio.
- d) Incrementar la motivación y hacerlo más receptivo a los residentes y familiares.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- a) Contribuir a elevar y mantener un buen nivel de eficiencia individual y rendimiento colectivo.
- b) Trabajar sobre la motivación, responsabilidad y compromiso.
- c) Involucrar a las asistentes gerontológicas en el aprendizaje de manera activa a través de materiales de la vida real: (silla de ruedas, sillas de baño, estetoscopios, termómetros, equipo para tomar la presión, utensilios de cocina)
- d) Presentar situaciones cotidianas de lo más simple a lo más complejo

5.3. CONTENIDOS:

Se buscó trabajar con los destinatarios principalmente con los sentidos y las actividades de la vida diaria.

Los contenidos se dividieron en dos bloques, por un lado los referidos a la biografía, los sentidos y por otro lado, los contenidos referentes a las acciones de la vida diaria.

Como sabemos, los seres humanos tenemos cinco sentidos básicos: la vista, el tacto, el olfato, el gusto y el oído. A estos cinco sentidos, al igual que planteó María Montessori (1909) en su " Educación de los Sentidos" se añadieron el sentido térmico y el bórico, comprendidos en el sentido del tacto.

El programa comenzó con uno de los puntos del Decálogo propuesto por el enfoque ACP (Martínez, 2013a) basado en la biografía de las destinatarias. " *La Biografía es la razón esencial de nuestra singularidad:La biografía es lo que convierte*

en única a cada persona. Por lo tanto, ésta se convierte en el referente básico del plan de atención y vida.

Teniendo en cuenta los contenidos los bloques fueron planteados de la siguiente manera:

RELACION ENTRE CONTENIDOS Y ACTIVIDADES

BLOQUE DE CONTENIDOS	CONTENIDOS	ACTIVIDADES
BIOGRAFIA	PERSONAJE COMUN	¿ Quién soy? El personaje en común
LOS SENTIDOS	DISCRIMINACION AUDITIVA	Reconocer los timbres Reconocer pedidos/necesidades.
LOS SENTIDOS	DISCRIMINACION OLFATIVA	Olores/comidas Ambiente
	DISCRIMINACION TACTIL	Contraste de textura Reconocimiento de objetos. Transportarlos. Prensar
	SENTIDO DEL GUSTO	Probando sabores. Alimentación
	DISCRIMINACION TERMICA	1. Elementos cálidos y fríos (ej. Agua-baños) 2. Graduación de la temperatura ambiental
	PERCEPCION VISUAL	1. Reconocimiento del espacio. 2. Motricidad fina. 3. Esquema corporal
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	ACCIONES DE LA VIDA DIARIA	1. Crear un vínculo 2. A levantarse 3. Esquema corporal

Los contenidos se trabajaron de manera específica a través de diferentes actividades guiados por un profesionales de la institución

Se apostó a una metodología activa, participante, constructiva y experimental mediante un intercambio permanente entre los profesionales del equipo interdisciplinario a cargo y las participantes del programa. Constructiva porque se desarrolló un aprendizaje significativo, partiendo de habilidades que ya poseían para lograr reforzarlas y ayudarlas a construir nuevas. Experimental, ya que los profesionales proporcionaron herramientas necesarias para poder desarrollar las actividades ellas mismas.

El equipo interdisciplinario desarrolló un rol de guía de la actividad. Presentó los materiales y la actividad de forma clara y sencilla para luego observar el desarrollo de

la misma. Se realizó dentro de un ambiente preparado en un lugar común de la residencia, dependiendo de la actividad a desarrollar. Respondió dudas y se hizo una conclusión final basada en una reflexión o aporte o ambas por parte de todas las participantes.

La dinámica de las clases fue la siguiente:

Al inicio se habló con las participantes para explicarles la actividad y qué profesional del equipo interdisciplinario participaría. Se presentaron los materiales con los que se trabajaría y acordaron que al finalizar la misma se haría una reflexión y/o comentario final con la participación de todos.

DETALLE DE LAS CLASES:

Primer encuentro: Biografía : Participó todo el equipo interdisciplinario.

Actividad: PERSONAJE COMUN:

Funciones cognitivas: Abstracción de semejanzas y diferencias.

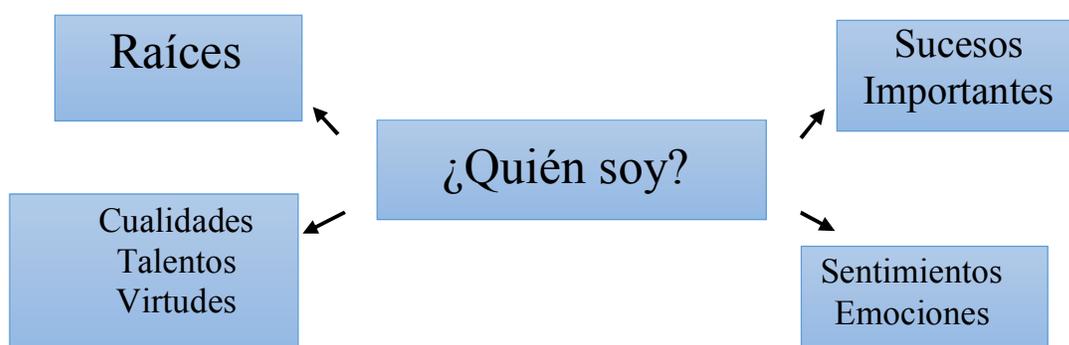
Atención focal y selectiva.

Objetivos específicos:

- Expresar brevemente como se ven actualmente
- Conocer sus cualidades, talentos y virtudes.

Desarrollo: El grupo se dividirá en varios subgrupos compartiendo la actividad con pares de diferentes turnos. Cada grupo tuvo un concepto para desarrollar, y lo expuso como parte del panel donde luego de la exposición de cada grupo se logró formar un perfil único.

Este panel fue el comienzo del recorrido. Al finalizar el programa de capacitación se retomó este panel y se trabajó con los cambios o modificaciones, con la misma metodología.



Segundo encuentro: Los sentidos: Participaron: Psicóloga, Terapista Ocupacional.

Discriminación auditiva

Objetivos específicos:

- Reconocer los sonidos cotidianos
- Trabajar la atención y la concentración.

Funciones cognitivas: gnosias, memoria semántica y lenguaje.

Desarrollo: Se escucharon con atención un conjunto de audios. Debían reconocer el sonido que corresponde a una situación. Cada integrante trabajó con una situación en particular que luego expuso al resto del grupo. Los profesionales intervinieron guiándolas para buscar la forma óptima de reacción para cada una de las circunstancias.

Recursos Materiales: Se utilizaron pistas propias o algunas disponibles de la red como por ejemplo:

<https://www.youtube.com/watch?v=hnyywsUbWoe> (Sonidos en la casa).

Tercer encuentro: Discriminación Auditiva (continuación) Participaron: Asistente Social- Enfermera-Psicóloga-Médico Gerontólogo.

Objetivos Específicos:

- Diferenciar sonidos.
- Discriminar entre llamados, necesidades, caídas.

Funciones cognitivas: Memoria inmediata, atención sostenida, atención focal y selectiva.

Desarrollo: Se dividió al grupo en subgrupos. Cada uno guiado por un profesional. Se procedió a transmitir una serie de sonidos específicos, relacionados con situaciones de emergencia. Se observó la reacción de cada una de las participantes. Luego se les pidió que a través de una dramatización llevaran a cabo esa situación. De acuerdo con las características de la misma el profesional interviniente se aportaron conceptos para la resolución temprana de esa situación.

Recursos Materiales: Se utilizaron elementos tales como: sillas de ruedas, andador, cama ortopédica, tensiómetro. Se realizó en diferentes ambientes: baños, comedor, habitaciones.

Cuarto encuentro : Discriminación olfativa, sentido del gusto ¿Dónde está el olor? ¿Cuál es el sabor preferido? Participaron: Nutricionista-enfermera.

Objetivos Específicos:

- Fomentar la discriminación de olores cotidianos.
- Expresar agrado o desagrado de acuerdo a los diferentes olores.
- Reconocer los alimentos de acuerdo a su sabor.

Funciones cognitivas implicadas: gnosias, memoria remota y lenguaje.

Desarrollo: Las residencias se encuentran invadidas de olores cotidianamente. Algunos relacionados con las comidas, otros con la limpieza del lugar y con el aseo de los residentes. A su vez, la relación asistente - residente es un vínculo permanente donde se comparten comidas y diferentes sabores.

Mediante una charla explicativa la profesional en nutrición incorporó conceptos sobre alimentación. Se probaron algunas comidas y procesadas con diferentes sabores y olores, fomentando el unión del vínculo a través de estas acciones.

También se trabajó sobre olores del ambiente, el aseo de los residentes, los olores por posibles infecciones, guiadas por la profesional interviniente.

Materiales: Diversos alimentos o comidas con sabores suaves e intensos.

Quinto encuentro: Discriminación térmica: Frio o calor?

Participaron: nutricionista, médico gerontólogo

Objetivos Específicos:

- Diferenciar elementos cotidianos y objetos cotidianos que son fríos y cálidos.

Funciones cognitivas: memoria inmediata, lenguaje, esquema corporal.

Desarrollo: Se dividió en dos grupos: se trabajó en estaciones con los diferentes profesionales: Al primer grupo se le mostró una serie de imágenes, con situaciones donde se podrían identificar algo cálido o frío. Se realizaron comparaciones con las acciones de la vida cotidiana. Cada profesional observó la reacción y la participación de

las integrantes del grupo frente a cada imagen. Se desarrollaron conceptos específicos y herramientas para trabajar en esta situación.

Materiales: imágenes de tamaño grandes y claras:





Sexto encuentro: Sentido Bórico: ¿ Qué pesa más?

Participaron: kinesióloga, enfermera.

Objetivos Específicos:

- Discriminar pesos.

Funciones cognitivas: Memoria inmediata. Leguaje, esquema corporal.

Desarrollo: El grupo trabajó con los profesionales de enfermería y kinesiología. Las mismas mostraron imágenes sobre situaciones donde el peso es el elemento fundamental. Se comentaron situaciones de traslados, levantar pacientes, rotarlos, cambiar pañales. Diferencias de contextura física.

Materiales: Imágenes de tamaños grande, videos ilustrativos:



Séptimo encuentro: Discriminación Táctil : ¿De qué objeto se trata?

Participaron: Terapeuta ocupacional- enfermera- psicóloga.

Objetivos específicos:

- Reconocer objetos específicos utilizando el sentido del tacto.
- Diferenciar texturas.

Funciones cognitivas implicadas: Memoria remota, lenguaje, gnosia.

Desarrollo: Se dividió la clase en grupos para que fuera más dinámica y participativa.

Se le entregó a participante una hoja y un lápiz para escribir. Dentro de una bolsa se colocaron elementos que utilizan cotidianamente. Se les solicitó que cerraran los ojos y que a través del tacto escogieran un elemento y mencionaran de qué se trataba. A continuación debieron escribir alguna situación donde lo hubieran utilizado.

Al finalizar la clase se confeccionó un pequeño resumen de los elementos más utilizados y su utilización a modo de "Protocolo de la vida cotidiana".

Los profesionales intervinientes desarrollaron algunos conceptos que fueron entregados al finalizar el programa.

Materiales utilizados: Hoja, lápiz, elementos varios tales como: guantes, esponjas, termómetros, tensiómetro, estetoscopio, etc.

Octavo encuentro: Percepción visual: ¿Qué vemos? Participaron: Kinesióloga, enfermera, terapeuta ocupacional.

Objetivos específicos:

- Discriminar espacio y forma.
- Identificar el esquema corporal.

Funciones cognitivas: Gnosias, y atención amplitud.

Desarrollo: En esta clase se trabajó con la técnica de dramatización. Se desarrollaron actividades donde se pudieran observar los distintos espacios, los tiempos, la iluminación del lugar, las barreras arquitectónicas, etc.

Ejemplos: Se realizaron traslados por los pasillos teniendo en cuenta las dimensiones del mismo, las barandas de ambos lados, las sillas de ruedas o andadores. Se apagaron las luces y se realizaron recorridos de la habitación al baño y viceversa con diferentes velocidades de marcha. Se dramatizó una clase de los residentes donde se trabajaron aspectos cognitivos y las participantes debieron incorporarse realizando su aporte mediante algún movimiento, gesto o palabra.

Al final de la clase se realizó un ejercicio para observar qué sintieron al ponerse en el lugar del otro (estilo el juego de los sombreros).

Materiales: Los necesarios para llevar a cabo cada dramatización.

BLOQUE 3: Las clases a continuación corresponden a actividades de la vida diaria o acciones que se realizan cotidianamente.

Noveno encuentro: Actividades de la vida diaria básicas : Crear un vínculo !!

Participaron: Terapeuta ocupacional-Psicóloga-Enfermera

Objetivos específicos:

- Promover y fomentar la construcción del vínculo.

Funciones Cognitivas: Lenguaje corporal.

Desarrollo: Se proyectó un pequeño video de un ingreso a una residencia. Se debatió sobre lo visto. Se expusieron ejemplos de otras situaciones y se realizó un pequeño resumen con los pasos y algunas excepciones para incorporarlo al protocolo de actividades de la vida diaria.

Materiales: <https://www.youtube.com/watch?v=-knyjYEMKMg>

Décimo encuentro: A levantarse...

Participaron: Enfermera-psicóloga

Objetivos Específicos:

- Recorrer diversas situaciones orientadas a la atención del cuerpo.
- Diferenciar técnicas para mejorar la movilidad funcional.

Funciones cognitivas: psicomotricidad, lenguaje, memoria, praxiasideomotoras.

Desarrollo: Se mostraron imágenes con los pasos a dar para despertar a un residente. Levantarlo de la cama, higienizarlo y acompañarlo al lugar del desayuno. Las mismas estaban desordenadas y con alguna diferencia que debían descubrir y corregir. Se realizó un pequeño debate sobre los resultados.

Materiales: imágenes proyectadas en una pantalla.

Décimo primer encuentro: Esquema corporal: Participaron: Médico gerontólogo, enfermera.

Objetivos Específicos:

- Conocer las partes del cuerpo y sus funciones en lo cotidiano

Funciones cognitivas: Memoria remota, lenguaje, praxiasideomotoras.

Desarrollo: El médico señaló distintas partes del cuerpo, dando conceptos básicos. Cada una de las diferentes partes del cuerpo tiene una función: las

participantes debían exponer cada una de ellas y situaciones donde tuvieran más protagonismo.

Ejemplo: Miembros superiores: al llevar alimento a la boca, colocarse un suéter. Cepillarse los dientes, lavarse las manos.

Miembros inferiores: Traslados, posición de las piernas en sillas de ruedas.

Zona media: Rotación para el cambiado de pañales.

Materiales: Ninguno en especial.

Décimo segundo encuentro: Relaciones interpersonales: Búsqueda del tesoro

Participaron: Asistente social – Psicóloga-Terapista ocupacional

Objetivos Específicos:

- Mejorar el ámbito laboral.
- Apreciar el valor del equipo de trabajo.

Funciones Cognitivas: Memoria a corto plazo. Reconocimiento. Evocación.

Desarrollo: Se formaron dos subgrupos con igual número de asistentes, a cada grupo se le entregó un mapa con el recorrido hasta el tesoro. Durante el trayecto se ubicaron puntos de referencias con claves relacionadas con rasgos del valor, solidaridad, compañerismo, empatía, compromiso y cooperación. Encontrar el tesoro sería el resultado del trabajo en equipo. El tesoro fue distribuido de acuerdo al criterio del grupo.

Décimo tercer encuentro: Ahora a crear.

Participó todo el equipo interdisciplinario.

Objetivos específicos:

- Fomentar la participación activa del personal

Funciones cognitivas: psicomotricidad, lenguaje, praxiaideomotora.

Desarrollo: Reunido el grupo en un círculo junto al equipo interdisciplinario, se desarrolló una "lluvia de ideas" acerca de: modelos de atención, calidad, satisfacción personal, proyecciones de la institución, participación. El resultado de misma formó parte de la visión de la institución.

Décimocuarto encuentro: Sí, quién es?

Participaron: Psicóloga- Terapeuta ocupacional - Familias

Objetivos Específicos:

- Reconocer e individualizar.

Funciones cognitivas: Esquema corporal. Memoria inmediata, memoria remota.

Desarrollo: Participaron familiares de algunos residentes. Mediante una dramatización de la vida cotidiana se mostraron y se modificaron (de ser necesario) respuestas inmediatas a requerimientos de la familia. Luego de algunos minutos se invirtieron los roles (La familia era asistente gerontológica y viceversa). Se volvió a repetir el ejercicio y se sacaron conclusiones por parte de todos los participantes.

Décimo quinto encuentro: Y si todo es al revés?

Participó todo el equipo interdisciplinario

Objetivos Específicos:

- Conocer al otro.

Funciones cognitivas: Memoria remota, lenguaje, praxiaideomotora.

Desarrollo: Se armó un taller similar al que realizaron los residentes, donde trabajaron memoria, mediante algún juego lúdico y esquema corporal con alguna música de fondo. Se necesitó la ayuda de algunos de los residentes. La diferencia con un taller habitual correspondió a que los roles se cambiaron. Las asistentes ocuparon el lugar de los residentes y viceversa. El equipo guió la actividad para ver y escuchar: gestos, movimientos corporales, palabras de ambos colectivos. Se realizó un informe de los resultados obtenidos.

Décimo sexto encuentro: Final de un ciclo... Ahora como nos vemos?

Participó: Todo el equipo interdisciplinario.

Objetivos específicos:

- Conocer el resultado de la experiencia

Funciones cognitivas: Lenguaje, esquema corporal

Desarrollo: Se repitió el esquema de la primera clase y se le pidió al grupo que manifestara como se veía ahora.

Se agregó un anexo con la opinión de la familia y residente.

Se realizaron las conclusiones finales.

Luego de aplicada la capacitación se volvió a evaluar a las asistentes gerontológicas, las familias y los residentes en nuevas entrevistas en las que se puso énfasis en las primeras, en quienes se buscó percibir cambios actitudinales.

CUARTO MOMENTO:

RECONOCIMIENTO DE MODIFICACIONES DE CONDUCTAS Y CAMBIOS ACTITUDINALES POST- APLICACIÓN DEL DISPOSITIVO DE CAPACITACIÓN

Una vez realizadas las entrevistas previas a los encuentros¹⁰, se procedió a instrumentar una sucesión de exposiciones dialogadas y encuentros de reflexión que explicitamos en el tercer momento del presente trabajo

Somos concientes que la valoración de las modificaciones y cambios actitudinales deben ser observados y registrados en el tiempo. Todos los documentos consultados acerca de la evaluación final de un programa plantean la necesidad de diferir en el tiempo dicha circunstancia.

Sin embargo a los fines de la presentación del presente trabajo de tesis se constató mediante entrevistas las posibilidades de valorar los posible cambios que preconizamos. Por todo ello se aplicaron nuevas entrevistas a las asistentes gerontológicas, los residentes y sus familiares, con el propósito de verificar cambios actitudinales en las primeras, objeto de nuestra investigación.

ANÁLISIS ENTREVISTAS POSTCAPACITACIÓN

Aquí analizaremos todas las respuestas por el hecho de su especificidad con respecto al tema de nuestra investigación. Se elaborarán conclusiones parciales que conducirán a la conclusión final del trabajo.

A. Entrevistas a Asistentes Gerontológicas:

1. Cuáles consideras que son sus fortalezas o virtudes?

Asis 1 Soy honesta y trabajadora.

Asis 4 Aprender y mejorar.

Asis 7. Yo peleo por lo mio. Soy una luchadora

Aquí observamos que, excepto la asistente 2, quien manifiesta un cambio a partir de la capacitación, las respuestas no difieren mucho de las obtenidas en las entrevistas de precapacitación

3. Qué te pareció el curso que brindó la institución?

Asis1 En los años que tengo en la residencia es la primera vez que veo algo así. Me gustó.

¹⁰Ver Anexo A

Asis 2 *Me pareció genial, sobre todo porque se hizo en la residencia. No me tuve que ir a ningún lado y aprendí mucho Además se pudo hablar de todo.*

Asis 4. *Fue buena. Aprendimos bastante y estuvimos todos juntos. Eso suma. Los profesionales, la gerente, todos lo hicimos juntos.*

Asis 9. *Sii claro, todo lo que sea para aprender suma. Me gustó, hubo cosas distintas y eso fue bueno. Además nos escucharon y nunca había pasado. Fue algo que hicieron para nosotras.*

La aceptación del curso de capacitación fue unánime. Las asistentes se sintieron consideradas por la Institución, valoradas e importantes. Su rol empieza a ser algo singular.

Aquí debemos tener en cuenta el propósito de mejora del clima organizacional, que se define como: "...las percepciones compartidas por un grupo de individuos acerca de su entorno laboral: estilo de supervisión, calidad de la capacitación, relaciones laborales, relaciones sociales, políticas organizacionales, prácticas comunicacionales, procedimientos administrativos, ambiente laboral en general."(Brow, 1991).

4. Sentiste que pudiste conocer aspectos nuevos en tu personalidad?

Asis1 *No yo no cambio, soy así. Pero pude ver, por suerte como se dijeron las cosas de frente.*

Asis 7. *Yo no cambio pero me hizo ver que a mis compañeras le pasan cosas como a mí. En realidad, a todos nos pasan cosas pero de diferente forma. Eso lo pude ver.*

Asis 10. *Me sentí valorada, no sé si es eso lo que me preguntas, pero por primera vez sentí que era importante en el lugar donde estoy*

Se percibe un cambio en cuanto al compromiso y la conciencia de equipo y pertenencia.

Aquí cabe destacar el concepto de PichonRiviere, quien se refiere al tema afirmando que el concepto de tarea es central en su concepción; la pertenencia a un grupo es pertenencia al grupo y su tarea, la cooperación es la cooperación con

otros para realizar una tarea, y la pertinencia es la capacidad de centrarse en tarea.

Para Pichón-Rivièrè el hacer, esa acción de transformación del objeto de conocimiento que se aprende, de la realidad que se intenta modificar, a medida que se configura el grupo, es una acción común, una tarea que se va transformando en tarea grupal. Pichón-Rivièrè piensa el rol vinculado a la tarea.

En el abordaje de la tarea se presentan miedos y de la relación que tengamos con esos miedos se va a desprender una actitud ante el cambio que será positiva o negativa. Podríamos decir que en un grupo hay dos grandes tendencias: todo lo que tiende hacia el cambio y todo lo que tiende a impedir que ese cambio ocurra.

La afiliación y la pertenencia: Es el grado de ligazón de los integrantes entre sí y con la tarea.

La pertenencia a un grupo no es algo que se da de una vez para siempre. El proceso de la construcción de la mutua representación interna está muy relacionado al pasaje de la afiliación a la pertenencia, porque afiliación es un primer grado de ligazón con el grupo y su tarea, y la pertenencia es un segundo nivel o una segunda instancia que tiene que ver con el pasaje del "yo" al "nosotros". La vivencia del "nosotros" grupal tiene que ver con este nivel de pertenencia. Tiene que ver con un proceso de construcción del grupo, a su vez es un proceso que fluctúa continuamente, porque cuando uno se reencuentra con un grupo, vuelve a reactualizarse, a ponerse en cuestión.

La pertenencia también es definida como la identificación con la tarea. Pichón- Rivièrè la define en algún momento con el término responsabilidad, compromiso, en otro momento habla de "*mojar la camiseta*". Afiliarse es ponerse la camiseta del club, pero cuando uno ya empieza a correr con los otros y hacer jugadas, empieza a transpirar la camiseta. A eso alude la idea de compromiso.

Tiene que ver con sumar esfuerzos, con la capacidad de desarrollar roles complementarios y diferenciados, y está muy relacionada a la idea de que cuanto mayor es la heterogeneidad entre los integrantes y mayor la homogeneidad con respecto a la tarea, mayor es la productividad grupal.

La sumatoria de aportes se hace más eficaz cuando están dados los procesos de pertenencia, porque al conocer a los demás, tenerlos internalizados, y

poder jugar el partido en la cancha interna antes que en el mundo externo, donde se puede anticipar la jugada del otro, es posible también planificar internamente, cooperar, lo que redundará en un aumento de la pertinencia

La pertinencia es la capacidad de centrarse en la tarea prescripta.

La actitud ante el cambio. Toda tarea, toda elaboración de un objetivo, implica obstáculos. Es necesario elaborar esos obstáculos para alcanzar los objetivos. Esa elaboración es parte de la tarea que un grupo realiza. La tarea y los obstáculos que aparecen en la misma, pertenecen a todos los campos de los vectores posibles.

Esto implica la idea de que aprender es cambiar, cualquier aprendizaje implica un proceso de cambio en los sujetos que lo llevan adelante.

El proceso de integración y de constitución de un grupo requiere además de estos factores objetivos, factores subjetivos. Y en tal sentido, hay un elemento que es fundamental para la interacción que llevará a la constitución de un grupo, la tolerancia a las diferencias, una disposición interna a verse reflejado en el otro, a reconocerse en el otro, a identificarse con el otro. La capacidad de percibir lo que nos une, lo que me une con los otros y no sólo lo que diferencia.

Todos estos factores permiten un reconocimiento de la necesidad del otro, requieren cierto grado de descentramiento de la propia necesidad y del propio grupo interno. En los inicios del proceso grupal lo más fuerte que tenemos es lo que se trae. Pero existe la posibilidad de articularse a partir de lo común en lo diferente; es ésta una doble cuestión: articularse a través de lo común, donde lo común no borre lo diferente, donde se logre algún tipo de articulación de la diferencia que resulte productiva y enriquezca el trabajo grupal. (PichonRiviere, 1999)

Hay una concepción diferente con respecto a la función que desempeñan y se comienza a percibir vocación en algunas respuestas.

La vocación es la inclinación de las personas a cierta profesión, carrera o acción.

La vocación de una persona está compuesta por ciertos aspectos que van a depender de las aptitudes de cada uno.

La vocación de cada sujeto va a estar relacionada con la personalidad y las habilidades de la persona en cuestión. Dentro de las habilidades encontramos la fácil comprensión del tema, las ideas y la imaginación, la confianza y la autonomía. La

personalidad del sujeto tiene que ver con el comportamiento del mismo en su entorno y la forma de interpretar y sentir las diferentes situaciones.

Para tener vocación hacen falta tres puntos fundamentales: gusto, aptitud y entrega.

Tener vocación para cierta tarea es una constante motivacióna realizarla día a día. (APA 2018)

Para trabajar en áreas que involucren la salud y el cuidado del otro es necesario tener vocación. De lo contrario el trabajo se vuelve tedioso e insoportable y el que trabaja pierde la paciencia necesaria para ser eficiente en su tarea.

Se observa una mejora tanto en las relaciones interpersonales como en las relaciones con residentes y familiares. La capacitación permitió reconocer errores que se pudieron subsanar y además, cambió en mucho la visión del otro. Pudieron comprender que los residentes no son propiedad privada de cada una sino responsabilidad compartida entre todas.

5. Qué temas te resultaron interesantes y por qué?

Asis 3 Todo lo relacionado con la enfermería y los primeros auxilios. Aprender con juegos fue distinto, divertido y se entendió.

Asis 4. Cuando hablamos de nosotras.

Asis 7. Trabajar en grupo, sin elegir los pacientes. Ponernos en el lugar del otro, del paciente y hacer de ellos. También me pareció genial la dramatización, yo hice de familiar, me descargue!! Dije todo lo que me gustaría que hicieran con mi papa o mama si estuviera aquí.

Si bien continúa el individualismo, se ven señales de motivación para seguir aprendiendo. Comienza una empatía entre las asistentes y hacia el residente y sus familiares.

6. ¿Entre tus compañeras existe colaboración?

Asis. 1 Esto nos permitió hablar de frente, poner todo "ahí" que se terminen los chusmeríos y decir lo que cada una piensa.

Asis 3 Si hay colaboración pero creo que esto nos sirvió para poder escucharnos.

Asis 7 Yo creo que sí, pero cuando empezamos a hablar, se sacaron todas las cosas que no nos gustan de cada una. Y no había un grupo. Se vio en las actividades, las más viejas se hacen las que saben. Somos todas iguales.

Pichón Riviere entiende que un grupo es un conjunto restringido de personas ligadas por constantes espacio temporales, el cual, articulado en su mutua representación interna, se propone en forma implícita y explícita una tarea que conforma su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de adjudicación de roles.

La teoría de los grupos de Pichón Riviere propone que los grupos vendrían a ser un espacio para modificar las condiciones concretas de existencia, una gestalt, una estructura en movimiento por su dimensión temporal. Desde una concepción operativa entiende al grupo como un conjunto de personas ligadas entre sí por constantes de tiempo y espacio, articulados por su mutua representación interna que se plantea explícita e implícitamente una tarea que constituye su finalidad. (Rambaut L., 2002)

8 Tienen reuniones de equipo?

Asis 2 La gerente participó del curso y nos escuchó. Nuestra relación cambió ahora es como parte nuestra.

Asist 6 Si claro, ahora más y con los profesionales.

Asis 8 Durante el curso si, ahora se organizaron algunas para la próxima semana. Nos reunimos más con la gerente y eso está bueno, porque nos escucha y nos sentimos importantes.

Según Pichon Riviere, el grupo puede desencadenar ansiedades primitivas frente a lo nuevo, lo desconocido y el hecho de mostrarse a sí mismo. Estas ansiedades pueden limitarse a dos ansiedades básicas, que Pichon Riviere llama el miedo a la pérdida y el miedo al ataque. Los llama "miedos" para connotar el carácter emocional del objeto externo y el efecto de presencia del otro. El miedo al ataque surge porque lo nuevo es experimentado como peligroso, arriesgándose a atacar al Yo y ser motivo de preocupación; el miedo a la pérdida surge cuando se teme dañar el patrimonio del grupo.

Riviere agrega que esta situación es empírica y no virtual, sino un grupo limitado de personas que se encuentran unidas en un mismo tiempo y espacio, en un interjuego de representaciones reunidas por una tarea en común.

Según el autor, no hay un vínculo de grupo sin tarea. Esto está relacionado con el ideal del Yo. La teoría de los grupos separa dos momentos grupales bien diferenciados en relación a esa tarea que tienen en común, a saber:

- Pre-tarea: se da un tipo de ansiedad confusional y está definido por la capacidad del grupo de centrarse en la tarea.
- Tarea: da lugar a la ansiedad esquizo-paranoide y al miedo al ataque, es decir, a niveles de amenaza que genera lo desconocido. Aparece en esta instancia la posibilidad de un proyecto, que luego dará lugar a un tipo de ansiedad depresiva y miedo a la pérdida de los referentes que se venían manejando.

Diferencia en su teoría de los grupos varios vectores grupales que mencionamos a continuación:

- Afiliación: es la identificación de los integrantes con el grupo. Existe un momento en donde los integrantes se sienten más o menos afiliados.
- Pertenencia: sentirse pertenecientes, en otras palabras, que cada integrante del grupo tenga una representación de cada uno de los demás integrantes.
- Pertinencia: está directamente vinculada con la tarea. Pertinencia con respecto al acercamiento que se da hacia la tarea, producir en función de la tarea explícita.
- Cooperación: muestra los niveles de cooperación, es decir, si predomina la cooperación o la competencia.
- Aprendizaje: se ven los niveles de aprendizaje formal y no formal que atraviesan el grupo.
- Comunicación: se muestra el tipo de comunicación entre los integrantes del grupo.
- Telé: término tomado del psicodrama que tiene que ver con los niveles de afinidad y rechazo que hay entre los integrantes del grupo. (Pichon-Rivière, E. 1999)

11. ¿Sentís que este curso te ayudó en la relación con los residentes?

Asis 1 Fue un curso distinto. Pudimos ponernos en el lugar de ellos o de las familias y a mí me sirvió para mejorar algunas cosas que no me salían antes. Por ejemplo cuando trabajamos con la kinesióloga en

posturas o rotaciones. Aprendí posturas que también me ayudan a mí a que no me duela tanto la espalda.

Asis 2 Sí, mucho, entendimos que no son de una o de otra. Ellos son de ellos. Son personas únicas. Ahora todas sabemos de todos.

Cuando analizamos estas respuestas observamos la necesidad de trabajar la temática de la infantilización en el trato cotidiano, una situación observable en reiteradas oportunidades, un prejuicio que representa un maltrato psicológico frecuente. Muchas veces, personas mayores son tratadas como niños, no solamente por familiares o sus cuidadores (cuando están institucionalizados), sino también por diversos grupos sociales. Este maltrato es tolerado socialmente y se hace evidente a través de comentarios descalificatorios hacia sus opiniones o ideas, así como en la actitud de sustituirlos en la toma de decisiones por considerar que no tienen capacidad o autonomía propia.

El maltrato psicológico se manifiesta a través de diferentes formas de abuso como lo son la intimidación verbal, las humillaciones, el no dirigirles la palabra, etc. A causa de estas actitudes violentas, las personas mayores pueden desarrollar sentimientos de angustia, miedo, aislamiento, conductas regresivas y un comportamiento infantil. En general, la persona mayor tolera esta situación por no agravar el vínculo o la relación con los demás. Los adultos mayores que por algún motivo ya no pueden vivir solos se vuelven más vulnerables; crece la dependencia y la posibilidad de recibir maltrato. De allí que sea tan importante que puedan conservar su independencia y autonomía, lo cual les permitirá seguir comportándose y llevando su vida adelante como personas adultas. (Salvarezza, L., 1998)

12 ¿Y con las familias que sucedió?

Asis 1 Algunas familias trabajaron con nosotras y pudieron ver como es nuestro trabajo. No es fácil y pudieron verlo, nos entendieron. Nosotras también pudimos hablar sobre sus quejas y lo charlamos con la psicóloga.

Asis 3 Trabajamos muchas situaciones con las familias. Sentíamos mucha impotencia por no saber que contestar o si nos iban a retar.

Asis 5 Esto nos sirvió para contestar mejor. Pero son complicadas.

La institucionalización en un centro geriátrico supone en muchas ocasiones un acontecimiento estresante, tanto para la persona mayor dependiente como para su familia. Durante el ingreso, especialmente en los primeros meses, la familia puede

tener sentimientos de pérdida, tristeza, fracaso o culpabilidad. En este contexto, las exigencias de los familiares del adulto mayor pueden ser hasta excesivas con respecto a su cuidado.

La relación con los familiares de los residentes son siempre difíciles, en general con todos los profesionales. Son muy demandantes y están urgidos por la sumatoria de problemas que acarrearán, uno de ellos es el familiar residente. Existen sentimientos encontrados y una incertidumbre muy difíciles de superar.

"...La vulnerabilidad de los ancianos residentes en geriátricos y sus familias constituye una fuerte motivación para la investigación del problema, en el que intervienen una multiplicidad de factores y procesos a los que intentaremos un acercamiento desde la perspectiva psicosocial..."

El desarrollo de políticas sociales que contemplan los problemas del envejecimiento en los países desarrollados es muy notorio en relación a nuestro país, donde impera la incertidumbre y el desamparo, a pesar de los esfuerzos de organismos no gubernamentales, profesionales y personas relacionadas con la atención de la ancianidad.

El estudio de los procesos que conducen a la internación geriátrica no deriva de la importancia numérica de los ancianos internados ni de la trascendencia mediática que adquieren algunos establecimientos por situaciones de maltrato físico a los ancianos, sino que está originado en la convicción de la necesidad de aportar a la transformación de la conflictiva que los actores directos de la institución geriátrica viven cotidianamente en y con dicha institución, mediante la participación efectiva de esos actores en la misma, el desarrollo de una conciencia crítica y la solidaridad.

Es a partir del reconocimiento de la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran familiares y ancianos (física, económica, psicológica y social) que ponemos el acento en los factores relacionales que afectan a los integrantes del hogar geriátrico como sistema, y por lo tanto, como subsistema en relación con otros sistemas que lo incluyen. (De los Reyes, M. C., 1999)

Entrevistas a Residentes

1 Cómo se siente en la actualidad?

Res. 1. Bien estoy bien y tranquila. Mi nieta y mi nuera me vienen a ver

Res. 3. Mejor, estuve participando de varias charlas que dieron aquí. Muy importantes para todos. Como en mi juventud que asistía a charlas y conferencias

Res. 5 Muy bien, contenta porque las chicas me tratan mejor. Nos reunimos con mis compañeras de habitación en el té y lo hablamos. Las chicas están mejor.

2. Cómo lo asisten?

Res. 1. Un poco mejor, me acompañan al baño y empezaron a cerrar la puerta, no se quien les dijo pero eso está mejor. Me siento mucho mejor así. Además no gritan tanto.

Res. 4. Acá hubo unas clases, yo participe y la cosa cambio. Las chicas no se ríen de mí, me escuchan y me atienden mejor. Igual me gustaría estar en mi casa.

Res. 5. El trato es más suave y considerado.

Res. 6. Muy bien las chicas trabajan mucho para hacerlo bien, en el curso estudiaron un montón y se nota.

Cabe destacar aquí que la construcción social indica que la autonomía se va perdiendo en la adultez por diferentes factores y circunstancias que podrían ser modificables. En ocasiones la pérdida de autonomía está originada por enfermedades físicas o psíquicas, circunstancias económicas o sociales. Paralelamente, las prácticas discriminatorias que recaen sobre este segmento etario predisponen a la pérdida de la autodeterminación. Las personas adultas mayores tienden a adoptar la imagen que prevalece socialmente con relación a la vejez y se comportan de acuerdo con esa imagen negativa. Así, se instala la creencia personal de haber perdido las propias competencias, lo cual perjudica la autoestima y precipita la renuncia a la autodeterminación.

La pérdida de autonomía relega a las personas adultas mayores a un rol secundario, disminuye la interacción con otras personas y la participación social, genera marginación y aislamiento. De allí que sea tan importante preservar la autonomía para que las personas puedan centrarse en sus potencialidades y no en las

limitaciones que se consideran propias de la edad, creando una visión positiva sobre la etapa que atraviesan y conservando la iniciativa para afrontar decisiones personales. La autodeterminación es fundamental para decidir por derecho propio cómo llevar adelante la vida: a qué lugares ir, dónde y con quién vivir, qué hacer con los ingresos y bienes personales, etc. (Salvarezza, L., 1998)

Entrevistas a Familiares de Residentes

1. Como es el trato con el personal de la institución ahora?

Fam. 2. Empecé a observar mejora en los vínculos entre ellos y con los residentes.

Fam. 3. Mi mamá me comenta que la tratan bien. Yo estoy poco tiempo pero cuando vengo el trato es bueno y cordial. Me sorprendió que ante un requerimiento mío respondieran sin enojo ni fastidio

Fam. 4. Me parece que están trabajando la concientización de que son personas que deben atender por diferentes motivos. Noto un poco más de compromiso en algunas cosas.

2. ¿Como percibe usted el vínculo entre el residente y el equipo asistencial? Siente que hubo algún cambio?

Fam. 2. Empecé a observar mejora en los vínculos entre ellos y con los residentes

Fam. 3. Es bueno, mi mamá participó de una actividad que hicieron acá, me estuvo contando que ayudó a las chicas con su trabajo. Creo que también le hizo bien a ella porque no menciona sus ganas de irse.

Fam. 4. El trato siempre fue bueno, pero noté que ahora reparan en algunos detalles que antes no tenían en cuenta. Ej: al servir la comida, al elevar la voz y sobre todo en la forma de trasladar a mi padre en su silla de ruedas. Ya no lo empujan!!!

Diversos factores contribuyen al crecimiento de la internación geriátrica en nuestro país (Matusevich,1998, Oddone,1998, Valderrama,1998), con particularidades propias en nuestra ciudad, entre los que se destacan:

a. El incremento de la población añosa y la necesidad de cuidados especiales en la franja de edad que supera los setenta y cinco años de edad, por la mayor incidencia de demencias y diferentes problemas derivados del deterioro físico y cognitivo.

b. Los cambios producidos en la familia, especialmente por la ampliación de roles que desempeña la mujer fuera del hogar.

c. Los problemas habitacionales, por la reducción espacial e inadecuación de las viviendas.

d. La inexistencia de alternativas a la internación geriátrica, en forma de apoyo domiciliario por voluntarios o cuidadores profesionales, información y formación de la familia, grupos de apoyo para familiares y disponibilidad de centros de día. A excepción de un hogar municipal con capacidad para veinticinco plazas, destinado a la atención diurna de ancianos indigentes, no existe en la ciudad otro emprendimiento de este tipo en el ámbito público o privado.

La ausencia o debilidad del apoyo percibido de la red familiar y social (amigos, vecinos, compañeros de trabajo) ocurre en un contexto de progresiva individualización en nuestra sociedad.

El prejuicio y la discriminación hacia los diferentes y grupos minoritarios o subordinados de la sociedad, como las mujeres, los niños, los adolescentes, los adultos mayores, las personas que conviven con el virus del SIDA y las de escaso poder económico, entre otros afectados por el fenómeno de diferenciación-exclusión, está convirtiendo a nuestra sociedad en un mundo hostil, al que aprehendemos con perplejidad, asombrados hasta de nuestros propios pensamientos.

La hipótesis del abandono de los deberes familiares es tan simplista como falsa es la idea de que la solidaridad familiar se basa únicamente en la existencia de la necesidad. Se entiende que la familia y sus miembros, así como el Estado y sus representantes, son actores en interdependencia. Tal interacción se ha complejizado con el tiempo, y ambas partes tienen que intentar conducir la situación de la mejor manera posible, siendo cambiante la forma de entender esa manera "mejor" de actuar (Bazo, 1992)

La red de apoyo más importante para el anciano está constituida de hecho por la familia. Las ventajas de la familia en su rol de cuidadora de ancianos han sido señaladas por tener generalmente como objetivos mayor seguridad emocional, menor

número de incomodidades y mayor intimidad, evitando al mismo tiempo los problemas psicopatológicos de la institucionalización: despersonalización, abandono, negligencias, confusión mental, medicalización exagerada, falta de afectos, etc.

Las desventajas de la atención por parte del cuidador familiar estarían relacionadas con el desconocimiento de una tarea que requiere especialización, la falta de un equipo de apoyo, los conflictos familiares que derivan en la sobrecarga del cuidador principal, la inadecuación de las viviendas para este tipo de cuidados y los problemas económicos.

"El cuidado de los familiares adultos mayores enfermos produce en los cuidadores problemas de diversa índole: influye en el desarrollo normal de sus actividades laborales, produce privaciones en el cónyuge e hijos y restringe su vida social, generando agotamiento físico, stress y angustia. Los problemas del cuidador familiar representan al mismo tiempo un riesgo para el adulto mayor. La especial vulnerabilidad de los cuidadores y los trastornos psicósomáticos están relacionados con la escasez de ayuda recibida y la clara percepción de la inexistencia de tales ayudas." (Florez Lozano y otros, 1997).

Hay diferentes situaciones que los conducen a la inevitabilidad de la internación por la imposibilidad de brindar una atención adecuada a sus familiares ancianos. La mayoría de los familiares presta cuidados en forma personal y en el hogar a el adulto mayor enfermo, y solo cuando la situación los desborda deciden la internación. Generalmente el familiar relata que el deterioro mental de los adultos mayores es una situación analizada en la bibliografía como determinante en el momento de decidir el pasaje al geriátrico, por el sufrimiento que representa para la familia (Matusevich, 1998, Florez Lozano, 1997).

Las experiencias previas a la internación geriátrica de estos cuidadores pueden ser factores explicativos del distanciamiento de las instituciones de larga estadía cuando el adulto mayor ha ingresado a una de ellas, que se expresará en pocas visitas en algunos casos y una visión conformista en otros. Muchos aspectos mejoran en la percepción inicial que tiene el familiar acerca de la atención del anciano, pero especialmente el familiar necesita reiniciar su vida normal, y pasarán meses, en

algunos casos años, antes de conocer y actuar en relación a un mejoramiento de la atención a su familiar.

Es necesario el transcurso de un cierto tiempo en relación a detectar una atención deficitaria, la inexistencia de proyectos en las organizaciones que contemplen la participación de la familia y los ancianos en la atención, y de prácticas derivadas de la rentabilidad como valor central entre los empresarios.

Los factores referidos al contexto de la institucionalización de larga estadía señalan responsabilidades compartidas en los problemas que se derivan de la misma por diversos actores sociales, ampliando el enfoque centrado en los cuidadores familiares y el ámbito del geriátrico hacia la red social más amplia.

Lo expuesto destaca la vulnerabilidad de los adultos mayores con necesidad de cuidados especiales y de sus familiares, especialmente de las mujeres que desempeñan el rol de cuidadoras. Dicha vulnerabilidad se extenderá a la situación de internación en un establecimiento geriátrico, en la que el familiar que se hacía cargo antes del ingreso del adulto mayor seguirá siendo el principal responsable de sus cuidados, que implicarán menor compromiso de horarios y tareas, pero aumentarán la complejidad de la situación por el sentimiento de culpa experimentado y la asimetría en las relaciones con la institución.

Factores históricos, económicos, políticos y culturales se entrelazan, expresándose en las relaciones de la familia, el anciano y el geriátrico en una conflictiva que sólo puede resolverse individualmente en el contexto actual. Las respuestas a una deficiente calidad de la atención, a la rigidez institucional y la ausencia de políticas estatales de protección a la vejez institucionalizada parecen ser de dos tipos: el distanciamiento progresivo de la institución o negación de los problemas que en ella suceden, y el traslado del anciano a otro geriátrico.

Centrarnos en el análisis de discursos y prácticas de los familiares de residentes no implica reducir dicho análisis. Estos familiares forman parte y dan cuenta por lo tanto de la compleja trama de la sociedad que interviene directa o indirectamente, por acción u omisión, en la construcción de una realidad que nos atraviesa aunque intentemos negarla. (de los Reyes, M. C. 2007)

Podemos concluir a la luz de las entrevistas que se consiguió un cambio actitudinal de las asistentes gerontológicas que se transmitió también a residentes y familiares a través de la herramienta seleccionada. Es obvio que este procedimiento

debe ser reiterado en la medida de las necesidades para lograr que perdure el cambio. La naturaleza del trabajo de las asistentes necesita de una continua capacitación y retroalimentación para que resulte duradero.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES GENERALES:

No resulta fácil plantear una investigación en términos de evolución actitudinal. Las dificultades nacen del propio concepto de actitud, cuya falta de concreción resulta un grave impedimento cuando se pretenden construir teorías sobre cambio actitudinal. Así, ya en los primeros trabajos que analizan el tema, se menciona la existencia de un componente previo a la acción en las actitudes, de una disposición a responder ante situaciones concretas (Allport, 1935; Triandis, 1974). Hoy en día la concepción más extendida sobre actitudes es aquella que identifica otros dos componentes: las cogniciones y las emociones que motivan y orientan las respuestas. La predisposición a la acción va unida a la representación cognoscitiva de la situación (creencia) y a su asociación con hechos agradables o desagradables. Sin embargo hemos intentado la parametrización mediante indicadores que nos permitieron comparar los dos momentos en que este trabajo comparó los períodos "antes" y "después" del proceso capacitador.

La definición de actitudes dada por Pérez Ferra, Quijano López y Pérez García (2005: 29) según la cual:

"Una actitud es una idea cargada de emotividad que predispone una clase de acciones a una clase particular de situaciones sociales",

incluye numerosas ideas principales de otros autores y engloba el enfoque particular que se ha de considerar en un sistema formativo como es el educativo. La atención que en capacitación se debe prestar a las actitudes se justifica al ser consideradas una categoría superior del aprendizaje humano, ya que tienen como referente a los valores y a las normas, son adquiridas, poseen un carácter relativamente estable y multidimensional y ayudan a ajustarnos a nuestro medio ambiente (Escámez y Ortega, 1989; Coll, 1992; Pérez Ferra et al, 2005).

Esta investigación muestra la importancia de conocer los aspectos biográficos del personal para entender las causas y circunstancias de las deficiencias en la calidad de atención a los residentes.

Se evidenció un cambio con respecto a la mirada de la Institución, se pudo observar satisfacción al encontrar en el propio lugar de trabajo un sitio para capacitarse y crecer.

Con respecto a las fortalezas y virtudes se observaron algunos cambios relacionados con la confianza.

El programa de capacitación centrado en la persona a través de métodos lúdicos y de dramatización permitió identificar aspectos claves para las futuras capacitaciones del personal asistencia

Fue aceptada por la mayoría de las empleadas y la misma arrojó los siguientes datos:

- a. La realización de actividades y la incorporación de conceptos permitió lograr mayor seguridad de la vida diaria.
- b. Las reuniones de equipo ayudó a mejorar el diálogo entre pares .
- c. Trabajar conjuntamente con residentes permitió ponerse en el lugar del otro.
- d. Se comenzó a trabajar con el significado del otro como persona integral de cuidado.
- e. Las asistentes geriátricas participan en la reuniones de equipo en la actualidad.
- f. Se comenzaron a observar cambios en las respuestas a las familias y residentes, producto de la información obtenida.
- g. Se incentivó la participación en los cursos del Gobierno de la Ciudad según la ley 5670.
- h. La institución seguirá realizando capacitación permanente el próximo año.
- i. Los familiares y residentes entrevistados coinciden en que en los últimos tiempos las respuestas son mejores.

Las expresiones finales apuntan a la incidencia de los cambios actitudinales observados por las propias Asistentes y que son factibles de constatar en el clima social institucional.

El "clima social" ha sido una de las variables consideradas más significativas a la hora de describir y predecir la conducta de las personas mayores en relación con las organizaciones institucionales.

La mayor contribución a este último enfoque procede de la ecología social, propuesta por Rudolf Moos (1973,75) quien se basó en la idea de que los ambientes, al igual que las personas, pueden ser descriptos a través de una serie de dimensiones relativamente estables.

Una extensa investigación sobre el clima social en diferentes contextos ha llevado a Moos a concluir que deben considerarse tres dimensiones para caracterizar el clima social. La dimensión de relación se refiere a la calidad de las relaciones interpersonales. La dimensión de desarrollo personal evalúa el grado en el que el medio favorece el desenvolvimiento individual de sus habitantes. Por último, la dimensión de mantenimiento y cambio del sistema se refiere al grado en que existe orden en el ambiente y éste es claro en cuanto a sus expectativas y sensible al cambio (Moos, 1984). La importancia del clima social en la evaluación ambiental radica en la influencia que sobre el comportamiento de los habitantes de un determinado contexto tiene la forma en la que éstos perciben el clima social del mismo. En otros trabajos de investigación se han usado para evaluar el clima social en la familia. La F.E.S., Moos, MoosyTrickett (1974), cuya adaptación española de la escala es de Seisdedos, de la Cruz y Cordero (1984), evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos del desarrollo que tienen más importancia en ella y su estructura básica.

Podemos sintetizar las dimensiones propuestas para este estudio cómo:

- Relaciones interpersonales: Cohesión, expresividad y conflicto.
- Desarrollo personal: Autonomía, actuación, intelectual-cultural, social-recreativo, moralidad-religiosidad.
- Estabilidad: Organización, control y cambio del sistema

Por todo lo anteriormente expuesto consideramos que el primer grupo de variables, tanto ambientales como personales, se sitúan en el pasado. A través de las sucesivas interacciones de las personas con el ambiente, se han generado sus creencias, sus actitudes, su estilo de vida, sus repertorios básicos de conducta.

Paralelamente el ambiente del pasado sirve de modelo al ambiente del presente, el cual puede operativizarse mediante variables contextuales, que variarán según el contexto. (Residencial y/ o comunitario)

A su vez los concurrentes que participan de la planificación y que opinan sobre su entorno o se quejan, demuestran esfuerzos por adaptar mejor su propia conducta, lo cual aproxima un modelo para explicar las influencias entre sistema ambiental, social y personal en la salud y en la conducta en la vejez.

Las inquietudes planteadas a nivel institucional tienen que ver con el desarrollo de capacitación del personal interno de las instituciones geriátricas, y el fortalecimiento de los vínculos con los referentes (sean estos familiares o no del residente). Refieren desde el hogar que la demanda del servicio es creciente, y que hay una población en aumento que tiene una necesidad concreta que debe ser atendida.

Lo hemos relacionado con el método Montessori ya que nos pareció un aporte novedoso debido a que deben encontrarse soluciones a los problemas y ser autosuficientes. Del método Montessori se ha tomado como referencia la educación de los sentidos y las actividades de la vida diaria así como algunos de sus principios pedagógicos.

Trabajar los sentidos resultó positivo, ya que es una actividad primaria de las personas que poseemos desde que nacemos y son esenciales para las actividades de la vida diaria como fomentar la conservación de los sentidos supone proporcionar a las personas recursos para favorecer la autonomía personal.

Los materiales utilizados son los que se encuentran en todas las residencias.

A pesar de que la duración del programa se estipuló por un periodo de dos meses se puede volver a poner en práctica todas las veces que sea necesario. Las actividades propuestas en cada una de las clases, son algunos ejemplos pero probablemente se podrían crear más de acuerdo con las características de la población.

RECOMENDACIONES FINALES:

- Ampliar la oferta de cursos de formación continua sobre atención en gerontología destinado a este grupo poblacional. Consideramos que éstos deberían tener una frecuencia semestral, para que sirvan también de contención psicológica de las Asistentes.
- Procurar que la plantilla de personal sea estable en el tiempo para lograr mejorar los vínculos residente-asistente.
- Promover la coordinación de trabajo en equipo en pro de la atención integral del residente y evitar la división de tareas.
- Fomentar la conservación de los sentidos, lo que supone proporcionar a las personas recursos para favorecer la autonomía personal.

- El proyecto de capacitación puede ser adaptado a cualquier residencia geriátrica, ya que puede realizarlo cualquier equipo multidisciplinario.

En las últimas décadas, asistimos a una transformación relevante en el modelo de atención dispensado a personas mayores residentes en instituciones. Básicamente, se está efectuando una transición de modelos médico-hoteleros a otros que, sin abandonar la prestación de cuidados profesionales, sitúan en un lugar muy relevante aspectos como la promoción de la autonomía y las preferencias de las personas mayores; aspectos todos ellos característicos del Modelo de Atención Centrado en la Persona (MACP).

Así, el modelo tradicional de atención en residencias se basa, entre otros aspectos en: a) la prestación de servicios en base a las necesidades y déficit de los usuarios; b) las decisiones sobre los cuidados y la atención considerando exclusivamente los criterios de los profesionales, c) las actividades establecidas y desarrolladas regularmente en base a las necesidades de las personas, y d) la priorización de la seguridad en la organización y el diseño de los ambientes.

En la tarea de investigación emprendida se estructuraron distintos momentos a los efectos de:

- a) Identificar las capacidades y fortalezas de las auxiliares;
- b) Se instrumentó una perspectiva global de intervención en base a historia y planes de vida;
- c) la toma de decisiones conjunta por parte de profesionales, usuarios y familiares y
- d) la consideración de las personas dentro de su entorno y comunidad.

El desarrollo de la tarea personalizada ha de armonizar, por lo tanto, aspectos organizacionales con las preferencias y deseos de las personas que necesitan atención y cuidados. La autonomía se reconoce como un asunto nuclear en la atención cotidiana y la gestión de la residencia se supedita a la consecución de la calidad de vida de las personas, de modo que a partir del diseño de entornos físico-organizativos similares a los domésticos se favorezca el control de la propia vida por parte de los residentes,

favoreciendo la intimidad personal, así como las oportunidades de elección, la participación en actividades de la vida cotidiana y de interacción social.

Algunos estudios muestran los beneficios de esta perspectiva de atención en la disminución del aburrimiento y del sentimiento de desesperanza, reducción de la depresión o mejoras de la calidad de vida. Algunos trabajos recientes muestran que algunos de los componentes desarrollados en nuestra tarea de investigación y posterior de capacitación/ intervención, tales como recibir atención individualizada, están asociados a la percepción de una mejor calidad de vida, a pesar de que el significado de la calidad de vida pueda variar entre personas con diversos grados de deterioro cognitivo que viven en residencias. En el caso de personas con demencia se ha documentado un menor decremento de la capacidad funcional, mayor interés sostenido en el entorno y mejor estado de ánimo que en el caso de las personas que son atendidas desde modelos institucionales tradicionales.

En nuestro país, se están desarrollando algunas iniciativas que han puesto en marcha intervenciones asociadas a un modelo de atención personalizado en residencias, tratando de establecer su impacto en el bienestar emocional de los participantes. En este mismo sentido, se han desarrollado investigaciones de índole cualitativa, en las que personas mayores y expertos en envejecimiento coinciden en manifestar sus preferencias por envejecer en casa, resaltando su valor simbólico y emocional, relacionado con sus vínculos y su biografía. Además, si no era posible vivir en su casa, se elige vivir «como en casa» como la alternativa más deseable. Seguramente este proceso iniciado nos posibilitará en el futuro investigaciones posteriores que permitan precisar los componentes de un modelo de atención ajustado a las preferencias de las personas, valorando los efectos del espacio cotidiano y de las actividades de la vida diaria para mantener la conexión con la biografía, el control de la propia vida y, en definitiva la autonomía.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Adaptación de la Escala de Clima Social Moos /Fernández Ballesteros. Madrid. España. 1974 (obtenido de:[https://www.google.com/search?q=escala+de+clima+social+familiar+\(fes\)+de+mooos](https://www.google.com/search?q=escala+de+clima+social+familiar+(fes)+de+mooos) <https://www.researchgate.net/publication/280963904> Adaptacion y validacion de la escala de clima social)
- ALLPORT, Gordon W. (1974) La naturaleza del prejuicio. Ediciones Temas de EUDEBA –pp. 231 Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Álvarez, M.C. (2003). *Motivación laboral en un servicio de urgencias hospitalario. Enfermería Clínica*, 13(1), 16-25.
- APA: (A. 2018,01. Concepto de Vocación. Equipo de Redacción de Concepto.de. Obtenido 2018,10, de <https://concepto.de/vocacion/>)
- Aparicio, M. (2000). *Estilos diferenciales de personalidad según cultura y/o nación*, en Sánchez López, M. P. y Casullo, M. M. *Estilos de Personalidad. Una perspectiva iberoamericana*. Madrid y Buenos Aires: Miño y Dávila.
- BarenysMaria, *Un Marco Teórico para el estudio de las instituciones de Ancianos*. Universidad Autónoma de Barcelona (pp156.)
- Boada i Grau, J., de Diego, R. y Agulló, E. (2004). *El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral*.291036de alojamiento para personas mayores al final de la vida.
- Brow W y Moberg D. (1991)*Teoría de la organización y la Administración: enfo- que integral*.México, Editorial Limusa.
- Camp CJ, Lee MM. *Montessori-Based Activities as a Trans- Generational Interface for Persons with Dementia and Preschool Children*. J IntergenerRelatsh 2011 Dec 12;9(4):366-373.
- Casullo, M.M. (2000). *Concepciones teóricas de Theodore Millon acerca de los estilos de personalidad*, en Sánchez López, M. P. y Casullo, M. M. *Estilos de Personalidad*.
- Colliere, M. (1993). *Promover la vida*. Madrid: Interamericana.
- Costa, P. X, Jr., y McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory manual*.Odessa, FT-: PsychologicalAssessmentResources.
- de los Reyes, Maria Cristina (2007):*Familia y Geriátricos, La relatividad del abandono*. Buenos Aires, Editorial Espacio.
- Documentos de Bienestar Social. País Vasco: *Servicio General de Publicaciones*. Recuperado de: <http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>
- Eiser, J.R, (1989) *Psicología Social, cognición conducta*. Ed. Pirámide.

Fernandez , Lissette. *¿Cómo se elabora un cuestionario?* Ficha 8 Mayo 2007

GeriCuba. Red Cubana de Gerontología y Geriatria. Organización Panamericana de la Salud. Guía clínica para la atención primaria de las personas mayores. [Consultado: enero de 2011]: [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/>

Glaser, B. y A. Strauss (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company, Capítulo 3: "El muestreo teórico", pp. 45-77. Traducción original Floreal Forni Universidad de Buenos Aires, Fac. de Ciencias Sociales - Sociología Edición, revisión y ampliación: Ma. José Llanos Pozzi.

GOFFMAN, Irving (1961) Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu Editores. Buenos Aires.

Glaser, B. y A. Strauss (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company, Capítulo 5: " El método de comparación constante de análisis cualitativo", pp 101-115-

Hill, A. (1975). *Extraversion and variety-seeking in a monotonous task*. British Journal of Psychology, 66, 9-13.

Iglesias Durán O. Lo psicológico en el envejecimiento. En: Núñez de Villavicencio F. Psicología y salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 145-55.

IMSERSO (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: Editorial IMSERSO.

Izquierdo, M. J. (2004). *Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: hacia una política democrática del cuidado*. Congreso internacional SARE, 2003. Universidad Autónoma de Barcelona.

Lagarde, M. (2004). *Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción (la enajenación cuidadora)*. Congreso internacional SARE 2003, EMAKUNDE, Vitoria-Gasteiz, 2004.

Lagarde, M. (2004). *Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción (la enajenación cuidadora)*. Congreso internacional SARE 2003, EMAKUNDE, Vitoria-Gasteiz.

Martínez Rodríguez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

López Fernández Enrique. *La Formación de equipos Asistenciales en la institución*. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Granada.

López Fernández Enrique. *La mejora del clima afectivo en geriátricos y residencias de ancianos: la formación de equipos asistenciales*. Universidad Nacional de Córdoba. Master en Gerontología de la Facultad de Medicina.

Madrid Recuperado de: *Desafiando la perspectiva tradicional*. Informes Portal Mayores.
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/montorio-vision-01.pdf>

Millon, T. y Davis, R. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.

De SouzaMinayo, María. (2005) *Evaluación por triangulación de métodos*. Ministerio de salud de Brasil,Capítulos 1-2.

Ministerio de Salud, Dirección Nacional del Capital Humano y Salud Ocupacional. Presidencia de la Nación. (2010).

Mitchell, T.R. y Daniels, D. (2003). Motivation.En W.C. Borman, D.R. Ilgen, R.J. Klimoski y M.U.George, *Handbook of Psychology: Industrial and organizational psychology*, Vol. 12 (pp. 225-254). Nueva York: John Wiley&Sons.

Monk, Abraham. (1997) *Actualización en Gerontología*. Asociación Gerontológica Argentina

Montorio Cerrato, I. y Losada Baltar, A. (2004). *Una visión psicosocial de la dependencia*. Madrid, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad

Morales J., (1999). *La Motivación Social*. Psicología General. Madrid.Universidad Autónoma de Madrid.

Muchinsky, P.M. (2000). *Psicología Aplicada al Trabajo: una introducción a la psicología industrial y organizacional* (6ª ed). Madrid: Paraninfo

Naciones Unidas (2002) Plan de Acción. Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento.

Paola, J.; Samter, N. y Manes, R. (2011). *Trabajo social en el campo gerontológico. Aportes a los ejes de un debate*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Pautassi, L. (2007). *El cuidado como cuestión social desde un enfoque de Derechos*. Serie 87, Unidad Mujer y Desarrollo. Santiago de Chile: CEPAL.

Pichon-Rivière, E. (1999) *El proceso grupal*, Buenos Aires, ed. Nueva Visión.

Rambaut, Leo; (2002) "*Diccionario Crítico de Psicología Social*", según la teoría del Dr. Enrique Pichon-Rivière, Buenos Aires, ed. del autor.

Redondo, N. (2010). *La internación de personas mayores en instituciones de larga estadía en el Área Metropolitana de Buenos Aires ¿desconociendo derechos o promoviendo autonomía?* Serie de Estudios nº 10. Buenos Aires: ISALUD. Disponible en: <http://www.isalud.edu.ar/pdf/SE10-Redondo.pdf>

- Rocabruno Mederos JC. (1999) Tratado de gerontología y geriatría clínica. La Habana: Instituto Cubano del Libro
- Salvarezza, L. (comp.), (1998) *La Vejez. Una mirada gerontológica actual*, Buenos Aires, Paidós.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- UCA, *Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores* (2016)..
- Uribe, M. J. (1999). *El autocuidado y su papel en la promoción de la salud*. Revista Investigación y Educación en Enfermería, 17 (2), 109-118. Recuperado de: <http://www.bvsde.paho.org/bv>
- WhiteJ.,et al. (2008) Bud23 methylates G1575 of 18S rRNA and is required for efficient nuclear export of pre-40S subunits. Mol Cell Biol...
- Zaldívar Pérez D. 1996 Conocimiento y dominio del estrés. La Habana: Instituto Cubano del Libro;. p. 22-8.

ANEXOS

Anexo A

GUIÓN UTILIZADO EN LAS ENTREVISTAS PRECAPACITACIÓN A LAS ASISTENTES GERONTOLÓGICAS

1. ¿Cómo está compuesta tu familia?
2. ¿Podes compartir algún momento que recuerdes con ellos?
3. ¿Tenía tu familia una manera particular de celebrar los días festivos? ¿Los seguís conservando?
4. ¿En cuántos lugares has vivido durante toda su vida? ¿Podés describirlos? ¿Y en la actualidad?
5. ¿Cómo te ves en unos años?
6. ¿Cómo fue tu experiencia en la escuela?
7. ¿Cuáles consideras que son tus fortalezas o virtudes?
8. Menciona 5 cosas que te hagan feliz
9. ¿Qué te causa temor?
10. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor tu puesto de trabajo?
Personal asistente, mucama, asistente geriátrico, personal de servicio.
11. ¿Desde cuándo realizas este trabajo?
12. ¿Cómo es tu condición laboral?
13. ¿Qué sentís al ver esta imagen?



14. ¿Cómo te sentís en tu puesto de trabajo?
15. ¿La institución te ofrece herramientas para tu desempeño laboral?
16. ¿Tenés oportunidad de recibir capacitación?
17. ¿Entre tus compañeras de turno existe colaboración?

18. ¿Tenés amigas en la residencia?
19. ¿Tienen reuniones de equipo?
20. ¿Existe un espacio para comentar sus inquietudes?
21. ¿Qué te produce esta imagen?



22. ¿Cómo es tu relación con los residentes?

23. En las próximas imágenes puedes observar elementos de traslado de los residentes en el hogar. ¿Podes describir una situación?



Anexo B GUIÓN DE ENTREVISTAS PRECAPACITACIÓN A FAMILIARES DE RESIDENTES.

- 1- ¿Cómo se compone su familia?
- 2- ¿Cuál es el parentesco con la persona que se aloja en la residencia?
- 3- ¿Cuando realizó la admisión le proporcionaron por escrito los servicios que cuenta la residencia?
- 4- ¿Se siente satisfecho en la actualidad?
- 5- ¿Cómo es el trato con las personas que asisten a su familiar?
- 6- ¿Puede expresar con libertad sus inquietudes y sugerencias?

- 7- ¿Cómo percibe usted el vínculo entre el residente y el equipo asistencial?
- 8- ¿Considera que la autonomía y los derechos de los pacientes son los pilares de la institución?

Anexo C GUIÓN DE ENTREVISTAS PRECAPACITACIÓN A RESIDENTES.

1. ¿Cómo está compuesta su familia?
2. ¿Cómo se siente ahora?
3. ¿Cómo llegó a la residencia?
4. ¿Cuando ve esta imagen qué siente?



5. ¿Con quiénes comparte su habitación? ¿Son sus amigas?
6. ¿Cuántas personas lo atienden?
7. ¿Lo ayudan a vestirse, a bañarse o a comer?
8. ¿Alguna vez se cayó, o tuvo alguna dificultad en la residencia?
9. ¿Cómo lo asistieron?

Anexo D: Entrevistas postcapacitación realizadas para el cuarto momento, en dónde se intenta indagar acerca de la percepción y reconocimiento de modificaciones de conductas y cambios actitudinales postaplicación del dispositivo de capacitación

ENTREVISTA A ASISTENTES GERONTOLÓGICOS

1. ¿Cuáles consideras que son sus fortalezas o virtudes?
2. ¿Qué sentís al ver esta imagen?



3. ¿Qué te pareció el curso que brindó la institución?
4. ¿Sentiste que pudiste conocer aspectos nuevos en tu personalidad?
5. ¿Qué temas te resultaron interesantes y por qué?
6. ¿Entre tus compañeras existe colaboración?
7. ¿Sentís que esta capacitación cambió algo en tu relación con ellas?
8. ¿Tienen reuniones de equipo?
9. ¿Existe un espacio para comentar inquietudes?
10. ¿Qué te produce esta imagen?



11. ¿Sentís que este curso te ayudó en la relación con los residentes?
12. ¿Y con las familias qué sucedió?
13. En las próximas imágenes verás elementos de traslado de los residentes del hogar. ¿Podés describir una situación?



14. Contame alguna situación donde pudiste utilizar tu aprendizaje

15. Volverías a realizar una capacitación así?

GUIÓN DE ENTREVISTA A RESIDENTES

1. ¿Cómo se siente en la actualidad?
2. ¿Cómo lo asisten?

GUIÓN DE ENTREVISTA A FAMILIAS

1. ¿Cómo es el trato con el personal de la institución ahora?
2. ¿Cómo percibe usted el vínculo entre el residente y el equipo asistencial?

¿Siente que hubo algún cambio?

Anexo D

DATOS FILIATORIOS

Fecha ____ / ____ / ____ DNI _____ Edad _____ Fecha Nac ____ / ____ / ____
 Nombre y apellido _____ Estado civil _____ Vivienda _____
 Años de escolaridad _____ Trabajo previo _____ Jubilación Pensión Otros _____
 Obra social _____ Centro asistencial _____ Zona sanitaria _____
 Familiar a cargo _____ Vínculo _____ Teléfono _____
 Médico de cabecera _____ Contacto (e-mail, celular) _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS

TA _____ / _____ Peso _____

Talla _____ IMC _____

- HTA DBT Dislip IRC Cardio Isq. ACV
 Amputación Tabaquismo Alcohólicismo Parkinson
 Demencia Prostatismo Incontinencia urinaria
 Caídas frecuentes en últimos 6 meses
 Neoplasias. Cuál? _____

Otros _____

RCVG (Riesgo Cardiovascular Global)

- <10% e /10y20% e /20y30% e /30y40% >40

Vacunación

- dT Hep B Gripe Neumococo

Visión

¿Tiene dificultades para conducir, ver televisión, leer o realizar sus actividades habituales, incluso con lentes puestos? **Sí No**

Audición

¿Problemas para seguir una conversación? **Sí No**

Medicación	Dosis

FUNCIONAL ABVD. Katz

Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Lavado

- 0** No recibe ayuda (entrada y salida de la bañera por sí mismo, si esta es de forma habitual de bañarse)
0 Recibe ayuda en la limpieza de sólo una parte de su cuerpo (por ejemplo espalda y piernas)
1 Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo o ayuda a entrar y salir de la bañera

Vestido

- 0** Toma la ropa y se viste completamente sin ayuda
0 Sin ayuda excepto para atarse los zapatos
1 Recibe ayuda para tomar la ropa o ponérsela, o permanece parcialmente vestido

Uso del baño

- 0** Va al baño, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (puede usar bastón, andador o silla de ruedas)
1 Recibe ayuda para ir al baño, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal
1 No va al baño

Movilización

- 0** Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador)
1 Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla con ayuda
1 No se levanta de la cama

Continencia

- 0** Controla completamente ambos esfínteres
1 Incontinencia ocasional
1 Necesita supervisión. Usa sonda vesical

Alimentación

- 0** Sin ayuda
0 Ayuda sólo para cortar la carne o untar el pan
1 Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos

TOTAL

FUNCIONAL AIVD. L&B.**Actividades Instrumentales de la Vida Diaria****Capacidad para usar el teléfono**

Utiliza el teléfono por iniciativa propia, o contesta pero no marca **1**
 No utiliza el teléfono **0**

Compras

Realiza independientemente las compras necesarias **1**
 Realiza independientemente pequeñas compras o es totalmente incapaz de comprar **0**

Preparación de la comida

Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente **1**
 Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes o necesita que le preparen y sirvan las comidas **0**

Cuidado de la casa

Mantiene solo la casa o con ayuda ocasional para trabajos pesados o ayuda en todas las labores de la casa **1**
 No participa en ninguna labor de la casa **0**

Lavado de ropa

Lava por sí solo toda su ropa o parte de ellas **1**
 Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona **0**

Uso de medios de transporte

Viaja solo en el transporte públicos o conduce en su propio coche o en transporte público, cuando va acompañado de otra persona **1**
 Utiliza el taxi o el automóvil, pero sólo con ayuda de otros o no viaja en absoluto **0**

Responsabilidad respecto a su medicación

Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas **1**
 Toma su medicación si la dosis está previamente preparada o no es capaz de administrar su medicación **0**

Manejo de asuntos económicos

Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo o realiza compras diarias pero necesita ayuda en las grandes compras y bancos **1**
 Incapaz de manejar dinero **0**

TOTAL**OBSERVACIONES**

SOCIAL**Escala de valoración sociofamiliar de Gijón****A Situación familiar**

1. Vive con familia sin dependencia físico/psíquica
2. Vive con cónyuge de similar edad
3. Vive con familia y/o cónyuge, con algún grado de dependencia
4. Vive solo y tiene hijos próximos
5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados

B Relaciones sociales

1. Relaciones sociales
2. Relación social sólo con familia y vecinos
3. Relación social sólo con familia o vecinos
4. No sale del domicilio, recibe visitas
5. No sale y no recibe visitas

C Apoyos de la red social

1. Con apoyo familiar o vecinal
2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria
3. No tiene apoyo
4. Pendiente de ingreso en Residencia Geriátrica
5. Tiene cuidados permanentes

TOTAL

<7: bajo riesgo social 8-9: situación intermedia >10: deterioro social severo

MENTAL**Minimental abreviado de Pfeiffer**

Acierto Error

¿Qué fecha es hoy? (día, mes, año)

¿Día de la semana?

¿Cuál es el nombre del lugar donde estamos?

¿Cuál es su teléfono? ¿Cuál es su dirección?

¿Qué edad tiene usted?

¿Cuál es su fecha de nacimiento?

¿Cómo se llama el presidente?

¿Quién era el presidente?

Diga nombre y apellido de su madre

Restar de 3 en 3 desde 20

TOTAL

0-2 errores: normal 3-7 errores: deterioro leve 8-10 errores: deterioro severo

TOTAL CRITERIOS DE INTERCONSULTA

	Criterios de interconsulta	Total
Clinico	IMC<20 o >30, TA no controlada, > 3 comorbilidades	
RCVG	> 30%	
Funcional ABVD	> 1 Dependiente	
Funcional AIVD	< 7 Semidependiente	
Social	> 8	
Mental	> 2 errores	

Próxima evaluación semestral _____ / _____ / _____