

2004

Estudio de los factores de conflictos que intervienen en la convivencia diaria de los residentes autoválidos del Hogar Municipal de Ancianos de la ciudad de Mar del Plata : aporte desde el servicio social

González, Sandra L.

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/573>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

*Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Licenciatura en Servicio Social*

*Estudio de los factores de conflicto, que intervienen en
la convivencia diaria de los residentes autorvalidos del
Hogar Municipal de Ancianos de la ciudad de
Mar del Plata
Aportes desde el Servicio Social*

Autora: Sandra L. González

Dirección: David Kolotou

Co-dirección: Silvia Lucifora

Tesis • Año 2004

| | |
|---------------|------------------|
| Biblioteca | C.E.C.S. y S.S. |
| Inventario | Licenciatura top |
| 2541 | |
| Vol | plac: |
| Universidad N | Mar del Plata |

A mis padres

Agradecimientos.

A los protagonistas, los ancianos, porque sin su colaboración este trabajo de investigación no hubiera sido posible. Ellos quienes permitieron introducirme en sus vidas y en sus corazones, ofreciéndome su ternura, experiencia y sabiduría.

A David y a Silvia por haber sido mi guía.

A mis padres por enseñarme los valores fundamentales que guían mi vida y mi profesión, por estar en los momentos difíciles y brindarme esa palabra justa de aliento cuando más lo necesitaba.

A mis colegas, las Lic. Silvia Canedo y Laura Larson por estar, escucharme y aportar sus puntos de vista y sugerencias.

A mi cuñado Pablo, mis hermanas, en especial Stella y Melody por su aporte incondicional para la realización de esta tesis.

Sandra.

Índice

| | |
|---|------------|
| INTRODUCCIÓN..... | 6 |
| FUNDAMENTACIÓN..... | 7 |
| OBJETIVOS..... | 11 |
| CAPÍTULO I..... | 12 |
| ENVEJECIMIENTO Y VEJECES..... | 12 |
| <i>Sucesos relevantes durante la vejez.....</i> | <i>15</i> |
| 1) Retiro o jubilación:..... | 16 |
| 2) Cambios físicos:..... | 20 |
| 3) Cambios en ciclo de vida familiar:..... | 27 |
| 4) Cambios de relocalización de tipo comunal o habitacional:..... | 30 |
| CAPÍTULO II..... | 31 |
| LA INSTITUCIONALIZACIÓN..... | 31 |
| <i>Las instituciones geriátricas.....</i> | <i>31</i> |
| <i>Características de las instituciones sociales.....</i> | <i>32</i> |
| <i>Estrés organizativo.....</i> | <i>34</i> |
| <i>Traslado y estrés.....</i> | <i>38</i> |
| <i>Instituciones y calidad de vida.....</i> | <i>40</i> |
| <i>Cambios culturales necesarios para una gestión de calidad.....</i> | <i>41</i> |
| <i>Indicadores para evaluar hogares de ancianos.....</i> | <i>44</i> |
| CAPÍTULO III..... | 49 |
| ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN E INTERACCIONES HUMANAS..... | 49 |
| <i>El proceso de comunicación.....</i> | <i>49</i> |
| Axiomas de la comunicación:..... | 50 |
| <i>Interacciones humanas.....</i> | <i>52</i> |
| <i>La personalidad.....</i> | <i>55</i> |
| Tipos de personalidad..... | 56 |
| Categorías de ancianos..... | 57 |
| <i>Conflictos.....</i> | <i>58</i> |
| Clasificación de conflictos..... | 58 |
| CAPÍTULO IV..... | 61 |
| EL TRABAJO SOCIAL..... | 61 |
| <i>Intervención del Trabajador Social.....</i> | <i>61</i> |
| La intervención profesional..... | 64 |
| <i>El trabajo Social en residencias.....</i> | <i>69</i> |
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN..... | 71 |
| CONCLUSIONES..... | 90 |
| PROPUESTAS..... | 95 |
| ANEXO I..... | 103 |
| METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN..... | 103 |
| ANEXO II..... | 111 |
| MARCO INSTITUCIONAL DE LA INVESTIGACIÓN..... | 111 |
| <i>Características generales.....</i> | <i>111</i> |
| <i>Reseña histórica del hogar municipal de ancianos.....</i> | <i>112</i> |
| ESTRUCTURA INTERNA U ORGANIZACIONAL..... | 114 |

| | |
|----------------------------------|-----|
| ORGANIGRAMA FORMAL..... | 119 |
| ADMINISTRACIÓN..... | 121 |
| Administrador..... | 121 |
| EQUIPO TÉCNICO..... | 122 |
| Médicos..... | 122 |
| Servicio de enfermería..... | 122 |
| Supervisor de enfermería..... | 122 |
| Enfermeros..... | 123 |
| Auxiliares de enfermería..... | 124 |
| Terapistas ocupacionales..... | 124 |
| Psicólogo..... | 125 |
| Podóloga..... | 126 |
| Asistente Social..... | 126 |
| PERSONAL DE SERVICIO..... | 127 |
| Peluquería..... | 127 |
| Supervisor de mucamas..... | 127 |
| Mucamas..... | 128 |
| Encargado de lavadero..... | 128 |
| Mucamos del sector lavadero..... | 128 |
| Encargado de ropería..... | 129 |
| Mucamos de ropería..... | 129 |
| Cocina..... | 129 |
| Cocineras especializadas..... | 129 |
| Ayudantes de cocina..... | 130 |
| Personal de mantenimiento..... | 130 |
| BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA..... | 131 |

Introducción

Mar del Plata, con una gran cantidad de población envejecida, recibe la mayor cantidad de migrantes ancianos, provenientes de distintas provincias de la Argentina.

Para dar respuesta a las necesidades de esta población añosa, la ciudad consta de una cantidad considerable de instituciones dedicadas al cuidado de los ancianos.

La vida en estas residencias dista mucho de la vida familiar, por ello, la adaptación a la institución y la convivencia diaria son algunos de los obstáculos que se les presentan a los residentes de estas instituciones.

La situación mencionada anteriormente, motivó la realización de esta investigación. La misma tiene por objeto conocer los factores que influyen en la convivencia diaria de los ancianos autoválidos que residen en el Hogar Municipal de Ancianos de la ciudad de Mar del Plata, para una mejor comprensión de los problemas y necesidades de este grupo etario.

Después de explicitar los fundamentos y objetivos de la investigación, el primer capítulo versa sobre los aspectos relevantes que hacen al proceso de envejecer, el segundo capítulo caracteriza y describe las instituciones geriátricas, trata además del impacto de la institucionalización en los ancianos, en tercer lugar se menciona los distintos elementos que intervienen en el proceso de comunicación y su influencia en las interacciones humanas; el capítulo siguiente ubica la intervención en la problemática específica del trabajo con ancianos institucionalizados, el quinto capítulo analiza e interpreta la situación particular de los residentes del hogar municipal de ancianos, con respecto a la problemática “*factores de conflicto en la convivencia diaria*”; finalmente se presentan las conclusiones, reflexiones y propuestas factibles al tema que nos ocupa.

Fundamentación.

A partir de una pasantía llevada a cabo en el Hogar Municipal de Ancianos de la ciudad de Mar del Plata, surge en una primera aproximación, como problema relevante, los conflictos que surgen en la convivencia diaria.

Dentro de la amplia variedad de situaciones conflictivas, se pueden mencionar, la pérdida de distintas pertenencias, discusiones por la ocupación de ciertos espacio en el comedor o en el dormitorio, por la utilización del televisor, por rumores, por problemas sentimentales de pareja, posiciones antagónicas distintas, basadas en ciertas costumbres o hábitos, como por ejemplo dormir con la ventana abierta, dormir con animales en la habitación, comer de cierta manera, etc. Estas situaciones, motivaron a investigar los problemas con el objeto de identificar los elementos intervinientes, a fin de lograr una mejor comprensión de aquellas situaciones problemáticas que los aquejan.

Es pues a partir de una mejor comprensión de los factores que hacen a la situación como podemos responder a las necesidades y demandas de este importante grupo etario, de una manera viable y acertada.

La intervención se fundamentara en la premisa que sustenta que la calidad de vida, no sólo se logra satisfaciendo las necesidades más elementales como abrigo, alimentación, salud, vivienda, sino también posibilitando condiciones ambientales saludables y relaciones humanas satisfactorias.

El abordaje interdisciplinario de estas cuestiones será de suma importancia cuando la meta se dirija hacia la calidad de vida de los residentes.

Acerca del hogar: El hogar municipal de internación de esta ciudad cubre las necesidades básicas de 140 personas aproximadamente, registrándose una importante lista de espera, lo que hace pensar que la institución no alcanza a cubrir las demandas de la población.

Los requisitos para ingresar al hogar son: tener necesidades básicas insatisfechas y no contar con familiares capaces de hacerse cargo de ellos. En estos momentos cuenta con una población heterogénea, residen personas que toda o gran parte de su vida han sido pobres y otras que habiendo estado en una mejor situación llegaron a la vejez empobrecidos.

Hoy por hoy los ancianos representan una parte significativa de la población. En nuestra sociedad se ha producido una serie considerable de cambios que han traído consecuencias en la vida económica, política, social y cultural. Uno de los más importantes es el que se evidencia en la estructura poblacional: el número de ancianos se ha incrementado y se espera para los próximos años un aumento aún mayor, tanto en la cantidad como en la proporción de personas mayores; pasando hoy por hoy a representar una parte significativa de la población. Esto como consecuencia de la baja natalidad y del descenso de la mortalidad que está directamente relacionado con los avances científicos en materia de salud, haciendo posible una mayor expectativa de vida; hoy los individuos tienen mayores probabilidades de poder alcanzar edades más avanzadas.

Estos cambios en la estructura poblacional traen también, aparejados para la sociedad, otros tipos de modificaciones que tienen que ver con una mayor cantidad de personas que no aportan al sistema productivo, personas consideradas pasivas, y que al mismo tiempo significan nuevas demandas para el sistema social, las que deben ser satisfechas por los aportes de personas activas y de otros aportes.

La obra social para jubilados y pensionados atiende en Mar del Plata a 76.000 afiliados aproximadamente 1 que han aportado a la Caja Nacional de Previsión Social, extendiendo parte de sus servicios a mayores de 70 años y a ex combatientes de Malvinas, cubriéndoles sólo algunas de las necesidades básicas. La situación es más preocupante para aquellos que no han superado los 70 años y no reciben ingresos por jubilación y pensión, quedando también excluidos de la atención de PAMI. (Prestación Asistencial médico integral.)

Existen estereotipos que consideran a la vejez como una edad de rutina, pasividad, y de espera a la muerte, como un proceso desfavorable de deterioro ligado irremediablemente a la enfermedad y a la muerte. Es decir, una etapa en la que se pierden las capacidades creativas de aprender y en la que se presentan características poco flexibles y antisociales.

El anciano pasa a ser considerado una carga, tanto para el estado como para la familia misma, ya que no representa un elemento activo para el sistema productivo.

La familia también ha sufrido transformaciones. Las mujeres que antes eran las encargadas del cuidado de la familia, van delegando estas actividades puramente domésticas para insertarse al sistema laboral trayendo como consecuencias que ya no se cuida al anciano en el seno del hogar y se deleguen estas funciones a manos privadas y, en menor medida, a manos del estado.

Son las instituciones geriátricas u hogares para ancianos las que se encargan hoy del cuidado y bienestar de un gran número de personas mayores. Se estima que un 1,5 de la población total de la Argentina, mayor de 60 años se encuentran internados en instituciones geriátricas, mientras que en la ciudad de Mar del Plata este porcentaje asciende a un 2%.²

1 Datos suministrados por la U. G. L XI (P. A. M .I.) noviembre de 2003.

2 De los Reyes M, Roosé M, Buzeki M y otros. Internación geriátrica en Medicina y Sociedad. Volúmen 22 N 3 y 4 Julio- Diciembre del 1999.

La vida para aquellos ancianos transcurre en instituciones que suplantán el hogar familiar. Es en estas instituciones en donde aparecen una gran cantidad de problemas propios de la convivencia de distintas personas en un ambiente muy distinto a la vida familiar.

Mar del Plata no se halla exenta a estos cambios socio-demográficos. Según estimaciones del INDEC- CELADE la provincia de Bs. As. contará en el 2005 con un porcentaje de población de más de 65 años que gira alrededor de un 10,4 % de la población total.³ En tanto, el partido de General Pueyrredón en 1998 contaba con 613.000 habitantes de los cuales el 15,8%, es decir 144.000 personas (de 60 años o más), 97.000 corresponden a la ciudad de Mar del Plata. ⁵ Dicha ciudad pasó a ser considerada una ciudad con un enclave “obsolescente”⁶, por la baja tasa de natalidad y el aporte migratorio de población añosa. Es una de las ciudades del mundo con mayor cantidad de población envejecida y por ende una de las ciudades de la Argentina que dispone de un número importante de instituciones destinadas al cuidado de ancianos, como hogares geriátricos y hogares sustitutos, dentro de los mismos en el nivel privado (64 establecimientos geriátricos habilitados) y a nivel estatal, municipal, (dos hogares de día y un hogar de internación.)

3 INDEC-CELADE 1996

4 Departamento de Estadística Municipal 1997. Municipalidad del partido de Gral. Pueyrredón.

5 Fuente oficina del censo de los EEUU. Centro para la investigación internacional, base de datos internacional sobre el envejecimiento.

6 Golpe Laura, Lado Silvana y Pacenza María. Política social local: Una asignatura pendiente con la ancianidad? Material de la cátedra Psicología Comunitaria de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. 1996.

Objetivos

Analizar los factores que ocasionan conflictos, en la convivencia diaria, entre los residentes del Hogar Municipal de Ancianos de la ciudad de Mar del Plata.

Evaluar las implicancias de los factores de conflicto que intervienen en la convivencia de los ancianos institucionalizados en el Hogar Municipal de Ancianos de la ciudad de Mar del Plata.

Analizar la incidencia de la organización institucional en las situaciones conflictivas entre los residentes.

Aportar conocimientos, desde el Servicio Social, a fin de contribuir a la comprensión de las situaciones conflictivas, para una mejor intervención dentro de la institución.

Capítulo I

Envejecimiento y Vejez

El envejecimiento es un proceso individual, y a la vez universal cada persona envejece a distinto ritmo, difiere en cada una, y dependen de factores tales como el estado físico, psicológico, la situación económica y social.

En este sentido se han formulado explicaciones teóricas sobre las causas del envejecimiento diferencial; las mismas pueden dividirse en dos clases: las endógenas y las exógenas. Las primeras sostienen la existencia de factores de desgaste celular, las segundas dan importancia a las influencias ambientales, mediante éstas explican algunas de las causas diferenciales del envejecimiento; es así como algunos envejecen más rápido y quienes lo hacen más lento. Se pueden mencionar como influencias ambientales negativas, hábitos dañinos como el fumar, la consumición de bebidas alcohólicas, una inadecuada o insuficiente alimentación, descanso insuficiente, situación económica y social descanso insuficiente, etc.¹

El proceso es vivenciado de manera particular en cada individuo de acuerdo al grado de adaptación, a las condiciones cambiantes provenientes del propio organismo, del medio o de ambos; el carácter de este proceso dependerá de cómo se encaren y resuelvan los problemas que se le presentan y cómo se asuman los cambios y frustraciones.

¹ Fustinioni O. y Passanante, D. La tercera edad. Estudio integral. La prensa médica Bs. As. 1980.

Sexo, nivel de educación, personalidad, recursos económicos, experiencias previas, contención familiar, relaciones sociales, son también variables intervinientes que hacen que el proceso de envejecer difiera de una persona a otra.

La vejez, producto del envejecimiento, es una etapa de la vida normal y vital del ser humano.

Es una etapa en la que se producen cambios físicos, acompañados de cambios psicológicos y sociales, puesto que la persona no se encuentra aislada, sino que está inmersa en una sociedad a la que influye y es influido.

Los cambios no son repentinos, no existe una fecha determinada por la cual decimos que hemos entrado en la etapa de la vejez; las variaciones comienzan el mismo día en que nacemos y sólo finalizan con el fin de nuestras vidas.

Durante la senectud adulto mayor va perdiendo sus seres queridos y su status laboral, disminuyen sus ingresos, su salud, las capacidades físicas, la independencia, pero al mismo tiempo se encuentra en una etapa de concreciones, de mayor tiempo para el ocio, para otras actividades y para la adquisición de nuevos roles.

No todos están preparados para adaptarse a estos cambios; algunos pueden sustituir las pérdidas con nuevos roles, actividades y nuevas relaciones sociales. Otros en cambio, ante las pérdidas o cambios propios de esta etapa, no pueden lograr un ajuste satisfactorio y recurren a respuestas patológicas.

Las experiencias anteriores juegan un papel importante en la restitución de roles y actividades, puesto que aquellas personas que se han ajustado con éxito a otras situaciones difíciles de la vida, tienen mayores posibilidades de adaptarse satisfactoriamente. El grado de adaptación no depende solo del aprendizaje de experiencias anteriores, influyen otros factores

del aquí y ahora que son determinantes, como la situación económica, social y psicológica del sujeto.

Si bien las pérdidas durante esta etapa son inevitables y difíciles de superar, en tanto demandan mayor energía física y psíquica, no podemos omitir que los ancianos cuentan con la experiencia de haber vivido y superado otras situaciones problemáticas y difíciles.

En la superación de estos obstáculos la familia y los amigos juegan un papel importante como fuente de apoyo emocional.

La realidad nos demuestra que no todos los ancianos cuentan con esta importante fuente de ayuda, y es aquí donde la figura del Trabajador Social toma protagonismo ya sea para reforzar y estimular la acción de la familia o como figura de apoyo.

En nuestra sociedad, el término vejez es utilizado desde diversas concepciones:

a) **Vejez cronológica:** Es objetiva, pues todos los sujetos nacidos en el mismo año tienen la misma edad cronológica y conforman una unidad de análisis, cohorte, de gran utilidad para fines investigativos.

Los inconvenientes surgen, cuando se pretende generalizar solo sobre datos cronológicos; al corroborar la existencia de diferencias individuales provocadas por el impacto del tiempo, la salud, las condiciones de vida, etc. ocurridas a lo largo de la vida.

La edad cronológica es solo una variable más de análisis a tener en cuenta, pero aquello que nos brindará una completa información sobre el estado de la persona, no es solo la cantidad de tiempo vivido, sino la calidad del tiempo transcurrido, las vivencias pasadas y las condiciones del entorno ambiental .

b) **Vejez funcional:** La utilización de éste término, es producto de una concepción biomédica que ha sido inculcada tanto en la sociedad como en la comunidad científica, basada en la idea errónea que liga vejez con enfermedad física y deterioro cerebral.²

Pensar en la vejez en términos de funcionalidad limitada es caer en un reduccionismo equivocado, incapaz de considerar las posibilidades que tienen los individuos de desarrollar nuevas potencialidades, disfrutando plenamente de la vida.

c) **Etapa vital:** Esta concepción se sustenta en la creencia de que el individuo experimenta, con el transcurso de los años, una serie de cambios al igual que en otras etapas de la vida.³ “Posee ciertas limitaciones para el sujeto que, con el paso del tiempo, se van agudizando, especialmente en los últimos años de la vida, pero tiene, por otra parte, unos potenciales únicos y distintivos: serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia personal y social, que pueden compensar, si se utilizan adecuadamente, las limitaciones de esta etapa de la vida”⁴

Sucesos relevantes durante la vejez.

- 1) Retiro o jubilación.
- 2) Cambios físicos.
- 3) Cambios en el ciclo de vida familiar.
- 4) Cambios de relocalización de tipo comunal o habitacional.

² Monchiatti, Alicia. Envejecer y enfermar no son sinónimos. Material de cátedra Psicología del Desarrollo de la carrera Lic. En Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

³ Moragas, Ricardo. Gerontología Social. Ed. Herder. Barcelona España. 1991 Pág. 21-25

⁴ Moragas, Ricardo. Op. Citada Pág. 23

1) Retiro o jubilación:

La jubilación significa una interrupción repentina de las actividades laborales, llevadas a cabo por la persona durante un período de tiempo significativo de la vida. Dicha interrupción no está determinada por el individuo, sino por la sociedad, quien es la encargada de establecer su jubilación basada únicamente en la edad cronológica, sin tener en cuenta las condiciones físicas o psíquicas de la persona.

El trabajo ocupa una parte considerable de la vida de una persona; cada uno de los días está organizado de acuerdo a éste (Ej. cantidad de horas de descanso, horario de levantarse, tipo de indumentaria, hábitos alimentarios, etc.) Así como la vida está organizada de acuerdo al trabajo, el status otorgado por la actividad laboral determinará en gran parte las actividades y el modo de vida.

El impacto no sólo es social, sino también económico y emocional. La jubilación es un hecho trascendental en la vida de la persona, puesto que el trabajo le otorga independencia, autosuficiencia y la posibilidad de nuevas relaciones sociales. Desde el punto de vista emocional significa dejar de ser parte del sistema productivo, falta de autonomía e independencia; desde el punto de vista económico significa menores ingresos y, por lo tanto tener que adaptarse a un nivel de vida distinto en comparación con otras etapas de la vida.

El nivel de vida se ve afectado debido a que los ingresos son menores, se les plantea entonces buscar nuevos empleos, y es aquí cuando el anciano se siente frustrado ante una realidad con abismales índices de desempleo y empresarios que ante la gran oferta de mano de obra tienen en cuenta para la elección del personal la edad, entre otros factores. Es así como esta búsqueda pasa a ser negativa provocando un sentimiento de frustración.

En una sociedad donde la meta fundamental es ser parte del sistema productivo, una persona que no trabaja, en este caso un jubilado, es considerado como una carga social. Esto

provoca en la población anciana pérdida de autoestima (sentimientos negativos que el individuo experimenta sobre sí).

Investigaciones referidas a la vejez, sostienen la existencia de una relación estrecha entre jubilación y problemas de salud, siendo éstos últimos, producto de los sentimientos de pérdida, depresión y angustia posteriores al hecho de jubilarse.

Las reacciones del individuo frente a distintos acontecimientos ocurridos a lo largo de su vida dependen de la personalidad básica; esto explica como algunas personas envejecen positivamente mientras que otras lo hacen de manera negativa. Las primeras muestran actitudes variables, en tanto poseen recursos individuales, en cambio quienes envejecen negativamente, no cuentan con aptitudes, ni estrategias para enfrentar los cambios y pérdidas trascendentales. Pudiendo conllevar a situaciones de crisis personales y sociales.⁵

Cuando se ven obligados a abandonar sus puestos de trabajos pueden presentar problemas para adaptarse a la nueva situación. El retiro pasa a significar un aspecto negativo si la persona ya jubilada o que va a jubilarse, lo percibe como una situación que afecta nocivamente su autoestima, en tanto lleva a una pérdida de prestigio, que extenua y deteriora las relaciones con los colegas de trabajo.

El trabajo que es visto puramente como medio de subsistencia sin otras significaciones afectivas, puede abandonarse sin repercusiones negativas, en tanto quede garantizada, a posteriori del retiro, la subsistencia; en cambio, si el trabajo además de otorgarle recompensas económicas, le proporciona también una cierta satisfacción personal, contactos y relaciones sociales valoradas positivamente, se le presentará como una situación difícil de sobrellevar.

Influye también el modo como uno se involucra con su trabajo u ocupación. El que vive no sólo del trabajo, sino también para él, puede llegar a interesarse sólo en lo profesional, de

⁵ Kauffmann A, Benatar R. y frias R. Gestión de las residencias de tercera edad. Ed. Deusto España. Pág. 30-33

modo que dejen existir otras actividades más allá de las estrictamente laborales (hobbies-deportes). En este caso, abandonar el trabajo viene a ser una especie de “ruptura” que parte de su personalidad. Por tanto, es normal que se sienta incómodo, disconforme e impotente.⁶

La persona que se jubila atraviesa y enfrenta una serie de procesos internos, en relación a esto Krassolevitch (1982) cita una investigación realizada por Atchley donde describe el proceso de jubilación según distintas fases:

❖ Fase remota: Comprende desde el comienzo de la vida laboral hasta la el período próximo a la jubilación.

❖ Fase de cercanía: El individuo reconoce la necesidad de afrontar la proximidad real jubilación. Durante esta fase el individuo tiende a imaginar y en muchos casos a fantasear como será su vida de jubilado.

❖ Fase de luna de miel: Es la fase que procede inmediatamente a la jubilación. La persona se siente exaltado y dispuesto a disfrutar la libertad que le significar’a jubilación.

En caso de contar con recursos económicos algunos se disponen a realizar viajes, actividades deportivas y recreativas; cuando los recursos económicos son escasos ésta fase no es vivida tan intensamente.

La duración y la intensidad de ésta fase está íntimamente relacionada con los recursos disponibles del jubilado.

❖ Fase de desencanto: Luego de la euforia anterior, surge el descontento y en muchas ocasiones la depresión. Aquellos más propensos a padecerla son quienes reúnen una o varias de las siguientes características:

- “Pocas ocasiones después de las actividades de la fase anterior;
- escasos recursos económicos:

⁶ Arago, J. Aspectos psicosociales de la senectud. En Carretero, M. y otros. Psicología evolutiva 3 Ed. Alianza. Madrid. Pág. 300-302.

- estado de salud deficiente;
- implicarse de manera excesiva en el trabajo que desempeñaron;
- dependencia marcada de terceros;
- otras pérdidas de papeles, aparte del laboral;⁷
- traslados ya sea de una comunidad a otra, de la comunidad a una institución, o de

una institución a otra.

❖ Fase de reorientación: Esta etapa la alcanzarán quienes puedan sobrellevar la etapa anterior, encontrando actividades que reemplacen y ocupen el tiempo con el que cuentan.

❖ Fase de estabilidad: Las actividades forman parte de la rutina. Corresponde a un período más tranquilo y satisfactorio, que se extiende hasta la fase de terminación.⁸

Con mayor disponibilidad de tiempo para el ocio, algunos ancianos se ven imposibilitados de poder ocupar ese tiempo con actividades placenteras de interés, debido a que no disponen de ingresos suficientes.

Gran parte de éstos logran sobrellevar con éxito la jubilación ya que pueden sustituir ese tiempo que antes había sido dedicado al trabajo por nuevas actividades de ocio, en cambio para aquellos que en el período anterior a la vejez no desarrollaron actividades de ocio satisfactorias, la adaptación puede resultar mucho más compleja y traumática.

Necesitan sustituir ese tiempo dedicado antes al trabajo por otras actividades, ya sea en el ámbito individual o comunitario, que le permitan además de su participación e integración social, ocupar productivamente el tiempo del que disponen.

⁷ Krassolevitch, Miguel. Psicoterapia geriátrica. Fondo de Cultura Económica México 1998 Pág.50

⁸ Krassolevitch, Miguel Op. citada. Pág. 49-50

La jubilación también afecta las relaciones conyugales. La jubilación obliga a una serie de ajustes en las relaciones conyugales, ajuste que en algunas ocasiones puede provocar situaciones de crisis matrimonial.

Posterior a la jubilación, las funciones atribuidas por el hombre al hogar sufren modificaciones, el hombre pasa a ocupar un nuevo rol en la casa. Para la mujer la situación no cambia demasiado pues las tareas hogareñas, trabaje o no, siempre fueron de su competencia. Al jubilarse, el hombre pasa a ocupar un nuevo rol en la casa ya que se encuentra en ella, más cantidad de tiempo. El problema se le presenta cuando no puede encontrar un lugar y actividades que los hagan sentir cómodo. La mujer tampoco está acostumbrada a convivir todo el día con una persona a la que antes sólo veía a la hora de la comer y dormir.; ella también lo vive como una situación amenazante, invasora y en ocasiones molesta.

La situación resulta menos traumática en aquellos casos donde ambos cónyuges eran quienes sostenían económicamente la familia, de igual manera siempre se hace necesario un reajuste de los roles y relaciones conyugales.⁹

2) Cambios físicos:

Envejecer es un proceso normal y vital del ser humano, se producen como en otras etapas de la vida, cambios. Así como en la adolescencia el cuerpo se modifica, en la adultez y luego en la vejez también se producen cambios a nivel físico, psicológico y social.

Existen ciertos cambios que son inevitables e inherentes durante la vejez, pero la intensidad y el momento en que aparecen, no se manifiesta de forma homogénea e idéntica para cada persona. El deterioro biológico, las posibilidades de enfermarse, de tener dificultades motoras y sensoriales son cambios que no impiden que el individuo sea parte activa de la

⁹ Kauffmann, A, Benatar R. y frias R. Op. Citada. Pág. 43-44

sociedad; son las condiciones sociales, como el nivel de salud, educación, situación económica, situación familiar, sistemas de apoyo, nutrición, es decir todas las oportunidades que la sociedad le ofrezca como miembro de ella, las que vuelven adversa la situación, dificultándoseles sobrellevar los cambios en esta etapa.

En una vejez normal, sin intervención de enfermedades, pueden apreciarse una serie de cambios característicos de la vejez física o corporal. Entre éstos están los que se refieren a las células o a los tejidos. En lo que respecta a las primeras se puede observar, que los procesos de reproducción y división se tornan más lentos, de modo tal que no se alcanza a reparar en su totalidad la pérdida de aquellas células que van sucumbiendo por usura, desgaste, causas patológicas y lesiones. Al mismo tiempo que disminuyen las células y tejidos activos, aumentan los tejidos inertes como el fibroso o escleroso. Otro cambio que se produce en los tejidos y células de los gerontes es la aparición de sustancias inútiles a su actividad, que van infiltrando los citoplasmas (pigmentos, grasas, etc.). Igualmente las células epiteliales y las fibras elásticas son relevadas por tejido conjuntivo cuyo aumento constituye la esclerosis. Otra modificación que presentan los tejidos es la pérdida de agua.

Los órganos se atrofian, es decir, reduce su masa. Las funciones desempeñadas por estos órganos afectados sufren una disminución, la que no se evidencia en condiciones de vida normal, sólo cuando el organismo está expuesto a mayores esfuerzos, como por ejemplo exceso de ejercicio físico, enfermedad, situaciones estresantes, etc.

Los mecanismos de defensa y adaptación a las influencias ambientales que posee el organismo, tales como la homeostasis o equilibrio del medio interno, constituido por los líquidos extracelulares y especialmente por la sangre, que asegura que se mantengan constantes su composición químicas y sus propiedades físicas, gracias a procesos de autorregulación o como el de la inmunidad o formación de anticuerpos, sufren una declinación con el avance de la edad.

La función sexual también se ve afectada, siendo las mujeres quienes presentan con anterioridad esta declinación. Pues con la menopausia (entre 45 y 55 años aproximadamente) cesa la ovulación. El hombre en cambio, puede mantener su capacidad reproductiva hasta más allá de los setenta, aunque su potencial sexual pero su potencial sexual empieza a declinar antes, lo que se evidencia en la disminución de la fuerza y duración de las erecciones, aunque la libido persiste más allá y aún puede exacerbarse.

Éstos cambios producidos en las células, tejidos, órganos y funciones son las que evidencian el envejecimiento dando lugar a los llamados signos o atributos del envejecer, entre estos podemos mencionar: arrugas de la piel, canicie, calvicie, arco senil alrededor de la córnea, pérdida de los dientes encorvamiento y adelgazamiento, disminución de la voz y el cambio de su timbre, la disminución de la agudeza visual y auditiva, etc. A esto puede agregarse la disminución de la fuerza muscular y de la aptitud para ejercicios violentos y la sequedad de la piel.

El encorvamiento y la reducción de la talla son producto de la una reducción de altura de los cuerpos vertebrales y una degeneración y aplastamiento de los discos intervertebrales. A causa de la reducción de la masa muscular, la atrofia de los tejidos elásticos, la esclerosis de las articulaciones hacen que la caja torácica se haga más rígida y la capacidad respiratoria disminuya.

El sistema circulatorio también presenta modificaciones, los vasos sanguíneos van disminuyendo la elasticidad de sus paredes, con lo que la velocidad de la circulación resulta más lenta; las venas se dilatan por pérdida de elasticidad y dificultando el retorno de la sangre al corazón. La presión arterial aumenta en lo que se refiere a la máxima o sistólica y disminuye en lo que se refiere a la mínima, aumentando de este modo la diferencia entre ambas.

Los procesos digestivos se ven alterados por la atrofia de las glándulas elaboradoras de los jugos digestivos. Los riñones tienden a reducir su tamaño y a elaborar una orina menos concentrada.¹⁰

Es decir, los cambios involucran el aspecto físico, las capacidades, el funcionamiento de los distintos órganos del aparato locomotor, digestivo, perceptivo sensorial, aparato psíquico, de la inteligencia, memoria, etc. Los efectos más notables se refieren al aspecto físico y a las capacidades, tales como cambios faciales, de color del cabello, la postura, la fuerza muscular, la configuración general del cuerpo, las capacidades de ver y de oír. Estas transformaciones a nivel físico y biológico tienen connotaciones en el aspecto psicológico.

Todas estas modificaciones surgidas durante el proceso de envejecimiento, son características de la “vejez sana”, no obstante no se manifiestan en forma regular y armónica en todos los individuos. Es decir, si comparamos dos gerontes de la misma edad cronológica, estos pueden tener grandes disimilitudes entre sí en lo que refiere al envejecimiento biológico. Por ello se puede concluir que no siempre la edad cronológica coincide con la edad biológica

Cambios sensoriales.

Con el paso de los años la nitidez de la visión se va perdiendo y cuanto más avanzada es la edad, mayor es la pérdida de la visión y a esto se le agregan las dificultades de sensibilidad a la luz y al deslumbramiento, disminución del reflejo de parpadeo, menor poder de adaptación a la oscuridad y la luz, dificultad para discriminar colores similares, etc.¹¹ “Los ojos le permiten a las personas aumentar su conocimiento, control y maestría más allá del alcance de los dedos, por eso es probable que cualquier cambio de la visión se percibe como una amenaza”¹²; al igual

¹⁰ Fustinioni y Passante. Op. Citada. Pág. 25-29

¹¹ Kozier, Olivieri. Enfermería fundamental. Ed. Interamericana.

¹² Beaver M. y Millar Don A. “La práctica clínica del Trabajo Social con personas mayores. Intervención primaria, secundaria y terciaria.” Ed. Paidós. Pág. 36

que la visión los cambios en la audición también son significativos; se producen alteraciones en el oído interno y las vías neurales relacionadas. Las deficiencias en la audición afectan el proceso comunicativo y por ende las relaciones e interacciones sociales.

El anciano que padece de problemas de audición restringe sus interacciones sociales, la comunicación se vuelve compleja; a veces suele ser necesario pedirle a los demás que reiteren lo dicho, o que aumenten el tono de voz; esto provoca incomodidad en la persona y por ende la anulación de su intento de comunicarse, por el temor de sentirse frustrado. Se limitan las actividades sociales y el empleo del tiempo libre, de este modo comienza poco a poco a permanecer al margen de la vida social. Mas allá de los problemas reales de audición que afectan la comunicación existen estereotipos que la sociedad funda sobre los gerontes, se tiene la idea que suelen estar confundidos, que no comprenden, que no están dispuestos, etc. Ante estas situaciones el anciano puede experimentar depresión, frustración, retraimiento, apatía, soledad, etc.

El gusto y el olfato sufren modificaciones debido a que disminuyen las papilas gustativas y se atrofia el bulbo olfatorio.

La respiración se dificulta, la persona inhala menor cantidad de oxígeno debido a cambios músculoesqueléticos en la pared del pecho. El corazón pierde su capacidad y las arterias se adelgazan como consecuencia del engrosamiento de sus paredes disminuyendo así la circulación de la corriente sanguínea a los miembros y órganos del cuerpo.

Cambios psicológicos.

Inteligencia: Según Cattell se pueden distinguir dos tipos de inteligencia, la inteligencia fluida y la inteligencia cristalizada. La inteligencia fluida se refiere a la actitud fisiológica y neurológica para organizar la información y resolver problemas nuevos. Para medir el alcance de este tipo de inteligencia se tiene en cuenta la velocidad y la exactitud, en este sentido el

rendimiento de los ancianos es inferior al de los jóvenes. La inteligencia cristalizada es producto de la educación, los conocimientos adquiridos y la experiencia que recibe el individuo de la cultura a la que pertenece. Este tipo de inteligencia se adquiere durante el transcurso de la vida y los mejores resultados se observan en edades más avanzadas. Se mide de acuerdo a la capacidad de comprensión. Los mejores resultados se observan en edades más avanzadas.¹³

La disminución de la capacidad intelectual parece no tener relación con la edad cronológica sino más bien con las influencias del ambiente. El envejecimiento no necesariamente está relacionado con la pérdida de la inteligencia, son las influencias del medio las que determinan el nivel intelectual del anciano durante el envejecimiento; es mediante el medio donde se puede incorporar o adquirir habilidades que substituyan las pérdidas.

Memoria: Son múltiples las causas de las pérdidas de memoria. En el envejecimiento interviene el factor biológico (cambio o pérdida de las células cerebrales), falta de hábito de recordar y falta de motivación.

Según Teri y Cols (1997) en la relación entre memoria y envejecimiento intervienen distintos factores

- La educación, estando esta directamente relacionada con la calidad de vida, como así también con la forma de utilizar la memoria, lo que repercutirá en las capacidades cognitivas.

- La situación socioeconómica y cultural influye en el nivel de salud. Nuestro país cuenta con gran número de ancianos que no alcanzan a cubrir las necesidades básicas, son estos quienes tienen mayor probabilidad de padecer enfermedades, que en algunos casos no reciben el tratamiento oportuno y adecuado, aumentando esto, las posibilidades de padecer un más rápido deterioro cognitivo.

¹³ Moragas Op. Citada Pág. 70-71

- Y la situación emocional que los ancianos atraviesan. Esta se manifiesta con problemas de alcoholismo, depresión, ansiedad y baja autoestima pudiendo ser causantes de la declinación cognitiva durante la vejez.¹⁴

Aprendizaje: El anciano requiere para el aprendizaje mayor cantidad de tiempo, así como también motivación adecuada.

Atención: Cuando tiene que realizar dos tareas al mismo tiempo, las diferencias entre distintos grupos etarios, se evidencia solo cuando aumenta la dificultad de la tarea.

Atención sostenida: Durante la vejez, ante un aumento en los intervalos entre tareas, descienden los niveles atencionales.

Cambio de atención: Frente a distintas fuentes de información, no hay diferencias entre sujetos de distintas edades. Aunque aparece un mínimo declive al finalizar la 6ta. década de vida; este no se manifiesta de manera generalizada en toda la población anciana. Influyen los factores socioeconómicos, tales como la educación y la salud.

La edad como único factor de influencia es apenas un aspecto de la memoria denominada memoria a corto plazo. Ésta sufre algunas modificaciones; el pico de declinación más alto ocurre entre los 20 y 40 años, aunque está estrechamente relacionada al nivel de educación.¹⁵

Memoria de historia: Mecanismos cognitivos intervinientes en el recuerdo de historias, (Kinsth y Van Dijk.)¹⁶ Debido a que es casi imposible para la memoria retener toda la información de toda una historia, la memoria, pone en actividad mecanismos de memoria a largo plazo. Utiliza la memoria episódica, ésta guarda experiencias subjetivas de las distintas

¹⁴ Teri y Cols citado por Lombardo E. en Funcionamiento intelectual y envejecimiento. Pág. 12

¹⁵ Beaver M. y Millar Don A. Op. Citada Pág.40-44

¹⁶ Teri y Cols citado por Lombardo E. en Funcionamiento intelectual y envejecimiento. Pág. 20

historias de vida. Estas experiencias subjetivas van a ser guardadas en la memoria como improntas, a la espera de ser activadas ante situaciones similares.

Cuando se comparan los recuerdos de historias entre adultos y adultos mayores, los primeros recuerdan mayor número de proposiciones, en tanto los ancianos tuvieron mayor poder para resumir, al mismo tiempo que pudieron hacer relatos más subjetivos de las historias.

Los adultos siguen la misma estructura de texto que se les presenta, en cambio los ancianos pueden diferenciar los tópicos más importantes e incluir comentarios subjetivos personales, dando pie a que afloren las experiencias y representaciones mentales propias.

Ante limitaciones en los sistemas de memoria a corto plazo, los más añosos buscan otras estrategias para memorizar como es la utilización de la memoria episódica.¹⁷

3) Cambios en ciclo de vida familiar:

Se puede diferenciar la familia de procreación y la de orientación. La familia de procreación es aquella que se forma a partir de dos personas de distinto sexo y sangre, la integran además la de descendencia de estos; y la familia de orientación es aquella donde uno nace.

El nacimiento de una familia comienza con la unión de dos personas, quienes procrearan hijos que permanecerán en la familia de orientación, hasta llegar a la edad de formar nuevas familias de procreación.

La naturaleza humana comienza entonces con una familia no escogida y finaliza con una familia voluntaria.¹⁸

En la vida cotidiana los ancianos reciben apoyo, o se relacionan con la familia de procreación, pudiéndose extender hasta la cuarta o quinta generación.

¹⁷ Lombardo, Enrique. Funcionamiento intelectual y envejecimiento. Pág. 13

¹⁸ Moragas Op. Citada Pág. 131-132

Deben hacer frente a una serie de transiciones vitales, que acontecen dentro de la familia, tales como la marcha de los hijos del hogar, la pos-paternidad, la jubilación, la viudedad y la reubicación e internación. Paralelamente los roles de la familia también se ven modificadas según los distintos momentos por los que atraviesa.

En la edad tardía, la pareja ha terminado su edad fértil, los hijos ya adultos comienzan a abandonar el hogar, para pasar a formar parte de nuevas familias (familia de orientación). Esta situación para algunos padres puede provocar, tristeza y depresión mientras que para otros puede generar un alivio o una combinación de sentimientos contradictorios.

Esta etapa denominada pos-paternal, para muchos se convierte en una etapa que permite gozar y disfrutar de libertades, que en etapas anteriores han sido desplazadas por la prioridad de la crianza de los hijos.¹⁹

El rol de la familia en la satisfacción de necesidades

La familia satisface a sus componentes de las siguientes necesidades:

- 1- Necesidades físicas (alimento, vivienda, cuidado de la salud)
- 2- Necesidades psíquicas (autoestima, afecto, amor, equilibrio psíquico)
- 3- Necesidades sociales (identificación, relaciones, comunicación, pertenencia al grupo).

La familia tiene fundamental importancia en la alimentación del anciano, ella ejerce directamente control sobre la calidad, cantidad y regularidad de la ingesta de alimentos; el

¹⁹ Krassolevitch, Miguel. Op. Citada Pág. 43-44

anciano que se ve privado de una familia no siempre mantiene una dieta equilibrada y saludable, al mismo tiempo que se ve privado del espacio de socialización y de encuentro que genera la comida.

Ante la necesidad de defensa frente al medio ambiente la vivienda se constituye en una necesidad básica. Cuando se presentan problemas, en cuanto al lugar de residencia de los ancianos, la familia tiene un rol importante. La residencia de los hijos puede ser una de las soluciones posibles antes de pensar en hogares geriátricos. Se piensa en una institución geriátrica u hogares de ancianos, solo en caso de personas que carecen de familia, o en casos donde la familia no puede brindar alojamiento.

La familia tiene la obligación de velar por el bienestar de sus ancianos, siendo la salud el aspecto más relevante y necesario. El apoyo de la familia cobra importancia teniendo en cuenta que, en la ancianidad, existe una mayor posibilidad de padecer enfermedades, sumado a la complejidad de los sistemas actuales de salud, que hacen que el mismo necesite del apoyo de otras personas para su utilización.

Es también un deber moral amparado por la ley que, la familia, ayude económicamente a sus ancianos según la situación económica de ambos.

Si bien es cierto que actualmente los ingresos provenientes de jubilaciones o pensiones no son suficientes para cubrir las necesidades básicas, la situación económica del país (con un gran índice de desempleo), hace que la situación de ayuda se revierta; siendo los ancianos, con ingresos insuficientes pero estables, los que en muchas situaciones ayudan a sus hijos frente a esta situación, en un marco de ayuda mutua.

La familia como fuente de apoyo adquiere importancia en la adaptación e integración de los adultos mayores, significándole la continuidad de su existencia, sobre todo cuando es

necesaria la internación en instituciones. Las visitas, llamadas por teléfono, pueden demostrarle que no están solos, que tienen importancia y valor.²⁰

4) Cambios de relocalización de tipo comunal o habitacional:

En esta etapa de la vida las relocalizaciones pueden ser de la comunidad a la institución, interinstitucional, de un lugar a otro de la comunidad y en menor medida de la institución a la comunidad. El traslado de la comunidad a la institución es uno de los más contrastantes y por ende, el que más afecta la estabilidad, en cambio cuando solo lo que cambia es el ambiente físico y no el social, los efectos que provocan son menores.

La relocalización comunitaria en muchas ocasiones es voluntaria y no causa mayor impacto, a diferencia de la institucional, que por lo general, es en contra de la propia voluntad y ocasiona mayor dificultad de adaptación.

Enfermedades crónicas, discapacidades funcionales, soledad, falta de recursos, etc. obligan al individuo a abandonar el domicilio para trasladarse a una residencia para ancianos; situación que para los gerontes puede convertirse en una situación estresante.

La casa donde posiblemente vivió parte de su vida junto a sus seres queridos, es uno de los lugares más lleno de nostalgias y recuerdos; “abandonar” la casa y sus pertenencias para ingresar a una residencia supone además del estrés, tener que adaptarse a un lugar desconocido, donde él es el extraño, un lugar con normas que en ocasiones dista mucho de las costumbres y modos de vida propios. Deberá aprender a adaptarse, acatar órdenes, aprender a convivir con una cantidad importante de personas, cada una de las cuales es poseedora de costumbres, valores, hábitos, personalidades y vivencias personales distintas.²¹

²⁰ Sanchez Salgado Carmen. "Trabajo Social y vejez. Teoría e intervención. Ed. Hvmánitas Bs. AS. Pág. 137-141

²¹ Sanchez Salgado Op. Citada Pág. 83-84

La Institucionalización

Las instituciones geriátricas

Modelo institucional surgido en Europa en el S XVI con el objetivo de asilar a enfermos mentales, indigentes, desviados de la ley y ancianos. Eran instituciones cerradas caracterizadas por la rigidez, la uniformidad y la falta de privacidad. En sus orígenes estuvieron dirigidos por religiosas y estaban ubicados por lo general en sectores rurales o semi-rurales.

Hacia fines del S XIX y principios del S XX pasaron de manos religiosas a manos laicas, y de tener características puramente asistenciales y pos-penitenciarias a tener fines de rehabilitación; más recientemente, hace aproximadamente dos décadas atrás, sus acciones se dirigen hacia la promoción de la salud.

Actualmente los asilos se encuentran prácticamente extinguidos, siendo reemplazados por hogares o residencias, los cuales constituyen una alternativa más humanizada.

Para la Asociación Española de Geriatria y Gerontología las asociaciones geriátricas surgen en un momento histórico caracterizado por:

- Un gran número de ancianos debido al aumento en la esperanza de vida.
- Pérdida de protagonismo de la figura del anciano.

➤ Transformaciones sociales que repercuten en las familias, transformándose éstas en estructuras moleculares mínimas, donde el anciano ya no tiene un lugar importante como en la familia extendida.

➤ La reducción del tamaño de las viviendas debido a procesos de urbanización y encarecimiento del suelo.

➤ La incorporación de la mujer en el ámbito laboral y como consecuencia, el despojo de las funciones domésticas y de cuidado de la familia.

➤ La ausencia de planes y programas de prevención y de atención al anciano que contemple la inserción de estos a la sociedad como sujetos activos.¹

Características de las instituciones sociales

➤ En gran parte de las instituciones la vida del grupo colectivo toma mayor importancia que la individualidad.

➤ Albergan a más de 100 personas con habitaciones generales donde conviven entre 20 y 50 personas por lo que la privacidad se convierte en casi nula.

➤ Estas instituciones intentan reemplazar la cultura propia de la persona que ingresa. En el momento que el anciano ingresa deberá despojarse de su estilo de vida, sus costumbres, modo de ser, y de actuar, para ajustarse a las normas y rutina de actividades que rigen la institución.

➤ Participación: Más allá de las actividades que se realicen, la generalidad de los ancianos no participa por decisión propia.

¹ Salvarezza, Leopoldo. La vejez. Ed. Paidós. Bs. As. 1995 Pág. 357

➤ Todos los aspectos de la vida se desarrollan en un mismo lugar y bajo la misma autoridad única;

➤ Cada etapa de la actividad de los miembros se lleva a cabo en compañía inmediata de un gran número de otros a quienes se les da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan las mismas cosas;

➤ Todas las etapas de la vida están estrictamente programadas y las secuencias de actividades se imponen desde arriba, mediante un sistema de normas explícitas y un cuerpo de funcionarios.²

Como consecuencia el autoconcepto, en los ancianos institucionalizados en comparación con aquellos que continúan viviendo en el hogar familiar, se caracteriza por un descenso de la autoestima, una mayor degradación y menor expectativa con respecto a su posible capacidad para enfrentarse a circunstancias y a su mundo externo, pues han perdido su independencia desde el momento que no pueden controlar su propia vida; (la institucionalización los hará alejarse de sus vínculos sociales y afectivos y porque ven a la institución como el último paso, de la última etapa de la vida.).

Influirán además en el autoconcepto, las características de la personalidad, vivencias anteriores, la institución en particular y los servicios que esta le brinde al anciano.

² Goffman Erving. "Estigma. La identidad deteriorada". Ed. Amorrortu (Traducción Leonor Guinsberg) [1 era. Ed. en inglés 1963] Bs. As. 1968 Pág. 20-25.

Estrés organizativo

De acuerdo a la teoría de la adaptación propuesta por Hans Selye, el estrés representaría una respuesta adaptativa que el organismo crea, en su interacción con el medio ambiente (natural y social), frente a estímulos agresores.

Es decir nos referimos a “situaciones de tensión, que pueden traducirse en estados de angustia y ansiedad, creadas por factores externos, internos y la combinación de ambos, y que son vividos por los individuos, los grupos y las instituciones como una amenaza o agresión. En algunas ocasiones, no se cuenta con los elementos necesarios para poder afrontarla y responder de forma adecuada.”³ Las causas del estrés pueden estar referidas a características del trabajo, al entorno fuera del mismo o a características personales; puede originarse dentro de las organizaciones afectando a los individuos que la conforman por lo tanto se hace necesario ayudar a encontrar formas mediante las cuales la organización o los individuos puedan hacerle frente.

“El estrés puede estar generado por un conjunto de factores medio ambientales (incertidumbre por cambios en las normativas o legislación) y organizativos, en ocasiones íntimamente relacionados entre sí. En ocasiones ciertos tipos de personalidad, de los miembros de la organización, caracterizados por una capacidad de adaptación poco desarrollada, una escasa flexibilidad, reacciones exageradas ante situaciones habituales, etc., pueden ser un generador de estrés, no solamente para sí mismo sino, y sobre todo para la organización de la que forman parte.”⁴

El trabajo en condiciones estresantes conlleva a un detrimento del funcionamiento en el ámbito laboral. Por ende es necesario investigar si hay coincidencia entre los objetivos

organizativos y los individuales; pues la discrepancias o la incompatibilidad de intereses que exigen del individuo la renuncia de los objetivos personales a favor de la organización afecta de manera directa el funcionamiento organizacional.

Factores generadores de tensión en el ámbito laboral:

Ambigüedad del rol: Hace referencia a la situación en la cual la información que se suministra al personal sobre su tarea es incompleta o ambigua con respecto a la tarea que debe realizar (metas, métodos, recurso, normas, etc.)

Esta situación indefinida y poco clara sobre lo que se espera de él, puede provocar sentimientos de angustia y ansiedad.

Conflicto en el rol: Se produce cuando la información limitada por la organización, no coincide con los valores y funciones de la persona, provocando así situaciones de conflicto.

Podemos hablar de conflicto interno, cuando la persona ofrece resistencias ante algo que está en contra de sus valores, en tanto podemos denominar conflicto externo al que se enfrenta una persona cuando tiene que decidir a partir de órdenes opuestas, a quien complacer.

Sobrecarga de trabajo Debida a una cantidad insuficiente de personas, organización inadecuada del trabajo, reparto de tareas no equitativo. La sobrecarga de tareas en puede ocasionar conflictos entre el personal.

Factores individuales como un alto grado de exigencia, imposibilidad para delegar tareas y decisiones, desinterés por el trabajo que se realiza, competitividad, etc.

Juegos de poder: Donde importa más el amiguismo que los conocimientos, experiencia y formación para el trabajo. Esto puede ocasionar desmotivación o competitividad entre el personal sobre quien tiene mejores influencias. Esta situación provoca menor rendimiento en el trabajo y alejamiento de los objetivos de la organización.

³ Kaufmann, A, Benatar R. y Frías R. Gestión de las residencias de tercera edad. Ed. Deusto España. Pág. 77-78

Inadecuación en el estatus: Ocupar un lugar que supere las capacidades reales puede demandar una sobre exigencia que en situaciones constantes generará tensión, así como ocupar un lugar en la organización por debajo de las capacidades puede generar desinterés e insatisfacción.

“El éxito o fracaso en el trabajo no depende únicamente de los conocimientos y experiencia, sino también por los rasgos de la personalidad y por la gestión que el personal utiliza en la interacción con sus colaboradores y con el entorno de la organización.”⁵

Kaufmann distingue varios estilos de actuación, ligados a las distintas percepciones de los hechos que acontecen en la organización.

Actitud defensiva, frente a un entorno percibido como amenazante, se evidencia una actitud de sospecha y desconfianza, es decir una postura a la defensiva, el individuo se encuentra preparado para recibir retos, intimidación, apercibimientos, etc.

Cuando este estilo se encuentra en los mandos superiores se establece un poder centralizado en la cúspide, aquí los directivos, si bien consultan al personal, las opiniones de estos quedan sin tener en cuenta, considerando en el momento de las toma de decisiones solo las propias.

La sospecha y la duda garantizan a los directivos contar con información precisa, pero en el resto del personal produce pérdida de confianza, de iniciativa, desgaste y sentimientos de haber sido utilizado.

Necesidad de programación y conformidad con los métodos utilizados producto de la necesidad de perfeccionismo.

Quienes asumen este estilo, creen y necesitan, que todo esté previamente formulado, planificado y establecido; no contemplan imprevistos y por lo general presentan

⁴ Kaufmann, A, Benatar R. y Frías R. Op. Citada Pág. 89

⁵ Kaufmann, A, Benatar R. y Frías R. Op. Citada Pág. 90.

resistencias hacia cualquier cambio que pueda surgir. Esto permite mantener cierto control de las situaciones, evitando de este modo la inseguridad, ansiedad e incertidumbre que provoca lo desconocido.

Los directivos que participan d este tipo de actuación ejercen un estricto control mediante planes de acción, cronogramas de trabajo, evaluaciones, etc.

La extrema preocupación por la planificación de cada actividad conduce a posponer o evitar la toma de decisiones, por temor a cometer errores.

Los rangos inferiores no intervienen en la toma de decisiones, no tienen participación, ni cuentan con iniciativa, reflejándose esto en actitudes de enorme descontento hacia la organización y el trabajo.

Se caracteriza por una actuación impulsiva basada en intuiciones, sin tener en cuenta datos y hechos reales y concretos.

El accionar de los directivos bajo este estilo, es irreflexivo y compulsivo, la autoridad está centralizada en el director, sin la posibilidad de participación de los rangos inferiores.

Otro estilo lo constituyen aquellos que presentan inhibición para la acción, con actitudes de inseguridad y conservadurismo; generando este tipo de actitudes, apatía y pasividad en el ámbito laboral, resultado de la falta de motivación generalizada.⁶

⁶ Kaufmann A, Benatar R y Frias R Op. Citada Pág. 90-93

Traslado y estrés

El traslado puede significar para el anciano una situación estresante; generalmente puede estar asociado con el aislamiento social, conflicto e incompreensión familiar y falta de recursos económicos.

Considerando que los traslados significan situaciones difíciles, no todos los tipos de traslados generan las mismas reacciones en las personas ancianas.

De estos distintos tipos de traslados el que provoca un cambio más rotundo es el traslado de la comunidad a la institución, pues requerirá de mayor disposición para el cambio y mayor grado de ajuste.

Los traslados que contienen cambios menos rotundos, los moderados, no ocasionan conflictos y son en la mayoría de los casos positivos.

Si bien la mortalidad de los ancianos no parece tener relación directa con los traslados es importante al analizar el grado de mortalidad, tener siempre presente que factores como la edad, estado físico y mental, la preparación, el cambio ambiental y las redes de apoyo, tienen influencia.

En esta etapa de cambios y pérdidas, algunos deben hacer frente a la pérdida de la vivienda; se ven obligados a venderlas, por la imposibilidad de mantenerlas, debido a la disminución de los ingresos; debiendo entonces buscar otra nueva morada.

Con ingresos menores a los que habitualmente recibían durante la adultez, deberán adaptarse a un nivel de vida inferior. Es, en ese grado de contraste, entre el ayer y el hoy, donde encontramos los orígenes del descontento.

Al cambio de vivienda deberá sumarse el cambio de vecinos y el proceso de establecer nuevos amigos.⁷

⁷ Salvarezza, Leopoldo. “Psicogeriatría, teoría y clínica.” Ed. Paídos. Bs. As. 1988

Instituciones y calidad de vida

Dentro de las líneas de cambios propuestas con la finalidad de mejorar el funcionamiento de las organizaciones, podemos hallar la denominada “calidad total” que es una filosofía organizacional que tiene como fin la satisfacción del cliente a través de cambios en el funcionamiento de las distintas áreas de atención que forman parte de la organización.

Para ésta visión organizativa integral la atención debe girar en torno al cliente y sus necesidades, estará condicionado a las necesidades de los usuarios por lo que tendrá una característica dinámica, pues las necesidades no son estáticas, estas no solamente cambian permanentemente, sino que son sinérgicas es decir cuando satisfacen ciertas necesidades surgen otras nuevas de un nivel superior.

La calidad de la atención se halla directamente relacionada con valores, creencias, ideologías, los cuales forman parte de la cultura de la organizativa, marcando de este modo, el rumbo de la organización.

Cuando queremos lograr un cambio cultural debemos en primer lugar modificar aquellos elementos en los cuales se fundamentan y constituyen los lineamientos que rigen la institución, será pues la cultura organizativa la que marcará el rumbo de la organización.

“La modificación de patrones culturales en una organización es producto de varios factores concurrentes. No sólo son importantes la formación y la capacitación; algunas medidas, como nuevos estilos de dirección y métodos de gestión, son útiles también para provocar estos cambios, pero es la concepción acerca del propio cambio la que finalmente incidirá en él. Son los valores que sustentan la cultura organizacional los que deben ponerse en

juego para producir transformaciones trascendentales, ya que son ellos los que favorecerán la modificación de aquellos hábitos y comportamientos que impiden ir en esa dirección.”⁸

Cambios culturales necesarios para una gestión de calidad.

| Desde | A |
|--|--|
| Una incompleta o ambigua comprensión de los requerimientos del cliente. | Un enfoque sistemático para comprender y satisfacer las necesidades del cliente. |
| Una forma desestructurada de resolver los problemas y una toma de decisiones individualista. | Trabajar en equipo para resolver los problemas y tomar decisiones. |
| Un estilo de gestión con objetivos inciertos que infunden temor al posible fracaso. | Un estilo de gestión abierto con objetivos claros y consistentes que fomenten la solución de problemas y el trabajo en equipo. |
| Una estructura organizativa jerárquica con líneas rígidas de autoridad y de responsabilidad. | Una estructura organizativa plana que es más flexible y menos jerárquica. |
| Una organización preocupada en mantener el status quo. | Una organización centrada en la mejora continúa. |
| Una percepción de los mandos por parte | La percepción de los superiores como |

⁸ Zolotow, David. Los devenires de la ancianidad. Ed. Lumen Hvmánitas. Bs. As.2002. Pág. 43

| | |
|--|---|
| de los trabajadores como denominadores o policías. | formadores y facilitadores. |
| Una relación mandos-subordinados caracterizada por la dependencia el miedo y el control. | Una relación mandos subordinados caracterizada por la interdependencia, la confianza y el compromiso mutuo. |
| Basarse en el esfuerzo individual donde los trabajadores se ven a sí mismos como competidores. | Centrarse en el esfuerzo del conjunto, donde los trabajadores se ven a sí mismos como miembros del equipo. |
| Una obsesión gestora por los costes del trabajo y de la formación. | La percepción del trabajo como un bien y la formación como una inversión. |
| Considerar que la base primaria para la toma de decisiones son las buenas vibraciones y el instinto. | Tener como base primaria para las decisiones los datos y los sistemas. 9 |

Patrones culturales diferenciales entre una organización tradicional y otra orientada a la calidad y servicio.

| Tradicional. | Calidad y servicio. |
|--|--|
| La calidad está centrada en el servicio. | La calidad afecta a toda la organización, no únicamente a la unidad prestadora del servicio. |
| En la organización sólo importa el | Se crea una dinámica de cliente |

⁹ Zolotow, David. Op. Citada Pág. 145

| Usuario externo. | Externo-cliente interno. |
|--|--|
| El control de calidad depende de una unidad central. | El control de calidad es responsabilidad de toda la organización. |
| El control de calidad pretende detectar errores. | El control de calidad pretende evitar errores. |
| Cero errores. Hacerlo bien a la primera. | Hay tolerancia con los errores. |
| Cometer errores es sinónimo de falta y culpabilidad. | Comprensión con los errores. Las personas se equivocan y tienen la obligación de mejorar. |
| La calidad tiene un coste. | La no calidad tiene un coste. La calidad alivia el presupuesto. |
| Calidad significa inspección. | Calidad significa satisfacer al usuario. |
| La calidad se controla. | La calidad se diseña y construye. |
| Se gestiona por dirección. | Se gestiona participativamente. |
| Se gestiona centralizadamente. | Se gestiona por delegación. |
| El jefe tiene la información. La información se consigue. | La información se comparte. |
| Se fomenta el individualismo. | Se fomenta un equipo formado por personas. |
| Se insiste en las certidumbres. | Se buscan las convicciones. |
| Se usa la fuerza del poder. | Se confía en la negociación. |
| Los problemas se solucionan con normas y reglamentos. | La autonomía personal, la creatividad, y la imaginación son importantes para resolver los problemas. |

| | |
|--|---|
| Las necesidades de los usuarios las interpretan únicamente los dirigentes. | Todos los miembros de la organización procuran comprender cuales son las necesidades de los usuarios. ¹⁰ |
|--|---|

Cuando lo queremos lograr es una transformación en la organización debemos apuntar a modificar los valores culturales en tanto son estos los que favorecen los cambios de hábitos y de comportamientos.

Indicadores para evaluar hogares de ancianos

Comprendemos a la institución como un sistema cuyas partes interactúan entre sí y donde la modificación en una de sus partes afecta la totalidad del sistema.

Las personas conforman la institución, esta a su vez es una entidad existente que conforma, por esto podemos decir que es algo instituido y algo que instituye.

“Del interjuego entre los instituido y lo instituyente se pueden conformar instituciones orientadas a la salud o a la enfermedad, en el caso de hogares de ancianos, la pasividad, la despersonalización y el quietismo van a configurar estructuras enfermantes, en cambio la actividad, la participación, el respeto a la identidad, constituyen estructuras que apuntan a la salud.”¹¹

Los siguientes corresponden a indicadores y dimensiones de gran utilidad para evaluar las distintas modalidades de actuación de las instituciones, al mismo tiempo permiten realizar acciones tendientes a realizar las transformaciones necesarias.

¹⁰ Zolotow, David. Op. Citada Pág.146

¹¹ Zolotow, David. Op. Citada Pág.176

Para Zolotow David dichas dimensiones son presentadas como polos opuestos solo a manera ilustrativa, es menester aclarar que en la práctica no siempre encontramos instituciones que representen formas puras de ambos polos, existiendo formas intermedias entre ambos.

| Sistema enfermante. | Sistema saludable. |
|---|---|
| Aspectos organizativos. | |
| El residente se adapta a la institución, la organización y la estructura, son más importantes que las personas. | El hogar se adapta a la organización de acuerdo a las necesidades, inquietudes y posibilidades de los residentes. |
| No hay diferencias de planos y de problemas, todo es de igual importancia. | Clara diferenciación. Lo principal es la atención del anciano, otros problemas son secundarios. |
| La conducción es centralizada y rígida. | Se tiende a la descentralización, a la flexibilidad organizativa. |
| Imposibilidad de conocer planificaciones y ordenamientos de horarios y actividades especiales. | Las actividades y tareas comunes y especiales están ordenadas y son conocidas por todos. |
| No existen reuniones donde participen residentes, empleados, profesionales, familiares, etc. La institución se compone de compartimientos estancos. | Hay asambleas donde participan todos, y reuniones por áreas. El criterio es de una comunidad integrada, en funcionamiento, y se considera la opinión de los residentes. |

| Criterios de funcionamiento. | |
|---|---|
| Incapacidad para la visión conjunta de las áreas y de disposición para abarcar distintos puntos de vista. | Hay capacidad para una visión global, interdependiente y para intercambiar distintas opiniones. |
| No se realiza trabajo de admisión en la institución. | Un equipo interdisciplinario evalúa, diagnostica, sugiere y orienta las opciones más pertinentes. |
| Se evita el tratar determinados problemas y temas, por Ej. Sexualidad, muerte, conflictos, etc. | No hay temas tabú, la sexualidad y la muerte son un aspecto más de la vida cotidiana. |
| Existen convicciones rígidas, falta de auto-cuestionamiento. | Convicciones flexibles, compartidas. Fundamentos científicos y tecnológicos, enriquecimiento personal y profesional. |
| Se cortan los lazos con el exterior, el hogar se aísla, se cierra sobre si mismo. | El hogar está abierto a la comunidad, el trabajo con familiares, vecino, amigos es constante, se estimula la socialización. |
| Actitudes con los residentes. | |
| El trato es impersonal, generalizado, venga, vaya, tenga, querido, abuelo, etc. | Cada uno es llamado por su nombre, se preserva la identidad y se respeta la singularidad. |
| Los residentes no son consultados, se alienta a la pasividad y a la quietud. | Se crean vías de participación y de consulta. Se fomenta la participación, se |

| | |
|--|--|
| | respeto la independencia. |
| Se ofrecen pocas actividades y se los obliga a participar. | Hay variedad de propuestas y se invita y motiva de acuerdo a las características e inquietudes de cada uno. |
| Ambiente físico. | |
| Espacios físicos descuidados, sucios, deteriorados, faltos de ventilación e iluminación. | Ambientes cálidos, limpios, agradables, ventilados y muy iluminados |
| Falta de espacios privados, habitaciones sin puertas. | Espacios abiertos y privados, respeto por la intimidad. |
| Falta de señalización adecuada para ubicar personas, lugares o actividades. | Existen señalizaciones y diagramas que ayudan y orientan en la ubicación espacial. |
| Falta de elementos para facilitar un adecuado desempeño de las capacidades funcionales. | Existen rampas, puertas corredizas, elevación de inodoros, manijas, pasamanos, iluminación nocturna, eliminación de barreras arquitectónicas, etc. |
| Personal | |
| Ninguno realiza tareas por propia iniciativa, se esperan directivas. | Las tareas están programadas pero hay espacios para la creación e imaginación. |
| Cada uno trabaja por su cuenta, aislado. | Complementación y coherencia en los trabajos, coordinación entre las |

| | |
|--|---|
| | diferentes áreas. |
| El clima de hostilidad, descalificaciones y castigos | Intentos de comprender al otro, discusiones necesarias que no impliquen agresiones, clima de cooperación. |
| Mala comunicación, malos entendidos, retaceos de información. | Comunicación amplia, cara a cara, discrepancias conservadas y debatidas, todos se enteran de lo que pasa. |
| No hay capacitación ni estímulos acordes, ni remuneración adecuada. | Todo el personal es capacitado y estimulado en su desarrollo, la remuneración es adecuada. |
| No hay espacios ni ámbitos donde tratar problemas del personal, por área de trabajo o en conjunto. | Existen reuniones habituales, de todo el personal y por área de trabajo. ¹² |

¹² Zolotow, David. Op. Citada. Pág. 177-183

Elementos de la Comunicación e

Interacciones Humanas

El proceso de comunicación

La comunicación se puede definir como un proceso, caracterizado por intervención de por lo menos un receptor y un emisor, a partir de los cuales circulan mensajes por diferentes canales.

En este proceso de transmisión de mensajes, no es fácil comprender las relaciones que se establecen entre un hecho y su medio o contexto. Si solo se tiene en cuenta la conducta aislada estaríamos tratando de comprender un hecho a medias y caeríamos entonces en la incomprensión. La comprensión de los fenómenos debe buscarse entre las relaciones entre una conducta y los efectos de estas sobre los demás y entre estas y su contexto.

La comunicación puede ser:

- ❖ Verbal, (por medio de palabras.
- ❖ Para verbal (tonos, volumen, etc.)
- ❖ No verbal (gestos, posturas, distancia física,)

Axiomas de la comunicación:

“No es posible no comunicarse.”¹

Partiendo del supuesto que el ser humano, no puede, no comportarse y que su conducta siempre comunica algo, inferimos que un hombre, no puede, no comunicarse.

“En toda comunicación coexisten dos aspectos, el referencial y el conativo”.

El aspecto referencial, transmite información, es decir corresponde al contenido del mensaje. El aspecto conativo define la relación, es decir se refiere al tipo de mensaje que debe entenderse que es.

Cuando existe un intercambio de mensajes entre comunicante se puede decir que se establece una interacción. En dicha interacción cada participante establece la puntuación de la secuencia de hechos.

Las diferencias entre los participantes, sobre quien define la secuencia de hechos es causa de conflictos.

El ser humano utiliza para comunicarse tanto el modo digital como el analógico.

El modo digital se refiere a lo verbal y el modo analógico a lo no verbal, es decir gestos, posturas, tono de voz, expresión facial, ritmo, etc.

El aspecto de contenido se transmite por medio de la comunicación digital y el de relación principalmente por el modo analógico. En cada mensaje, ambos aspectos se complementan mutuamente.

¹ Watzlawick y otros. Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas. Ed. Tiempo contemporáneo. Argentina. 1971 Pág. 49

Gran parte de los conflictos que giran en torno a la comunicación están relacionados con la imprecisión que puede existir en la traducción de un modo al otro.

Las interacciones pueden ser simétricas o complementarias:

Son simétricas, las relaciones basadas en la igualdad, en cambio las complementarias están basadas en un máximo de diferencias. Uno de los participantes posee la posición primaria o superior y el otro una posición inferior.

Puntuación de la secuencia de hechos:

Las discrepancias en cuanto a las puntuaciones de las secuencias de hechos tiene lugar en todos aquellos casos en que por lo menos uno de los comunicantes no cuenta con la misma cantidad de información, que el otro, pero este, no lo sabe.

Causa efecto:

La puntuación de la secuencia de hechos, puede ser causa de conflictos, las discrepancias se refieren a cual es la causa y cual el efecto de determinadas conductas.

Para "A" su conducta es el efecto de la conducta de "B", mientras que para B, sus conductas son también efecto de la conducta de "A".

El desacuerdo en la puntuación de la secuencia de hechos puede ser causa de problemas que hacen a la naturaleza de la relación, conllevando al surgimiento de conflictos interpersonales. Otra causa de conflictos es la que se origina en la traducción del modo analógico al digital. Los mensajes emitidos analógicamente pueden ser interpretados de modos diversos, pudiendo resultar, la traducción, muy distinta a lo que el emisor intentaba comunicar. Comunicarse analógicamente puede resultar difícil. Tanto para el emisor como el receptor, traducirán los mensajes de acuerdo a la propia imagen sobre la naturaleza de la relación.²

² Watzlawick y otros. Op. Citada. Pág. 49-71

Interacciones humanas

El hombre, entendido como ser social, posee la necesidad natural de interactuar con los diversos grupos de su entorno y formar parte de ellos. En esta interacción funciona como integrante de un grupo en el que ejecuta múltiples roles como ser humano único.

Tomando la definición dada por Tamotsu Shibutani que considera a las relaciones interpersonales como “orientaciones mutuas que se desarrollan y cristalizan entre los individuos que mantienen un contacto frecuente;”³ el carácter de éstas dependerá, de las características de personalidad de cada una de las partes intervinientes. También estarán sujetos a la misma dependencia los derechos y obligaciones de las partes que conforman la red de relaciones.

Aunque no hay dos redes de relaciones iguales, podemos decir que existen diversos números de contextos, donde las personas con características semejantes responden de igual manera a un trato análogo. Se originan así diferentes roles típicos que responden a una diversidad de situaciones entre los miembros tales como el de búsqueda de poder, equidad, justicia, etc. Entre los roles más comunes se hallan el de líder, seguidor, héroe, protector, justiciero, mediador, etc., los que surgirán de las distintas situaciones desencadenantes. Cada uno de estos roles estará condicionado entonces por los atributos personales, así como también por el contexto situacional.⁴

La unidad de estudio de las relaciones interpersonales, son los sentimientos; mediante los cuales las personas se aproximan, se protegen, organizan o actúan con referencia a los demás.

Los sentimientos implican una evaluación de las personificaciones. La respuesta hacia el otro, está sujeta al reconocimiento de las emociones que realicemos, de esta manera nos

³ Tamotsu Shibutani. Sociedad y personalidad una aproximación interaccionista a la Psicología Social. (Versión Castellana de Carlos Saltzmann) Ed. Paidós. Bs. As. 1961 Pág. 303

⁴ Tamotsu Shibutani. Op. Citada Pág. 304-330

formamos una impresión, una imagen que responderá a nuestro diagnóstico sobre los distintos aspectos observados.

Las personificaciones se constituyen a través de la imputación de motivos, la elección de éstos se verá estrechamente influida por los distintos tipos de personalidad; es por ello la existencia de diferentes tipos de personificaciones. La atribución de motivos implica hacer inferencia sobre las experiencias internas de la otra persona. Asimismo, los sentimientos hacia demás difieren según los individuos ya que cada persona atribuirá motivos diferentes al observar una misma situación.

La intensidad de los sentimientos dependerá más del sujeto que percibe que del objeto percibido.

Sólo podemos sostener una empatía hacia el otro en la medida en que podamos proyectar nuestras propias experiencias, por ejemplo una persona egoísta, no podrá comprender un acto de generosidad, buscará en respuesta motivos ulteriores.

De esta forma el modo de percibir al otro se verá influenciado por la concepción que éste tenga de la propia naturaleza humana; así como una persona, que cree que todos los hombres son generosos por naturaleza, no podrá interpretar ningún acto de otra persona como origen de un sentimiento egoísta.

La imagen que percibida acerca del otro se hallará directamente limitada por la idea que se tiene de sí mismo. En la medida que podamos aceptarnos nosotros mismos, podremos aceptar y apreciar a los otros.

Desde el condicionamiento clásico la atracción dependerá de la asociación a experiencias agradables. De acuerdo a esto, sentiremos rechazo a todo lo que asociemos a experiencias desagradables en tanto sentiremos atracción a todo aquello que asociemos a experiencias agradables.

En la atracción personal, se pueden distinguir varios factores influyentes:

❖ Proximidad. La proximidad física puede aumentar la familiaridad y por ende aumentar la atracción.

La exposición ante un estímulo positivo o neutro conlleva a una mayor atracción, no sucede lo mismo cuando el estímulo es negativo, entonces la proximidad incrementará el rechazo. Lo anterior se fundamenta en que cuanto más conocemos a una persona, tenemos mayor contacto, de manera que podemos comprender y predecir su conducta.

❖ En los primeros encuentros las características físicas influyen en la existencia o no de otros eventuales contactos. De la misma manera, hay otros atributos socialmente valorados, que por lo general, hacen referencia a cualidades que nos benefician.

❖ Semejanza. La atracción aumenta en tanto aumentan las semejanzas. Las personas semejantes en cuanto a procedencia, gustos, creencias, estilos, religión, pensamientos, etc. tienden a atraerse mutuamente.⁵

⁵ Morales Francisco, Reboloso Enrique y otros. Psicología Social. (Coordinador Franco Morales) Ed. Mc. Graw: Hill. España 1964 Pág, 110-118

La personalidad

La personalidad: "Comprende características individuales, formas de ser, estilos de vida, todo lo cual puede resumirse en lo único de cada persona"⁶, es el resultado de las influencias individuales y del medio social.

Según sustenta Krassoievitch, la energía psíquica del yo descende, es decir se atraviesa por una disminución de los recursos energéticos, recursos estos necesarios para afrontar los problemas y conflictos tanto internos como externos. Como resultado de esto, el sujeto cuenta con insuficientes mecanismos de defensa, pudiendo provocar descompensaciones. Otra consecuencia sería que el sujeto tenga que seleccionar aquellos asuntos considerados más urgentes, priorizando algunos en detrimento de otros. Un tercer aspecto se desarrolla entre las fuerzas biológicas y los recursos para satisfacerlas, cuando estos últimos están disminuidos.

Inmerso en esta serie de conflictos internos y externos el anciano puede ver amenazado su autoestima. La amenaza aparece cuando deben enfrentarse a tres tipos de hechos:

Pérdidas asociadas al proceso de envejecer. (de seres queridos, de capacidades, etc.)

Agresiones externas.

Restricciones resultantes de fuerzas externas que impiden la satisfacción de los impulsos y deseos. (Enfermedades físicas, angustias, depresiones, temores, actitudes de la familia y de la sociedad)⁷

⁶ Moragas Ricardo. Gerontología Social. Envejecimiento y calidad de vida. Ed. Herder Barcelona 1991 Pág. 78

⁷ Krassoievitch Miguel citado en Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. El adulto mayor en América Latina. Sus problemas médico sociales. México 1995

La mayor parte de los cambios están relacionados con los sucesos en los que se ve envuelta la persona que envejece: disponibilidad de tiempo, cambio de roles y cambios funcionales. Es por ello que los ancianos que logran adaptarse con éxito sustituyendo roles y actividades no presentan cambios importantes en la personalidad.

Tipos de personalidad

1) “El maduro, estable, bien integrado, que disfruta con lo que la vida le proporciona; 2) el pasivo, señor de la mecedora, voluntariamente desacoplado y satisfecho porque al fin puede descansar; 3) el defensivo, activo, rígido, disciplinado e individualista, que se remonta un sinnúmero de actividades porque no puede soportar la inactividad...”⁸ Estas personalidades se ajustan al proceso de envejecer, pero existen otros dos tipos de personalidad que no se ajustan

4) El colérico que culpa a los demás y les hace responsable de sus frustraciones y limitaciones...5) el auto agresivo, mal ajustado, que se odia a sí mismo, deprimido y aislado ...”⁹

De acuerdo a la clasificación de Havighurst (1968), en la cual calificó a las personas de acuerdo a tres factores: personalidad, grado de actividad y sensación de satisfacción por la vida, a partir de dicho estudio llegó a la conclusión de que existen ocho patrones generales de envejecimiento.

⁸ Moragas Ricardo. Op. Citada. Pág. 80

⁹ Moragas Ricardo Op. Citada Pág. 80.

Categorías de ancianos

- 1) "Reorganizadores: Mantienen un elevado grado de actividad, sustituyendo los roles perdidos por otros nuevos.
- 2) Focalizados: La satisfacción por la vida radica en mantener un nivel medio de actividad de y concentrarse en actividades de interés para ellos.
- 3) Desocupados: Disfrutan de la posibilidad de disponer de más tiempo y menos responsabilidades.
- 4) Persistentes: Controlan las ansiedades del envejecimiento, manteniendo las actividades de la edad media.
- 5) Insuficientes: Poseen un escaso grado de satisfacción vital, solo realizan las actividades necesarias para la vida.
- 6) Buscadores de ayuda: Mantienen un alto grado de dependencia por la que se ven gratificados.
- 7) Apáticos: No pueden satisfacer sus propias necesidades, el grado de actividad es escaso y presentan muy pocos intereses.
- 8) Desorganizados: Se caracterizan por un escaso grado de actividad y un escaso o bajo o grado satisfacción de la vida."¹⁰

¹⁰ Moragas Ricardo Op. Citada Pág. 80.

Conflictos

Podemos considerar a la sociedad como un sistema cuyas partes conforman múltiples subsistemas interrelacionados. Cuando los elementos de estos sistemas se atraen, las interacciones entre ambos se denominan atrayentes o atractoras y cuando dichas partes se repelen; es decir cuando prima los antagonismos, puede aparecer el conflicto.

El conflicto se origina en la lucha entre por lo menos dos partes, que en algún sector son incompatibles. Esta incompatibilidad rompe el equilibrio del sistema surgiendo el conflicto.¹¹ Las partes que intervienen en la co-construcción del conflicto están involucradas pero no necesariamente con consentimiento.

Clasificación de conflictos

1) En función del elemento agresividad.

- a) Agresivos.
- b) No agresivos.

2) En función del elemento interés por el otro.

- a) Cooperación: Está asociada por un alto interés por uno y por el otro.
- b) Acomodación: Se caracteriza por un bajo interés por uno y por el otro.
- c) Competición: Se caracteriza por un alto interés por uno y un bajo interés por el otro.

¹¹ De Bono Eduard. Conflicto una mejor manera de resolverlos Ed. Sudamérica Planeta. Bs. As. 1985 Pág. 72

d) Evitación del conflicto: Predomina un bajo interés por ambos.

3) En función del elemento conducción.

El elemento principal es la forma en como se conduce, gerencia o maneja el conflicto.

Conducción destructiva de conflictos. Existe la aniquilación de por lo menos una de las partes.

- a) Dominación: Una de las partes intenta imponer se ya sea por medios físicos o psicológicos.
- b) Capitulación: La victoria es cedida por una de las partes.
- c) Inacción: Una parte no aparenta o no hace nada.
- d) Retirada: Una parte se retira del conflicto.
- e) Competición: Las dos partes quieren imponer su opinión.

4) En función del elemento partes intervinientes.

Negociación: Cuando intervienen solo las partes se denomina negociación.

Cuando las partes están atascadas y no es posible negociar, son beneficiosas, distintas formas de intervención.

Mediación: Interviene una tercera parte para que se puedan recomenzar las negociaciones.

Arbitraje: Interviene un arbitro, cuya opinión es vinculante para las partes.

Judicación: Interviene un arbitro, pero de manera más formal.

5) En función del elemento contenido.

Conflictos de objetivos: Está centrado en la meta a la que quieren llegar. El conflicto se origina ya sea porque las dos partes quieren lo mismo o porque tienen intereses opuestos.

Conflicto de valores: La posición de las partes se basa en valores diferentes.

Conflicto de creencias: La posición de cada una de las partes se basa en las creencias de cada una de las partes.

Conflicto de principios: Se entiende por principios "Pautas implícitas o explícitas para la adopción de decisiones"¹² es decir lo que supuestamente guía la conducta, son considerados como valores embazados.¹³

¹² Suarez, Marínés Mediación. Conducción de disputas, comunicación y técnicas. Ed. Paidós. Bs. As. [1 era. Edición 1996] reimpresión 1997. Bs. As.

¹³ Op. Citada. Pág. 23-32

El Trabajo Social

Intervención del Trabajador Social

El Hogar Municipal de ancianos de la ciudad de Mar del Plata constituye el único hogar de internación, a nivel estatal, del partido de Gral. Pueyrredón destinado a ancianos carentes de recursos económicos y sociales, tiene como objetivo central satisfacer las necesidades básicas de sus residentes.

En dicha institución la labor fundamental del Trabajador Social debe apuntar a la satisfacción de las necesidades no solo de aquellas a las que Maslow denomina fisiológicas, ubicadas en la base de la pirámide de necesidades, sino también debe apuntar a las necesidades superiores tales como amor y pertenencia, autoestima y autorrealización. Es decir aquellas necesidades denominadas por Max Neef como existenciales (ser, tener, hacer y estar), como así también de las necesidades axiológicas (subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, recreación, identidad, y libertad.)

Sabemos que la insatisfacción de las necesidades básicas provoca un aumento en los niveles de ansiedad, conllevando a situaciones patológicas de agresión, violencia, estrés, depresión, etc.

En el Hogar Municipal de Ancianos como en otras instituciones donde conviven un número importante de personas carentes de recursos económicos y sociales; surgen durante la

convivencia diaria multiplicidad de situaciones conflictivas, situaciones que son el reflejo de la insatisfacción de necesidades humanas.

Dichos problemas necesitan ser abordados por el Trabajo Social mediante un trabajo conjunto con otras disciplinas.

En este sentido Alberto Dieguez define al Trabajo Social como una disciplina científica que “se centra en una relación de ayuda a personas que atraviesan problemas. Esta relación de ayuda se refiere a un esfuerzo comunicacional e interaccional con otra u otras personas, para contribuir a identificar y modificar procesos de pensamiento, sentimiento y acción, descubriendo el sentido único y particular de cada situación, en un rol ambivalente de regulador de tensiones y revelador de contradicciones.”¹(Dieguez Alberto 1992.)

Partirá de la comprensión integral del sujeto en el contexto del ambiente, como un ser bio-psico-social, teniendo siempre en cuenta el pasado histórico del sujeto, así como también el aquí y ahora. La acción profesional surgirá de la investigación y análisis de factores externos del sujeto, es decir, aspectos observables, así como también aspectos internos, como sentimientos, actitudes, emociones, necesidades, comportamientos, etc.

La comprensión del otro, para la búsqueda conjunta de soluciones, se lleva a cabo en un marco de relación profesional que privilegia la aceptación, confianza, estímulo y apoyo.

El trabajo Social valora al hombre como un ser pensante, con capacidades inteligentes, capacidades estas que en algunas ocasiones pueden estar bloqueadas, por lo que es necesario, la ayuda externa que puede brindar un Trabajador Social.⁴⁰

Partiendo de esta consideración, interviene en la resolución y transformación de situaciones problemas, decostruyendo de forma conjunta con los protagonistas y al mismo tiempo construyendo una situación superadora, nueva. Este proceso participativo de

¹Dieguez, Alberto Apuntes de la cátedra Metodología Servicio Social Comunidad. 1996.

decostrucción y construcción se lleva a cabo mediante un proceso de comunicación que privilegia el diálogo y la relación.²

Siendo la persona el centro de actuación profesional, el medio más importante de acercamiento con el otro, pasa a ser la comunicación, utilizando la entrevista como una herramienta fundamental para conocer y comprender al sujeto con sus problemas y necesidades, al mismo tiempo que permitirá la formulación de un diagnóstico y evaluación conjunta, con el objeto de encontrar las soluciones más viables y acertadas.

La práctica profesional está enmarcada en los siguientes principios del Trabajo Social expuestos por Carlos Eroles.

“Dignidad humana, libertad, autodeterminación y autogestión. Sobre ellos se asienta la doctrina de los derechos humanos y constituye la base sustantiva de la democracia pluralista y participativa.”³

La defensa de los Derechos Humanos es un principio más del Trabajo Social; su ética rectora son los valores por la dignidad humana. Las acciones en pro de los derechos humanos, están dirigidas a quienes en su condición de seres humanos, se les niegan los derechos fundamentales. Es pues la función del Trabajador Social mediar entre los particulares y el estado, cada vez que las acciones de este último avasallen o atenten contra los derechos y libertades de los hombres. Siendo el fin último la calidad de vida mediante la satisfacción de todas las necesidades básicas del ser humano.

“Diálogo (el trabajo social es siempre una interacción que implica el diálogo como base de toda relación de ayuda)

² Kisnerman, Natalio _Op. Citada. Pág. 229-234

³ Blanco Laura y otros. Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional. (Eroles, Carlos coordinador) Ed. Espacio. Bs. As. 1998 Pág. 80

Participación (el trabajo social es un punto de inflexión entre dos prácticas que se basa en la participación protagónica del pueblo).

Realidad (que orienta la relación en una doble perspectiva) : a) evitar la generación de alternativas alejadas de las necesidades del sujeto y b) no interferencia ideológica.

Personalización (individuación) Cada hombre es un sujeto original e irrepetible, no susceptible de ser deducido a categorías o tipologías, números o expedientes. Como tal está llamado a ser protagonista de su propio destino personal y comunitario.

Responsabilidad compartida: la interacción trabajador social- sujeto, tiende a producir un proceso de transformación de la situación, que lleva como inherente una co-responsabilidad tanto en los logros como en las frustraciones.”⁴

La intervención profesional

El modelo de intervención propuesto, es el denominado modelo CAT ideado por David Zolotow, estas siglas corresponden a considerar, acompañar y tramar conllevando estas a conocer, afrontar y tratar.

Considerar en este primer momento se refiere a tener en cuenta todos los aspectos relacionados con la situación problema.

Este acercamiento se trata de una aproximación cuidadosa y reflexionada, que al mismo tiempo que nos permite acercarnos al otro, nos posibilita reflexionar sobre sus condiciones concretas. Paralelamente se va conformando un vínculo significativo, basado en la aceptación, confianza y respeto.

Acompañar implica “estar con el otro u otros, es integrar en esa relación los aspectos cognitivos, emotivos y actitudinales descubriendo y delimitando en forma conjunta la situación

que se debe modificar.”⁵ Esta relación de carácter empática es la que nos permite comprender el sentir del otro. En este acompañar el profesional deberá establecer una distancia adecuada u óptima; la misma es necesaria para poder comprender la situación. Esta distancia se refiere también a respetar y considerar al otro como una persona, capaz de pensar, actuar es decir con capacidad para dirigir y controlar su vida.

Tramar hace mención a marcar el rumbo de la intervención, es decir delimitar los objetivos a alcanzar.

Es a partir de conocer los elementos que hacen a la situación, que podemos delimitar los objetivos, la forma y los recursos necesarios para lograrlos. “Establecer los objetivos y formas de alcanzarlos contribuye a bajar la ansiedad que a bajar la ansiedad que despierta toda situación nueva ...”⁶

Desde esta perspectiva dialéctica considerar conllevará en conocer, acompañar en afrontar y tramar en tratar.

A través de considerar todos los aspectos que intervienen en la situación, logramos obtener un mayor conocimiento; conocimiento que nos permite percibir los elementos principales de los secundarios.

“Conocer es también develar, es no quedarse con la primera impresión, es recrear y resignificar los elementos con los cuales hemos considerado la situación hasta ahora, es la posibilidad de construir nuevos andamiajes que enriquezcan la situación problemática y, consecuentemente, volver a replantear todo lo actuado.”⁷

⁴ Blanco Laura y otros. Op. Citada Pág. 80-81

⁵ Zolotow, David. Los devenires de la ancianidad. Ed. Lumen Hymnitas Bs. As. 2002. Pág. 104-105

⁶ Zolotow, David Op. Citada Pág. 106

⁷ Zolotow, David Op. Citada Pág. 107

Afrontar. Comenzar a modificar la situación involucra cambios. El sujeto se encuentra frente a una situación ambivalente pues al mismo tiempo que desea solucionar su problema siente resistencias y miedos ante aquellos cambios en la situación.

En este camino cargado de temores, el Trabajador Social debe acompañar y alentar a los sujetos a afrontar la situación, ya sea potenciando los recursos que posee o ayudando a acceder a estos.

Tratar se refiere a la etapa de la acción. Aquello que planificamos conjuntamente con los sujetos, se lleva a la práctica.

Es una etapa de concreciones y de evaluaciones, en este momento cuando contemplamos si aquello propuesto fue alcanzado y en caso de no serlo se propondrán nuevas metas o modificaciones a las ya existentes.

El carácter dialéctico de este proceso es el que permite una intervención abierta, flexible, controlada y capaz de admitir modificaciones a lo largo del proceso.

Dependiendo del carácter de las intervenciones estas pueden orientarse en tres niveles:

Prevención primaria

La intervención primaria intenta evitar los problemas antes de que se surjan, se incluyen tanto las actividades de prevención, así como la modificación de los hábitos de riesgo sanitario.

Educador: El papel principal del Trabajador Social, es “ofrecer información sobre los patrones de salud y las prácticas sanitarias eficaces antes de que se manifieste una alteración...”⁸

⁸ Marion L. Beaver y Don A. Miller La práctica clínica del Trabajador Social con personas Mayores. Ed. Paidós Pág. 65

“... Puede actuar ofreciendo información, interpretando normas o regulaciones, enseñando y transmitiendo el conocimiento, etc.”⁹

Como educador – mediador el Trabajador Social suministra información a los residentes sobre los derechos de todo hombre a la participación y a una calidad de vida digna, al mismo tiempo actúa como mediador entre el estado, la institución y los residentes, siempre que se intente violar los derechos y libertades d todo ser humano.

Prevención secundaria.

La intervención secundaria se orienta hacia las señales más tempranas de aparición del problema.

Se centra en:

- a) Evitar el desarrollo de una mayor degradación en cualquier situación determinada, y
- b) Ayudar a las personas a desarrollar métodos de afrontamiento que le ayuden a evitar situaciones similarmente disfuncionales en el futuro.¹⁰

Clínico.

El rol del Trabajo Social clínico incluye el trabajo directo con el sujeto de forma individual. Los trabajadores son agentes de cambio y su objetivo es realizar cambios positivos, directamente en la actuación del sujeto o sobre los factores ambientales que inciden directamente sobre la actuación de este.

El Trabajador Social clínico interviene directamente con las personas, familias y grupos que estén experimentando algún conflicto.¹¹

⁹ Marion L Beaver y Don A. Miller. Op. Citada Pág. 111

¹⁰ Marion L Beaver y Don A. Miller. Op. Citada. Pág. 87

¹¹ Marion L Beaver y Don A. Miller Op. Citada Pág. 113

Objetivos del TS clínico:

“Facilitar la resolución de problemas, las capacidades de afrontamiento y desarrollo de la persona.

Promover la eficacia y el funcionamiento humano de los sistemas que proveen de recursos y servicios a las personas.

Relacionar a las personas con los sistemas que les ofrecen recursos, servicios y oportunidades”.¹²

Prevención terciaria.

Gestor:

... “Un gestor pone en comunicación a las personas y los grupos que necesitan ayuda y no saben donde se la pueden ofrecer los recursos comunitarios.”¹³

Gestor de casos. Algunas tareas del Trabajador Social gestor de casos son realizar admisiones, evaluaciones diagnósticas de pre-ingreso, preparación de registros, informes, seguimiento de casos, etc.

¹² Baer y Federico citado por Marion L. Beaver y Don A. Miller en La práctica clínica del Trabajador Social con personas mayores. Pág. 113

¹³ Marion L. Beaver y Don A. Miller. Pág. 118

El Trabajo Social en residencias

Los ancianos residentes e instituciones de albergue en comparación con aquellos que residen en sus viviendas se enfrentan con situaciones muy particulares muy distintas.

En primer lugar tienen que hacer frente a las situaciones por la cual debieron ingresar, como la imposibilidad de cuidarse solos, problemas económicos, enfermedades, abandono familiar, etc.

Para muchos la situación de ingresar a una institución puede resultar estresante y amenazante es por ello que la intervención del Trabajador Social en el pre-ingreso, ingreso y durante el período de adaptación son fundamentales; no solo con el futuro residente sino también el entorno familiar y social del anciano.

Al mismo tiempo que tiene aceptar su situación personal, la familia también tiene que afrontar el hecho de dejar a un ser querido en una institución para el cuidado de ancianos.

En la labor del Trabajador Social es fundamental la preparación del futuro residente para el ingreso. Los miedos y estereotipos pueden aminorarse si se permite al futuro ingresante conocer el lugar en el cual va vivir, gracias a esto el futuro residente puede conocer el personal de la institución, el resto de los residentes, el espacio físico, los servicios que ofrecen, el funcionamiento, las rutinas, las normativas, etc.

Mediante esta intervención se tratará de minimizar el desarraigo y la falta de adaptación a la que se ven expuestos los ancianos cuando deben trasladarse a una institución.

El permitir que el residente porte la mayor cantidad posible de posesiones personales, que mantenga la continuidad de las relaciones con la familia y el entorno social, son algunas de las medidas que el Trabajador Social debe implementar con el fin de prevenir estados depresivos, problemas de adaptación, angustia, aislamiento, etc.

Durante el primer mes las preocupaciones giran en torno a la adaptación a la institución, en tanto durante los meses subsiguientes los problemas tienen que ver con la intimidad, el espacio físico, las posesiones personales, las actividades diarias, las relaciones con otros residentes, etc.

El Trabajador Social que desempeña sus funciones en instituciones para el cuidado de ancianos puede intervenir:

- Capacitando a los sujetos para que establezcan y desarrollen formas satisfactorias de actuar y de relacionarse.
- Ofreciendo un ambiente saludable, activo y estimulante; con estructuras físicas y sociales lo más semejante posible a la vida familiar. Evitando así que el sujeto perciba cambios contrastantes; para ello es importante además que se mantengan y estimulen las relaciones familiares.
- Proponiendo variedad de actividades físicas, recreativas, culturales, educativas, etc ; que no solo estén limitadas al espacio físico del hogar; puesto que es importantes mantener la relación de los ancianos con el entorno social más amplio que es la comunidad. Con el fin de estimular el desarrollo personal de los residentes
- Capacitando al personal de la institución en cuestiones referidas a la vejez y al proceso de envejecimiento, con el objeto de disipar creencias estereotipadas sobre esta etapa de la vida, procurando de este modo, una mejor la calidad de atención del personal hacia los residentes.
- Procurando defender los derechos de los residentes.
- Fomentando organizaciones orientadas a la calidad de los servicios.

Análisis e Interpretación

Características de la población

Datos generales.

Estado civil sexo.

| Estado civil. | Sexo. | | Hombres | | Mujeres | | Totales | |
|---------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres |
| Separados | 3 | 100% | - | 00% | 3 | 14,3% | | |
| Solteros. | 6 | 46,1% | 7 | 53,9% | 13 | 61,9% | | |
| Viudos. | 2 | 40% | 3 | 60% | 5 | 23,8% | | |
| Casados. | - | 00% | - | 00% | 0 | 00% | | |

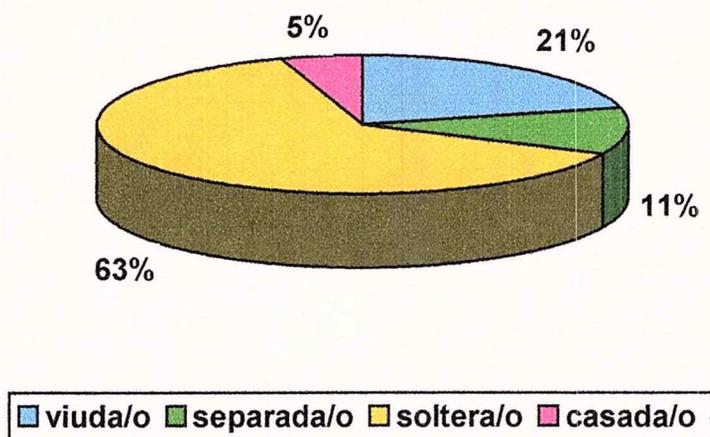
Estado civil-sexo



Fuente: Entrevistas realizadas a 21 del Hogar Municipal de Ancianos de la ciudad de Mar del Plata.

El promedio de edad de los ancianos encuestados es de 75 años, los hombres tienen una edad promedio de 74 años, mientras que las mujeres tienen un promedio de 75,5 años.

Estado civil.



Fuente: Entrevistas realizadas a 21 residentes del Hogar Municipal de Ancianos de la ciudad de Mar del Plata. 2001.

El 62 % de los residentes encuestados son solteros, 24% viudos y 14,4 % son separados. Relacionando el estado civil con el sexo, se encuentra que el 70% de las mujeres son solteras y un 30 % viudas, mientras que en los hombres, el porcentaje de solteros es menor que en las mujeres, 54,5 %, un 27,3 son separados y un 18,2 son viudos frente a un 30 % de mujeres viudas.

Vinculando las variables estado civil- sexo se halla que el total de separados corresponde al sexo masculino; 46,1% del sexo masculino son solteros, frente a un 54% de mujeres con el mismo estado civil; de los viudos 60% son mujeres y 40% son hombres.

El total de la población corresponde a personas solteras, viudas y separadas. Es decir, casi la totalidad no cuenta con pareja, por lo que se puede conjeturar que la soledad es un factor predominante.

Perfil económico y social de los residentes

Motivo de ingreso

Una de las causas mencionadas por la totalidad de la población encuestada fue la falta de vivienda propia, al mismo tiempo, la falta de trabajo e ingresos insuficientes, es otro factor determinante para el ingreso al hogar.

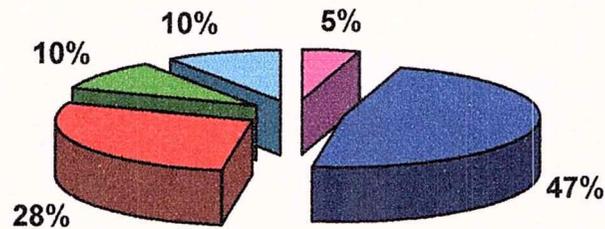
Del total de residentes encuestados, 19% debieron ingresar al hogar por problemas de salud e imposibilidad de cuidarse solos, sumado a problemas económicos; 81% de los residentes tenían problemas económicos de estos 43% no tiene ingresos, en tanto 38% disponían de ingresos pero insuficientes.

81 % de los residentes encuestados, ingreso por voluntad propia, es decir, el ingreso estaba consentido por éstos. En más de la mitad de los casos ingresados por voluntad propia, los trámites fueron gestionados por parientes cercanos, amigos y conocidos; el resto de los residentes realizó los trámites de ingreso a la institución personalmente.

Del 19% que ingresó por voluntad de otros, la decisión fue tomada por hijos, hermanos, sobrinos y otras instituciones.

El mayor porcentaje 76, 2 % vivía solo, 14,3% con un familiar y el 9,5% en otra institución.

Propiedad de la vivienda.



■ propia ■ prestada ■ alquilada ■ institución ■ calle

Fuente: Entrevistas realizadas a 21 residentes del Hogar Municipal de Ancianos de la ciudad de Mar del Plata. 2001.

En relación a la vivienda; el 95% de los entrevistados no tenían vivienda propia, vivían en viviendas prestadas (57%), alquilaban (28%), residían en otra institución (9,5%), vivían en la calle (9,5%).

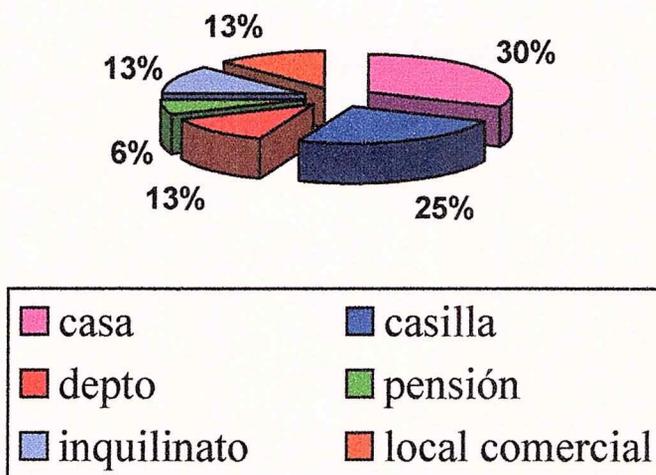
El 19% de los entrevistados que habían sido propietarios se encontraban viviendo con familiares, en viviendas prestadas o en la calle, si bien en otro momento de sus vidas pudieron ser propietarios, situaciones financieras o familiares desencadenaron la pérdida de las viviendas. (hijos, que dispusieron de las viviendas de sus padres, remates, ventas, etc.)

Con respecto a los ingresos, 68% de los entrevistados no reciben ingresos de ningún tipo, el 31,5% tiene ingresos, ya sea por jubilación, pensión o por alguna ayuda familiar; de éstos, que perciben ingresos un 25% reciben jubilación, 37,5 pensionados y un 37,5 disponen de ingresos por favor a familiar.

Vivienda

Las viviendas del 47,6 % eran prestadas por amigos y conocidos y en menor medida por familiares directos, un 28,6 % residían en viviendas alquiladas, un 9,5 % vivía en otras instituciones, 9,5 % no tenían ningún tipo de vivienda, se alojaban en plazas, estaciones y locales comerciales, en tanto tenían vivienda propia un 4,8 % de la población encuestada.

Tipos de viviendas.



Fuente: Entrevistas realizadas a 21 residentes del Hogar Municipal de Ancianos de la ciudad de Mar del Plata. 2001.

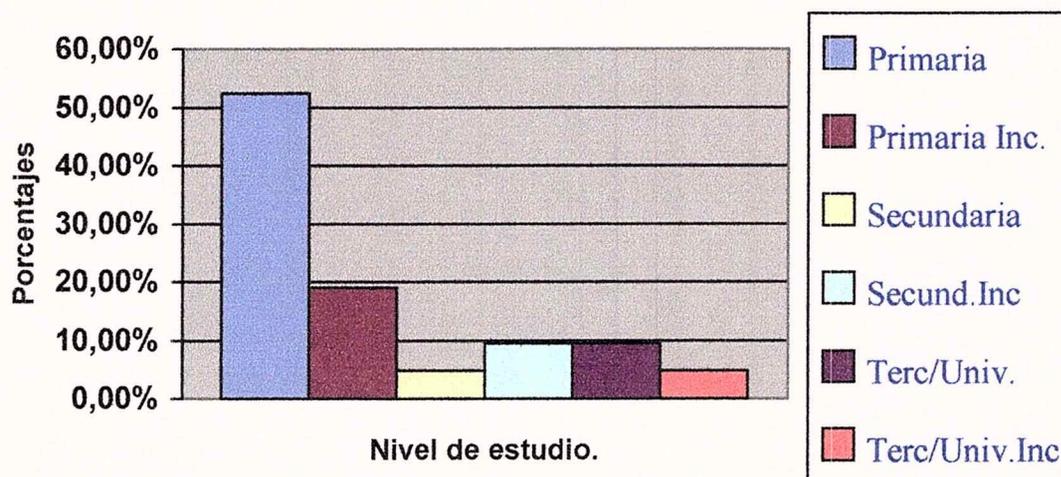
Las viviendas que habitaban eran casas (29,4 %), casilla (23,5%) departamentos, piezas de inquilinato, locales comerciales (11,8%), pensiones y ranchos (5,9%)* (Clasificación realizada por el INDEC para el Censo Nacional de Población Hogares y viviendas. 2002)

La problemática de la falta de vivienda propia obliga a los ancianos a alquilar o a pedir prestada una vivienda, esta situación, se ve agravada por el factor económico. Considerando que

el 76% de la población no dispone de ingresos y en caso de recibirlo estos resultan insuficientes para cubrir gran parte de las necesidades básicas.

A medida que van perdiendo la independencia, el traslado a una residencia, pasa a ser una solución, tanto para la familia como para los propios interesados.

Nivel educativo.



Fuente: Entrevistas realizadas a 21 residentes y personal del Hogar Municipal de Ancianos de la ciudad de Mar del Plata. 2001

Según los datos obtenidos, se desprende que los residentes tienen distintos niveles de estudio, pudiéndolos clasificar según el grado académico que hayan alcanzado a lo largo de su vida.

Estudios completos: Primario 19%, secundarios 4,8%, nivel terciario y universitario 9,5%.

Estudios incompletos: Primarios 52%, secundaria 9,5%, nivel terciario y universitario 4,8 %.

Las cifras mencionadas anteriormente nos permiten visualizar una población donde más de la mitad de los encuestados (52%) no tienen completo el nivel primario de educación, habiendo cursado como máximo tercer grado.

Paralelamente conviven en esta institución un 28% de residentes que accedieron alguna vez al nivel secundario y universitario, de éstos 50% fueron alumnos universitarios o terciarios, habiendo 10% de la población con algún título de grado.

De acuerdo a las entrevistas realizadas y a los resultados que las mismas arrojaron; puedo decir que es un grupo heterogéneo, por ende existen entre ellos escasos factores comunes.

Ocupación

El 50 % de los residentes fueron obreros o empleados, trabajaron en relación de dependencia, con un patrón, empresa u organismo estatal. Un 31 % realizaron actividades como cuenta-propistas, es decir no dependían de un patrón; actividades como, venta ambulante, trabajos de albañilería y clases particulares. Antes de ingresar a la institución el 19% eran amas de casa, de éstas, la mitad eran profesionales (médicos y docentes).

El escaso número de personas que perciben ingresos por jubilación se corresponde a una población donde más de la mitad eran cuenta-propistas o amas de casa, sumado a aquellos que si bien dependían de un empleador, sus aportes previsionales no fueron realizados.

Situación familiar

Si bien casi la totalidad de los encuestados manifestaron tener familia, 57,2% no mantienen contacto alguno, en tanto un 42,8% se contactan a través de visitas, llamadas telefónicas y correspondencias.

Del total entrevistado que menciona tener familia (33%), un 33% cuenta con familiares residentes en la ciudad, de éstos 67% no reciben visitas de los mismos, contando esporádicamente con la presencia en el hogar de amistades.

Aquellos que tienen familia fuera de la ciudad (67%), reciben visitas esporádicas de familiares (39%), con una frecuencia aproximada de una vez por año, dependiendo directamente del lugar de residencia de éstos.

Del total de entrevistados, 62% reciben visitas, son visitados por amigos 48% y 42% por familiares.

Algunas de las causas del distanciamiento de la familia con los ancianos giran en torno a los cambios ocurridos en el seno de las familias durante las últimas décadas dentro de los cuales podemos mencionar: La capacidad de las viviendas, el trabajo de la mujer fuera de la casa, las diferencias socioculturales entre generaciones, la falta de dinero, el convencimiento de algunas familias de no tener la obligación de cuidar a los padres y las distancias entre el hogar y el lugar de residencia de la familia.

Por lo anterior, es frecuente observar en los residentes patologías depresivas, marginación social, irritabilidad, etc. Las cuales inciden desfavorablemente en la conducta de relación; trayendo aparejado problemas de socialización, participación e integración.

La escasa frecuencia de visitas de familiares puede ser consecuencia de problemas o conflictos familiares anteriores al ingreso al hogar.

En el caso de las amistades, los residentes sostienen que no es habitual recibir visitas; esto puede deberse a la negativa de ver a la vejez propia reflejada en la vejez del otro; otro factor importante es que los amigos por lo general tienen las mismas edades y los mismos obstáculos que los propios residentes. (A mayor edad se incrementan los problemas para desplazarse y trasladarse de manera independiente.) Lo anterior se evidencia en los relatos siguientes:

(...) “Vienen sólo por un ratito, no quieren ver ésto”.

(...) “Antes mi hermana venía a visitarme, pero ahora tiene 90 años y no puede venir...”

De manera explícita se menciona el problema de la falta de espacios para la intimidad, a la que se ven expuestas las personas institucionalizadas, así lo manifiestan los siguientes entrevistados:

(...)”no quiero recibir amistades porque no me gusta... Tenemos que ponernos en la mesa para charlar y los demás están ahí, no me gusta compartir las conversaciones con gente que no tiene nada que ver. Siempre hay algo que comentar íntimo”.

(...) “No tengo relación, no sé si están vivos.”

(...) “Hace mucho que no los llamo, no saben que estoy acá”

Salud.

| Autopercepción estado de salud. | Porcentaje |
|---------------------------------|---------------|
| Muy buena | 14,4 % |
| Buena. | 33,3 % |
| Regular | 19 % |
| Mala. | 33,3 % |
| Total. | 100% |

No se encuentra una relación significativa entre la edad de los residentes y la autopercepción del estado de salud.

Actividades - tiempo libre

Un 67 % de los encuestados realiza sus actividades dentro del hogar, mientras que un 33% las realiza fuera del mismo. De las primeras podemos mencionar a las actividades de rutina diaria, actividades manuales y actividades pasivas como permanecer sentado, acostado, contemplar el entorno, etc. y de las segundas, actividades tales como concurrir a reuniones religiosas, paseos, mandados y salidas a bares.

De aquellos residentes que toda su vida transcurre dentro del hogar, 40% mencionan realizar exclusivamente actividades de rutina diaria (higienizarse, hacerse las camas, llevarse la ropa al lavadero, alimentarse, etc.), 43,3% de los residentes tiene algún tipo de ocupación activa, (actividades manuales), ya sean las realizadas en el sector de terapia, como aquellas que surgen su propia iniciativa (tejer, bordar, pintar, etc.), un 6,7%, además de las actividades de rutina

diaria, en sus horas libres realizan ocupaciones pasivas dentro del hogar como, leer, mirar T.V, escuchan radio, etc..

Según mencionan los que realizan algún tipo de actividades fuera del hogar (33%), sus salidas tienen como objetivo visitar a familiares, buscar empleo, asistir a reuniones religiosas, concurrir a bares, realizar mandados, y pasear en el área cercana al hogar.

Aquellos que dicen no salir del hogar fundamentan sus decisiones por dificultades de desplazamiento, problemas de salud, falta de dinero y temor a recordar la vida pasada (vivienda, independencia, amistades, etc.)

La llegada a la vejez marca un cambio importante entre la actividad de los tiempos de la juventud, con un periodo de inactividad, de mayor tiempo libre, de limitaciones de relaciones sociales y aislamiento socio familiar. Es evidente la estrecha relación existente entre el grado de inactividad y los hábitos con que cuentan, sobre como ocupar el tiempo libre; ya que aquellos cuya educación no los ha preparado para realizar actividades alternativas, se encuentran sin las posibilidades de contar con herramientas que le permitan ocupar productivamente el tiempo de que disponen.

El hábito de leer no se encuentra arraigado en más del 90% de la población, esta situación está directamente relacionada al nivel educativo de los mismos, siendo de 47,6 % el porcentaje de residentes encuestados que no terminaron el nivel primario de educación. Otro factor influyente, es el económico, en tanto las tres cuarta parte, no disponen de ingresos mensuales; también para aquellos con jubilación o pensión la situación, si bien, no es tan extrema, como para los anteriores, igualmente sufren problemas económicos. (50% de sus ingresos son entregados al hogar mensualmente.)

Quienes no realizan ningún otro tipo de actividades, ya sea dentro o fuera del hogar, expresan como causa de inactividad, discapacidades físicas y/o psíquicas, tales como dificultades para desplazarse, cansancio, vacío vital, etc.

En el caso de las actividades que se realizan dentro del hogar, en el sector de terapia, expresaron como causas de la falta de participación, los conflictos interpersonales, ya sea con los profesionales del sector como con el resto de sus compañeros. La falta de interés fue fundamentada en el deseo de descansar de algunos de ellos.

Adaptación residente- hogar

Mencionan como aspectos negativos del hogar de ancianos, características que según D.Zolottow son propias de un sistema enfermante. Entre los aspectos desagradables, la mayor proporción menciona descontento con el personal que presta servicios en la institución. (personal del sector de cocina, mucamas, Enfermeros, Médicos, Asistente Social, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Administrativos, Directora.)

Además, se perciben como negativos y conflictivos, aspectos que hacen a la organización del hogar.

Otro núcleo conflictivo manifestado por ellos, se origina en la convivencia diaria. En la interacción con los pares, surgen disconformidades, provocando esto roces interpersonales.

Dentro de los aspectos organizativos, los descontentos son un reflejo de una institución, con características propias de un sistema enfermante. Una institución rígida, verticalista, centralizada, donde son los propios residentes, quienes desde el momento de la admisión, se ven obligados a adaptarse a los lineamientos de ésta; una organización basada en estereotipos, que tiende a despersonalizar y rotular; que no permite la participación de los protagonistas, en la

toma de decisiones que afectan la vida diaria, obligándolos a participar en actividades que han sido planificadas y diseñadas por personas, que desde la cúpula del poder imponen sus preferencias. (Directivos, profesionales, y otras dependencias de las cuales depende el hogar); una organización donde las distintas áreas funcionan atomizadas y con escasa o nula coordinación.

A continuación se toman citas textuales de algunos entrevistados que mencionan aspectos negativos de la organización:

(...) “Nos hacen trabajar”

(...) “Nos retan por cosas que no tienen solución, los que dirigen no nos entienden”

(...) “No hay con quien quejarse de nada, no tengo a quien pedirle los remedios...”

(...) “Aquí hay muchos caciques y pocos indios.”

(...) “No hay colaboración, no hay justicia, tienen privilegiados.”

(...) “Le dejé la plata a la directora, y cuando se la pedí no la tenía, se la había gastado.”

(...) “Hay una dictadura, las autoridades nos obligan a participar en las actividades de limpieza y cocina.”

(...) “En mi habitación hay 29 personas más, hay disminuidos mentales (dependientes), nos ponen a todos juntos en los dormitorios y en la mesa.”

Con relación al personal que presta servicios en el hogar, los residentes sostienen no estar conformes con la atención que éstos dispensan, como así también, mencionan ser víctimas de malos tratos y de ser nombrados con términos descalificativos.

(...) “Las mucamas son inútiles, el servicio de comedor es malo.”

(...) “Algunas mucamas son perras, nos hablan de mala manera.”

(...) “Una mucama de cocina, esa que es una perra, entra pocas veces acá (ropería) solo para llevarse ropa..... viene con una cartera sólo y se va con dos o tres bolsas llenas de ropa, y así casi todas.”(El resto del personal.)

(...) “La comida no es aceptable.”

(...) “La comida, los sábados y domingos está fría, mal hecha.”

(...)”La comida me gusta, pero tiene sus errores, con esa mercadería se podría hacer cosas mejores.”

Los motivos personales, surgidos de la interacción con los pares son otro núcleo de descontento.

Los conflictos interpersonales aparecen en una población que además de los cambios propios de la vejez, deben enfrentar el traslado a una institución, situación estresante, que supone modificaciones significativas en su estilo de vida.

Es en este compartir cotidiano, donde surgen conflictos interpersonales. Por consiguiente, es este contexto de multiplicidad de cambios y de transformaciones donde debemos buscar la comprensión de las conductas sociales de los residentes.

La comprensión no solo no solo podemos encontrarla pensando en la diversidad de sujetos, de costumbres, de historias personales y de personalidades, sino también en la situación estresante que supone el ingreso a una institución, sumado a los cambios propios de la vejez.

Las expresiones que siguen ejemplifican algunas de los motivos de disconformidad entre los residentes:

(...) “La mala junta”

(...) “No me gusta cuatro o cinco personas que dicen de todo de los que viven acá.”

(...) “Hay viejos que no pueden compartir las mesas, son peleadores.”

(...) “Hay gente ordinaria, no las soporto..... Hay gente que come con la mano, esa gente me cae mal... Siempre surgen entre dichos a raíz de que son ordinarios.”

(...) “No me gusta tener contrariedades entre personas, por eso yo poco me meto para no tener contrariedades.”

Conflictos

Los residentes mencionan que existen entre ellos una multiplicidad de situaciones conflictivas.

En un intento por realizar una clasificación, de acuerdo a su contenido, se pueden catalogar como conflictos de creencias, de valores, de principios y de objetivos.

En función del elemento conducción, se puede observar la conducción destructiva de conflictos, donde una de las partes intenta “aniquilar” a la otra. Dentro de esta clasificación surge la dominación de una de las partes, tratando de imponerse por medios físicos o psicológicos; la inacción, donde una de las partes no hace nada y la competitiva, donde una de las partes intenta imponer sus posiciones.

Podemos decir entonces que en la lucha por imponer ideas, creencias, valores, y principios, se utiliza la agresión física o psíquica, para el tratamiento de las situaciones conflictivas.

Los siguientes corresponden a diversas causas de conflictos mencionados por los entrevistados.

Conflictos de creencias:

(...) “Se quejaba del hogar. Le dije que se busque una pieza para alquilar y entonces me pegó”.

Conflictos de valores:

(...) “Insultó a los Argentinos, éste era Chileno, por lo que se produjo una discusión”.

Conflictos de objetivos.

Gran parte de los conflictos de objetivos surgen en una población numerosa donde toda su vida transcurre en una institución con características enfermantes, que además atraviesa distintos problemas personales relacionados con los ingresos, los seres queridos y los cambios psíquicos y físicos propios de la edad.

(...) “Una persona me pegó discutimos por el volumen del televisor.”

(...) “Estaba sirviendo la mesa y una me dijo que a eso lo hacía otra persona y entonces discutimos.

(...) “Mi compañero me deja la puerta abierta de la sala”

(...) “Si le toco la cama con el andador, si prendo la luz”

(...) “Los sábados y domingo es tierra de nadie, una persona se adueña del televisor de terapia.”

Conflictos por pérdida de objetos personales.

Dichos problemas están relacionados con la falta de privacidad, intimidad, comodidades del hogar y con conductas de hurto habituales de algunos residentes, que al no poder acceder a ciertos objetos por cuestiones económicas, se adueñan de pertenencias ajenas.

(...) “Hay que tener todo con llave, porque nos roban.” Aquí hace referencia no solo a los internados sino también al personal que trabaja en el hogar.

(...) “Me robaron el sueldo y la directora se enojo, porque fui a reclamar.”

(...) “Me robaron todo, el monedero, el reloj, dos cadenas..... las agujas me las robaron, entonces no puedo tejer.”

Aptitud frente a conflictos

47,6% manifestó no consultar a ningún profesional frente a algún conflicto, de esto, un 60 % buscan la solución mediante el diálogo con la persona en cuestión, un 20% no informa a nadie y trata de olvidar la situación, un 10% se aferra a la fe en Dios, y un 10% evita a la persona; en tanto un 52,4 % opta en el caso de presentarse algún problema comunicárselo a alguna persona de la institución puesto que consideran necesario, para la solución de sus problemas, la intervención de alguna persona ajena al conflicto.

En caso de enfrentarse con alguna situación problemática, aquellos residentes que optan por informar el problema a alguna persona de la institución, nombraron en primer lugar al Psicólogo (41%); seguido por la Asistente Social (19%) Directora (15%), Enfermeros (10%) y administrativos (10%), Calidad de vida (5%)

Se evidencia claramente, que los residentes entrevistados, visualizan, identifican y solicitan principalmente la intervención del Psicólogo ante situaciones conflictivas; en menor medida creen que forma parte del rol del Trabajador Social la función de actuar ante problemáticas que hacen a las relaciones interpersonales entre los residentes, y entre estos y el personal de la institución.

La definición de los distintos roles de los profesionales, depende directamente de la actuación de estos en la realidad concreta. Es así como se identifica más al psicólogo en lo que hace a la intervención en los conflictos cotidianos que acontecen dentro del hogar, es decir adquiere mayor protagonismo en estas cuestiones.

Algunos residentes encuestados, asocian más como parte del rol de la Trabajadora Social otras funciones relativas al ingreso, gestión con organismos que prestan servicios a jubilados y pensionados, acciones tendientes a mantener la comunicación con la familia de los residentes, y orientación manejo y control de recursos provenientes de donaciones (ropa, calzado, bijouterie y demás objetos que pueden ser de utilidad).

Otros en cambio mencionan que informarían en caso de tener algún problema a la Directora, los enfermeros, administrativos y en menor medida lo comunicarían directamente a Calidad de vida. Esto denota que en alguna oportunidad algunos de los profesionales o en el caso de Calidad de vida pudieron resolver o mediar algunas demandas de los residentes.

Posición del personal frente a conflictos

La totalidad de personal coincide en afirmar la existencia de conflictos, relacionados con la pérdida de objetos personales (prendas de vestir, dinero, objetos personales, etc.), las posiciones distintas (dejar o no una ventana abierta, mirar determinado canal en la T.V), los celos (por la atención del personal del hogar, por objetos que el hogar otorga a otro residente) y por la propiedad de distintos objetos.

65% del personal de servicios manifestó intervenir para la solución de conflictos. La intervención consiste en las derivaciones de los casos al Psicólogo de la institución. En el caso de los profesionales intervienen en el momento del planteo del conflicto, y más tarde informan al Psicólogo sobre la existencia problemas.

Del personal encuestado, 65% cree que la organización favorece situaciones conflictivas; en el caso de los profesionales 100% mantenía ésta misma posición.

Entre los aspectos favorecedores de conflictos fueron mencionados, la institución como un ambiente enfermante, situación característica de las instituciones totales; se menciona además la falta de un figura fuerte en lo que respecta a la dirección del hogar; así como también falencias en los órganos superiores de los cuales depende esta institución.

Conclusiones

De acuerdo a los datos obtenidos, podemos concluir que son múltiples los factores influyentes en la conducta de relación de los residentes.

Entre estos factores intervinientes, la historia de vida particular de cada uno de los 150 ancianos que conviven en la institución es uno de los factores de mayor importancia.

Acerca de los residentes

Las causas que motivaron el ingreso al hogar, se refieren a problemas económicos, problemas de salud ligados a la imposibilidad de cuidarse solos y falta de vivienda.

Los problemas económicos afectan a la totalidad de los encuestados, la mayor proporción no reciben ingresos por jubilación o pensión, de estos solo un pequeño número cuenta con una ínfima suma de dinero suministrada por familiares esporádicamente; para la otra minoría la situación no es tan extrema pues reciben jubilación o pensión teniendo que, obligatoriamente abonar un 50 % de este dinero al hogar. El disponer o no de ingresos marca en los residentes ciertas diferencias, entre un pequeño número de residentes que disponen de dinero para poder solventar algunos gastos en alimentos, salidas, ropas, etc. y los que no pueden acceder, debiendo depender totalmente de todo aquello que le brinda la institución. Son estas simples acciones de poder decidir sobre algunas cuestiones cotidianas las que permiten al anciano seguir manteniendo independencia, autonomía, y autoestima.

Ingreso a la institución

La decisión de ingresar al hogar fue tomada por los propios residentes, en tanto lo consideraron como una solución a los problemas económicos, y a la soledad que atravesaban puesto que en todos los casos se encontraban solos, sin pareja siendo el estado civil preponderante la soltería y la viudez.

Situación familiar

Aunque la totalidad manifestaba tener familia, el contacto de ésta, con los ancianos es escaso y las visitas son esporádicas. El distanciamiento de la familia con los ancianos no puede verse como un hecho aislado, sino que debe ser analizado dentro de un contexto más amplio donde la familia a lo largo de los años ha atravesado una serie de cambios, dentro de los cuales podemos mencionar la capacidad de las viviendas, la incorporación de la mujer al mundo laboral, profundas diferencias intergeneracionales, sumado a problemas económicos, cuestiones internas no resueltas relacionadas con asumir la vejez de los seres queridos y problemas familiares anteriores al ingreso. Ante esta situación es común observar patologías depresivas, irritabilidad y ansiedad; influyendo en la conducta de relación y provocando problemas de socialización, de integración, participación y escaso interés por la vida y el entorno.

Las visitas de amistades también son escasas en tanto también para éstas representa una situación difícil de superar pues ven en la imagen del otro reflejada su propia vejez, al mismo tiempo que deben enfrentarse a los mismos obstáculos que los propios residentes, con esto me refiero a problemas económicos, dificultades para deambular y para trasladarse.

Actividades

La vida cotidiana para la mayor parte de los residentes transcurre dentro del hogar, realizando por lo general actividades de rutina diaria y actividades pasivas, siendo escaso la cantidad de residentes que realizan actividades fuera del hogar. Aquellos que dicen no salir del hogar, ni realizar actividades propuestas por la institución, fundamentan tales decisiones por dificultades para desplazarse, problemas de salud, falta de dinero, vacío vital y temor a añorar el pasado vivido.

Se hace evidente la estrecha relación existente entre el grado de inactividad y los hábitos con que cuentan sobre como ocupar el tiempo libre; ya que aquellos cuya educación no los ha

preparado para realizar actividades alternativas, se encuentran sin las posibilidades de contar con herramientas que le permitan ocupar productivamente el tiempo de que disponen.

Nivel educativo

Influyen también considerablemente en las relaciones interpersonales, las diferencias en relación al nivel educativo. Se trata de un grupo heterogéneo con escasos factores comunes, poco más de la mitad no tiene completo el nivel primario de educación habiendo cursado como máximo tercer grado, al mismo tiempo conviven en la institución personas que llegaron a cursar el nivel terciario o universitario.

Relaciones interpersonales – convivencia

La gran cantidad de conflictos que surgen en la convivencia, tiene como protagonistas personas que se encuentran atravesando una etapa de cambios propios de la edad y inmersos en una situación de pérdida de independencia, ya sea por problemas de salud o por problemas económicos y el rotundo cambio de la vida en un hogar familiar a la vida en una residencia.

La institución

La diversidad de conflictos que surgen del cotidiano vivir de los residentes, surgen y se desarrollan en un medio ambiente enfermante. Tanto residentes como personal visualizan a la institución como favorecedora de situaciones conflictivas.

Manifiestan disconformidad con el personal que presta servicios en la institución, sostienen no estar de acuerdo con la atención que estos dispensan, mencionando ser víctimas de malos tratos; también hacen mención a la organización del hogar, reflejo esto de una institución rígida, verticalista, centralizada, donde son los propios residentes, quienes desde el momento de la admisión, deben adaptarse a la institución; una organización basada en estereotipos, que tiende

a despersonalizar y rotular, que no permite la participación de los protagonistas, que obliga a participar en actividades planificadas sin tener en cuenta los intereses de los ancianos.

La totalidad de los profesionales encuestados considera a la institución como favorecedora de situaciones conflictivas, en el caso de personal de servicio más de la mitad también considera que existen falencias institucionales.

Entre los aspectos favorecedores de conflictos fueron mencionados, la institución como un ambiente enfermante, situación característica de las instituciones totales; la falta de un figura fuerte en lo que respecta a la dirección del hogar, así como también falencias en los órganos superiores de los cuales depende esta institución.

Consideraciones finales

El hogar Municipal de Ancianos recibe a personas carentes de recursos económicos y sociales, teniendo como objetivo central satisfacer las necesidades básicas de sus residentes. En dicha institución la labor fundamental del Trabajador Social será velar por una mejor calidad de vida para los residentes, tendiendo no solo a satisfacer las necesidades básicas satisfaciendo aquellas necesidades denominadas superiores, como las existenciales (ser, tener, hacer y estar), y las necesidades axiológicas (subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, recreación, identidad, y libertad.), también promoviendo cambios para logra organizaciones orientadas a la calidad y el servicio, donde lo principal pase a ser el anciano y sus necesidades. Puesto que sabemos que la insatisfacción de las necesidades básicas provoca un aumento en los niveles de ansiedad, conllevando a situaciones patológicas de agresión, violencia, estrés, depresión, etc.

En el Hogar Municipal de Ancianos como en otras instituciones donde conviven un número importante de personas, surgen durante la convivencia diaria multiplicidad de

situaciones conflictivas, situaciones que son el reflejo de la insatisfacción de necesidades humanas.

Dichos problemas necesitan ser abordados por el Trabajo Social mediante un trabajo conjunto con otras disciplinas.

Propuestas

Si queremos mejorar la calidad de vida debemos dirigir nuestra intervención hacia la promoción integral de la persona en su ambiente. Así nos vemos obligados a rectificar las concepciones todavía vigentes en las políticas sociales actuales para la tercera edad, que identifican en su gran mayoría, la vejez con enfermedad. Comenzar a modificar esta perspectiva debería ser una de las misiones fundamentales.

Los Trabajadores Sociales debemos comprometernos y participar activamente en la formulación de políticas sociales para que, no solo se limiten a la atención médica, sino que abarquen también otras necesidades, contemplando la internación solo como una alternativa después de haber intentado otras posibilidades, tales como servicios de apoyo a domicilio, colaboración de la familia en la atención del anciano, centros de día, etc. Medidas estas que tienden a favorecer la permanencia del anciano en su hogar. Es decir considerar a la institucionalización como un servicio más de los que se ofrecen, posibilitando en todo momento que las personas permanezcan en su hogar y no como una solución a las problemáticas sociales de los mayores.

El hogar posee ciertas características propias de un sistema enfermante, tales como:

Organización y estructura tienen mayor importancia que las personas.

Las necesidades de los residentes están en segundo plano.

Conducción rígida y centralizada

Las áreas trabajan de manera independiente

No se considera, ni permite la participación de los residentes en cuestiones relativas al hogar.

No se realiza trabajo de admisión.

Existen creencias estereotipadas sobre la vejez.

El hogar tiene escasa apertura hacia la comunidad.

El trato con los residentes es descalificativo, impersonal y generalizado.

Se ofrecen actividades que surgen de la iniciativa de los profesionales y no de las necesidades e intereses de los residentes.

En los espacios físicos hay diferencias notables entre los distintos sectores, de acuerdo a las capacidades de los ancianos, así las salas para dependientes y semi dependientes aparecen como oscuras, poco ventiladas, descuidadas, sin espacios privados y con escasa separación entre camas.

Cada sector trabaja aislado y no permitiéndose la comunicación entre el personal de distintas áreas.

La comunicación es deficiente, circulan rumores y malos entendidos

Surgen conflictos interpersonales entre el personal.

A excepción de los profesionales, es inexistente el personal capacitado en el trabajo con ancianos. Los problemas del personal no son tratados por profesionales, y no hay instancia donde se reúna todo el personal para tratar sus problemas.

El medio en el cual están inmersos los residentes y en el que transcurre su vida cotidiana, influye de manera directa en la calidad de vida de los mismos, pues el estrés que se origina en la organización, repercute a manera de estímulos estresores, en la vida de los individuos que la componen.

Debemos pues aspirar a una organización institucional que considere las necesidades, intereses y posibilidades de los residentes, que tienda a satisfacer no solo las necesidades básicas, sino también las necesidades superiores como seguridad, amor y pertenencia, autoestima y

autorrealización; una organización flexible y descentralizada que se adapte a los sujetos que allí residen, donde lo primordial sea el bienestar de los ancianos; que tienda hacia la promoción de la salud; un hogar abierto a la comunidad; que considere a los residentes como una parte integrante de la institución y que permita la participación de todos quienes directa o indirectamente se hallan relacionados; que respete los derechos de independencia y dignidad del ser humano, estimulando el desarrollo de las potencialidades.

En relación al ambiente, éste deberá asemejarse a un ambiente familiar, un lugar agradable, ventilado, limpio, iluminado, con espacios que permitan tener cierto grado de privacidad; que cuente además con sitios abiertos, donde puedan compartir el diario vivir e interactuar entre ellos; un hogar adaptado sin barreras arquitectónicas que impidan el libre desplazamiento por el edificio.

Desde la perspectiva del Trabajo Social y de acuerdo a los principios del trabajo con mayores, se sugiere un trabajo interdisciplinario que parta de la comprensión integral del anciano en su contexto y que tenga en cuenta tanto el pasado histórico como su situación actual. Esta comprensión, estará basada en una relación que privilegie la aceptación, la confianza, el apoyo, el estímulo, y que considere los valores por la dignidad humana, con el convencimiento de que todo hombre es sujeto de derechos y libertades, debiendo ser partícipe y protagonista de su propio destino.

El desarraigo que provoca la situación de ingreso a una institución, puede resultar estresante y amenazante. Partiendo de esta consideración y habiendo observado la ausencia de preparación con la que cuentan los residentes cuando ingresan al hogar, se evidencia la necesidad de una preparación previa a la admisión.

La información que se obtenga en una primera aproximación, sobre la historia personal, los gustos, las preferencias, la situación familiar, la ocupación anterior, el estado de salud, etc.,

serán datos que nos ayudará a conocer al futuro ingresante. Al mismo tiempo nos permitirá brindarle información relativa al hogar, tales como normas, servicios, actividades, funcionamiento, etc., con el fin de ir conectando al futuro residente a la realidad del hogar. En esta etapa será necesario apoyar a la familia y al anciano ante esta nueva experiencia, disipando dudas, temores, culpas, de modo que puedan incorporar la nueva realidad del mejor modo posible.

Posterior al ingreso, durante el período de adaptación e integración, será de importancia presentar el hogar al futuro residente y el residente a todos aquellos que forman parte de la institución (directivos, profesionales, personal de servicio, demás residentes). Ofreciendo y brindando al mismo tiempo información específica sobre el funcionamiento del hogar.

La soledad aparece como una constante con la que se enfrentan aquellos que reciben esporádicas o nulas visitas de familiares y amigos, incidiendo esta situación en la conducta de relación. Se detecta en la población estudiada problemas de socialización, de participación e integración. Por ello se deben:

Propiciar y mantener las relaciones tanto dentro del hogar, como con el exterior (familia, amigos, grupos de ancianos de otros centros, otros grupos generacionales, etc.)

Promover y organizar encuentros con otras instituciones.

Diseñar y organizar programas de encuentros intergeneracionales.

Es significativa la escasa participación en las actividades propuestas por el hogar, y el elevado número de residentes que realizan todas sus actividades dentro de la institución. Ante esta situación se propone:

Estimular a los ancianos para que continúen sosteniendo un proyecto de vida.

Desarrollar y/o favorecer la habilidad de organizar y planificar el tiempo libre.

Favorecer el proceso de elección y toma de decisiones.

Favorecer la interacción e integración social.

Potenciar e incentivar la realización de actividades que sustituyan al trabajo.

Motivar la participación activa de los residentes en las distintas actividades. Para un logro exitoso del grado de participación, tenemos que permitir que sean los propios interesados quienes las propongan, de acuerdo a sus necesidades y preferencias. De este modo favoreceremos la participación y la ocupación activa del tiempo libre.

Generar espacios para la reflexión y la toma de conciencia sobre formas de utilización del tiempo libre.

Capacitándolos para que desarrollen la habilidad de planificar la ocupación de su tiempo.

La falta de participación y la inactividad se fundamentan entre los encuestados por problemas de desplazamiento, de salud, escasez de recursos, y temor por añorar el pasado, pudiéndose agregar de acuerdo a la interpretación realizada, la falta de preparación con la que se encuentran al llegar a la vejez, sobre cómo ocupar todo ese tiempo que disponen después de toda una vida dedicada al trabajo, la familia, los hijos, etc.

Por lo anterior se evidencia como factible la posibilidad de:

Capacitarlos sobre como ocupar el tiempo libre, de modo de que estén mejor preparados para ejercer nuevos roles y actividades alternativas en esta nueva etapa.

Proponerles una variedad de actividades que no solo se limiten al espacio físico del hogar (teatro, murga, plástica, música, yoga, radio, bingo, voluntariado en instituciones como hospitales, escuelas, centros de salud, cuidado del medio ambiente, comedores comunitarios y roperos comunitarios, etc.)

Garantizar un sistema de transporte para aquellos que se ven imposibilitados de moverse de manera independiente, ya sea por problemas económicos o de salud.

Estimular la formación de grupos de autogobierno, que permita a los residentes expresar opiniones, propuestas y quejas.

Para algunos residentes, el no disponer de ingresos, se convierte en un obstáculo a la hora de realizar actividades o salidas. Esta problemática podría disminuir por medio de la capacitación, formando e incentivando a los residentes para que participen en las actividades, no solo como una forma de ocupar el tiempo libre y de desarrollar las potencialidades personales, sino también como una forma de generar trabajo e ingresos. La institución deberá:

Apoyar las iniciativas de micro-emprendimientos dentro del hogar, a través de pequeños prestamos para comenzar las actividades, y brindando la formación y capacitación necesaria.

Como fue explicitado por los residentes y habiéndolo también observado quien suscribe, se hizo evidente la falta de capacitación en gerontología, del personal que desempeña sus funciones en el hogar. Así es que la capacitación permanente que el equipo de profesionales pueda suministrar al resto del personal, redundará en la mejor atención y por lo tanto en la calidad de vida de los ancianos.

Los conflictos interpersonales, estados depresivos, inactividad, vacío vital, descontento, son problemas que no solo pueden adjudicarse a cuestiones personales de los residentes, sino que la institución también deberá ser foco de la atención. En la búsqueda por intentar comprender las causantes, no podemos dejar de tener en cuenta que nos referimos a una población que se encuentra atravesando una serie de cambios propios de la vejez, sumado a los problemas por las cuales debió ser institucionalizado y los cambios en el estilo de vida que tendrá que enfrentar, por el hecho de trasladarse a vivir a una residencia. Tener en cuenta la situación, la historia personal, personalidad, costumbres, preferencias, nos llevarán a lograr un mayor conocimiento para una mejor comprensión de los sujetos de intervención.

Con relación a los distintos factores generadores de conflictos, la intervención para aquellos que tienen su origen en posturas antagónicas respecto a valores y creencias, sería de utilidad capacitar a los sujetos para que establezcan y desarrollen formas satisfactorias de actuar y de relacionarse, tratando temas como la tolerancia, la individualidad, los derechos y el respeto por el otro.

Cuando los conflictos surgen de problemas de comunicación que se desarrollan en el marco de las distintas relaciones, debemos buscar la solución allí donde se originan, es decir a través de la comunicación misma, considerándola como el instrumento por excelencia. Se propone entonces tratar a través de un abordaje grupal, temas como el proceso de comunicación; elementos que intervienen; formas de comunicación; orden moral (conjunto de derechos y obligaciones que conciernen a las partes intervinientes) y demás temas relacionados.

Podrían además evitarse una gran cantidad de situaciones conflictivas si a la hora de localizar a los residentes, consideramos ciertos datos como lugar de procedencia, nivel de ocupación, hábitos, capacidades, estado de salud, personalidad, etc., previniendo de este modo posibles conflictos en torno a las diferencias.

Anexos

Metodología de Investigación

Dicha investigación puede ser clasificada como una investigación de tipo aplicada, se intenta conocer y comprender la realidad en vista de buscar soluciones prácticas, es decir se busca el “conocer para hacer, para actuar “ (Ander Egg,Ezequiel)³

De acuerdo a los objetivos intrínsecos, la misma puede ser denominada como una investigación de tipo descriptiva - explicativa.

La investigación de tipo descriptiva intenta aproximarse al tema y a partir de allí “caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores”, las características de cada una de sus partes y las interrelaciones que pudieran efectuarse.

Explicativa en tanto busca causas y explicaciones de por qué suceden ciertos fenómenos; para luego ubicar el fenómeno en un determinado cuerpo teórico que permite generalizar los resultados.⁴

Para el estudio y análisis de la problemática se tienen en cuenta aspectos cuantitativos y cualitativos.

De acuerdo a la naturaleza de la problemática, intereses y propósitos de dicha investigación, se hace hincapié en los aspectos cualitativos, en tanto está orientada a “... descubrir el sentido y significado de las acciones sociales...”⁷

³ Ander Egg, Ezequiel “Técnicas de investigación Social” Ed. Hvmánitas Bs. As.1992.Pág. 193

⁴ Sabino, Carlos. “El proceso de investigación” Ed.Hvmanitas. Bs. As. 1986.

⁷ Sierra Bravo, R “Técnicas de investigación Social.” Ed. Paraninfo. España. 1995. Pág 35.

“[...] Las propias palabras de las personas, habladas y escritas, y la conducta observable, tratando de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas...”⁸

UNIDAD DE ANÁLISIS:

Residentes autoválidos.

UNIDAD DE ESTUDIO:

Hogar Municipal de Ancianos de la ciudad de Mar del Plata.

DELIMITACIÓN DE LA MUESTRA:

Se llevan a cabo entrevistas no- estructuradas a un 30 % de residentes autoválidos femeninos y masculinos del Hogar Municipal de Ancianos de la ciudad de Mar del Plata.

Así mismo se realizan también entrevistas no- estructuradas a profesionales de la institución, directivos, administrativos y personal de atención directa.

CRITERIO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Se realizan entrevistas no estructuradas a una muestra intencional de acuerdo a características de la población, tales como estudios cursados, ingresos, familia, contacto con el exterior, estado de salud, ocupación anterior; garantizando de este modo la diversidad de la población estudiada.

⁸Taylor, S y Bogdan, R “Introducción a los métodos cualitativos de investigación.” Ed. Paidós. 1998. España

Las conclusiones extraídas de esta se proyectan a la totalidad del universo.

DISEÑO DEL INSTRUMENTO:

Para recoger datos y opiniones de residentes, profesionales, personal administrativo y de atención directa, datos sobre la organización institucional y demás datos de interés para la organización; se realizarán:

- ENTREVISTAS NO ESTRUCTURADAS FOCALIZADAS:

Las preguntas serán abiertas, flexibles, y podrán ser respondidas dentro de una conversación.

Se realizarán preguntas de hecho, de acción, de intención, descriptivas, grandtour, personales, sociales, de estrategia directiva, abogado del diablo, anzuelo e hipotéticas.⁹

Para aproximarse a los procesos de interacción de los residentes, las relaciones intergrupales, la posición de los miembros en el grupo, interrelaciones, subgrupos e integraciones, y análisis del marco institucional de la investigación, se utilizará:

- OBSERVACIÓN PARTICIPANTE:

Dicha técnica que consiste en la participación directa e inmediata del observador en cuanto asume uno o más roles en la vida de la comunidad.¹⁰

Por esta técnica la vida de un grupo, “permitiendo captar no solo los fenómenos objetivos y manifiestos, sino también el sentido subjetivo de modos de comportamiento sociales.

⁹ Guber, Rosana. “El Salvaje Metropolitano”. Ed. Legasa. Bs.As. Argentina. 1991.

¹⁰ Ander Egg Ezequiel. “Técnicas de investigación Social.” Ed. Hvumanitas. Bs.As. 1992.

“Se observa a la persona en su vida cotidiana, escuchándolas hablar sobre lo que tiene en mente y viendo los documentos que producen, el investigador obtiene conocimiento directo de la vida social” 11

- **OBSERVACIÓN DOCUMENTAL:**

Se observarán informes, historias clínicas, legajos y todo material pertinente al tema de estudio.

11. Taylor, S y Bogdan, R “Introducción a los métodos cualitativos de investigación.” Ed. Paidós. 1998. España

Cuestionario dirigido a residentes

1. Datos generales:

- 1.1 Sexo
- 1.2 Edad.
- 1.3 Estado civil.

2. Procedencia.

- 2.1 ¿Cuánto tiempo hace que vive en el hogar?
- 2.2 ¿Por qué motivo tuvo que ingresar?
- 2.3 ¿Ingresó por voluntad propia o por decisión de otros?
- 2.4 ¿Con quién vivía antes de ingresar al hogar?
- 2.5 ¿De quién era la vivienda?
- 2.6 ¿Cómo era la vivienda?

3. Situación económica.

- 3.1 ¿Recibe algún tipo de ingreso?
- 3.2 ¿Cuál es el monto?

4. Estudios.

- 4.1 ¿Cuáles son los estudios que usted ha realizado?

5. Ocupación.

- 5.1 ¿Cuál era su ocupación o profesión, antes de ingresar al hogar?

6. Situación familiar.

- 6.1 ¿Tiene usted algún tipo de familia?
- 6.2 ¿Cuáles?
- 6.3 ¿Tiene contacto con su familia?
- 6.4 ¿Cómo son las relaciones con su familia?
- 6.5 ¿Recibe visitas?
- 6.6 ¿De quiénes?

7. Datos de salud.

- 7.1 ¿Cómo considera que es su salud?

8. Actividades que desarrolla.

- 8.1 ¿Cómo transcurre para usted el día en el hogar?
- 8.2 ¿Realiza algún tipo de actividades propuestas por el hogar?
- 8.3 Sí ¿Cuáles?
- 8.4 No ¿Por qué?

9. Actividades- tiempo libre.

- 9.1 ¿Qué hace en su tiempo libre?
- 9.2 ¿Sale del hogar?
- 9.3 ¿Por qué motivos?

10. Adaptación residente - hogar.

- 10.1 ¿Qué es lo que más le gusta del hogar?
- 10.2 ¿Qué es lo que menos le gusta?
- 10.3 ¿Cómo es la relación con sus compañeros?
- 10.4 ¿Tuvo en alguna oportunidad problemas o conflictos con sus compañeros?

10.5 ¿Cuáles fueron los motivos?

10.6 En caso de tener algún problema con sus compañeros o con personal de la Institución. Recurriría a alguien para buscar soluciones?

10.7 Si ¿A quiénes?

10.8 No ¿Cómo lo solucionaría?

Encuesta para Profesionales, Auxiliares,

Administrativos y Directivos

1. ¿Cuál es su función?
2. ¿Se presentan conflictos entre los residentes a partir de la convivencia en la institución?
3. ¿Sobre qué aspectos están referidos los conflictos?
4. ¿Interviene usted para la resolución de estos conflictos?
5. ¿De qué forma interviene?
6. Si un residente le informa sobre algún problema ¿Qué hace usted?
7. ¿Cree usted que la organización institucional favorece situaciones conflictivas?

Marco Institucional de la investigación

Características generales

El hogar municipal de ancianos se encuentra ubicado en la calle 12 de octubre N° 4.648 de la ciudad de Mar del Plata, Prov. de Buenos Aires.

Atiende a personas de más de 65 años que residan en el partido de General Pueyrredón; que no se hallen afectados por enfermedad infecciosa o invalidante, que no padezcan enfermedad mental, alcoholismo, problemas de conducta y/o de personalidad que alteren su convivencia con el personal y demás internados; y en el caso de presentar discapacidad parcial que ésta no afecte la independencia en el desempeño de las actividades de la vida diaria, que no tengan familiares obligados legalmente a mantenerlos y como excepción, que en el caso de tener hijos, la situación socioeconómica de los mismos, justifique la internación.

Para ingresar es necesario que el interesado o un tercero constituido en responsable del anciano complete y entregue un formulario de ingreso como así también la documentación del anciano.

Reseña histórica del Hogar Municipal de Ancianos

El edificio donde actualmente funciona el hogar municipal de ancianos fue fundado por Jacinto Peralta Ramos alrededor de 1932, quien era poseedor de grandes porciones de tierra.

La organización estuvo en manos de las religiosas de la congregación de Lourdes, y el 25 de Mayo de 1935 se crea un asilo con el objetivo de prestar asistencia a los desamparados. Convivían en el mismo edificio pacientes psiquiátricos, e indigentes.

El asilo era una institución de puertas cerradas, con altos libustrines que impedían la comunicación con el exterior.

En la década del '60 la institución sufre una gran transformación, deja de estar en manos de religiosas para pasar a estar dirigida por la Municipalidad de General Pueyrredón.

A partir de allí dejó de ser un asilo para pasar a ser un hogar de ancianos, de puertas abiertas cuyo objetivo ya no era paliar las necesidades básicas de los indigentes, sino que se pretendía asistir integralmente a las personas seniles.

Características físicas de la institución:

El hogar consta de ocho salas, la sala tres y cuatro para personas dependientes, las salas uno, dos y siete salas masculinas y las salas cinco, seis y ocho salas femeninas, la sala tres (M) y cuatro (F) para personas dependientes.

Consta además de oficinas para la dirección y personal administrativo, para Servicio Social, para Psicología, un Office para enfermería con sala de terapia y en un sector nuevo para

Terapia Ocupacional que consta de una sala central que funciona como taller de artesanías y biblioteca, de una cocina y una sala utilizada para podología.

El hogar posee cocina, lavandería, y en forma independiente un taller de carpintería y un depósito para el papel que se vende para su posterior reciclado, un parque y una cancha de bochas.

Estructura interna u organizacional.

Objetivos y metas generales

La división protección del anciano (Hogar Municipal de ancianos) es una institución dedicada a la atención integral de la persona de edad avanzada, que brinda los cuidados indispensables para el bienestar y salvaguardia de la dignidad humana.

Depende de la subsecretaria del menor, la familia y la tercera edad de la secretaria de Salud Pública, Acción Social y Minoridad.

Objetivos:

- Proporcionar vivienda cómoda e higiénica al internado.
- Procurar adecuada alimentación y vestimenta decorosa
- Velar por la salud física y mental, en un sano ambiente moral.
- Proporcionar tareas y ocupaciones de acuerdo a su estado psicosomático para proteger y desarrollar sus capacidades residuales físicas, mentales y sociales.
- Estimular su trato con el exterior.

Normativa vigente en el hogar

Egreso

La permanencia del anciano en el hogar podrá cesar por:

- Fallecimiento.
- Su voluntad expresada de un familiar directo, apoderado o responsable.
- Inmoralidad en cualquiera de sus manifestaciones.
- Alienación mental o ebriedad habitual.

Derechos de los internados

- Disponer de alojamiento aseado y confortable, así como del mobiliario indispensable.
- Recibir alimentación cuali y cuantitativamente adecuada.
- Disponer de equipo de ropa y calzado provistos por el establecimiento en el caso de los indigentes.
- Recibir asistencia médica y tratamiento adecuado como así también la provisión de los medicamentos necesarios en el caso de los indigentes.
- Hacer uso de todas las instalaciones y servicios del hogar en la forma que establezcan las directivas impartidas por la jefatura y administración
- Recibir visitas y efectuar salidas diarias y/o temporarias.
- Participar en las actividades recreativas y culturales organizadas en el hogar, como así también en paseos, excursiones, etc.

- Participar cuando sus condiciones físicas se lo permitan y de acuerdo a las aptitudes y preferencias de cada uno, en las actividades ocupacionales organizadas en el establecimiento.
- Formular toda sugerencia que estime oportuna para el perfeccionamiento del servicio, será llevada a la práctica si es factible y beneficiosa su aplicación.
- Ser respetado en las creencias religiosas y contar con las facilidades necesarias para ser asistidos por el servicio del culto que profesan.
- Podrán entregar sus elementos personales, como así también el dinero con que cuenten, en custodia en la administración, bajo recibo.

Obligaciones de los internados

Son obligaciones de los internados:

- Mantener buena conducta y acatar las directivas emanadas de la superioridad.
- Abstenerse en absoluto de provocar discusiones que pueden dar lugar a la alteración del orden y la armonía que debe reinar en el hogar.
- Comunicar a la A. S. y por su intermedio a la jefatura, cualquier problema que surja en el trato con los otros internados y no hacer justicia por sí mismo.
- Someterse a los exámenes médicos periódicos, tratamientos y medidas sanitarias destinadas al buen estado de salud de los asistidos y a la salubridad del medio.
- Respetar el régimen alimenticio indicado por el médico.
- Acatar las reglas de higiene y aseo personal que les impartan.
- Contribuir al cuidado y mantenimiento en buen estado de las instalaciones, muebles, etc. como así mismo de las prendas de uso personal.

- Cooperar en la limpieza general de la casa, tendido de camas, arreglo del comedor, etc. cuando sus condiciones físicas se lo permitan.
- Cumplir con los horarios establecidos en cuanto a comodidad, regreso de salidas, visitas, etc.
- Abstenerse de hacer proselitismo de cualquier índole ya sea política, religiosa o gremial.
- Declarar al ingresar y entregar en custodia en la administración bajo recibo, los valores que posean, si así lo desean, quedando en claro que la institución no se hará responsable de las pérdidas de dinero que puedan producirse.
- No podrán conservar consigo muebles, adornos, etc., que interfieran el normal desenvolvimiento de las tareas de limpieza y crean molestas diferencias entre los internados.

De los valores de los internados.

El dinero de propiedad de los internados podrá ser entregado en custodia en la administración, que extenderá el correspondiente recibo por triplicado, debiendo entregar el original al interesado, quedar uno en la administración y adjuntar otra la orden de pago para reponer el fondo correspondiente.

Cuando los bienes o pertenencias no sean reclamados dentro de los noventa días de producido el fallecimiento, se seguirá el procedimiento referente a herencia vacante, notificando la existencia de tales valores a la fiscalía de Estado.

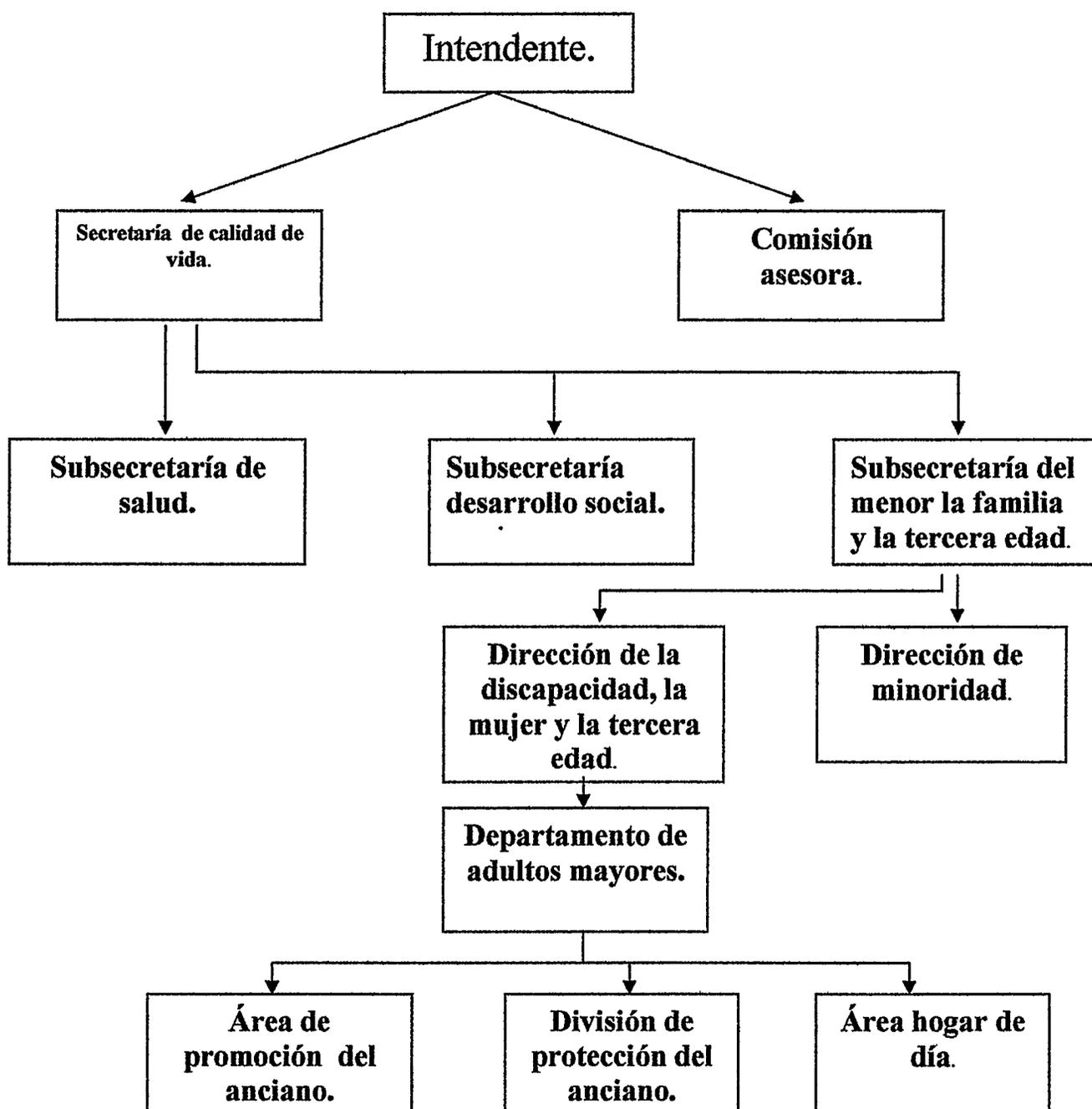
El administrador deberá entregar diariamente a la comisión asesora, el dinero recibido en custodia, para ser depositado en la cuenta “comisión asesora del Hogar Municipal de Ancianos –cuenta internados”.

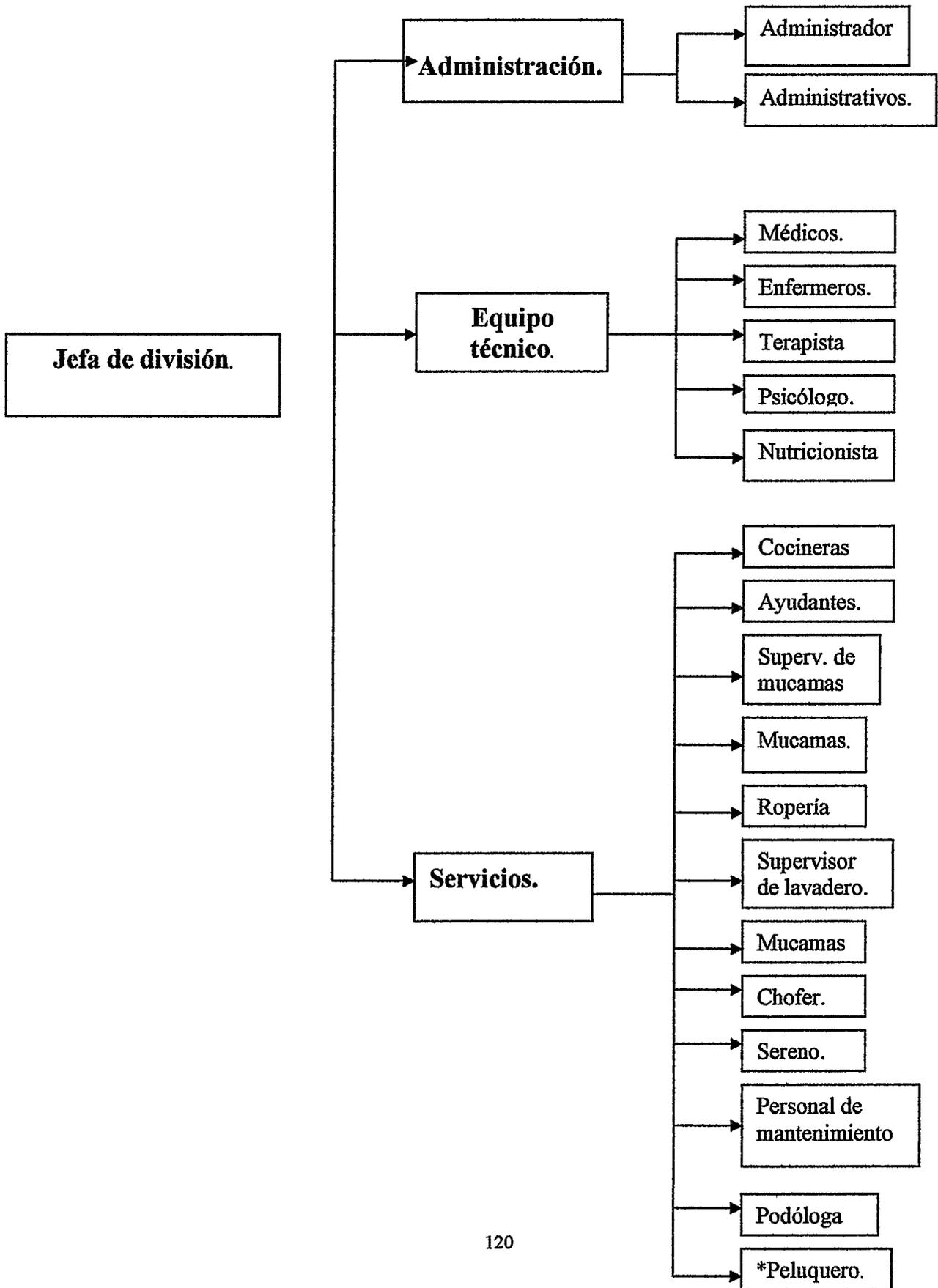
Para atender a las necesidades inmediatas de los depositantes, el administrador tendrá un fondo fijo, que será actualizado por la comisión asesora.

La Comisión Asesora funciona en forma independiente a la institución, la conforman personas de la ciudad de Mar del Plata que son elegidas por el intendente del partido de General Pueyrredón y que trabajan ad-honorem. Esta comisión se ocupa de los aspectos económicos, los fondos que manejan provienen del presupuesto municipal, de los aportes que realizan los ancianos que viven en la institución y de los cánones cobrados por la municipalidad y entregados a la comisión.

La dirección del Hogar participa en la comisión asesora con voz pero sin voto en cambio los ancianos residentes en la institución no tienen ningún grado de participación.

Organigrama formal





Administración

Administrador

El administrador tiene por función confeccionar y mantener al día los legajos del personal; el registro patrimonial de los bienes del hogar; hacer cumplir las disposiciones reglamentarias por parte del personal, solicitando al jefe de División las sanciones disciplinarias que estime correspondientes; controlar la asistencia del personal y el cumplimiento del de los turnos establecidos comunicando las novedades del día; confeccionar el presupuesto anual de la División, en referencia a los gastos generales: inversiones y personal, debiendo elevar el mismo a la superioridad; tomar las medidas necesarias para la aplicación y control del presupuesto, a los efectos de proveer el abastecimiento general del establecimiento; coordinar conjuntamente con el jefe de la división las actividades en relación a la comisión asesora; controlar los materiales en general, solicitando la adopción de las medidas que estime convenientes cuando se produzca cualquier alteración en los promedios de consumo, no justificada; confeccionar en colaboración con la ecónoma y de acuerdo a las indicaciones médicas, los menú semanales, como así también el listado de víveres necesarios para la preparación de los mismos, los que serán elevados a la superioridad con el visto bueno del jefe de división; estará bajo la dependencia del administrador, en la faz administrativa todo el personal; brindar asesoramiento administrativo en la coordinación de todos los sectores; planificar las actividades a cumplir con el vehículo de la institución, teniendo en cuenta los requerimientos de los distintos sectores.

Equipo técnico

Médicos

Concurren a la institución un médico clínico y un urólogo quienes deciden junto con el Psicólogo y las Asistentes Sociales, si los ancianos reúnen las condiciones para ser admitido en la institución así como también realizan la atención y seguimiento del estado físico de los ancianos y en el caso de ser necesario la derivación correspondiente

La asistencia médica estará dirigida al fomento, protección y recuperación de la salud de los internados siendo brindada por los médicos de la Institución, salvo en los casos que el anciano opte por su médico particular o beneficiarios de INSSJP que cuenten con sus propios médicos de cabecera. Deberán estar orientados en la especialidad Geriatría o Clínica Médica.

Servicio de enfermería

El sector de enfermería estará integrado por enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería, bajo la dependencia de un supervisor.

Supervisor de enfermería

Las funciones y obligaciones del supervisor de enfermería son: Organizar las tareas del personal a su cargo, haciendo las observaciones del caso y comunicando las mismas al personal y la jefatura; preparar la planilla de horarios mensuales; atender el consultorio cuando el médico revisa a los ancianos, delegando esta función a la enfermera encargada del turno cuando su horario no coincida; mantener al día las tarjetas de medicación y confeccionar las planillas de estadística que le sean requeridas, entregando las de atención en

consultorio el primer día hábil de cada mes; designar al personal que acompañará a los internados a los centros asistenciales para su atención; controlar entrada y salida de medicamentos ingresados por donación y mantener informados a los médicos sobre de los mismos para los casos en que puedan ser de utilidad; recibir bajo inventarios los elementos del sector y velar por el buen estado de conservación y funcionamiento de los aparatos, instrumental, etc.; controlar medicamentos y droga existentes en enfermería.; solicitar los turnos para atenciones fuera de la institución; designar los ancianos que serán atendidos por la podóloga y controlar las prestaciones; concurrir a las reuniones del equipo técnico; controlar y solicitar la reposición de elementos para curaciones y tratamientos: gasas, sueros, etc..

Enfermeros

El personal se distribuye en tres turnos rotativos de ocho horas cada uno, son ellos lo que tienen la función de administrar a cada enfermo la medicina que le corresponda y observar que se cumplan las indicaciones dadas por el médico en cada caso; asistir a los ancianos en su higiene (en caso de no poder desempeñarlo solo) y observarlos durante el baño semanal para detectar posibles enfermedades de la piel u otras afecciones y asistir en las comidas a quienes no pueden realizarlo por sí mismos.

Serán funciones y obligaciones del personal de enfermería:

Efectuar las curaciones, nebulizaciones, inyectables transfusiones, controles clínicos, recolección de material para análisis y administrar la medicación oral según indicación médica; recibir y entregar guardias no pudiendo retirarse sin la presencia de su relevo; confeccionar cuadros clínicos y pasar medicación a la historia clínica; preparar historias clínicas de los internados a ser atendidos en consultorio; recorrer las salas dormitorio en el turno noche en forma periódica; controlar medicación por tarjeta; supervisar a los auxiliares de enfermería; informar a la administración los casos de ausencia de algún internado;

encabezar con cantidades las planillas de menús diarios y el listado de dietas especiales para su preparación en cocina.

Auxiliares de enfermería

Los Auxiliares de Enfermería tienen por función: La higiene y confort de los internados (baños generales, higienes parciales, control de vestimenta, etc); levantar, acostar y ayudar a vestir a los imposibilitados; higienizar y cambiar la ropa a los pacientes postrados o incontinentes tantas veces como sea necesario; serán responsables que la ropa recibida de ropería sea entregada a los ancianos; preparar a los internados que verá el médico en consultorio o que deban ser trasladados por distintos motivos.(tramites, interconsultas, etc); acompañar a los internados a los distintos centros asistenciales, informando los resultados a supervisión o enfermería de turno; ayudar a los imposibilitados y trasladarse; visitar a los internados que tengan que permanecer en otros centros asistenciales, proporcionándoles los cuidados necesarios.(higiene ,cambio de ropa, etc.); mantener el stock de material en buen estado y cantidad suficiente(gasas, vendas, ,frascos para laboratorio, etc.); mantener el orden del office de enfermería; repartir las colaciones de la noche; colaborar en otras tareas inherentes al sector que les sean asignadas.

Terapistas ocupacionales

La disciplina Terapia Ocupacional será impartida por dos Terapistas Ocupacionales que tendrán a su cargo las siguientes funciones teniendo en cuenta las características estructurales de la institución y el tipo de pacientes existentes, sus condiciones físicas, psicológicas y nivel socio-económico:

Evaluar física y psicológicamente a los pacientes en coordinación con los restantes miembros del equipo técnico, impartir tratamiento específico para pacientes geriátricos de acuerdo a los siguientes objetivos; mantener y activar las funciones físicas y psíquicas;

mantener y o restablecer la capacidad funcional; retardar y prevenir la incapacidad y el deterioro; mejorar y favorecer las relaciones interpersonales impidiendo el aislamiento social; realizar tratamiento específico a pacientes con afecciones asociadas; formar grupos recreativos con fines de socialización; formar grupos de trabajo integrados por pacientes de ambos sexos, condicionados a las capacidades funcionales, físicas y psicológicas de los ancianos a los efectos de favorecer la confianza, contrarrestar la sensación de marginación, obtener ingresos económicos mínimos; concretar actividades como medios terapéuticos que permitan una mejor motivación de los pacientes, se adecuen a las capacidades residuales y favorezcan la realización de los objetivos terapéuticos requeridos; organizar salidas recreativas; realizar talleres terapéuticos con el objetivo de mantener y mejorar habilidades motoras.

Psicólogo

El Psicólogo realiza las entrevistas psicodiagnósticas de ingreso; administra pruebas psicométricas y/o proyectivas de acuerdo a las necesidades de cada caso en particular; confecciona y mantiene actualizadas las informaciones que hacen a un mejor conocimiento del estado psicológico del anciano a través de las historias clínicas; realiza entrevistas de contención, orientación y apoyo; interviene en situaciones de demanda espontánea o bien ante la derivación de los otros servicios; realiza interconsultas intra o extra institucionales frente a las patologías que así lo requieran; participa en actividades recreativas, terapéuticas, laborales o socializadoras en coordinación con los demás servicios; tiende a alentar modos de relación favorables entre los distintos actores institucionales; y mediante la utilización de técnicas participativas, procura reflexionar sobre las distintas problemáticas institucionales, grupales y/o personales.

Podóloga

Tendrá a su cargo el cuidado de la higiene de los pies de los internados, realizando las atenciones que les sean indicadas por supervisión de enfermería, e informando de todas las novedades que encuentre en el desarrollo de su tarea.

Asistente Social

El objetivo específico del Servicio Social es velar por la atención y cuidado de los ancianos en general.

Son funciones del Asistente Social:

Con relación al ingreso:

Recepción las solicitudes de ingreso de acuerdo a las condiciones establecidas en el reglamento; efectuar las visitas domiciliarias, para determinar si las internaciones corresponden, estableciendo el orden de prioridad para las mismas.

Con relación a los internados:

Formar el legajo de cada anciano que ingrese, manteniéndolo permanentemente actualizado; asesorar en la tramitación de pensiones y jubilaciones, así como también en el cobro de las mismas; confeccionar y actualizar permanentemente el listado de internados pensionados, jubilados, fallecidos, etc.; favorecer la relación de los internados con el medio exterior, los demás internados y el personal del hogar; mantener el orden y el equilibrio armónico de la relaciones interpersonales entre los internados y de estos con el personal del establecimiento, interviniendo en los conflictos que puedan suscitarse, manteniendo permanentemente informada a la jefatura en relación a los mismos; trabajar en estrecha colaboración con terapia ocupacional en lo que refiere a organización de fiestas, paseos, excursiones, etc.; declarar los fallecimientos y tramitaciones posteriores y comunicar a los mismos a los deudos si los hubiere; realizar el trámite de herencia vacante de acuerdo a las normas legales vigentes, , en el caso de que el anciano fallecido no tuviera familiares o éstos

no se presentaran previa notificación ; mantener una relación fluida con los médicos , Terapistas Ocupacionales , personal en general, en todo lo relacionado con los ancianos a su cargo, brindando asesoramiento a la jefatura y administración; mantener contacto con los internados que por circunstancias de enfermedad hayan sido trasladados a otras instituciones; asistir las reuniones del equipo técnico.

Personal de servicio

Peluquería

El peluquero depende de la comisión asesora y actualmente trabaja sin recibir remuneración.

Supervisor de mucamas

El personal de mucamas de limpieza, comedor, lavadero y ropería estará a cargo de una supervisora, cuyas funciones serán:

Organizar turnos, asignar tareas y controlar el cumplimiento de las mismas por parte del personal a su cargo, informando a la jefatura y administración de cualquier novedad que se produzca y solicitando la aplicación de las medidas disciplinarias a que hubiere lugar, solicitar en tiempo oportuno, los elementos necesarios para el desenvolvimiento de las tareas del sector a su cargo y disponer su almacenamiento y conservación en óptimas condiciones, velar por la correcta higiene de las dependencias del hogar, con la sola excepción de cocina, como así también muebles, artefactos y vajilla.

Mucamas

Tendrán a su cargo: La limpieza general del hogar; la preparación de las camas de los internados, su higienización y desinfección; servir los alimentos en el comedor general y a los que se hallen en la cama; el manejo e higienización de la vajilla en general; deberán comunicar a la enfermera de turno, cualquier novedad existente al retirar los orinales o tender las camas; deberán informar a la supervisora de cualquier anomalía en el desempeño de sus tareas, conducta de los internados o el funcionamiento de los servicios del establecimiento.

Encargado de lavadero

Será su responsabilidad el correcto lavado de la ropa blanca de la institución, del personal y de los internados. Para ello deberá, organizar y vigilar el cumplimiento de las tareas del personal a su cargo, informando las novedades a la supervisión; solicitar a la supervisión los elementos necesarios para el cumplimiento de las tareas, controlando el buen funcionamiento de las máquinas e informando a administración de los desperfectos que pudieran producirse a los efectos de su reparación por personal especializado; recibir la ropa sucia para su lavado y posterior entrega a ropería, llevando un estricto control; vigilar el cumplimiento de las normas de lavado y desinfección de ropa.

Mucamos del sector lavadero

Cumplirán las tareas que les sean encomendadas por el encargado, pudiendo formular las sugerencias que estimen redundarán en un mejor servicio.

Encargado de ropería

Será su responsabilidad la clasificación y planchado de la ropa blanca de la institución, personal, de los internados y provenientes de donaciones. Para ello deberá, organizar y vigilar el cumplimiento de las tareas del personal a su cargo, informando las novedades a la supervisión; solicitar a la supervisión los elementos necesarios para el cumplimiento de las tareas, controlando el buen funcionamiento de las máquinas e informando a administración de los desperfectos que pudieran producirse a los efectos de su reparación por personal especializado; clasificar junto con la Asistente Social, la ropa recibida en donación, separando la que pueda ser de uso en la institución.

Mucamos de ropería

Darán cumplimiento a las tareas que les sean asignadas por el encargado, pudiendo formular las sugerencias que estimen redundarán en un mejor servicio.

Cocina

La cocina del hogar funcionará de acuerdo a las normas impartidas por la jefatura, controlada por la administración y en concordancia con los programas alimentarios del servicio médico.

Cocineras especializadas

Sus tareas son: Ajustar sus tareas al plan de regímenes señalados; recibir y ser responsables de las mercaderías en su uso, respetando las cantidades indicadas en la preparación de las comidas; controlar las tareas de las ayudantes de cocina.

Ayudantes de cocina

Sus funciones son: Efectuar la limpieza y el ordenamiento de los víveres frescos; efectuar la limpieza general del sector; reemplazar a las cocineras en caso de necesidad.

Personal de mantenimiento

Tendrán a su cargo el mantenimiento del edificio, efectuando en caso de ser necesario, reparaciones menores mediante trabajos de electricidad, plomería, carpintería, albañilería, etc.; se ocuparán además del cuidado y mantenimiento de la caldera y serán los responsables de no permitir la entrada y/o permanencia en el sector a aquellas personas ajenas a la institución.

Bibliografía utilizada

- ❖ Aguilar, María José. La acción social a nivel municipal. Ed. Hvmánitas. 1987
- ❖ Asociación Gerontológica de Buenos Aires. La institucionalización y sus costos. 1993
- ❖ Alba Victor. Historia Social de la vejez. Ed. Laertes. Barcelona. España 1992.
- ❖ Alwin de Barros N, Jiménez de Barros M y Quesada de Greppi M. Un enfoque operativo de la metodología del Trabajo Social. Ed. Hvmánitas.
- ❖ Ander- Egg Ezequiel. Técnicas de investigación Social. Ed. Hvmánitas Bs. As. 1992
- ❖ Bateson Goffman, Hall Jackson y otros. “La nueva comunicación.” Traducción Jorge Fibla. 3º edición 1990 (1º ed.1984) Ed. Kairós. Barcelona.
- ❖ Beaver Marion, Miller Don A. “La práctica clínica del Trabajo Social con personas mayores. Intervención primaria, secundaria y terciaria.” Ed. Paidós.
- ❖ Berlo David. “El proceso de la comunicación. Introducción a la teoría y a la práctica.” New York. (1º ed. en Castellano 1969) 14º ed. 1984 Ed. El Ateneo. Bs. .As.
- ❖ Bertaux Daniel “El enfoque biográfico: Su validez metodológica, sus potencialidades. Traducido por Universidad de Costa Rica. Paris. 1980.
- ❖ Blanco Laura y otros. Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional. (Eroles, Carlos coordinador) Ed. Espacio. Bs. As. 1998
- ❖ Carretero, M. y otros. Psicología evolutiva III Ed. Alianza. Madrid
- ❖ Centro Interamericano de Seguridad Social. Atención médico social a la tercera edad en América Latina. México. 1993
- ❖ Centro Interamericano de estudios de Seguridad Social. El adulto mayor en América Latina. Sus necesidades y sus problemas médico sociales. México 1995.
- ❖ De Bono, Edward. “Conflictos, una mejor manera de resolverlos”. Ed. Sudamérica Planeta. Bs. As, 1985

- ❖ De los Reyes Cristina, Roosé M. Buseki y otros. Internación geriátrica en medicina y sociedad. Volumen 22 Nº 3 y 4 1999
- ❖ Di Carlo, Enrique y equipo. Papeles científicos del trabajo Social . La comprensión como fundamento de la investigación profesional. Ed. Hvmánitas. Bs. As.
- ❖ Dieguez, Alberto. Apuntes de cátedra Metodología S. S comunidad 1996.
- ❖ Fustinioni O. y Passanante, D. La tercera edad. Estudio integral. La prensa médica Bs. As. 1980.
- ❖ Gobierno Vasco. Ancianos en residencias de la Comunidad Autónoma Vasca. Servicio Social de publicaciones del Gobierno Vasco. 1985.
- ❖ Goffman Erving. “Estigma. La identidad deteriorada.” Ed. Amorrortu. Traducción, Leonor Guinsberg. [1 era Ed. en Inglés 1963] Bs. As. 1968.
- ❖ Goffman Erving. “Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales”. (Traducción, María Antonia Oyuela de Grant.) Ed. Amorrortu. [1 era. Ed. en castellano 1970] Bs.As. 1972.
- ❖ Golpe, Laura; Lado Silvana y Paenza María. Política social local: Una asignatura pendiente con la ancianidad? Mat. de cátedra. Psicología Comunitaria de la carrera de Lic. en Psicología. U .N. M. D .P 1996.
- ❖ Guber Rosana. El Salvaje metropolitano. Ed. Legasa Bs. As. 1991
- ❖ Hamesley M; y Atkinson P “Etnografía. Métodos de investigación”. Ed Paidós. Barcelona 1994.
- ❖ Instituto Argentino de normalización. Gestión de servicios en las residencias de personas mayores. Marzo 2003.
- ❖ Kaufman A; Benatar R Gestión de residencias de tercera edad. Ed. Deusto España.
- ❖ Kisnerman, Natalio Pensar el trabajo Social. Una introducción desde el construccionismo. Ed. Lumen Hvmánitas Bs.As. 1998.
- ❖ Krassolevitch, Miguel. “Psicoterapia geriátrica.” Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1998 (1º ed. 1993)

- ❖ Miranda Claudia. “La ocupación en la vejez.” Ed. Beliene. Mar del Plata. 1996.
- ❖ Molina Pilar y Torres Pedro “Terapia Ocupacional en geriatría: Principios y prácticas.”
Ed. Mosson. España. 1998.
- ❖ Monchietti, Alicia. Envejecer y enfermar no son sinónimos. Mat. Psicología del
Desarrollo. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- ❖ Monchietti Alicia, Cabaleiro Irene, Sanchez Mirta y Lombardo Enrique. Representación
de la vejez. Revista latinoamericana de Psicología 2000 vol. 32 N 3.
- ❖ Morales Francisco, Moyo Miguel y otros. “Psicología Social.” Ed. Isabel Capella. España.
1994
- ❖ O.P.S “La atención de los ancianos, un desafío para los años 90. Washington. 1985
- ❖ Payne Malcon. “Teorías contemporáneas del Trabajo Social”. Una introducción crítica.
Ed. Paidós 1995
- ❖ Passanante María Políticas Sociales para la tercera edad. Ed. Hvmánitas. Bs. As.
- ❖ Redondo Nélica. Ancianidad y pobreza una investigación en sectores populares urbanos.
Ed. Hvmánitas. 1990
- ❖ Salvarezza, Leopoldo. “Psicogeriatría, teoría y clínica. Ed Paídos. Bs.As. 1988.
- ❖ Salvarezza, Leopoldo. La vejez . Una mirada gerontológica actual. Ed. Paidós. Bs. As.
1998.
- ❖ Sanchez Salgado, Carmen. ” Trabajo Social y vejez. Teoría e intervención. Ed. Hvmánitas
Bs. AS.
- ❖ Savino, Carlos. El proceso de investigación. Ed. Hvmánitas. Bs. As. 1986
- ❖ Sierra Bravo, R. Técnicas de investigación Social. Ed. Paraninfo 1995
- ❖ Sierra, Sela Introducción a la Asistencia Social. Ed. Hvmánitas. Bs. As. 1963
- ❖ Sirvent María (Ficha) “Cuadro comparativo entre lógicas según dimensiones del diseño
de investigación.”. Facultad de Filosofía y letras. Universidad de Buenos Aires.
- ❖ Strauss Anselm y Corbin Juliet. Basics of qualitativa besearch. Ed. Sage publications.
London. 1991

- ❖ Suarez Marinés. Mediación. Conducción de disputas, comunicación y técnicas. Ed. Paidós. Barcelona. 1997
- ❖ Tamotsu Shibutani. Sociedad y personalidad. Una aproximación interaccionista a la Psicología Social. Versión castellana de Carlos Saltzmann . Ed. Paidós. 1961.
- ❖ Taylor, S y Bogdan R “Introducción a los métodos cualitativos de investigación” 4ta Ed. Paidós Bs. As. 1998. [1era Ed. 1987]
- ❖ Universidad de Chile. “Vejez y envejecimiento. Programa interdisciplinario de estudios gerontológicos.” Ed. Universidad de Chile. Santiago de Chile. 1996
- ❖ Watzlawick Paul, Beavin Janet y Don D. Jackson. Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas. Ed. Tiempo contemporáneo 1971. Argentina.
- ❖ Zimber, N y Kaufman E “Psicología normal de la vejez”. Ed. Paidós Bs. As.
- ❖ Zolotow David. Los devenires de la ancianidad. Ed. Lumen Hvmánitas Bs.As. 2002.