

Gestión de Hogares de ancianos.

De la rigidez a la flexibilidad.

De la institución tradicional a la inteligente

Introducción.

El último cuarto de siglo muestra un incremento sustantivo en la cantidad de hogares de ancianos y en la institucionalización de la población mayor.

El imaginario popular, investigaciones, informes, artículos periodísticos, notas en medios de comunicación y trabajo profesional en dichas instituciones, me permite afirmar que la atención que allí reciben los ancianos es altamente deficitaria.

Esta situación, más que a problemas económicos, se debe a la falta de conocimientos, capacidades y estrategias que posibiliten brindar un buen servicio.

El desafío es gestionar eficazmente estas instituciones, pasar de la concepción asilar a la concepción de promoción de la salud. Lograr hogares donde los residentes se conviertan en “protagonistas”, donde encuentren sentido a su existencia, que puedan generar proyectos, sentirse bien y vivir con la dignidad que merece todo ser humano.

En este trabajo se ofrecen diferentes concepciones que permiten discernir diferentes modelos institucionales, sus formas de funcionamiento, marcos teóricos para comprender estas situaciones y propuestas para plantear un camino conducente a lograr transformaciones adecuadas.

Es un enfoque interpretativo – demostrativo, basado en experiencias e investigaciones, acentuando calidad y modalidad de atención, por sobre consideraciones edilicias, de recursos humanos y económicas. Se apunta a transformar paradigmas, como condición primaria para iniciar los caminos de las transformaciones saludables.

Hogares de Ancianos

Cuando hablamos de hogares de ancianos o residencias geriátricas nos referimos a un modelo institucional que aparece en Europa en el Siglo XVI destinado a albergar locos, vagabundos, desviados de la ley y viejos.

A través del tiempo ha sido un recurso que la sociedad instrumentó para dar respuesta a diversos problemas planteados por la población envejeciente.

Actualmente si bien los hogares continúan formando parte del imaginario popular como uno de los destinos inexorables de los viejos, existen propuestas alternativas a la institucionalización que dan soluciones más adecuadas a las necesidades de estos.

Contrariando la mitología popular, que fija como ineludible el destino de los mayores reclusos en instituciones, las cifras indican que no llega al 1,5% la población mayor de sesenta años que se encuentra en hogares, en Argentina.

Estas instituciones están teñidas de tradición y de historia, nacen y se desarrollan bajo concepciones asilares. Recién a mediados de este siglo incorporan el concepto de rehabilitación y a partir de la década del ochenta se comienza a pensar en términos de promoción de la salud.

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

De los viejos, la vejez y los envejecientes.

La vejez, representa la última etapa del ciclo vital, y como las etapas precedentes, tiene sus aspectos positivos y negativos, sus satisfacciones y dificultades. La vejez no debe ser considerada como sinónimo de enfermedad. Las formas y características que se vive en este periodo, están condicionados en gran medida por la imagen social predominante en cada cultura, más que por los aspectos intrínsecos de cada sujeto.

Este periodo, de comienzo cierto, a partir de los 60 o 65 años de acuerdo a las convenciones vigentes, tiene un desarrollo y duración incierto. Mientras que el envejecimiento es un hecho universal, la manera de envejecer es particular.

La sociedad se refiere "a los viejos o ancianos" por medio de mitos contradictorios, aplicando en forma generalmente prejuiciosa conceptos y calidades definitivas, " viejos sabios y venerables, o locos y dementes", "abuelos afectuosos y cariñosos o quejosos y de mal carácter", "mayores que disfrutaban de la vida y la sexualidad, frente a los asexuados y amargados".

Norberto Bobbio, en su libro "De Senectute" (6) dice que la imagen de la vejez pasa del escarnio, la burla, el prejuicio, la descalificación, el desprecio, al anciano campante, risueño, feliz de estar en el mundo porque por fin puede disfrutar de un tónico especialmente fortificante o unas felices vacaciones, convirtiéndose en un cortejadísimo disfrutador de la sociedad de consumo.

Desde el punto de vista psicológico, la capacidad de los mayores para asumir los cambios y pérdidas que se producen en la vejez dependerá de cómo el sujeto se haya adaptado a otros períodos de transición en su ciclo vital. Implica

tener que elaborar el duelo por lo que fue y ya no es, por lo que tuvo y dejó de tener, por lo que pudo y ahora tiene dificultades para hacer. En pocas palabras: es tener que asumir la nueva identidad sobre bases diferentes en un periodo donde la adecuación a lo nuevo se hace más difícil.

Pero es solo a partir de una adaptación activa a la realidad, comprendida como un intercambio crítico entre el sujeto y su contexto, cuando esta fase de la vida puede ser asumida como de modificación y crecimiento, pudiendo pensar este ciclo como un proyecto distinto de existencia.

Variadas denominaciones para dar cuenta de los múltiples rostros que tiene el envejecer, ya que el paso del tiempo va acentuando las diferencias entre los individuos. Viejos, ancianos, gerontes, nonos, abuelos, retirados, jubilados, mayores, etc. son las diferentes maneras de nombrar a los que han superado los 60 o 65 años.

Envejecientes es una denominación usada en los países centro americanos y da cuenta en forma adecuada que este periodo es un proceso, en donde los aspectos biológicos, psicológicos, sociales de cada sujeto, se modifican cada uno a su propio ritmo y tiempo.

Las cifras del envejecimiento.

La proporción de mayores en la comunidad, viene incrementándose desde principios de siglo XX y continuará hasta mediados del próximo.

Naciones Unidas, ha establecido que cuando un país tiene hasta un 3% de habitantes mayores de 60 años es considerado un país con población joven, del 4 al 7 % un país maduro y del 7% en adelante un país envejecido. Argentina entra dentro de la última categoría mencionada a partir de 1950, cuando el censo de población establece que la población de referencia supera por pocas décimas el 7%. Porcentaje que llega al 13.5% en el año 2.000 y las proyecciones confirman el aumento de esta tendencia. (18)

Las razones obedecen al aumento en la expectativa de vida, que pasó de 50 años a principios de siglo a 73 años a fin de siglo, a una marcada disminución de la natalidad y bajas en los índices de mortalidad.

En números significa pasar de 4.900.000 personas mayores en la actualidad a 8.550.000 ancianos en el 2030.

Porcentualmente, mientras que la población en la Argentina aumentará casi un 60%, en los próximos treinta años, los mayores de 60 crecerán en un 104%, y dentro de este sector los mayores de 80 se incrementarán en un 236%. (18)

Al aumentar la esperanza de vida el grupo de 80 y más años es el que más crecerá y la mayor proporción serán las mujeres, que tienen una expectativa de vida que supera en siete años a los hombres en Argentina.

En todo el mundo se da el mismo fenómeno, el aumento de la proporción de personas mayores en la sociedad, pero es en los países en vías de desarrollo donde se dará el mayor incremento de esta población.

Hogares de ancianos, algunas cifras (Argentina)

Los datos acerca de la cantidad de hogares que existen en Argentina provienen de distintas fuentes y revelan al mismo tiempo la falta de estudios e información anterior y actualizada en esta área.

A los fines cuantificables, se habla de hogares de ancianos, establecimientos geriátricos, asilos de ancianos, etc. cuando son cinco o más personas las que residen en la institución. El presente trabajo parte de esta convención. Existen familias que cuidan a mayores en sus casas y hasta cuatro personas no son consideradas en ninguna legislación municipal, provincial o nacional, generalmente se las conoce con el nombre de mini-hogares o casas de familia que cuidan ancianos.

En 1979, de acuerdo a una publicación del Ministerio de Bienestar Social,(24) existían 567 hogares, 152 públicos (nacionales, provinciales y municipales) y 415 privados de los cuales 174, correspondían a organizaciones sin fines de lucro. La población internada llegaba a 21.628 ancianos.

En 1986, en un censo realizado por el I.N.S.S.J y P. (PAMI), (16) son 1117 los establecimientos geriátricos, 190 los hogares públicos y 927 los privados, siendo 131 los correspondientes a organizaciones sin fines de lucro. Los ancianos internados son 37.678.

En 1995, el INDEC, sobre la base del censo de 1991, (17)donde por primera vez se consignaron datos de hogares de ancianos, informa la existencia de 1840 establecimientos, con una población internada de 43.024 ancianos, 28.810 de sexo femenino y 14.214 masculinos. No se especifica si son públicos o privados, pero puede suponerse que el mayor incremento se ha dado en el sector privado.

En estos momentos, sin datos oficiales se estima una cifra cercana a los 3.000 establecimientos, con una población internada de 60.000 personas, lo que significa un porcentual del 1,3% de internación en la población mayor de 60 años en nuestro país.

La cifra precedente, el 1,3% de población mayor de 60 años, residente en hogares de ancianos, es baja en comparación con los países desarrollados que con porcentajes de población mayor similares o superiores al nuestro, tienen un 5% de población institucionalizada.

El censo del 2001, arroja una cifra de 70.007, mayores residentes en hogares de ancianos en Argentina. (datos de dic. 2003. INDEC.)

De las causas que motivan la internación

Las causas que motivan la internación a estos establecimientos se pueden agrupar en tres categorías, medicas, sociales y económicas.

Las médicas tienen que ver básicamente con deterioros físicos o cognitivos que aumentan el estado de dependencia de los mayores, y dificultan la realización en forma autónoma de las actividades del diario vivir o disminuyen su capacidad funcional. Se incluyen también aquí los pos operatorios prolongados y las actividades de rehabilitación.

Las causas sociales devienen por estados de soledad, carencia de familia o redes sociales, desintegración familiar y agotamiento familiar para hacerse cargo de la atención de los mayores, sobre todo cuando las patologías pasan a ser de larga data.

En general la familia responde mejor a situaciones de urgencia que a la cronificación de los estados de deterioro. Otros aspectos que tienen que ver con modificaciones en la modalidad familiar de atender a los mayores son los problemas de los hijos únicos, las separaciones, las demandas de hijos y padres sobre la generación intermedia y la inserción laboral de la mujer.

Dentro de las problemáticas económicas, que inciden en el deterioro del nivel de vida puede considerarse la pérdida de su poder adquisitivo, la imposibilidad de alimentarse adecuadamente, pagar servicios, atender deterioros de la vivienda etc.

En general hay una concurrencia de causas, con predominio de una de ellas. Lo que conduce a la decisión de internarse como salida a esta situación. La internación suele ser solicitada por hijos, familiares o vecinos. Muy pocas veces son los mayores quienes deciden su institucionalización, para encontrar seguridad y continuar con su independencia y autonomía.

Los fines institucionales.

En las entrevistas con directores y dueños de establecimientos, realizadas en una década de trabajo institucional, se ha comprobado que la atención y los fines de los hogares, están directamente relacionados con las concepciones que tienen acerca del envejecer y de esta etapa de la vida.

Consiguientemente nos encontramos con modalidades donde predomina más lo asilar, en otras lo rehabilitatorio y en algunas la promoción de la salud. También siguiendo otra caracterización, podemos agruparlas en tradicionales, adaptativas y proactivas.

Si nos guiamos por las causas que motivan el ingreso a un hogar, las instituciones deben satisfacer necesidades sociales, físicas y económicas, y es indudable que muchas cumplen con estas "misiones". Las instituciones

oficiales, cuentan con normas escritas que describen sus objetivos, y algunas privadas también, pero lo observado revela que la cultura organizacional, y su funcionamiento, responde a las creencias e ideas, muchas veces prejuiciosas, acerca las necesidades en este período de la existencia y que la modalidad de gestión procede de dicha concepción.

Estas instituciones en su forma "asilar" no satisfacen más que las necesidades fisiológicas y de seguridad física, casa y comida. (9)

El enfoque "rehabilitatorio", significa un adelanto del período anterior, procurando que la capacidad funcional de los residentes se encuentre atendida y efectuado las tareas de rehabilitación cuando fuere necesario, casa, comida, y actividades organizadas, los residentes se adaptan a la institución.

El enfoque de promoción de la salud, se inscribe en la concepción del desarrollo integral de la persona, independientemente de su edad, procura el aprovechamiento de sus potencialidades, y la realización personal. El hogar está en función de los residentes, la institución se transforma de acuerdo a los intercambios con su contexto, la atención es personalizada y se vive en proyecto.

Desde el enfoque de las necesidades

Pensado este planteo desde el enfoque de las necesidades, desde Abraham Maslow, (23) quien desarrolla la pirámide de las necesidades, las que están en la base corresponden a las fisiológicas asociadas al instinto de conservación, luego las necesidades de seguridad amor y pertenencia y finalmente de autoestima y realización personal

Cuando las necesidades de un nivel más fundamental de esta jerarquía están satisfechas, el individuo se inclina naturalmente a las satisfacción de necesidades de nivel superior, inversamente al dejar de estar cubiertas las básicas las personas tienden a dejar de lado los niveles superiores y regresar a niveles primarios de satisfacción.

En muchos hogares, los mayores solo reciben de su entorno atención a las exigencias fisiológicas y de seguridad física. Las necesidades superiores de amor, autoestima y realización de si mismo, no reciben atención y no es extraño observar conductas regresionales. Las excesivas preocupaciones por la comida, del funcionamiento de sus intestinos, del sueño, cansancio etc. dan cuenta de estas modalidades que generalmente devienen en mayores deterioros.

Max Neff (26) es otro autor que trata el tema, plantea que las necesidades humanas son las mismas en todas las culturas y en todas las épocas. Lo que cambia (en las diferentes épocas y culturas) es la manera de satisfacerlas. Cada generación tiene las mismas necesidades, lo que varía es la elección de cantidad y calidad de los satisfactores.

La esencia misma de los seres humanos se expresa a través de sus necesidades en el doble aspecto de éstas, como carencia o como potencialidad. Entendida la necesidad como algo más que la simple supervivencia, aflora la tensión entre carencia y potencialidad que es peculiar de los seres humanos.

Las necesidades concebidas en sentido estricto como carencia, se remiten a lo fisiológico, y tiene la sensación de que "algo falta". Caso contrario, cuando las necesidades hacen que la gente se comprometa, se motive y se movilice, constituyen un potencial y logran convertirse en un recurso. La necesidad de participar es un potencial para participar, la necesidad de creación es un potencial para crear.

Los satisfactores no son sólo los bienes económicos disponibles, sino que también pueden incluirse formas de organización, estructuras políticas, prácticas sociales, valores, normas, espacios, tipos de comportamiento, etc., siempre en un interjuego entre consolidación y cambio.

Las necesidades humanas desde la perspectiva de este análisis deben considerarse como interrelacionadas e interdependientes entre si. Se dividen en dos categorías, las existenciales: "Ser, tener, hacer y estar" y las axiológicas: "Subsistencia, protección, afecto, comprensión, participación, ocio, creación, identidad y libertad"..

Cuando la ancianidad se concibe como una etapa más de la vida con sus obligaciones y derechos, con sus posibilidades y dificultades, cuando es claro que "ser viejo" es tener más años y no disminuir la condición humana, los hogares se organizan para satisfacer las necesidades humanas.

En cambio, cuando existen prejuicios, cuando se considera que los mayores están dejando de ser personas, la organización institucional se ve reflejada en el empobrecimiento de sus acciones y presta atención solo al cuidado de las funciones más primigenias.

La incorporación de concepciones adecuadas al envejecimiento humano, facilita profundizar las diferentes características de atención y organización institucional para posibilitar un modelo que procure el desarrollo de las posibilidades de los sujetos en este particular momento de su existencia.

Funcionamiento de los hogares

Las descripciones acerca del funcionamiento institucional, corresponden a diversos establecimientos y fueron realizadas en los últimos 10 años. Se presenta una síntesis de los hechos más frecuentes, a modo de ejemplo, y por supuesto no todos los hogares presentan las mismas características.

Los ejemplos resaltan las modalidades de las organizaciones tradicionales y rehabilitatorias, ya que son las encontradas en la mayoría de las instituciones

con las que se trabajó. El mejoramiento de estos aspectos apunta a la modalidad de promoción de la salud

Se incluyen tres hogares municipales, con más de 200 residentes cada uno cuya infraestructura y predios fueron concebidos en las décadas del 30 y 40, pabellones amplios y espacios, con arreglos de infraestructura sobre la base de los mismos, un hogar comunitario, sin fines de lucro, con similar cantidad de población internada y similares características edilicias y diez hogares privados, de 20 a 60 residentes, donde se realizaron tareas de capacitación de personal y asesoramiento institucional. La locación geográfica corresponde a la ciudad de Buenos Aires y al conurbano bonaerense.

Los hogares municipales, si bien tienen diferencias edilicias, al estar insertos en la estructura municipal de la ciudad de Bs.As., (35) presentan similares normas de funcionamiento, reglamentos, trato al personal, etc. Los otros establecimientos, tanto en el hogar grande como en los pequeños, las modalidades de conducción y las normas, son determinadas por los responsables institucionales, diferenciándose si se tratan de establecimientos con fines de lucro o de servicio comunitario.

Las características que se describen, buscan mostrar modalidades comunes y generales de funcionamiento de estas instituciones, De ninguna manera se debe considerar que todas las instituciones de referencia tienen dichas modalidades, y por supuesto existen marcadas diferencias entre instituciones pequeñas y grandes de acuerdo al número de residentes.

- En los establecimientos grandes, los sectores de servicios, mantenimiento, cocina, lavandería, etc.; como las áreas profesionales; médicos, psicólogos, kinesiólogos, servicio social, etc.; funcionan en forma independiente, cuidan su lugar y su poder en la institución. Su tarea es autónoma. Cuando deben actuar en conjunto aparecen frecuentes problemas por lo tanto tratan de evitar estas circunstancias, esto incrementa las dificultades de comunicación y de coordinación entre las áreas.
- Las áreas medicas, kinesiológicas, psicológicas y odontológicas actúan respondiendo a necesidades clínicas y de enfermedad, atienden la parte enferma del anciano sin participar en la promoción de su salud.
- El personal de prestación cuerpo a cuerpo (enfermeras, auxiliares, cuidadoras y mucamas), se sabe responsable de una función insustituible e insoslayable y suele mantenerse ajena a las funciones de otras áreas. En general no son reconocidas en lo fundamental de su tarea, no son contenidas en cuanto a las dificultades de su trabajo y su remuneración es mínima.
- Las actividades complementarias, culturales, talleres, actividades físicas, etc. se desarrollan con el criterio de territorialidad expuesto, sin perturbar a otras áreas pero sin incorporarse activamente a ninguna.

- El servicio social realiza un esfuerzo importante en dar espacio al desarrollo y promoción social, pero no obtiene el apoyo ni la integración adecuada de las otras áreas.
- Formalmente están establecidas las comisiones de residentes, constituidas a partir de elecciones en cada pabellón o sala por los ancianos, quienes delegan en sus compañeros la representatividad para cuidar sus intereses en el hogar. En la práctica es el personal el que elige a los residentes y esto desvirtúa el sentido de dicha comisión.
- La participación de los ancianos en las actividades es escasa, y frecuentemente son los mismos quienes concurren a todas las ofertas. Falta mayor diversidad de propuestas y un trabajo de motivación y estímulo para posibilitar mayor participación.
- No se observan aprendizajes en los residentes, más bien se percibe un replegamiento progresivo siendo muy pocos los que salen del hogar.
- Las instituciones no se abren a la comunidad, se cierran sobre si mismas poniendo incluso obstáculos en los horarios de visita de familiares y amigos.
- No cuentan los hogares con un servicio de admisión a cargo de un equipo interdisciplinario que efectúe una evaluación adecuada y facilite la integración al establecimiento.
- El trato hacia los residentes es despersonalizado, se usa el abuelo o abuela y no el nombre, la ropa personal es frecuentemente cambiada cuando llega del lavadero. No se respeta la intimidad en el momento en que los ancianos son ayudados a higienizarse o bañarse. Se prometen cosas que nunca se cumplen y existen prejuicios acerca de la sexualidad de los mayores y otras manifestaciones.
- No hay una ideología común de trabajo, ni se comparten iguales criterios en los diferentes servicios, cada sector cumple con su tarea y las dificultades siempre son adjudicadas a los otros.
- Entre las varias líneas de trabajo, coexisten el estilo asilar y el médico hospitalario, conforme con brindar casa, comida y atención médica y la concepción vinculada al desarrollo de aspectos psicosociales de la vida del anciano y su relación con el medio. Estas dos modalidades, donde predomina la asilar, presentan fracturas en los diferentes niveles institucionales e inclusive plantea desconfianzas mutuas entre quienes asumen una u otra faceta.
- La capacitación y contención del personal, es escasa, La mayoría de las veces alcanza solo a los profesionales y es uno de los primeros gastos que se eliminan al presentarse dificultades económicas.
- En algunos establecimientos la rotación del personal es muy alta. Esto crea falta de compromiso con la tarea, perjudica la relación con los residentes y

exige esfuerzos extra por parte de la institución en incorporar a los nuevos, que al llegar a aprender finalmente la tarea, se van.

- Hay descuido en los espacios físicos, muchas veces se carece de lugares privados y falta de señalizaciones para facilitar una mejor orientación espacial.
- La institución tiene normas rígidas y los residentes deben adaptarse a ellas, no existen diferenciaciones de planos ni problemas. La conducción es centralizada con dificultades de delegación.

Comprendiendo el accionar institucional, perspectiva psicosocial.

En un libro clásico sobre las organizaciones, Goffman caracterizó “a las instituciones totales”, como aquellos ámbitos donde los aspectos cotidianos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad” (13).

Entre las características de estas instituciones encontramos:

- 1) la programación de las actividades se realiza de arriba hacia abajo.
- 2) entre personal y residentes la comunicación es pautada y restringida.
- 3) hay escaso intercambio entre el medio externo y la institución.
- 4) cada grupo tiende a representar al otro con rígidos estereotipos hostiles
- 5) las instituciones totales manejan diferentes técnicas de anulación del yo. Se despoja a la persona de su imagen habitual, estilo de vida, identidad y mismidad.

Los hogares al igual que otras instituciones son un conjunto de normas, reglas, disposiciones explícitas e implícitas que regulan la vida de los residentes y que obligan a estos a adoptar las formas institucionales para ser bien tratados, obligando muchas veces a renuncias de convicciones y creencias, que redundan en una disminución de la autoestima, lo cual genera progresivos deterioros.

La sociedad en general, tiende a la marginación de los viejos y cuando la cultura de los hogares reproduce dicha situación, podemos considerar que los que allí residen, de alguna manera atraviesan el período que va de la muerte social a la muerte física.

Trabajar en estos lugares y con ancianos que sufren todo tipo de deterioros crea situaciones de tensión y ansiedad, no solo al personal sino también a los residentes.

Cada sujeto crea o desarrolla sus mecanismos defensivos que le permiten tolerar y superar situaciones de ansiedad y angustia. Así como el “yo” se defiende, cabría la posibilidad de pensar también defensas sociales, que

revelaran la influencia recíproca entre estructura y personal. La estructura de las organizaciones y de la sociedad podrían ser usadas como defensa contra la ansiedad y a su vez dichas estructuras podrían formarse y modificarse a partir de los mecanismos de defensa individuales.

Elliot Jaques examinó esta idea y su hipótesis específica, postula que dentro de la existencia de una organización, la defensa contra la ansiedad es uno de los elementos primarios que unen a los individuos: "Los individuos externalizan los impulsos y objetos internos que de lo contrario darían lugar a una ansiedad psicótica y los depositan en la vida de las instituciones sociales en que participan" (20)

Siguiendo las teorías de Melanie Klein, (31) las ansiedades pueden dividirse en paranoides y depresivas. Pensada esta teorización para los hogares, en la ansiedad paranoide se proyectan los impulsos internos negativos en un miembro de la organización, y de esta manera se preserva otra figura buena y protectora, el director bueno y el administrador malo ejemplifican esta situación. En la ansiedad depresiva, se trata de preservar un mundo interno de objetos buenos y malos y evitar la ansiedad causada por la toma de conciencia de que ambos son aspectos del sí mismo. El culpar a otros servicios o a grupos minoritarios de las dificultades institucionales dan cuenta de esta defensa.

Esta línea de análisis continuada por Isabel Menzies (20) en un servicio de enfermería de un hospital general, nos permite comprender también otras conductas.

El trato distante y despersonalizado, evita los contactos afectivos, que se cortan por traslados o fallecimientos, dando lugar a sucesivas situaciones de duelo difíciles de elaborar.

Se observa como el personal cosifica a los residentes, cumpliendo tareas en forma rutinaria, siempre en el mismo orden, en el mismo estilo como forma de evitar situaciones de cambio y toma de decisiones.

El rechazo a innovaciones técnicas o modificaciones en la manera de desempeñar la tarea, también revelan la incapacidad del personal de tolerar cierto grado de independencia de las personas que tienen a su cargo, por los cambios que ellos deberían realizar para ajustarse a las novedades.

Los mecanismos defensivos tienen su correlato en los residentes de estas instituciones, que reproducen similares defensas sociales contra la ansiedad. Dividir al personal en buenos y malos, conformar grupos de amigos, para cuestionar y criticar a otros grupos de residentes, conductas descalificatorias y hostiles, etc., dan cuenta de esta división, que preserva lo bueno en uno, o en su grupo de pertenencia y proyecta en otros lo malo, ya que reconocer las propias carencias resultaría intolerable.

Perspectiva socio organizacional.

En los últimos años, el gerenciamiento institucional cuenta con nuevas y complementarias herramientas e instrumentos que posibilitan ampliar la comprensión y el conocimiento institucional y también iniciar una línea de cambios que mejoren el funcionamiento de las organizaciones.

En este sentido la **calidad total** (7) es una filosofía organizativa integral que busca y promueve la mejora continua en todas las áreas y funciones empresariales, que involucra a todo el personal de la organización y fija su objetivo final en la satisfacción plena del cliente.

Con la Calidad Total se cambia el punto de vista de máximo interés de cualquier organización sea esta pública o privada, aquél ya no es su producto o servicio, ni mucho menos problemas organizativos, sino sus clientes. Este enfoque da una gran amplitud al propio concepto de calidad, este siempre estará asociado a las propias evoluciones de las necesidades e intereses de los usuarios, por ello cualquier gestión de la calidad siempre está en continua expansión al depender de la evolución dinámica de las necesidades de sus clientes

En los últimos años asistimos a transformaciones importantes en la calidad que brindan las instituciones de servicios, no solo las empresas con fines de lucro, sino también empresas públicas, organizaciones no gubernamentales, municipios, etc.

La buena calidad de atención, descansa sobre una estructura profunda de creencias, visiones y valores humanos, algunos muy antiguos y otros mucho más recientes que a modo de estratos van sedimentándose sobre el conjunto de elementos que integran la cultura organizacional.

La modificación de patrones culturales en una organización es producto de varios factores concurrentes, no solo es importante la formación y 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 el mismo. Son los valores que sustentan la cultura organizacional los que deben ponerse en juego para producir transformaciones trascendentes, ya que son ellos los que favorecerán la modificación de aquellos hábitos y comportamientos que impiden ir en esa dirección.

Los hogares de ancianos, como instituciones de servicio, muchas veces tienen dificultades para mostrar su desempeño, ya que su producto es “una buena atención” y eso es mucho más que orden y limpieza. Los cuadros que continúan clarifican y orientan para una gestión que quiera introducir cambios en la cultura institucional.

Cambios culturales asociados a la gestión de calidad.

Cambio Cultural

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 que plana es más flexible y menos jerárquica.
Una organización preocupada en mantener el status quo.	Una organización centrada en la mejora continua.
Una percepción de los mandos por parte de los trabajadores como dominadores o policías.	La percepción de los superiores como formadores y facilitadores.
Una relación mandos subordinados caracterizadas por la dependencia, el miedo y el control.	Una relación mandos subordinados caracterizadas por la interdependencia, la confianza y el compromiso mutuo.
Basarse en el esfuerzo individual donde los trabajadores se ven a si mismos como competidores.	Centrarse en el esfuerzo del conjunto, donde los trabajadores se ven a si 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.

Diferencias de patrones culturales entre una organización tradicional y otra orientada a la calidad y al 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 solo importa el usuario externo	Se crea una dinámica de cliente 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 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 marginación 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.

La modificación de patrones culturales en una organización es producto de varios factores concurrentes, no solo es importante la formación y 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 el mismo. Son los valores que sustentan la cultura organizacional los que deben ponerse en juego para

producir transformaciones trascendentes, ya que son ellos los que favorecerán la modificación de aquellos hábitos y comportamientos que impiden ir en esa dirección.

Otro aporte significativo es el de Peter Senge, (1990) quien introduce el concepto de **organizaciones inteligentes**, (14) refiere que son las que combinan con éxito las tradiciones institucionales del cambio con las más modernas dimensiones que hoy en día se tienen en cuenta en los procesos de cambio, valores, modelos de gestión, cultura organizacional, ideología, compromiso, involucramiento, calidad de servicio, etc.

Los modelos organizacionales, pueden variar desde el burocrático, conductista o tradicional, hasta los modelos inteligentes, son aquellas instituciones donde se aprende y continuamente se expande su capacidad de crear futuro, donde el aprendizaje adaptativo es necesario, pero una organización inteligente conjuga lo adaptativo con un aprendizaje generativo, un aprendizaje que aumenta la capacidad creativa. (Senge 1990)

Este autor se interroga acerca de como generar y sostener el cambio, como cambiar proactivamente para convertir en oportunidad lo que hasta ayer era una amenaza. El cambio se origina adentro, las fronteras se diluyen y el afuera y el adentro interactúan y se alimentan. La respuesta está dada por el paradigma¹ que adopten los directivos institucionales, en el caso de los hogares, se puede afirmar que cuando estos paradigmas se trasladan a toda la institución es más fácil lograr los mismos.

Desde esta perspectiva la modalidad institucional es:	y se tiende a instituciones con modalidades de:
<p>Tradicional Rígida negadora del conflicto individualista verticalista rutinizada cerrada reactiva con perfil resultante de su historia.</p>	<p>apertura aprendizaje innovación creatividad liderazgo excelencia en los recursos humanos cultura de la eficiencia empowerment flexibilidad equipo visión compartida transparencia aceptación del error responsabilidad y autocontrol ética</p>

El **empowerment** otra de las herramientas conceptuales afín a los propósitos del cambio institucional.

Ford R. y . Fottler D. (14), destacan que el concepto de empowerment es algo mas amplio que los términos tradicionales de delegación, descentralización y gestión participativa, ya que implica determinar las tareas y saber como se ensambla el desempeño del trabajo con el propósito y la misión de la empresa.

Fundamentalmente el empowerment es un proceso de autonomía dirigida, en el que se brinda a los empleados información y conocimiento que les permitan comprender y contribuir con el funcionamiento de la organización, recompensarlos sobre la base del desempeño de la empresa y darles la autoridad para tomar decisiones que influyan en los resultados obtenidos por la organización.

Es el tema del poder el que diferencia al empowerment de técnicas anteriores de la participación de los empleados que acentuaban el aporte de los empleados pero no variaban realmente la asignación de poder y autoridad. Este instrumento permite a los individuos o equipos tomar decisiones responsables sobre las tareas que realizan, implica que la gerencia comparta información pertinente respecto de factores que afectan el desempeño efectivo del trabajo así como el control sobre ellos.

El empowerment para ser eficaz debe darse dentro de ciertos límites, ese es el desafío al implementar dicha estrategia. Los directivos deben tener en cuenta que todos los trabajos poseen dos dimensiones, contenido y contexto. Contenido representa las tareas y procedimientos para realizar un trabajo en particular y el contexto del trabajo es mucho más amplio, es la razón por la cual la empresa necesita ese trabajo realizado e incluye la manera en que se ensambla con la misión, metas y objetivos generales y el ámbito organizativo dentro del que se realiza el trabajo.

También debe considerarse a la toma de decisiones no como un simple acto electivo, sino como un proceso compuesto por cinco etapas, identificación del problema, hallazgo de soluciones alternativas, evaluación de los pro y los contra de tales alternativas, realización de la elección y, por ultimo implementación y supervisión de los efectos de dicha elección.

El empoderamiento, en su acepción en castellano, aporta conceptos fundamentales en los hogares, ya que si bien existen normas generales de trato y funcionamiento, muchas veces las singularidades de los residentes, requieren una atención especial y los empleados deben estar en condiciones de introducir modificaciones adecuadas a cada circunstancia.

El trabajo en equipo.

Una de las premisas del trabajo gerontológico es su abordaje multidimensional, la diversidad de facetas que presenta el envejecimiento (5), no puede ser comprendida o tratada en forma unilateral, la concurrencia de diversas disciplinas posibilita un tratamiento más rico del objeto de conocimiento y consecuentemente una mejor calidad en la atención.

En los hogares de ancianos, es el trabajo en equipo, el que va a posibilitar el intercambio de opiniones, la elaboración de normas y estrategias tanto para la atención de residentes como para reflexionar sobre el modelo de comportamiento institucional.

También es importante esclarecer el modelo de trabajo en equipo, se trata del ejemplo hospitalario, utilizado en cirugía mayor, con una autoridad visiblemente jerárquica, roles definidos y tareas delegadas verticalmente? o se busca la conformación de un grupo de especialistas cada uno con aptitudes y conocimientos distintos pero necesarios para facilitar la solución del problema que enfrentan, donde en función del caso y sus características los especialistas adquieren más relevancia que por su jerarquía institucional o profesional y donde todos están dispuestos a delegar parte de si en función de solucionar los problemas en que trabajan?. (25)

Como se sostiene a lo largo de este trabajo aquí también la modalidad de trabajo en equipo se construye y articula en el devenir institucional. Cada uno llega a la institución con experiencias previas de integración grupal, sean estas positivas o negativas y desde ese lugar se ubicará en esta nueva situación donde realizará el pasaje de lo individual al nosotros grupal, que no implica una pérdida de identidad sino un enriquecimiento personal por el intercambio mutuo de conocimientos y habilidades.

Construir equipos implica lograr un código común comunicacional, superando terminologías propias de cada disciplina, significa identificar sistemas de valores y filosofías de servicio, entender como se definen las prioridades y cuales son las pautas en las tomas de decisión. La cooperación llevará a establecer una semántica común, y concordar las reglas del juego, normas y funciones que todos puedan aceptar voluntariamente. Tal vez sería más simple imponer las reglas desde arriba, pero acabaría siendo igualmente fácil para aquellos de abajo, que no participan, sabotearlas.

Trabajar en equipo es la posibilidad de superar procesos destructivos, rivalidades y competencias estériles, la misión del equipo es trabajar los conflictos, ponerlos al descubierto, hablar sobre que los produce, obtener acuerdos comunes para modificar la situación e instituir un clima de confianza mutua y reducir las tensiones.

Ir avanzando en esta modalidad, requiere tiempo, pero es indudablemente un tiempo bien invertido, ya que a la larga sería mucho más costoso aceptar la ineficiencia y la baja productividad del personal que ocupa parte de su tiempo

peleándose entre si. También ya ha sido demostrado que cuando los miembros de un equipo tienen serias divergencias entre si, esto afecta negativamente a los beneficiarios de su tratamiento, cuando el equipo supera estos conflictos, determina conductas saludables y mejores relaciones en la institución.

Es importante aclarar que los equipos de trabajo multidisciplinarios, los profesionales no se integran en un proceso interactivo, no discuten o encararan su tarea conjuntamente. Trabajan independientemente uno del otro pero se hallan supeditados a un mismo centro administrativo que les asigna tareas y los supervisa. Dichas tareas se complementan de acuerdo a un plan prefijado, aun cuando los profesionales son consultados, carecen del poder de toma de decisiones y generalmente no obtienen una visión de conjunto pues no se les da lugar en el planeamiento global.

En los equipos interdisciplinarios los participantes negocian mutuamente el rol que les cabe asumir, formulan objetivos comunes y definen las reglas y procedimientos a seguir como grupo.

Son estos últimos donde se ponen en práctica más fácilmente los principios del “empowerment”, ya que se horizontalizan las relaciones de poder y se enfatiza la autodeterminación en la toma de decisiones, frente a los equipos multidisciplinarios donde se sigue un modelo clásico de organización verticalizada.

Hablar de equipo interdisciplinario en sentido operativo es tener presente que:

1. Es indistinto en donde se constituye el equipo, puede ser en una organización de servicio, o varios entes, o en forma independiente y prestar servicios a otros.
2. Las definiciones de rol y la diferenciación de tareas están bien establecidas, aunque puede darse cierto margen de yuxtaposición y redundancia.
3. El equipo determina sus reglas o normas operativas y documenta sus acciones en escritos que posibilitan su monitoreo, revisión y justificación.
4. El equipo se centra en las necesidades del paciente, residente o receptor del servicio y su orientación primaria es precisamente la tarea de servicio. Con el tiempo se primarizan las relaciones entre los integrantes, si esta situación no los lleva a desplazar sus objetivos, por dedicarse a la vida interna del grupo, los lazos establecidos les permitirán expresar más libremente sus sentimientos e ideas.

Es necesario destacar que la creencia de que en el equipo todos se igualan, todos se identifican y piensan o razonan al unísono, forma parte de las ilusiones. La colaboración interdisciplinaria no entraña tal uniformidad de pensamiento, supone en cambio la posibilidad de actuar y de tomar decisiones en conjunto. Tampoco es real que todos son iguales en status o poder de decisión, ya que no es cuestión de igualación, sino de respeto a las identidades profesionales. Lo que se busca es reducir los abusos de poder, la autoridad desmedida y arbitraria de manera que todos puedan expresar sus opiniones sin miedo de sufrir represalias o castigos.

El equipo de trabajo.

Cuando hablamos del equipo de trabajo, nos referimos a quienes integran dichos grupos, el trabajo en equipo es una concepción organizacional.

Entre los modelos que usan los equipos, nos encontramos con: **“el modelo de educación y consulta”**, aplicado en hospitales donde no siempre los profesionales están preparados para resolver el dilema asistencial y económico creado por pacientes muy ancianos.

Tiene una modalidad de énfasis educativo, las tres profesiones de mayor injerencia médicos, enfermeras universitarias y trabajadores sociales, se constituyen en equipo a los fines de

-a: pasar revista a los casos más difíciles o complejos en reuniones ordinarias de consulta semanal,

-b: crear una mayor autoconciencia acerca de las actitudes individuales hacia el paciente geriátrico,

-c: identificar las lagunas o deficiencias de conocimiento entre los profesionales, como así también sus limitaciones en el cuidado o servicio del paciente,

-d: superar los déficits de conocimientos gerontológicos y geriátricos en el personal mediante un programa de instrucción basado en los casos más complejos.

La implementación de este modelo requiere una unidad que organice la labor y sustente la motivación y la permanencia activa de dicho centro integrado por los ejes médicos , de enfermería y trabajo social, con la colaboración de otros profesionales cuando fuera necesario.

La permanencia diaria facilita las labores de interconsulta, supervisión y reevaluación de cada paciente, aparte de las sesiones semanales de trabajo.

Otra propuesta es la que se conoce como **“autoformación interdisciplinaria”** , mayoritariamente aplicada en hospitales psiquiátricos. El programa reposa en dos premisas, la primera es que cada miembro debe asumir la responsabilidad por su autoeducación, la segunda es neutralizar los factores de poder excesivo en la vida del equipo, tales como el liderazgo autocrático y carismático, ya que para evitar los riesgos de que al quedar el líder fuera de acción el equipo baje su productividad o cohesión, se basan en que las funciones directivas deben ser compartidas y el liderazgo rotativo, y en segundo término la importancia del aprendizaje como proceso autodirigido y autoiniciado en la interpretación de experiencias conjuntas .

Operan como un programa con tres etapas, desarrollo del equipo, administración y manutención y dentro de cada una se da atención a:

- evaluación del paciente
- la vinculación de las evaluaciones individuales de cada miembro del equipo al plan de tratamiento
- procedimientos predeterminados para adoptar decisiones conjuntas de tratamiento.

Parte del adiestramiento para la formulación de objetivos y la misión del equipo, se continúan definiendo los roles individuales y la percepción de los otros participantes, se comparte y rota el liderazgo formal y se trabaja con una agenda en las que se reformulan constantemente las prioridades de trabajo.

En los hogares con más de 150-180 residentes, observamos que muchos recrean alguno de los sistemas precedentes, es esto suficiente?, responde a las características de los hogares más pequeños? , habría que ampliar los integrantes de los equipos?, analizando las preguntas desde las particularidades de estas instituciones y pensándolas desde la concepción de rehabilitación, resocialización y promoción, desde organizaciones inteligentes y proactivas, donde el empowerment es una herramienta de uso habitual, es indudable que se deben promover modelos particularizados de funcionamiento institucional.

Son los modelos provenientes de la concepción de comunidad terapéutica o un programa terapéutico institucional, donde la organización es un sistema , donde cada una de sus partes son importantes y donde el todo institucional esta integrado por todos los que están en la institución.

Son también las concepciones que subyacen a las nociones de calidad total, cultura institucional , empowerment e instituciones inteligentes, que se proponen como marcos conceptuales. Esto es pensar el hogar , como comunidad, como un todo, constituido con partes interdependientes o mutuamente modificables entre si. Integrándose estas partes, en un movimiento constante, donde algunas a veces resaltan más que otras pero están siempre entrelazadas en la trama institucional.

En los hogares, el personal de atención directa,(auxiliares geriátricos, o gerontológicos, mucamas, auxiliares de enfermería, etc.) los profesionales, los directivos, los administrativos, el personal de cocina y mantenimiento, los residentes, los familiares y amigos, todos son equipo y a su vez son el equipo. Enfatizo la importancia del personal de atención directa, por que es sobre el cual gira la cotidianidad del hogar, por su contacto directo y de muchas horas con los residentes, lo que implica una gran carga emocional que no siempre es atendida adecuadamente. (en el anexo 1 de este trabajo, se amplían las consideraciones al respecto)

Funcionamiento institucional, el equilibrio inestable

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

Desde la perspectiva del desarrollo humano, el envejecer es universal, la manera de hacerlo es propia de cada sujeto, es decir que la uniformidad en la generación de los diferentes servicios, el tratar a los mayores como iguales, significa un reduccionismo que, no solo, no contempla la diversidad y

heterogeneidad de las personas , sino que en la mayoría de los casos termina rigidizando las normas institucionales y empobreciendo la calidad de servicio.

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

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

La diversidad de situaciones que se presentan en los hogares, las diferentes demandas y expectativas de los residentes, sus familiares y amigos, del personal de atención directa, de profesionales y los directivos, demandan una actitud de construcción constante de la armonía institucional, que en el devenir implica pasar de equilibrios a desequilibrios y así sucesivamente.

Debe considerarse que estas instituciones se encuentran en un contexto en el cual son consideradas muchas veces las cosas que tienen elevada visibilidad: (21)pisos limpios, pintura impecable, orden, alimentación abundante, mucho más que las que tienen baja visibilidad: un trato cordial, calidad alimentaria, ocupación y preocupación por los residentes, respeto por la singularidad, etc. Estas situaciones donde no siempre está clarificado qué es lo importante de lo accesorio, dificultan muchas veces el accionar habitual.

Comenzando a transformar

Las intervenciones profesionales, realizadas en diferentes instituciones, me han permitido sistematizar un modelo que denomino **“espacios múltiples”** donde cada uno de los equipos que se constituyen, cuenta con su espacio semanal o quincenal de reunión. También se crean espacios para varios equipos de acuerdo a las particularidades y espacios totales con participación de todos, generalmente en forma mensual.

El eje de trabajo es la reflexión y análisis de la tarea que cada uno desarrolla , en función de los fines institucionales, en los residentes es seguir descubriendo como vivir mejor y para los familiares y amigos, como contribuir a estos fines.

Estos espacios son al mismo tiempo, educativos, de contención, de supervisión, de formación, de análisis de actitudes, de procedimientos de evaluación de situaciones problemáticas, etc. Cada grupo va formulando su programa de trabajo, de acuerdo a sus particularidades y necesidades, propias y de la institución.

El trabajo no solo es intra grupo, sino también ínter y extra grupo, o equipo. Se busca de esta forma lograr crear la conciencia de ser una parte de un entramado de partes interdependientes, se tiende a romper con los compartimientos estancos, y crear una cultura diferente dentro del hogar.

Las reuniones, en general, son de 90 minutos. Se trata de que participen todos y se lleva un registro de lo sucedido y los temas tratados. Este registro se realiza rotativamente por los participantes y se lee al comienzo de cada encuentro, facilita la continuidad, la evaluación de los compromisos asumidos y las ratificaciones o rectificaciones necesarias.

En caso de instituciones de más de cien residentes, que funcionen en unidades o pabellones o edificio diferentes, cada unidad forma su “espacio” que luego se entrelaza con los otros.

Cuando, dueños, directivos o funcionarios, deciden iniciar caminos de cambios, es claro que van a aparecer las resistencias a los mismos, esta situación, universal, debe tenerse presente , sobre todo al comienzo de la tarea.

La modalidad de gestión presente en este escrito, no es simplemente cambiar un servicio, efectuar modificaciones de personal , o incorporar tecnología, significa el inicio de un proceso, que va a implicar a toda la organización.

Orientar el trabajo en función de hogares “inteligentes”, “cuidadosos de la calidad de los servicios” preocupados por la “promoción de la salud” y tendientes a preservar la “calidad de vida, de los residentes, independientemente de su capacidad funcional”, implica comenzar un proceso de modificación de la cultura de la organización.

La propuesta de generar equipos, incluyendo a los residentes, personal y familiares, con espacios propios y compartidos, es la que permite instituir modelos de trabajo grupal que van a comenzar a desarrollar los cambios en la dirección deseada. Un viejo adagio dice: el movimiento se demuestra andando, Antonio Machado, el poeta decía: se hace camino al andar, en la experiencia realizada en diversas instituciones, se debe estimar un tiempo de entre 90 a 180 días, para comenzar a verse los resultados del “comenzar a transformar”.

A veces se puede contar con intervenciones externas, que facilitan el inicio de estas transformaciones, cuando estas llegan a su fin, o cuando los directivos deciden iniciar estos procesos, la indicación es distribuir las tareas en un equipo creado al efecto, y que cada tres meses, se produzca una rotación en la asignación de las mismas.

La rotación en las coordinaciones de las reuniones, en la preparación de estrategias de trabajo, en la responsabilidad de los registros, de la difusión de la información, etc. se basa en los principios desarrollados precedentemente, que apuntan a un crecimiento de la institución y por ende sus integrantes, y a evitar situaciones estereotipadas, reiterativas que conllevan a la rigidez. Esto no es que todos hagan todo, o su contraparte que ninguno haga nada, tampoco

es que todos sepan todo, es enriquecer la singularidad de cada uno y complementar el esfuerzo común.

El proceso de admisión

Dentro de la propuesta de hogares saludables que desarrollamos, el ingreso al hogar, marca el inicio de un proceso tendiente a vincular al envejeciente y sus familiares o amigos, con los propósitos institucionales.

Este proceso debe posibilitar una investigación diagnóstica de la situación, elaborar propuestas adecuadas a las circunstancias y definir claramente las obligaciones y derechos de todas las partes involucradas.

Se tratarán de evitar prácticas que favorecen el deterioro y la despersonalización, dentro de las cuales encontramos:

- tramitaciones formales administrativas, donde el futuro residente no participa, y es trasladado desde un establecimiento hospitalario,
- familias que al no poder, o querer, responder a las crecientes demandas de atención del anciano le impone su decisión de internarlo, asumiendo que no está en condiciones de resolver y decidir por sí mismo, concurren a los hogares y piden consejos, de cómo convencer al “abuelo” sobre lo adecuado de su propuesta.
- preocupación por los costos, más que por detalles de atención y servicios.
- las instituciones se limitan a preguntar sobre el estado de salud del anciano.
- se conoce al residente en el momento de ser llevado al hogar
- se establecen complicidades entre lo que a familia no pregunta y presume que va a recibir del hogar, y lo que efectivamente asume la institución.

El proceso de admisión significa establecer con total claridad, expectativas familiares y del anciano y las reales posibilidades de la institución.

El diagnóstico de la situación puede llegar a recomendar otros recursos más adecuados. No todas las residencias están en condiciones de responder a la totalidad de las demandas.

Los planes propuestos por parte del hogar, deben basarse en las particularidades de cada anciano.

Las entrevistas viabilizan este proceso y tres de ellas permitirán que:

En la primera, se produzca el primer contacto entre la familia y la institución. Es allí donde se escuchan las primeras inquietudes, donde se solicitan orientaciones y donde es importante diferenciar entre un proyecto de depositación y un programa de atención donde las partes acuerdan recursos y compromisos.

Generalmente es la trabajadora social, la responsable de la segunda entrevista, aquí se busca relevar la historia psicosocial y médica del anciano para efectuar la evaluación diagnóstica.

Si no se ha conocido al anciano, se sugiere visitarlo antes de su ingreso, esto facilita su posterior inserción y ayuda en la evaluación del caso.

La tercer entrevista se destina a preparar el ingreso del envejeciente al hogar, ya que esto significa atravesar situaciones dolorosas, se debe procurar un ámbito de contención, donde se pueda acompañarlo a afrontar esta nueva situación. La realiza el trabajador social, el psicólogo o el médico, de acuerdo a la evaluación del equipo.

Debe recibir información acerca de sus derechos y responsabilidades, sobre la modalidad institucional, sobre los recursos con que cuenta, conocer otros residentes, acordar sobre objetos personales que llevará a la institución, etc.

La intención es hacerle conocer que ingresa a una institución viva, donde será reconocido en su singularidad y donde se espera un intercambio fecundo para su desarrollo personal.

Un proceso de admisión adecuado es coherente con una institución en vías de transformación, sin desconocer el impacto de la institucionalización, se busca encaminar un proceso que lo ayude a recuperar su autoestima, que le permita encaminar un proceso de diferenciación e integración y lo aliente en el desarrollo de tareas y actividades .

Recursos humanos

Es frecuente, observar opiniones diferentes acerca de que profesión o que profesional debe estar al frente de este tipo de establecimientos, dando por sentado que el hecho de ser profesional, garantiza, la idoneidad y el conocimiento necesario sobre el tema. La práctica demuestra que esto no es así, y en la formación de grado, (15) todavía los estudios sobre envejecimiento son optativos en algunas carreras.

Lo importante es requerir para la dirección de estos establecimientos, personal con capacitación específica y conocimientos del tema, si se pretende iniciar una transformación institucional, la claridad sobre las posibilidades del envejecimiento los conocimientos sobre instituciones saludables e inteligentes, orientarán la búsqueda. La presencia de un equipo de profesionales complementarios a la dirección posibilitará el trabajo multidimensional.

Si la particularidad institucional, se asienta sobre el mantenimiento y promoción de aspectos del desarrollo vital ,cultural y espiritual, seguramente la dirección estará en manos de un profesional de esa orientación, si la concepción es la medicalización de la vejez, la dirección será médica.

En la poca legislación existente, sobre habilitación de estos establecimientos, se requiere personal medico, de enfermería, trabajadores sociales, psicólogos, nutricionistas, kinesiólogo. (23)Es clara la concepción tradicional de estos lugares, por que ? no se cuenta o sugieren recreólogos, musicoterapeutas,

profesores de artes, ciencias, plástica, expresión corporal, física, representantes de diversas corrientes religiosas, etc.

Las remuneraciones ocupan un lugar muy importante en la retribución a las tareas del personal, en todos sus niveles, pero también es importante favorecer la capacitación, asistencia a eventos de la especialidad, aliento y estímulo a las iniciativas, y reconocimiento de los adelantos y aprendizajes, sobre todo en los niveles del personal que más tiempo permanece en el hogar.

Es habitual que los profesionales, especialistas, profesores, asistan regularmente a cursos, y seminarios, también tienen otros trabajos u ocupaciones, que significan un ritmo de entrada y salida de las instituciones diferente de quienes están ocho o diez horas en forma permanente. Para los primeros tomar distancia y reflexionar sobre su trabajo, es más fácil que para los segundos, que habitualmente es el personal de atención directa, con menor calificación y quien pasa más tiempo en contacto con los residentes. La adecuada atención de este personal, redundando directamente en el clima institucional que se quiere lograr.

Conclusiones

Los conceptos sobre el "deber ser", de los hogares de ancianos se basan en concepciones, que ubican al ser envejeciente, como sujeto y protagonista activo de su vida.

Más que una respuesta uniforme a lo que deben ser estas instituciones, se propone la uniformidad en la búsqueda de caminos conducentes a estas respuestas.

Motorizar este movimiento, es superar las contradicciones entre necesidades y satisfactores, entre lo universal y singular del envejecimiento, entre el adentro y el afuera institucional, entre lo local y lo global, entre la salud y la enfermedad, entre las alegrías y tristezas, entre la diversidad y la uniformidad.

No excluye llegar a buen puerto, pero más que el arribo, importa la manera de viajar, en este sentido hogares, saludables inteligentes, proactivos incluyen la transformación constante como manera de vivir.

Henry Longfellow tiene una frase que dice:

“Para la vejez hay tantas oportunidades, como para la juventud, aunque bajo otra apariencia. Al atardecer el cielo se cubre de estrellas no visibles de día.”

Descubrir las estrellas es el desafío, está en quienes procuran vivir mejor.

Bibliografía

- 1.- A.G.E.B.A. Cuadernos de Gerontología – Publicados por (Asociación Gerontológica de Buenos Aires) Año II – Números – .4-5-6 –. 1989.
- 2.- Antonuccio o. La salud mental en la tercera edad. Edit. Arkadia 1992.
- 3.- Beaver M. Miller D. La práctica clínica del trabajo social con las personas mayores. Edit. Paidos 1998.
- 4.- Bauleo A. Efectos de la institucionalización en el individuo. Rev. Española de Geriatria y Gerontología. 1992.
- 5.- Benatar R. Frias R Kaufmann A. Gestión de las residencias de la tercera edad. Ediciones Deusto S.A. Madrid España 1997.
- 6.- Bobbio N. De Senectute. Edit. Taurus Madrid 1997.
- 7.- Camps J. Gadea Carrera A. Servir al Ciudadano. Ediciones Gestión 2000 Barcelona España 1996.
- 8.- Castells J. Como tratamos a nuestros ancianos? Resultado de una encuesta de hogares de ancianos en Argentina. Rev. Argentina de Geriatria y Gerontología 1993
- 9.- Cifuentes Caceres y otros. La calidad asistencial y los recursos humanos en las residencias de ancianos . Rev. Española de Geriatria y Gerontología 1992.
- 10.- de Board R. El psicoanálisis de las organizaciones Edit.. Paidos – 1980
- 11.- Fernandez Ballesteros R. Fresneda R. Zamarron M. Que es la psicología de la vejez. Edit. Biblioteca Nueva Madrid España 1999.
- 12.- Garces Ferrer J. Martinez Roman A. Bienestar Social y necesidades especiales. Edit. Tiant Lo Blanch Valencia España 1996.
- 13.- Goffman E. – Internados – Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Ed. Amorrortu – 1970
- 14.- Góngora N. Análisis Organizacional. Apuntes de cátedra. 1988
- 15.- Informe de Síntesis Argentina. Estudio del adulto mayor en Argentina, Chile y Uruguay: situación y estrategias para la intervención. EASP – IFA – OPS – BID - 2.000
- 16.- Informe, Algunas características de los establecimientos para atención prolongada a personas mayores. I.N.S.S.J y P, (Pami.) 1986.
- 17.- INDEC. Síntesis N* 3, 1995.

- 18.- INDEC. N° 23 Estimaciones y proyecciones de Población. 1950 – 2050
- 19.- INFORME SOBRE LA TERCERA EDAD EN LA ARGENTINA, año 2000, Publicación de la Secretaria de la Tercera Edad y Acción Social 2001.
- 20.- Jaques E. Menzies I. Los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad. Edit. Horme – 3ra. ed. – 1980
- 21.- Jules H.Y – La cultura contra el Hombre Edit. Siglo **XXI** – 1970
- 22.- Krassoievich M. Psicoterapia geriátrica. Fondo de Cultura Económica. Mexico 1993.
- 23.- Maslow A. Citado en El proceso de envejecimiento. Mishara B. Riedel R. Ediciones Moratá Madrid España 1986.
- 24.- Ministerio de Bienestar Social, Argentina. Censo de hogares de ancianos. 1979
- 25.- Monk A. La colaboración interdisciplinaria en los servicios geriátricos. Memo 1992.
- 26.- Neff M. Desarrollo a escala humana. Developmente dialogue. Cepaur 1986.
- 27.- Patzy W. Zatelli M. Estudio comparativo de legislación provincial y municipal sobre habilitación de hogares de ancianos en Argentina. 1996. Inédito. Secretaria de Desarrollo Social
- 28.- Peace S. Vida Compartida. Una alternativa viable para la Tercer Edad. Edita Instituto Nacional de Servicio Sociales Madrid España 1987
- 29.- Pichon Riviere E. El Proceso Grupal, del Psicoanálisis a la Psicología Social. Edit. Nueva Visión – 1975
- 30.- Salvarezza L. Psicogeriatría , teoría y clínica. Edit. Paidos 1988. Buenos Aires
- 31.- Segal H. Introducción a la obra de Melanie Klein Edit. Paidos – 1977
- 32.- Szurek S. Y otros. Intervención psicológica en una residencia geriátrica. Rev. Española de Geriatría y Gerontología. 1994.
- 33.- Temas de Psicología Social – Revista. .1985 N° 7
- 34.- Yubero S. Latorre J. Envejecimiento, sociedad y salud. Ediciones de la Universidad Castilla – La Mancha. España 1999.
- 35.- Zolotow David. Apuntes de cátedra. Seminario envejecimiento. Fac. Ciencias Sociales UBA. Trabajos en Hogares Municipales.

