

Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional

Módulo 5

Modelos Comunitarios e Institucionales de Gestión Gerontológica

Rosana Croas - Laura Fernández Colmeneros



FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA



Ministerio de
Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

Secretaría Nacional de
Niñez, Adolescencia y Familia

Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional

MODULO 5: Modelos Comunitarios e Institucionales de Gestión Gerontológica

Autoras:

Rosana Croas

Laura Fernández Colmeneros

ISBN: 978-987-544-500-0

Autoridades Nacionales

Presidenta de la Nación
Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministra de Desarrollo Social
Presidenta del Consejo Coordinador de Políticas Sociales
Dra. Alicia Kirchner

Secretario Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia
Dr. Gabriel Lerner

Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores
Magíster Mónica Roqué

Autoridades Universitarias

Rector de la Universidad Nacional de Mar del Plata
Lic. Francisco Morea

Decana de la Facultad de Psicología
Lic. Ana Hermosilla

Subsecretaria de Posgrado y Relaciones Internacionales
Dra. Yamila Silva Peralta

Comité Académico

Doctora Alicia Kirchner, Ministra de Desarrollo Social de la Nación, Presidenta del Consejo Coordinador de Políticas Sociales. Miembro del Comité Académico de la Especialización en Abordaje Integral de Problemáticas Sociales en el Ámbito Comunitario de la Universidad Nacional de Lanús. Presidenta del Programa de Gestión de Transformaciones Sociales MOST de UNESCO.

Licenciada Ana Hermosilla, Decana de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar de Plata.

Doctor Gabriel Lerner, Secretario Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Doctora Yamila Silva Peralta, Subsecretaria de Posgrado y Relaciones Internacionales, Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Doctora Isolina Dabove, Directora del Centro de Derecho de la Ancianidad, Universidad Nacional de Rosario. Profesora Titular de Derecho de la Ancianidad, Universidad Nacional de Rosario.

Doctor Ricardo Iacub, Profesor Regular Asociado de Psicología de la Tercera Edad y Vejez de la UBA; Investigador de la Universidad Nacional de Buenos Aires, la Universidad Nacional de Rosario y la Universidad Nacional de Mar del Plata. Profesor invitado de universidades nacionales y extranjeras.

Magíster Claudia Josefina Arias, Magíster en Psicología Social. Docente de la cátedra Estrategias Cualitativas y Cuantitativas para la Investigación Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Investigadora Grupo "Evaluación Psicológica" Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Dirección

Directora de la Especialización: Magíster Mónica Laura Roqué, Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social. Docente Experta de los cursos internacionales en Gerontología de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Profesora invitado de universidades nacionales y extranjeras.

Coordinadora Académica: Especialista Susana Ordano, Coordinadora del Área de Educación y Cultura de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social. Especialista en Educación de Adultos Mayores y de Educación a Distancia. Docente de la Especialización de Educación de Adultos Mayores de la Universidad Nacional de Rosario.

Subcoordinadora Académica: Magíster Claudia Josefina Arias, Magíster en Psicología Social. Docente de la cátedra Estrategias Cualitativas y Cuantitativas para la Investigación Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Investigadora Grupo “Evaluación Psicológica” Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Coordinadora Operativa: Lic. María Cruz Berra, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Asesora Pedagógica: Especialista Susana López. Docente de la Universidad de Buenos Aires. Docente de la Universidad Nacional de Quilmes. Docente de FLACSO. Especialista de Educación a Distancia.

Coordinadora de Tutores: Licenciada Estela Machain

Tutores

Región NEA: Especialista Daniel **Sulim**; Región NOA: Especialista Adriana **Cortese**; Región Centro: Dr. Carlos **Romano**; Región Cuyo: Especialista Viviana **Lasagni**; Región Capital y Conurbano: Licenciada Susana **Rubinstein**; Región Buenos Aires Interior: Licenciada Corina **Soliverez**; Región Patagonia Norte: Licenciada María Inés **Gaviola**; Región Patagonia Sur: Especialista Jorge **Castelli**

Introducción

El presente Módulo tiene como objetivo desarrollar el conocimiento de las instituciones de atención a los adultos mayores, especialmente las Residencias, comenzando con un recorrido histórico, para luego caracterizar los paradigmas vigentes en las mismas.

La mirada de estas organizaciones esta centrada en el adulto mayor, y el impacto que producen las mismas en los sujetos que van a residir allí.

Se profundizara en los marcos teóricos que aportan conocimiento a cerca de las Residencias, y aspectos a debatir entre el Paradigma Asilar y el Paradigma de Derechos.

El Desarrollo central alude a la implementación de los Modelos Comunitarios e Institucionales de Gestión de organizaciones desde el Paradigma de los Derechos de los Adultos Mayores, con su caracterización, los avances, las tensiones y el desarrollo existente en la actualidad.

Objetivos

1. Realizar un recorrido Histórico de las Residencias en la Argentina.
2. Definir el Paradigma Asilar y el Paradigma de Derechos.
3. Conocer los marcos teóricos desde donde se sustentan ambos Paradigmas.
4. Realizar una caracterización de ambos paradigmas.
5. Profundizar en los aspectos centrales desde el Paradigma de Derechos.
6. Reconocer los elementos que posponen el Paradigma de Derechos.
7. Reflexionar e incorporar herramientas para la implementación del Paradigma de Derecho.

Contenidos

Capítulo 1

Un recorrido Histórico de las Instituciones que en la Republica Argentina han sido la única respuesta desde el Estado a los problemas de la población Mayor.

Módulo 5: Modelos Comunitarios e Institucionales de Gestión Gerontológica

Descripción y desarrollo de 4 periodos históricos centrales. Caracterización de la población adulta mayor, de sus necesidades y de las respuestas que el estado brindaba.

Desarrollo de teorías sociales que interpelan estas organizaciones.

Capítulo 2

Caracterización del Paradigma Asilar y el Paradigma de Derechos.

Fundamentos teóricos del Paradigma Asilar, “la Institución Total”.

Criticas al modelo Goffmiano. Los avances y las tensiones del Paradigma de Derecho.

Capítulo 3

Los ejes Centrales para la Promoción de los Derechos de los Adultos Mayores. El modelo de atención centrado en la Persona.

Las intervenciones sociales necesarias y favorecedoras de la autonomía, la inclusión, la intimidad, la participación, el proyecto vital, garantizadoras de los Derechos de los Adultos Mayores.

Capítulo 4

Los recursos sociosanitarios para la atención al adulto mayor. Servicios para la prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía personal; para el apoyo en el propio hogar; intermedios asistenciales, de estancias diurnas: centro de día y respiro familiar. Residencia permanente o temporal.

Capítulo 1

1. El Origen de las Residencias Para Adultos Mayores; un recorrido histórico

La atención, organización y los servicios brindados por los Hogares o Residencias para Adultos Mayores, están en directa relación con la concepción acerca del proceso de envejecimiento en un contexto determinado. Estas ideas y creencias articulan sentidos que sustentan las prácticas cotidianas de quienes están a cargo de estas organizaciones.

Para visualizar el desarrollo de estas organizaciones como modalidad de atención para los Adultos Mayores es que se realizará un recorrido histórico que permita, relacionar el contexto con el tipo de respuestas brindadas para este grupo etáreo.

1.1 Primer Periodo (1820-1947). El Paradigma Asilar

Los primeros hogares de ancianos o residencias geriátricas aparecen en Europa en el Siglo XVI destinados a albergar locos, vagabundos, desviados de la ley y viejos.

En Europa surgen con el objetivo de vigilar y castigar a quienes se debe educar y corregir dejando de lado el castigo físico, para promover el castigo del alma.

En nuestro país, radicaba en ocultar a los pobres, reclutar la mendicidad, invisibilizando a los inadaptados, los raros, los diferentes y también los ancianos en los llamados asilos.

El Estado argentino intervino en los asuntos sociales a partir de la creación de la Sociedad de Beneficiencia el 2 de enero de 1823 por Bernardino Rivadavia.

La Sociedad de Beneficiencia perseguía “la protección de la moral; el cultivo del espíritu en el bello sexo y la dedicación del mismo a lo que se llama industria, y que resulta de la combinación y ejercicio de aquellas cualidades”. (Tenti Fanfani; 1989:9). Era un espacio desde sus orígenes para que las mujeres provenientes de los estratos más altos de la estructura social porteña realizaran tareas de educación moral.

La sociedad de Beneficiencia no significa un quiebre al modelo anterior de caridad cristiana, sino que continua reproduciendo algunos de sus patrones básicos “la filantropía como valor universal, busca desplazar el concepto cristiano de la caridad, al mismo tiempo que no se le opone, sino que lo engloba dentro de un referente mas universal, la moral laica de origen racional y no relevada” (Tenti Fanfani; 1989-18).

Módulo 5: Modelos Comunitarios e Institucionales de Gestión Gerontológica

A la Sociedad se le solicita la tarea de asistir a niños, mujeres, jóvenes pobres y ancianos, a través de instituciones que originariamente estaba en manos de la órbita religiosa y que en el año 1822 por decreto habían pasado a la órbita del Estado.

En esta época se crea el Hogar “Isabel Balestra Espíndola” y
“Lea Meller Vack” (1926)



La concepción que había respecto a la situación de pobreza se atribuía a dos cuestiones fundamentales; o se es pobre por azar (enfermedad, accidente, muerte) o por la inmoralidad, nunca se visualizaba la pobreza dentro de un sistema de desigualdad que el sistema económico y político producía.

Ante el avance de las nuevas corrientes filantrópicas, que reclamaban una acción más directa del Estado, la Sociedad de Beneficencia volvió a reencontrarse con las órdenes religiosas. Muchos de los asilos e instituciones que fundó, fueron confiadas a éstas para su dirección y administración.

La asistencia de la Caridad y la Beneficencia por parte de las mujeres de las clases dominantes, comenzó a ser cuestionada por ineficiente y acusada, incluso de favorecer, con su acción paternalista, asistemática e indiscriminada, la indigencia y la vagancia.

Con la creación de “asilos” bajo la influencia de la etapa higienista de la política de salud de la Argentina. Los médicos higienistas fueron uno de los primeros grupos en proponer medidas concretas para enfrentar los riesgos de “Los crecientes procesos de urbanización e industrialización fueron los motivadores de las preocupaciones de los higienistas (...) detrás de estas inquietudes se hallaba el riesgo que representaba para la salubridad general y para el mantenimiento del orden social las condiciones de las clases populares” (Parra G. 1999).

Cabe destacar que para la misma época del ejemplo expuesto, fueron desarrollándose otras instituciones de carácter público no estatal, algunas de ellas existentes en la actualidad, circunscriptas en su mayoría a la atención de sus respectivas colectividades, como por ej:



Creación del hospital Francés por la Sociedad Filantrópica de origen, Año 1832, Cubriendo también necesidades de albergue.



La Sociedad Española de Beneficencia (Hospital Español) posee en la localidad de Temperley un complejo geriátrico significativo el “Hogar Elías Romero”.

Estos ejemplos muestran como en el marco de las Colectividades se desarrollaron Hogares para incluir a los Adultos Mayores desde la corriente filantrópica de las comunidades italianas, españolas, israelita, etc.

Para visualizar el ordenamiento de la vida cotidiana en los “Asilos” de esta época, veamos el reglamento interno del Asilo Gobernador Viamonte, originado en el año 1890.

“...Toda persona admitida en el establecimiento, desde su entrada contrae la obligación de conformarse a las prescripciones de este reglamento...”

“...A las cinco y cuarto de la mañana se anunciará por toque de una campana, la hora de levantarse, nadie podrá efectuarlo antes...”

“...De las seis a las siete, cada uno arreglará su cama, vaciará su vaso de noche en la letrina...y cuidará de no dejar cosa alguna debajo, en derredor o encima de la cama...”

“...A las siete se tocará la campana para reunirse en el comedor, hacer una plegaria y recibir el desayuno en orden y silencio...”

“...Después del desayuno se entregarán a las ocupaciones que se les designe,...sin pretender ninguna retribución...”.

“...A las nueve y media tocará la campana para tomar el almuerzo...”

“...A las doce del día se distribuirá agua caliente para tomar mate...”

“...De una a dos de la tarde se podrán visitar compañeros enfermos...”

“...A las tres y media, serán llamados nuevamente para la comida...” (cena).

“...A las cinco se tocará campana para las plegarias de la noche...”

“...A las seis se distribuirá nuevamente agua caliente para tomar mate...”

“...Después de las seis de la tarde, pueden acostarse libremente, pero al sonar las campanas de las ocho, deben cada uno retirarse a su dormitorio respectivo...”.

“...La entrada libre queda absolutamente prohibida...”

“...Los asilados no tienen días fijos de salida pero la Superioridad está autorizada para concederles un permiso de tres veces al año...”.

“...Los asilados deben permitir, cada vez que sea necesario, la revisión de su cama y mesa de noche, sin hacer la menor observación...”.

“...Ningún asilado puede entrar a la botica, cocina, despensa, huerta, y talleres de carpintería, sastrería, etc...”

“...Ningún cuadro, imagen u otro objeto cualquiera debe colocarse en las paredes”.

“...Todo juego queda absolutamente prohibido...”.

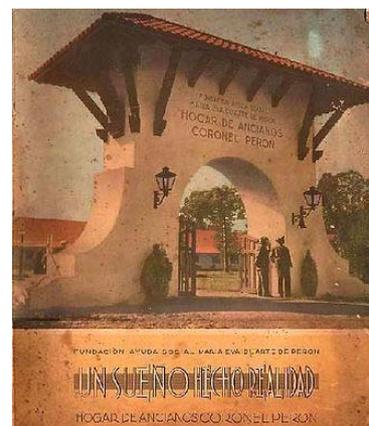
“...Los asilados hallándose reunidos por una común desgracia, bajo un mismo techo, donde la caridad pública les proporciona una vida cómoda y tranquila, deben todos respetarse mutuamente, para vivir en paz y buena armonía, y estar en el deber cada vez que ocurra alguna desavenencia, de presentar sus quejas ante la Hermana Superiora y no hacer jamás la justicia por sí mismo...”

Buenos Aires, 1890.

1.2 Segundo Periodo (1947-1955) La perspectiva de la Justicia Social.

Este periodo esta vinculado a la acción de la Fundación de Ayuda Social “Eva Perón”, desde la perspectiva de la justicia social.

La Fundación Ayuda Social María Eva Duarte de Perón se constituyó el 19 de junio de 1948 y obtuvo su personería jurídica el 8 de julio de ese año. A partir del 25 de septiembre de 1950 pasó a llamarse "Fundación Eva Perón".



En los hechos, la Fundación construyó Hogares de Ancianos y obtuvo la sanción de una ley que otorgaba pensiones a los mayores de 60 años sin amparo.

La Fundación tiene el merito de lograr que nuestro país se Constituya en la primer Nación en proclamar los Derechos De la Ancianidad .

El 17 de octubre de 1948 se crea el “Hogar de Ancianos Coronel Peron”

En este periodo se produjeron numerosos e importantes cambios en relación a la inclusión de los mayores en las políticas públicas, reconociendo sus necesidades desde una perspectiva de Derechos.

1.3 Tercer Periodo (1955-1970) Ideas Desarrollistas y la tecnificación en la atención a los adultos mayores.

Este período histórico se encuentra vinculado a la tecnificación con que las concepciones desarrollistas impregnaron la política social de ese momento. Las ideas del desarrollismo en cuanto al trabajo de tipo social se relacionaban con “aquellos procesos en cuya virtud los esfuerzos de la población se suman a los de su gobierno para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de las comunidades, integrar a éstas en la vida del país y permitirle contribuir plenamente al progreso nacional”. Para lograr esto se requería de dos elementos esenciales: la participación de la población misma en los esfuerzos para mejorar su nivel de vida, dependiendo todo lo posible de su propia iniciativa, y el suministro de servicios técnicos y de otro carácter en formas que estimulen la iniciativa, el esfuerzo propio y la ayuda mutua, y aumenten su eficacia.

La idea acerca de los problemas de la vieja asistencia social se vinculaba solo con un escaso manejo instrumental técnico por parte de los profesionales.

Recién en este periodo comienza a incorporarse el concepto de rehabilitación.

Este carácter neutro y aséptico que pretenden alcanzar los tecnócratas es coherente con la a-ideologización y a-politización que le atribuyen a las intervenciones. Así se expresa

claramente el supuesto positivista que subyace en esta concepción, conforme a la cual, la ciencia es absolutamente prescindente de la ideología y de la política.

1.4 Cuarto Periodo (1970-2000)

Este período, en el mundo de las ideas, se encuentra conmovido por la difusión de las teorías sociológicas del envejecimiento, la creciente influencia de los trabajos interpretativistas de Irving Goffman y de Michel Foucault y el surgimiento de la necesidad de contar con “alternativas a la institucionalización”.

En nuestro país, la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), el 13 de mayo de 1971, conformará con sus actos resolutivos, normativas e instrumentación de dispositivos innovadores en el “tercer nivel de atención”, un hito significativo en la historia de las residencias para mayores.

Con relación a las políticas sociales la dictadura militar logra dismantelar el sistema de salud instaurado por el Dr. Ramon Carillo, conocido como la etapa sanitarista de la política de salud.

A partir de la década del ochenta se comienza a pensar en términos de promoción de la salud.

En el año 1982 se realiza la Primer Asamblea Mundial de Envejecimiento en Viena.

Los efectos del modelo neoliberal implementados a partir de la década de los 90 se ven también reflejadas en las Políticas destinadas para adultos Mayores.

1.5 Quinto Periodo (2001 hasta la actualidad)

A partir del 2001 se dará cuenta acerca de la influencia que desde el plano internacional producen las asambleas mundiales y sus recomendaciones hacia la implementación del cambio de modelo conocido como “asilar” hacia aquel centrado en los derechos de los mayores. El adulto mayor pasa de conceptualizarse como objeto de cuidado para ser un sujeto de Derecho.

El modelo actual, basado en el paradigma de los derechos, considera a las personas mayores que viven en una residencia de larga estadía, capaces de tomar sus propias

decisiones y de sentir la residencia como su propio hogar, asumiendo por ello los derechos y obligaciones que conlleva.

El ingreso a una institución de estas características debería estar reservado especialmente a personas en situación de fragilidad o dependencia y la atención que se brinda es sociosanitaria.

Actividad 1.1

En este momento les proponemos a partir de estos extractos de reglamentos que pueda:

Vincularnos con los periodos relacionados en la presente Unidad.

Fundamente dicha contextualización.

Fines	Periodo Histórico	Justificación
<p>“Proporcionar alojamiento, alimentación, vestido y cuanto más sea necesario, a todo anciano que careciendo de medios propios de subsistencia e incapacidad ya para proveérselos, se vea privado de protección familiar, encontrándose en situación de desamparo.</p>		
<p>“Los adultos mayores son sujetos de derecho, razón por la cual rige sobre ellos una presunción jurídica básica: la capacidad de ser titular de derechos y obligaciones; y —como toda persona, a partir de los 18 años— de gozar de la facultad de ejercerlos plenamente.</p> <p>La excepción estaría dada cuando la Persona mayor, como cualquiera otra, padece alguna patología que impide o merme su juicio.</p> <p>Cualquier limitación sólo puede ser admitida</p>		

Módulo 5: Modelos Comunitarios e Institucionales de Gestión Gerontológica

<p>si es sometida a un delicado, profundo y exhaustivo estudio médico, psicológico y jurídico”.</p>		
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Concepto de Residencia	Periodo Histórico	Justificación
<p>“Un hogar debe desechar por completo todo espíritu de uniformidad que diera la apariencia de una filantropía de asilo, se ha cuidado de otorgar a cada detalle la amplitud necesaria de características de estilos, de formas, de colores, de movimiento, para que todo individuo encuentre la réplica de sus gustos y aspiraciones”</p>		
<p>“Módulo u organización institucional integral destinada al alojamiento y atención de las necesidades bio psico sociales y culturales de las personas de</p>		

Módulo 5: Modelos Comunitarios e Institucionales de Gestión Gerontológica

<p>sesenta años y más, mediante personal capacitado a tal fin, que cuenta con áreas específicas según requerimientos prestacionales, en un ambiente adecuado al funcionamiento gerontológico”.</p>		
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Capítulo 2

Caracterizando las Residencias Para Adultos Mayores- Del Paradigma al de Derechos

Como toda estructura organizacional, las Residencias para Adultos Mayores se sustentan en ideas y creencias, estas pueden configurar sistemas rígidos, donde la pasividad, la despersonalización y el quietismo configuren los rasgos más destacados o sistemas flexibles, o 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.

Las mismas dan cuenta de las construcciones acerca del proceso de envejecimiento, sus necesidades, su caracterización, etc. en un contexto determinado desde social, político, económico y cultural. Esto es lo que le otorga y sostiene las prácticas cotidianas en las Residencias para Adultos Mayores. Estos sentidos, discursos y practicas podrán caracterizarse por estar sustentados desde el Paradigma Asilar” o el “Paradigma de Derechos”.

Si bien ambos Paradigmas responden a contextos diferentes, como se ha visto en el recorrido histórico, las Residencias fueron creadas como respuesta a la problemática del Adulto Mayor bajo el Paradigma Asilar.

Y además sabemos que socialmente aun existe una mirada deficitaria, asociada a la enfermedad, discapacidad, etc. la cual se reproduce en este tipo de organizaciones.

2.1 Las Bases teóricas del Paradigma Asilar

✚ **Erving Goffman** ha desarrollado bajo la denominación de Institución total las Instituciones de encierro.

Erving Goffman. Nació en 11 de junio de 1922, Mannville, (Alberta), Canadá .

Y Murio en 19 de noviembre de 1982, Filadelfia, Pensilvania, Estados Unidos).

Estudio las unidades mínimas de interacción entre las personas,



centrándose siempre en grupos reducidos, diferenciándose así de la mayoría de estudios sociológicos que se habían hecho hasta el momento, siempre a gran escala. Goffman junto a Max Weber, Durkheim y Mead, fue uno de los sociólogos del Siglo XX más importantes sobre cuyos pasos trató de profundizar en una sociología más interesada en los procesos micro-sociales de interacción. Este era su interés central como teórico del interaccionismo simbólico, estudiar la influencia de los significados y los símbolos sobre la acción y la interacción humana.

"Una Institución Total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período prolongado de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente" (Goffman, I. 1985).

Goffman caracteriza 5 tipos de Instituciones Totales, a los fines de esta materia desarrollaremos las que fueron erigidas para "cuidar de las personas que parecen ser a la vez incapaces e inofensivas": son los hogares para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes.

Las relaciones sociales que se desenvuelven en este tipo de Instituciones actúan remarcando la distancia con el mundo exterior. Los rituales institucionales refuerzan a su vez esta dirección de las relaciones. Mismos horarios para comer, para levantarse, para bañarse, misma vestimenta, mismo corte de pelo, etc. Es decir, el proceso de Institucionalización tiende a la despersonalización individual y colectiva.

Las relaciones de poder de los "internados" están signadas por los poderes diferenciales instituidos. El mundo del interno está sometido a las reglas del personal. Estas jerarquías promueven a su vez la conformación de grupos rivales. En muchas ocasiones el personal se refiere a los internos con apodos y seudónimos que marcan la distancia entre los grupos y los estigmatiza.

La palabra "internado" tiene toda una connotación simbólica. Se marcarían las enfermedades sociales, lo patológico, lo desviado, lo anormal con la consecuente normatización que deviene de esta caracterización.

Con respecto al tema del aislamiento de los internados se puede afirmar que las Instituciones totales generan un quiebre en los lazos sociales colaborando así a provocar una disminución en la calidad de vida. Si bien en algunos casos las relaciones con el afuera se siguen manteniendo, estas se caracterizan por ser débiles, limitadas y controladas. La consecuencia más extrema es alentar el corte total de dicho lazos.

A su vez la relación entre los internados es pobre, escasa y conflictiva. Lejos está de promover la solidaridad y la convivencia.

Se suma a esto que la disposición del espacio físico no contribuye a que los internados puedan disponer de un ámbito privado provocando tensión entre pares.

Para Profundizar este punto recomendamos:

Goffman E. (1989) *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.

✚ **Maria Pia Barenys** socióloga Española escribe en “Un Marco teórico para el estudio de las Instituciones de Ancianos”; se propone desentrañar el parentesco que toda institución que acoge a residentes de por vida (o al menos por un plazo relativamente largo) tiene con las instituciones de internamiento, singularizando la de ancianos; y luego da cuenta de la situación de los residentes desde la noción de control dentro de estas organizaciones.

Al analizar las Residencias para Ancianos, explica que las mismas no corresponden a los tenebrosos asilos desde la teoría de Goffman sobre Instituciones Totales, pero tampoco son hogares. Si es que los mismos los conceptualizamos como algo más que un techo, la manutención, la convivencia y prestación de servicios en caso de inhabilitación o enfermedad. Porque el Hogar además de estos aspectos de su materialidad, posee una historia de relaciones personales, un conjunto inagotable de vivencias asociadas que ni el mejor de los tratos en el más exquisito trato de hotel podrá jamás reproducir. Cuando la puerta del verdadero hogar se abre por vez primera, el horizonte de la vida se abre igualmente por delante lleno de promesas (y de incógnitas). Cuando se abre la puerta de la residencia no hay horizonte por delante, ni promesas, y si hay incógnitas, éstas son de muy diferente índole.

Entonces ¿cómo conceptualizar a las Residencias? La autora refiere que se sitúan en algún punto intermedio en la línea artificial que acostumbramos a trazar entre ambos tipos de instituciones. “Su punto de referencia común es la techumbre, la mesa, la convivencia y otros aspectos; pero bajo la denominación común de techumbre pueden darse distribuciones y usos del espacio tremendamente dispares; la metáfora de la mesa oculta diferencias drásticas en todo lo que constituye la actividad cultural del comer (no la

biológica); hablar finalmente de convivencia, sin más, deja en el aire si se trata de vivir «al lado de» o es un compartir la vida.” (Barenys 1993:159).

La institución total de Goffman articula dos polos que son la comunidad residencial y la reglamentación de las organizaciones.

Toda organización de este tipo tiende a absorber a las personas que a ella pertenecen, y para ello delimita unas fronteras con el exterior. En la medida que toda la vida de una persona discurre dentro de la institución, ésta cobra el matiz de institución total. Cuanto más deteriorados física o psíquicamente estén los adultos mayores estas organizaciones es más propenso a constituirse en instituciones totales.

La segregación del mundo extrarresidencial en el caso de los adultos mayores esta muchas veces vinculadas a la pérdida o alejamiento de sus familias, a las dificultades psicomotoras y/o de dependencia; y no de un carácter coercitivo de las organizaciones. Lo que sucede es que antes del ingreso a las Residencias estos adultos mayores ya se encontraban marginados y segregados.

“Aparecen en las residencias o instituciones totales lo que Goffman llama adaptaciones secundarias, que son las practicas que a veces contraviniendo el reglamento, o a veces reinterpreándolo, y que permiten a algunos individuos obtener satisfacciones marginales. Por ej. un rincón donde se pueden reunir algunos para fumar o jugar apostando dinero, una relación de amistad con un residente de otro sexo, etc., pero más allá de todo ello hay que verlas como un desafío a las limitaciones del reglamento y del control existente en la institución. Las adaptaciones secundarias han de contemplarse como una reacción saludable de la personalidad y una manifestación (más simbólica que real) de que el individuo controla aún parte de su situación. Las adaptaciones secundarias existen en las residencias de ancianos pero, como antes hemos sugerido, suelen ser respuestas individuales o de un pequeño grupo”. (Barenys: 1993:162)

La segunda dimensión, la imposición del reglamento que regula la totalidad de la vida cotidiana arrebatada a los sujetos la posibilidad de organizar actividades como por ejemplo, impone comer en horas prefijadas y coarta la posibilidad de tomar algo entre horas, irse a

dormir, restringiendo incluso el acceso a las habitaciones fuera del horario de descanso. En ocasiones estas normas no son tan estrictas y se aceptan las excepciones con la condición de que se pidan los correspondientes permisos.

“El trato colectivo, efecto de la reglamentación, se manifiesta de forma más evidente en el expolio de la privacidad: muchos ancianos, y no únicamente los económicamente débiles, se ven obligados a convivir con extraños en las situaciones que nuestra cultura define como «íntimas». A veces —no siempre— a la promiscuidad se añade la dificultad de acotar un «territorio», por mínimo que sea, y de «marcarlo simbólicamente» dentro de un espacio común (detalles de decoración personal en la habitación, uso de cubiertos y servilletas propias, etc.)”

(Barenys: 1993:163)

La autora complejiza el análisis de la institucionalización en términos de control personal; la institución fomenta y premia en los ancianos una actitud sumisa y pasiva. La institucionalización entonces puede enfocarse como un **proceso paulatino de pérdida de control**, el control que toda persona adulta ejerce sobre las circunstancias más habituales que le afectan como miembro de un grupo que participa plenamente de su vida social. El control es un constrictor personal y subjetivo que hace referencia a una actitud o postura de la persona frente a los acontecimientos que le suceden.

Una investigación realizada por Schulz (Schulz.: 1973:33-563-573) para evaluar los efectos que tiene en los ancianos institucionalizados la sensación de conservar/perder el control sobre un suceso. Organizó unas visitas de sus estudiantes a una residencia de manera que un primer grupo de ancianos controlaban ellos la frecuencia y la duración de cada visita; para un segundo grupo las visitas eran al azar, y un tercer grupo no recibía visitas. El resultado fue que los ancianos que «controlaban» sus visitas mejoraron, desde el punto de vista psicológico, notablemente más que los pertenecientes a los otros dos grupos.

Para Profundizar este punto recomendamos:

Barenys María Pía (1993): Un Marco teórico para las Instituciones de Ancianos. En Reis N° 64. Octubre-Diciembre 1993.

✚ **Lucas Graeff**, psicólogo y antropólogo realiza una investigación etnográfica entre agosto de 2004 a diciembre de 2005 en el Asilo Padre Cacique de Puerto Alegre, Brasil.

En su investigación respecto al ingreso al Asilo visualiza:

- ✓ Independientemente de las circunstancias que motivaron la institucionalización, (muchas veces provocadas por una posición ambigua con la familia) el anciano renuncia a vivir con ella y opta por vivir en el asilo para recuperar parte o la totalidad de su autonomía.
- ✓ Los primeros tiempos de institucionalización llevan a un ajuste del anciano, que necesitara de la incorporación de la nueva cultura institucional.
- ✓ Tomar esta nueva cultura dependerá de la comprensión y la incorporación de ese conjunto complejo y jerarquizado de maneras de pensar y actuar, que se dan en el propio ritmo de las relaciones establecidas en cada espacio social habitado.
- ✓ En la cultura asilar en el Asilo Padre Cacique era definida por códigos de diferenciación/identificación, un conjunto de comportamiento y de control de emociones que se van incorporando gradualmente cuando se entra en ese espacio simbólico.
- ✓ Un núcleo organizador de estos códigos era escapar de la senilidad, y controlar su capacidad física y psíquica. Este era un proyecto compartido entre los residentes del Asilo.
- ✓ El cuerpo se transforma en el soporte primario de la comunicación, gestos, ropa, modos de desplazarse pueden indicar el ritmo de envejecimiento.
- ✓ Los momentos de reclusión y silencio lejos de ser sustentados como una señal de vejez pasiva o abandonada, se constituyen en un espacio de afirmación de la intimidad.

El investigador refiere que la teoría de las Instituciones Totales debe ser asumida en cuanto tal: como una herramienta conceptual que contribuye para comprender el drama del asilamiento y para criticar el carácter totalitario de determinadas gestiones. Pero es necesario tener en cuenta "otros aspectos de la cultura asilar, muchos de ellos también dramáticos, que no pueden ser interpretados o explicados exclusivamente a través de esa

teoría. –los peldaños de la vejez, que son maneras de vivir y de resignificar la condición de asilamiento, los ritmos cotidianos, que conforman temporalidades propias en la cultura asilar, y las narrativas de los viejos, sujetos de experiencias singulares, que realizan un esfuerzo sistemático de dar sentido a sus experiencias”.(Graeff 2005:25).

Para este punto recomendamos la lectura de:

Graeff, Lucas (2005): “Instituciones Totales y la cuestión asilar.

Un abordaje comprensivo”.

Disponible en URL:

<http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/download/4810/2708>

2.2 Residencias desde el Paradigma de Derechos

La concepción de Envejecimiento activo, en el sentido de la autonomía y no del autovalimiento (conceptos que se desarrollaran en los próximos capítulos) sustenta el Paradigma de Derechos.

El enfoque de los derechos, propicia la titularidad de derechos humanos de todos los grupos sociales y, de ese modo, contribuye a que aquellas y aquellos que en el pasado fueron excluidos, en el presente sean tratados sobre la base de la igualdad y el respeto de la dignidad humana, para favorecer la integración social y, con ello, la construcción de una “sociedad para todos” (Naciones Unidas, 1995b).

Se considera entonces, a los adultos mayores como sujetos de derecho, razón por la cual rige sobre ellos una presunción jurídica básica: la capacidad de ser titular de derechos y obligaciones, y —como toda persona, a partir de los 18 años— de gozar de la facultad de ejercerlos plenamente. Desde el enfoque de derechos, las personas mayores individualmente son titulares de derechos de primera generación (libertades esenciales), y como grupo de segunda, tercera y cuarta (seguridad y dignidad).

Las Naciones Unidas, a partir de sus declaraciones y principios, ha promovido la incorporación de los derechos de los adultos mayores como un eje clave en la agenda de gobiernos y sociedades. Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad (aprobados por resolución 46/91 de la Asamblea General de fecha 16 de diciembre de 1991) son: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.

Toda relación entre la residencia para adultos mayores y los residentes estará basada en un acta acuerdo firmado entre ambas partes en donde se establezcan los derechos y obligaciones respectivos.

La excepción “solo” estaría dada cuando la persona mayor, como cualquier otra, haya sido declarada insana contando con sentencia judicial firme, en caso contrario ningún familiar, amigo, profesional y/o conocido tiene derecho a decidir sobre el lugar de residencia del adulto mayor y actuar sin su consentimiento.

Este Paradigma logra modificar la atención basada desde la concepción de necesidades (que asume a las personas mayores como objetos de cuidados y sujetos pasivos) hacia la promulgación y protección de los Derechos de los Adultos Mayores que viven en las Residencias.

Las personas mayores que viven en una residencia de larga estadía son capaces de tomar sus propias decisiones y de sentir la residencia como su propio hogar, asumiendo en consecuencia la titularidad y ejercicio de todos los derechos y obligaciones que conlleva.

¿Quiénes deben ingresar a las Residencias?

Debe estar reservado especialmente a personas en situación de fragilidad y/o dependencia, que no cuenten con redes de apoyo social que puedan sostenerlo en su entorno.

¿Qué Derechos de las Personas Mayores deben garantizar las Residencias?

- Se garantizara el INGRESO a la Residencia, solo con el consentimiento del Adulto Mayor.
- La atención que se le brinde al adulto mayor DEBERÁ ESTAR CENTRADA EN LA PERSONA, en sus capacidades y deseos, controlada por la persona o por quien ella elija,

planeada para un futuro posible y deseable, es decir su proyecto vital, y basadas en dimensiones de calidad de vida y en sus dimensiones de capacidad personal.

- Dicha atención deberá revestir el carácter de INTEGRAL, esto es, la satisfacción de las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, culturales, recreativas, productivas y espirituales de las personas adultas mayores, considerándose sus hábitos, capacidades funcionales, usos y costumbres y preferencias.
- Se garantizara, en las residencias, que la ATENCIÓN QUE RECIBAN LOS ADULTOS MAYORES SERÁ BRINDADA POR PERSONAL CAPACITADO.
- Se garantizará, en las residencias, el respeto a la *DIGNIDAD*, entendida como el reconocimiento del valor intrínseco de las personas, en toda circunstancia, con pleno respeto de su individualidad y de sus necesidades personales incluyendo:
 - a) Ser atendidas con respeto y con buen trato.
 - b) Ser atendidas de forma individualizada y personalizada.
 - c) Ser atendidas de acuerdo a sus necesidades, si es posible sus preferencias, atendiendo a factores culturales y religiosos y no ser objeto de discriminación por razón de sexo, orientación sexual, estado civil, edad, raza y otros.
- Se garantizará el derecho a la *PRIVACIDAD* y a la *INTIMIDAD*.
- Se garantizará el derecho a la *CONFIDENCIALIDAD*.
- Se garantizará y se fomentara el derecho a la *AUTONOMÍA*.
- Se garantizará el acceso a la *INFORMACIÓN*.
- La residencia deberá potenciar al máximo posible la *PARTICIPACION*.
- Se garantizará el derecho a la *INTEGRIDAD*.
- Todas las residencias deberán contar con la *INFRAESTRUCTURA, Y MOBILIARIO ADECUADO* para garantizar los Derechos de los que allí residen.
- Se garantizara la *CONTINUIDAD EN LOS SERVICIOS DE ATENCION*.
- Se garantizara la *INCLUSION SOCIAL*.

En el funcionamiento de una institución de cuidado de largo plazo

Los derechos de los residentes son fundamentales y todos los miembros del personal deben cumplir un rol activo en respetar, proteger y promover estos derechos. Todos los residentes de las instituciones tienen derechos y libertades garantizados por los pactos internacionales y las leyes nacionales, sin importar que sufran discapacidad física o mental. (Huenchan Sandra 2009)

2.3 Una Matriz Comparativa entre ambos Paradigmas

Lejos de establecer un esquema rígido en ambos Paradigmas, la presente matriz se instrumenta a los efectos de contar con indicadores claros y polares en cada uno de ellos.

Dimensiones a Comparar	Paradigma Asilar	Paradigma de Derechos
El Ingreso a la Residencia	Es solicitado y consensuado Con familiares y/ o Profesionales. No es	El consentimiento lo da el Adulto Mayor. Se lo considera un proceso de

	<p>Convocado el adulto mayor</p> <p>En esta decisión.</p> <p>Al ingresar debe adaptarse a</p> <p>La vida de la Residencia</p> <p>Paradigma Asilar</p>	<p>Integración. Se lo acompaña ya</p> <p>que es un evento muy complejo,</p> <p>cargado de ansiedades, de dudas, etc.</p> <p>Paradigma de Derechos</p>
Concepción de Residente	<p>El residente es objeto de Cuidado.</p> <p>Todos los Adultos Mayores</p> <p>Son iguales, enfermos. Fuerte</p> <p>Carga de prejuicios hacia Los residentes.</p> <p>No se tiene en cuenta la Historia personal, su Trayectoria social, cultural, Afectiva, etc.</p> <p>Hay una fuerte carga Valorativa.</p>	<p>El Residente es sujeto de Derechos.</p> <p>Se lo considera como un sujeto Único, con una historia Particular y singular.</p> <p>Se lo concibe como un sujeto Integral.</p> <p>No se realizan juicios valorativos.</p> <p>Hay principios éticos.</p>
Necesidades de los Residentes	<p>Necesidades objetivas; techo, Comida, aseo, vestido, Atención Médica.</p>	<p>Las necesidades son concebidas</p> <p>Como Derechos a Garantizar,</p> <p>Desde una perceptiva integral.</p>
Normativa Institucional	<p>La normativa es rígida, es</p>	<p>La normativa es</p>

Módulo 5: Modelos Comunitarios e Institucionales de Gestión Gerontológica

	<p>Más importante que los Residentes.</p> <p>Los residentes deben Adaptarse a ella.</p> <p>Por ej. Horarios rígidos para Comer, acostarse, etc.</p> <p>Igual para todos.</p>	<p>flexible. Se Adapta a las necesidades de los Residentes, dentro de un marco Institucional.</p>
Relación entre Residentes	<p>Escasa y conflictiva.</p>	<p>Se fomenta la tolerancia y el Respeto.</p>
Conflicto	<p>Se lo niega o se lo reprime.</p> <p>Se lo concibe desde la Psiquiatrizacion de los Residentes.</p>	<p>Se lo aborda desde una Perspectiva integral y como Inherente a las relaciones Sociales.</p>
Autonomía	<p>Se la cercena, el personal hace mejor esa tarea; o demora menos.</p> <p>Responde a una mirada Prejuiciosa del personal</p>	<p>Se la fomenta siempre, Independientemente de la Condición de dependencia.</p>
Relación Personal- Residentes	<p>Regidos por relaciones de Jerarquías bien marcadas.</p> <p>El personal ejerce un fuerte Control hacia los residentes.</p>	<p>Se da en el marco del respeto Y dentro del marco de los Derechos. El personal se Constituye en un apoyo social Para los residentes.</p>
Maltrato Institucional	<p>Existe pero no se lo aborda.</p>	<p>Se trabaja, se</p>

	<p>Se justifican practicas Violentas. La temática Permanece oculta. Los Residentes temen hablar De eso. No se les cree a los Residentes.</p>	<p>desnaturaliza. Se aborda, se toman medidas. Circula, el residente tiene un Canal de confianza para Denunciar estos hechos.</p>
<p>Trato del Personal a los Residentes</p>	<p>No es personalizado. Se los infantiliza, se los llama Abuelos. O se los denomina Según patología, numero de Cama, etc.</p>	<p>En el marco del respecto a una Persona mayor. Se lo llama por el nombre.</p>
<p>Privacidad e intimidad</p>	<p>No hay diferenciación entre Los espacios privados y los Públicos. Todo es Publico; la Habitación tipo pabellonal, Al momento de la higiene No se preserva su intimidad Se hace en cualquier lado, Con las puertas abiertas, etc.</p>	<p>Existen espacios privados donde Se garantiza la intimidad de Los Adultos Mayores. Clara diferenciación de los Espacios públicos y los Espacios privados.</p>

Módulo 5: Modelos Comunitarios e Institucionales de Gestión Gerontológica

Sexualidad	Se niega, se reprime o se ridiculiza el ejercicio de la misma. "De eso no se habla"	Se la concibe como intrínseca a la Vida. Se la respeta, Se la aborda, Con respeto y Respetando el derecho de Intimidad.
Cuidados Progresivos	No son necesarios, cuando el Residente no cumple con la Topología de la Residencia Es derivado.	La Residencia cuenta con Cuidados progresivos de distintas Gradualidad y complejidad, evita La derivación por el desarraigo Que genera. Es flexible Implementa estrategias para Contenerlo.
Final de Vida	No es abordado desde la Residencia, el residente Muere en contexto de Hospitalización. De eso Tampoco se habla.	Se lo contiene en la Residencia Se trabaja en el Acompañamiento a el y a sus Familiares.
Relación con el entorno	Escasa, o inexistente. Cuando existe en general Es de afuera hacia adentro Y responde A objetivos	Muy fluida, pero respondiendo a Las inquietudes y los intereses De los residentes. Es

Módulo 5: Modelos Comunitarios e Institucionales de Gestión Gerontológica

	o intereses De quienes las realizan.	tanto de adentro para afuera. Como de afuera para adentro.
Plan de Actividades	Diseñada por el personal De la Residencia.	Se la diseña conjuntamente con Los residentes.
Participación	La participación en las Cuestiones de la vida diaria Es escasa, y Puede ser entendida como Peligrosa para la vida Institucional. La participación esta solo Restringida a las actividades.	Se la fomenta permanentemente En el diseño de las actividades, En la inclusión y evaluación De las mismas. Y en las decisiones Que hacen a la vida cotidiana De la Residencia.

Esta matriz, intenta dar elementos claros y objetivos de ambos paradigmas, los mismos están plasmados de un modo polar solo a afectos pedagógicos, de ningún modo pretenden describir cabalmente la situación de las Residencias hoy, o al menos de la totalidad de las mismas.

En la actualidad en las Residencias no encontramos todos estos indicadores, en general podemos ver algunos de ellos, o también encontrarlos matizados entre un paradigma y el otro.

Esto se debe por un lado, a que las Residencias para Adultos Mayores como toda organización están en permanente interacción con el contexto en el cual se encuentra. El avance de las Políticas Publicas defensoras y garantistas de los Derechos de los Adultos Mayores, ha impactado en mayor o menor medida en las mismas. Además los mismos Residentes pertenecientes a contextos muy diferentes a los cuales responde esta

organización, o Residentes que han internalizado la perspectiva de Derechos interpelan a las Residencias, produciendo modificaciones en las mismas.

Los cambios ocurridos a nivel de la Política Social, y de los Residentes han introducido algunas modificaciones en estas organizaciones. Con lo cual en la actualidad en las Residencias para Adultos Mayores se constatan ambos modelos, los que tensionan los discursos, las prácticas cotidianas, fracturan en los diferentes niveles institucionales y hasta inclusive, generan desconfianzas mutuas entre quienes asumen uno u otro paradigma.

- ✚ Pero ¿cuáles son esas tensiones?
- ✚ ¿Cuáles son las fuentes de las mismas?
- ✚ ¿Quiénes expresan esas tensiones?

Actividad 2.1

Lo invitamos a reflexionar y construir indicadores para las siguientes dimensiones:

Dimensiones a comparar	Paradigma Asilar	Paradigma de Derechos
La muerte, abordaje, y Comunicación a los Residentes.		
El cuidado de las pertenencias Y los bienes de los Residentes		
El mobiliario de las Residencias.		
Dimensión Edilicia		
Equipo Técnico		
Capacitación		

2.4 Las tensiones entre ambos Paradigmas

Las tensiones entre ambos paradigmas son múltiples, pero podríamos reflexionar a cerca de;

a) Cuidados de salud y autonomía en las decisiones

b) Lo individual y lo colectivo

c) Institucionalización y ejercicio de la sexualidad.

Cuidados de salud y autonomía en las decisiones

a) En las Residencias el eje de los cuidados es un gran punto de tensión entre los distintos Paradigmas que conviven en las mismas.

La atención y el cuidado sobre el cuerpo como abordaje central en el Paradigma Asilar, es fundamentado desde, la responsabilidad, la seguridad y el cuidado de la salud. Esta concepción tensa la categoría de autonomía, y autocontrol, provocando puntos de conflictos entre quienes poseen diferentes concepciones.

¿Por qué?

- Porque limita la autonomía de los Adultos Mayores, en el sentido de la capacidad de decidir sobre aspectos de su vida cotidiana; libre circulación; acceso a las pertenencias, sujeciones, etc.
- Porque ocasiona que los adultos mayores (independientemente de donde Residan) pierdan el control sobre lo cotidiano, sobre su día a día. Esto genera la baja de su autoestima, deteriorando el bienestar emocional.
- Porque se mira la discapacidad y el deterioro versus las capacidades conservadas y las potencialidades.
- Porque la pérdida del autocontrol puede generar en los adultos mayores apatía, depresión, enojo, agresividad, etc.

- Porque la responsabilidad institucional y/o profesional esta por encima del Derecho de autonomía de los Adultos Mayores.
- Porque cuando se trata de adultos mayores con deterioro cognitivo esta tensión cobra mayor intensidad. Se cree que por tener un proceso demencial avanzado todo lo que diga estará ausente de significado.
- Porque se sostiene la preponderancia en las urgencias o la imposibilidad de adaptarse a los tiempos de los adultos mayores.

La vida cotidiana no está exenta de riesgos, y habitualmente los asumimos con naturalidad. El desarrollo de la autonomía en la personas en situación de fragilidad y/o dependencia nos lleva a asumir ciertos riesgos. Son riesgos calculados, evaluados y compartidos con los adultos mayores y con sus familiares. Es necesario estar atentos a esta tensión, por el impacto que tiene en la calidad de vida de los adultos mayores, es preciso tener una actitud autocrítica a cerca de las decisiones y/o intervenciones desarrolladas para poder evaluarlas permanentemente.

Lo individual y lo colectivo

a) Es muy habitual encontrar que en los Centros Residenciales se defiende cierta idea de justicia a partir de la aplicación de la normativa del mismo modo a todos los Residentes.

Esto implicaría concebir que todos necesitan lo mismo; afirmación que desde el Paradigma de Derechos sabemos que es totalmente falsa, ya que estaría sustentada de una mirada homogenizadora de los Adultos Mayores. Pero si reconocemos la heterogeneidad, también garantizamos los Derechos de todos los que residen en el Centro, ¿cuál es el peso de lo colectivo y de lo individual en las decisiones? ¿Cómo conciliar ambos desde el Paradigma de Derechos que promueve la participación permanente de los adultos mayores?

Lo individual ¿tiene límites respecto a lo colectivo?

Lo colectivo tiene límites respecto a lo individual?

Un Centro Residencial implica necesariamente tensión entre los derechos individuales y los colectivos.

¿Por qué?

- Por que comparten cotidianamente espacios de vida.
- Cuanto más espacios compartan, mayor nivel de conflicto respecto a las tensiones que aparecen.
- Porque los lugares de mayor intimidad son los que más tensan esta relación.
- Porque depende de la historia de participación social y política que tengan los adultos mayores.
- Porque también en esta tensión hay estructurada una idea de justicia.
- Porque en las instancias participativas de un Centro (asambleas por ejemplo) se evidencia esta tensión.
- Porque la existencia de un reglamento homogeniza a los adultos mayores, tensando el paradigma de Derechos.
- Porque se sostiene, que igualdad de trato es la base de la igualdad de Derechos.

La tensión entre los Derechos Individuales y colectivos son parte de la vida cotidiana de los Centros. Más allá de los conflictos que emanan de dicha tensión, es importante tener en cuenta que la misma denota la participación en las Residencias. Que no tiene una respuesta única, ya que sino estaríamos estructurando nuestras acciones a partir de un reglamento que no reconoce las particularidades de las situaciones. Por ello es necesario revisar permanentemente las mismas que operan sobre estos aspectos, para reconocer qué derecho se esta garantizando, ¿por qué? ¿Qué otra opción habría? ¿A quién se perjudicaría? Etc.

Recordemos que la justicia y la garantizacion de los Derechos **no deriva de la igualdad de trato, sino todo lo contrario, del reconocimiento que** muchas personas necesitan un trato diferenciado para apoyar y hacer efectivo el ejercicio de sus derechos.

Institucionalización y ejercicio de la sexualidad

b) Institucionalización y el ejercicio de la sexualidad se constituye en otro punto de tensión en las Residencias.

El ejercicio de la sexualidad en el marco de un Centro es un tema que puede ser conflictivo tanto por el personal como para los mismos Adultos Mayores, ya que esta cargado de prejuicios y mitos, constituyéndose muchas veces en un tema tabú, o sujeto a ridiculizaciones.

El ejercicio de la sexualidad en una Residencia es un eje que tensa la autonomía, la intimidad y la confidencialidad de los adultos mayores; constituyéndose en un reto a trabajar en las Residencias.

Los discursos que reprimen el ejercicio de la sexualidad se fundamentan desde:

La perspectiva deficitaria de la vejez;

Desde una visión asociada al riesgo de salud;

Desde una mirada sostenida desde la desviación y/o rupturas de las normas institucionales;

Desde una mirada que genera rechazo relacionándola con la perversión; etc.

Sin duda el gran reto en la gestión se impone con el objeto de, desnaturalizar estos prejuicios, problematizar los mitos; y la noción de asexuados en los adultos mayores que en Centro insiste en calificar.

Actividad 2.2

Lea atentamente esta noticia.

Articule con los contenidos trabajados en la presente unidad.

Un 30% de ancianos está en geriátricos contra su voluntad

Lo revela un estudio hecho en 101 instituciones de Capital y GBA, con 304 entrevistas en profundidad. Es un trabajo aún inédito al que accedió Clarín. La investigación muestra otro costado de cómo se trata a los viejos en nuestra sociedad.

Por: Gabriel Giubellino

14.07.2008 Clarín.com

Tres de cada diez personas que viven en geriátricos fue internada sin haber sido consultada. Este es el resultado más significativo de un estudio de 304 entrevistas en profundidad a personas en 101 instituciones geriátricas, pero tiene un sesgo: muchos geriátricos no se prestaron a la investigación. Los especialistas piensan que los que no fueron consultados sobre dónde quieren vivir son más que el 30%.

Esta investigación muestra sólo una arista de un problema mayor: el del destino de los viejos en una sociedad que muchas veces los posterga y los ignora. El trabajo, aún inédito, fue realizado por la Universidad Isalud, patrocinada por la Organización Panamericana de la Salud y financiada a través del Banco Interamericano de Desarrollo por una ONG canadiense que defiende los derechos de personas dependientes. Relevaron cerca de la mitad de estos centros de alojamiento en Capital y GBA; los otros, más precarios, cerraron sus puertas. Otro de los hallazgos, fundado en las opiniones de los consultados, es que los que viven "institucionalizados", como les gusta decir a los expertos, pierden derechos como la privacidad. Aunque la situación, en general, "no es dantesca", dice la socióloga Nélide Redondo, coordinadora de la investigación: el 85% de las personas tiene en estos lugares un buen régimen alimenticio y "buenas o aceptables" condiciones de higiene. La vida del restante 15% no es tan digna.

"Una de las cosas que mostró el trabajo –comenta Redondo– es que, cuando la persona no participa de la decisión, su estado de ánimo es peor, o sea que es una variable asociada al estado de ánimo. Familias e instituciones deben revisar esto; no se puede institucionalizar a nadie sin su consentimiento, ni teniendo instituciones donde los viejos no puedan decidir

sobre sus vidas". La doctora Lía Daichman, presidenta de la Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez, agrega: "Tal vez no los consulten porque no quieren escuchar lo que tienen para decir".

Además de esto, los mayores protestan porque, una vez adentro, pierden sus costumbres. Dependen de reglamentos, mezclan su ropa con la de otros en placares colectivos, duermen en habitaciones compartidas, comen, se acuestan y lavantan a la misma hora. En muchos casos, con un uso utilitario, para dormir, del psicofármaco. Otro dato que aparece como frecuente es la falta de protección contra caídas, e incluso se visualiza como práctica la sujeción, " muy común, sobre todo cuando los edificios tienen demasiada gente dependiente y poco personal, y cuando no hay un diseño arquitectónico que ponga barreras físicas", dice Redondo.

La doctora Sara Iajnuk, de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica, piensa que "el más humilde de los hogares no tiene comparación con el más lujoso de los geriátricos". Y eso que no se cuentan los "truchos". Dice: "Hay una propuesta de blanquear, lejos de condenar, a esos que funcionan en una casa, con 5 o 6 camas, que son muchos". Una opción a los geriátricos, plantea Iajnuk, es la teleasistencia. "Una pulserita conectada a una central telefónica es una herramienta interesante para dar movilidad con cierta seguridad". Otra respuesta puede ser el voluntariado. Iajnuk cita el ejemplo de Israel: "Hay una enorme solidaridad. Toda clase de profesionales donan horas para ayudar a la gente a que viva en su hogar".

La idea es que solamente se internen aquellos que son dependientes. "La tendencia mundial es la asistencia domiciliaria", completa Miguel Ángel Acánfora, director de la Maestría en Gerontología Clínica de la Fundación Barcelo.

Daichman concluye: "Argentina tiene cosas positivas, como las políticas de formación de cuidadores domiciliarios en el área de Desarrollo Social. Pero, aclaro, soy partidaria de que la gente mayor no viva sola".

<http://www.clarin.com/diario/2008/07/14/sociedad/s-01714639.htm>

Capítulo 3

Los ejes Centrales para la Promoción y Garantización de los Derechos de los Adultos Mayores

3.1 El ingreso a una Residencia

Proceso de Admisión

El ingreso a un Centro y/o Residencia es un proceso que incluye la evaluación, orientación y posterior ofrecimiento al dispositivo organizacional que resulte adecuado, según sus necesidades; siendo el mismo realizado por el equipo interdisciplinario interviniente.

Dicho proceso debe estar caracterizado por la plena participación del adulto mayor, en relación a su consentimiento, esto implica que nadie más que él puede tomar esa decisión, salvo situaciones de Insana con sentencia firme.

Se debe realizar una evaluación exhaustiva de sus necesidades de cuidados y las redes de apoyo existentes, con el fin de que el ingreso a la Residencia sea el último recurso.

Debemos invertir la racionalidad vigente:

Que recursos existen para que el adulto mayor se adapte a ellos a;

Que Derecho se encuentra vulnerado y que canales deberíamos utilizar para su efectiva garantía.

Cuando efectivamente la Residencia se haya constituido en el recurso apropiado para el adulto mayor debemos tener presente los siguientes aspectos:

Será condición que el adulto mayor firme su consentimiento informado para el ingreso a una residencia.

Se deberá brindar la información detallada del funcionamiento y servicios que brindan las residencias para adultos mayores; y deberá tener siempre la posibilidad de conocerla antes de su ingreso.

Se deberá incluir a las diversas redes sociales con las que puede contar el adulto mayor.

Se permitirá que el adulto, sus cuidadores y/o familiares puedan expresar sus sentimientos (miedos, reproches, culpa...) ante la situación de ingreso.

Se planificará con él y sus redes si existieran cuándo y cómo será el ingreso, cómo y quienes lo recibirán y qué familiares o allegados lo acompañarán.

El ingreso a la Residencia

Este momento es un evento muy particular, complejo y que condiciona la posibilidad de integración o no al mundo Residencial.

Por esto es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Procurar un recibimiento empático por parte del profesional de referencia hacia la persona mayor y su familia.
- Respetar sus primeras expresiones, reacciones y ritmos.
- Iniciar la valoración integral de la persona de una forma paulatina y no invasiva.
- Ayudarlo a conocer, poco a poco, el centro y cómo se organiza la vida allí.
- Presentarle poco a poco al resto de compañeros y miembros del equipo.
- Hacerlo sentir bien, con confianza y que está ante personas que se preocupan por él o ella.

3.2 Eje centrado en la persona

La atención integral centrada en la persona es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva.

Se caracteriza por:

- ✓ La atención integral centrada en la persona abarca mucho más de lo que es el espacio sociosanitario, requiriéndose también la intervención de otros sectores, como el educativo, el cultural y de ocio, el urbanístico y de vivienda, el de transporte, el de empleo y seguridad social, etc.
- ✓ En la atención integral centrada en la persona debe conectarse el objetivo de apoyar con las intervenciones la autonomía personal y la vida independiente, la que se ha denominado “atención transmural” (trabajo intersectorial y desarrollo de redes de servicios de proximidad).
- ✓ En los planes y programas que se desarrollen hay que plantearse, además de objetivos para la intervención social con la persona y sus allegados, otros objetivos dirigidos a la integración de la comunidad para el apoyo a la participación y a la inclusión social.
- ✓ El avance en la promulgación de derechos y en la preservación de la dignidad de la persona, deben configurarse como eje de las políticas de atención, esto obliga a realizar un cambio de paradigma en el modelo de intervención.

3.3 Se parte de la singularidad

La importancia de la biografía

¿Qué nos proporciona la biografía?

Nuestra biografía nos proporciona algo muy importante: el sentido de identidad. Permite integrar y conectar pasado, presente y futuro dando unidad a nuestra vida.

Las biografías, ¿pueden ser iguales?

No, cada persona, por su biografía, es diferente a las demás. La individualidad, en este modelo, además de ser una característica intrínseca a la persona, se considera un gran valor.

Módulo 5: Modelos Comunitarios e Institucionales de Gestión Gerontológica

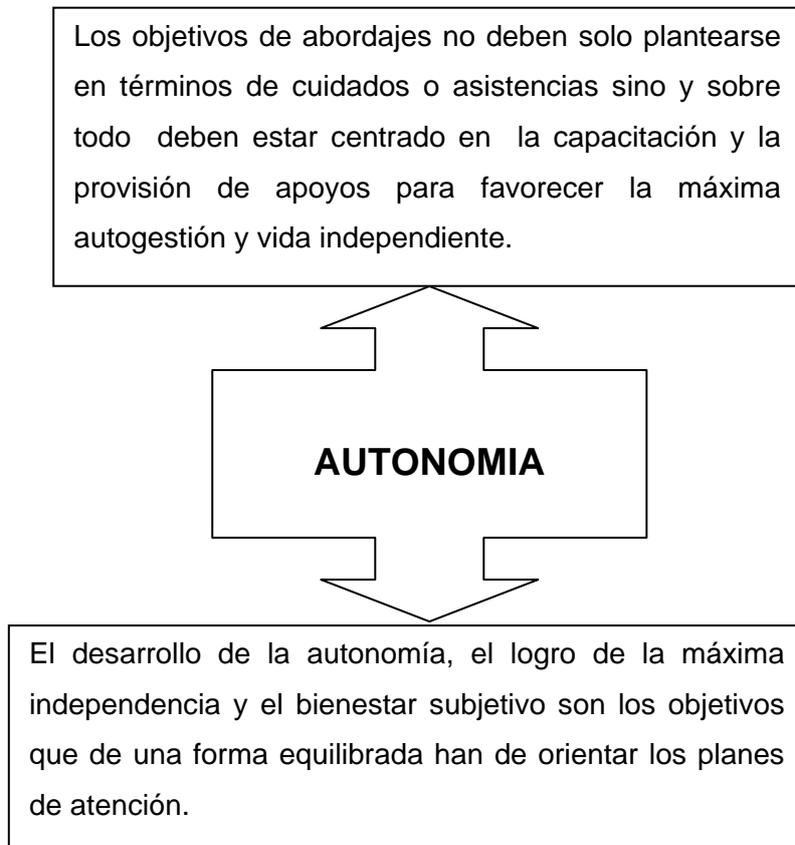
La singularidad de la persona hace imprescindible la atención personalizada. Atención que ha de concretarse en un plan individual en coherencia con cada proyecto de vida donde la persona participe y ejerza control.

La biografía se convierte en el principal referente de la atención y del trato personalizado. Ésta puede ser definida como el conjunto de informaciones recogidas, identificativas y significativas de las trayectorias vitales del individuo.

En los casos de deterioro cognitivo, conocer la biografía de la persona y tomarla como referencia es de gran ayuda para poder personalizar la atención.

La persona es el resultado final, siempre provisional mientras funcione su cerebro, de su historia interactiva individual elaborada en entornos físicos, culturales, sociales y afectivos específicos, a través del lenguaje y otras formas de comunicación. En síntesis: la persona es el producto singular de su biografía» (Ramón Bayés).

3.4 Derecho a la autonomía



Autonomía no es lo contrario de dependencia

¿Qué es la autonomía?

- ✓ La autonomía personal es la capacidad del individuo para hacer elecciones, tomar decisiones y asumir las consecuencias de las mismas. El término opuesto a autonomía no es dependencia sino heteronomía.

La dependencia hace referencia a la necesidad de atenciones por parte de otras personas para realizar las tareas de la vida cotidiana. El término opuesto a

dependencia es independencia. Las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia pueden tener disminuida o no su autonomía.

Una importante distinción:

La autonomía como capacidad y como derecho

— **La autonomía como capacidad** se refiere al conjunto de habilidades que cada persona tiene para hacer sus propias elecciones, tomar sus decisiones y responsabilizarse de las consecuencias de las mismas. La autonomía se aprende, se adquiere mediante su ejercicio, mediante el aprendizaje que proviene de uno mismo y de la interacción social. Se trata, así pues, **de un ejercicio directo de las propias personas y desde su propio control que se aprende.**

— **La autonomía como derecho** hace referencia a la garantía de que las personas, al margen de sus capacidades, puedan desarrollar un proyecto vital basado en su identidad personal y tener control sobre el mismo. En el caso de personas con grave afectación, **el ejercicio del derecho a su autonomía suele ser indirecto, es decir mediado por otros y a través de los apoyos precisos.**

López Fraguas y cols. (2004).

Para ampliar este punto recomendamos leer:

Rodríguez Teresa Martínez (2011) “La atención Gerontologica centrada en las Personas”. Documentos de Bienestar Social. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

3.5 Derecho a la intimidad y a la privacidad

- ✓ **Lo privado y lo íntimo:** El respeto a la dignidad del ser humano conlleva la protección de su privacidad, y su intimidad. El respeto se traduce en dos importantes cuestiones: **la**

garantía de confidencialidad de los asuntos privados conocidos en razón de la asistencia y el trato respetuoso y ante las atenciones y asuntos más íntimos.

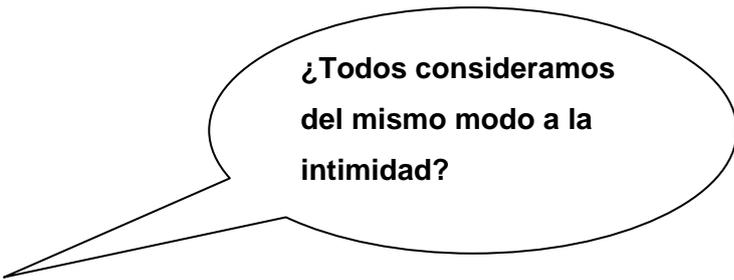
¿Cuál es la diferencia entre lo Privado y lo Íntimo?

- ✓ **Lo privado** es lo particular y personal de cada individuo. La privacidad es el ámbito de la vida personal con derecho a proteger de cualquier intromisión. La privacidad hace referencia a lo que no corresponde al dominio público. Sin embargo, no todos los asuntos privados son íntimos. Lo privado es más amplio que lo íntimo. Por ejemplo, con quién cené ayer o quiénes son mis amigos es algo privado pero habitualmente no es considerado algo íntimo.
- ✓ **Lo íntimo** es una parte de lo privado. La intimidad se define como la zona espiritual íntima y reservada de cada persona. Es todo aquello que la persona se reserva para sí, y por ello no tiene un límite exacto ni objetivo, siendo ella quien decide con quién y en qué grado lo comparte. La intimidad hace referencia a lo más privado del ser humano, a lo que no se puede acceder sin autorización de la persona, que normalmente se obtiene cuando se establecen relaciones de confianza y seguridad. Lo íntimo incluye sentimientos, formas de pensar, informaciones sobre la salud, los cuidados corporales, la sexualidad, las relaciones interpersonales, etc. Todos los asuntos íntimos son privados.

¿Quién define que es lo más íntimo?

Cada persona es quien establece qué cosas están dentro de su intimidad y con quién quiere compartirla. La persona adulta mayor puede dar gran importancia a algunas cuestiones en relación a su intimidad y, sin embargo, no a otras. Esta valoración puede coincidir o no con la de los profesionales.

Es la propia persona quien decide qué es lo más íntimo y es necesario acordar con ella, o con quien la represente en caso de falta de competencia, quién debe acceder y con qué objetivos a su vida privada, y de manera especial a las informaciones sobre la misma.



¿Todos consideramos del mismo modo a la intimidad?

No, los patrones culturales influyen en la consideración de lo que cada uno de nosotros consideramos como algo íntimo. Cada grupo social tiene sus características culturales propias, sus propias costumbres. Estas cuestiones pueden cambiar de una generación a otra, de una realidad cultural a otra.

¿Los espacios físicos en un Centro son importantes para proteger o no la intimidad de los Adultos Mayores?

- ✓ Las personas necesitamos espacios privados donde expresar nuestra intimidad.
- ✓ Espacios que sirven tanto para encontrarnos con nosotros mismos, como para relacionarnos con otras personas de una forma privada o íntima.
- ✓ El diseño arquitectónico y la organización de los espacios físicos que contemplemos deben preservar la intimidad.
- ✓ En los recursos de alojamiento, disponer de espacios privados, donde cada persona puede estar sola, tener sus propiedades y recuerdos, recibir visitas, mantener relaciones sexuales, no es algo que pueda considerarse un lujo sino algo indispensable para el ejercicio del derecho a la intimidad.

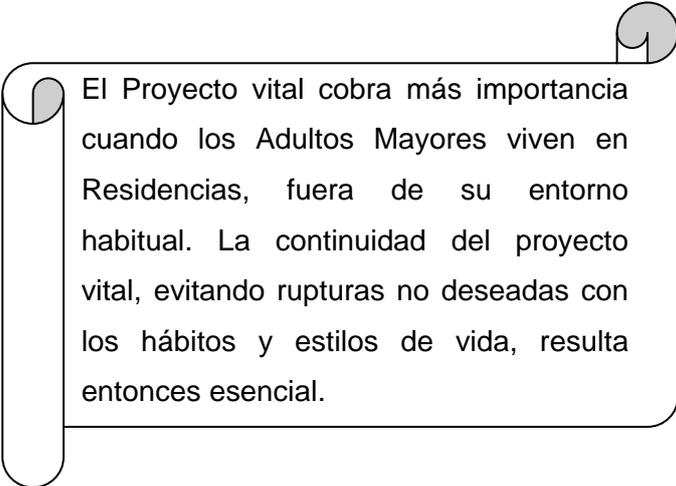
La persona que pierde su intimidad, lo pierde todo» (Milan Kundera).

- ✓ También en los centros de atención diurna es recomendable contar con espacios (interiores o exteriores) donde la persona pueda disfrutar de momentos de privacidad y donde guardar sus pertenencias.
- ✓ Especial atención requieren los espacios donde se realizan los cuidados corporales, donde solo deben participar la persona usuaria y los profesionales necesarios para su atención. Lugares como baños, aseos o salas de curas, deben contar con los dispositivos que garanticen que estas atenciones se dispensen protegiendo la intimidad de cada persona.

3.6 Proyecto Vital

A lo largo de nuestra vida, todos vamos construyendo nuestro **propio proyecto de vida**. El mismo está relacionado por nuestra experiencia y biografía, pero también por nuestra situación actual, nuestras expectativas de futuro y por los apoyos con que contamos.

Las personas mayores, aun estando en la última etapa del ciclo vital, también tienen sus propios proyectos de vida. El proyecto vital solo concluye con la muerte. En la vejez, tiene gran importancia poder continuar con el proyecto singular de vida así como lograr dar valor y un significado positivo a lo vivido.



El Proyecto vital cobra más importancia cuando los Adultos Mayores viven en Residencias, fuera de su entorno habitual. La continuidad del proyecto vital, evitando rupturas no deseadas con los hábitos y estilos de vida, resulta entonces esencial.

Los diferentes recursos asistenciales y los equipos técnicos deben convertirse en apoyos que permitan que las personas usuarias continúen y completen sus proyectos de vida.

¿Qué es el proyecto de vida?

El proyecto de vida es *la forma que las personas tenemos de plantearnos nuestra existencia*, para conseguir nuestras metas y deseos en relación a distintos ámbitos de desarrollo personal y social: el trabajo, la familia, la red social de apoyos y afectos, los intereses y aficiones, etc.

3.7 Participación

Los Adultos Mayores tienen derecho a participar en todo lo que atañe a su vida:

En el diseño y planificación de las actividades que los involucran; las culturales, socio terapéuticas, recreativas, como así también en relación al Plan de atención Personalizado y a su Proyecto Vital.

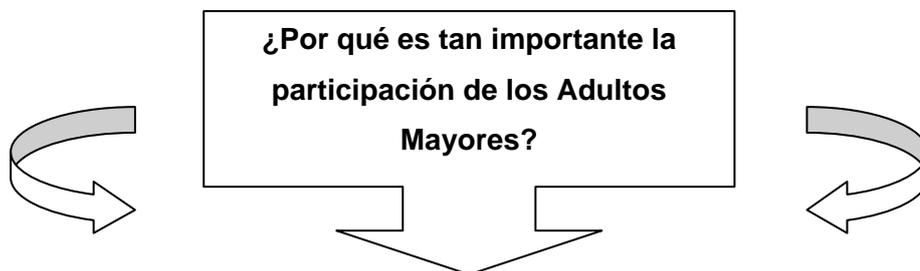
En la Integración y participación en la comunidad: acceder a todos los lugares y grupos comunitarios y a participar del mismo modo que el resto de personas.

A participar en distintos lugares y grupos comunitarios, teniendo un estilo de vida similar al de personas que no están institucionalizadas.

A participar en el funcionamiento de las organizaciones.

La co participación de las redes sociales de los Adultos Mayores (familia o cualquier vínculo significativo para ellos).

La participación es central ya que no es solo una relación o un contacto con otros, es también una relación de mutua transformación.



- ✓ Democratiza las relaciones;
- ✓ Construye ciudadanía;
- ✓ Fomenta la autonomía y el control sobre los sucesos de la vida.

Cabe Preguntarnos:

¿Cómo favorecemos en el día a día en los diferentes programas y servicios destinados a Adultos mayores su participación?

¿Para qué los convocamos a participar?

¿Qué transformaciones surgieron en los programas y servicios a partir de la participación de los Adultos Mayores?

3.8. La Confidencialidad y el Respeto

Que es la confidencialidad?

Confidencialidad procede del término confianza. Surge siempre de una relación interpersonal donde el individuo brinda a la otra persona cierta información que éste considera personal, y lo hace, por tanto, en un marco de confianza y de expectativa de confidencialidad y lealtad. En un centro el adulto mayor permite el acceso a información de su vida privada a los profesionales, siempre con el objetivo de solicitar ayuda en relación a una problemática o a la satisfacción de alguna necesidad o inquietud.

En ocasiones el adulto mayor brinda información confidencial porque existe una relación asimétrica, hay alguien que dispone de mayor poder quien le solicita esa información.

Debemos tener en cuenta ese marco de desigualdad para:

Solicitar información confidencial **solo** si es pertinente a la intervención planteada;

Tener en cuenta que la confidencialidad tiene una **dimensión legal** que significa el derecho a que los datos, imágenes u otra información de carácter personal (se trate de expedientes o cualquier otro documento), sean tratados de conformidad a lo previsto en la Ley N° 25.326 de Protección de Datos Personales.

Y una **dimensión ética**. La confidencialidad parte del principio de la dignidad de la persona y del respeto a la autonomía de cada individuo en relación a la protección de su intimidad.

La confidencialidad es necesaria para el ejercicio de la autonomía y en algunos casos la revelación de informaciones supone un daño social, emocional y moral que puede considerarse una lesión. Da peso al control del individuo sobre su intimidad frente a valores sociales relacionados con el bien común. Desde la dimensión ética de la confidencialidad se aborda tanto la importancia del secreto profesional como las circunstancias que justifican su incumplimiento.

Para reflexionar:

¿Cuántas veces se habla de la vida de los adultos mayores en lugares inapropiados? (Pasillos; administración, etc.)

¿Cuántas veces se banaliza o se ridiculiza situaciones complejas y dolorosas de los adultos mayores?

¿Cuántas veces se conversa aspectos de la vida de los adultos mayores en presencia de otros adultos mayores o con personas que no forman parte de la intervención?

3.9 La importancia del trabajo con las redes sociales de apoyo

¿Por qué las redes sociales de los adultos mayores importan?

- Las familias, allegados o cualquier vínculo reconocido como valioso es un elemento primordial para el bienestar de los adultos mayores. Las redes sociales en ocasiones desempeñan un importante papel en la prestación de apoyos en el cuidado del adulto mayor, o pueden ser un aporte afectivo potentísimo además del principal nexo de conexión con su proyecto vital.
- Incluso en los casos donde no existe una buena relación o ésta es escasa, la familia puede convertirse en una fuente de preocupación para el adulto mayor, lo cual no podremos ignorar. Algunas formas de organización y ciertos comportamientos y actitudes profesionales distancian a las familias o les disuaden de su participación.

La relación que el centro tenga con las redes de apoyo social de los adultos mayores condicionara en gran parte la participación de las redes de apoyo.

Los comportamientos profesionales se ven condicionados por sus opiniones personales sobre el papel de las familias en el centro o servicio, o incluso por sus juicios morales sobre los deberes de éstas en relación al cuidado de las personas mayores.

Por ello, los mensajes pueden ser diversos e incluso contradictorios entre los miembros de un mismo equipo. Los mensajes poco claros o contradictorios entre los distintos profesionales suele dificultar enormemente la relación centro-familia.

Resulta primordial tener claro desde qué claves hemos de intervenir, como equipo, y como profesionales, con las familias. Solo así lograremos hacerlo, de un modo congruente y llevar a cabo intervenciones coherentes y más efectivas.

¿Cuando de familia se trata debemos estar atentos a nuestras propias construcciones respecto a lo que significa una familia?; los cuidados que debería dar la familia? Que deberían hacer con el adulto mayor? Ya que todas estas representaciones sociales influyen en el trato que tendremos con ellas.

La función de todo el personal del centro no debe ser valorativa, debe apoyarse en lo que para el Adulto Mayor es significativo. Se deberá abstener de toda carga valorativa, y se respetara la decisión del adulto mayor, siempre garantizando sus Derechos.

3.10 Normativa

La normativa que regule las organizaciones de mayores debe propiciar la titularidad de los derechos, desde la perspectiva de los derechos humanos, de las personas mayores contribuyendo a que, aquellas personas que en el pasado fueron excluidas, en el presente sean tratadas sobre la base de la igualdad y el respeto de la dignidad humana, para favorecer la integración social y, con ello, la construcción de “una sociedad para todas las edades” (Naciones Unidas, 1999, 2002).

Debe garantizar los Derechos de los adultos mayores, debe abstenerse de regular todos los aspectos de la vida cotidiana por ej: como los horarios de comida, de descanso, etc. Debe permitir una flexibilidad tendiente a reconocer las particularidades y las singularidades de los adultos mayores. Debe especialmente garantizar relaciones democráticas, y el buen trato. Debe permitir la prevención y el abordaje ante situaciones de maltrato, y abuso entre los adultos mayores y estos y el personal.

3.11 Relación con el entorno

Toda organización esta situada en un espacio que es mucho más que el espacio geográfico. Es un espacio relacional. Todos, a lo largo de la vida interactuamos en el espacio territorial cercano, tanto a nivel de relaciones sociales como así también interinstitucionales. Las organizaciones de mayores deben tener un fluido vínculo con el entorno donde esta situada. En especial aquellas que se dedican a la atención de Adultos Mayores y en particular en las Residencias.

¿Por qué es tan importante esta relación con el entorno?

Porque evita la formación de guetos.

Porque garantiza las relaciones intergeneracionales.

Porque genera inclusión social.

Porque favorece la construcción y sostenimiento de redes de apoyo social.

Porque favorece la autonomía y el establecimiento de roles diferenciados al que se construyen en la Residencia.

Porque favorece una imagen positiva del proceso de envejecimiento en el espacio comunitario.

Porque transforma a las organizaciones, enriquece los vínculos interinstitucionales, favoreciendo la calidad de la atención de los adultos mayores.

Porque se constituye en una mirada externa que controla y problematiza practicas naturalizadas.

Porque logra instrumentar satisfacción de necesidades por fuera del espacio de la Residencia y/o centro de Día.

Este anclaje debe permitir no solo el ingreso a la organización de personas que no forman parte de la Residencia y/o Centro de Día, sino también y especialmente debe lograr que los Adultos Mayores participen en otros espacios organizacionales.

Es decir, la organización debe tener la suficiente permeabilidad en sus paredes como para facilitar el ingreso de personas, pero también, debe fortalecer la salida de los Adultos Mayores al espacio barrial.

Se debe entonces favorecer la interacción bidireccional es decir:

Hacia adentro: Debe constituirse en un Centro Gerontológico Abierto, es decir, debe abrir las actividades del centro o servicio a familiares, amigos, allegados y a otras personas o grupos del barrio desarrollando metodologías que favorezcan el contacto y el trabajo conjunto, posibilitando que los adultos mayores hagan nuevas amistades y que los vecinos conozcan mejor y eliminen tópicos sobre la vejez y la discapacidad.

Hacia afuera: El centro debe garantizar a los adultos mayores integrarse en actividades del barrio logrando una opción muy agradable y enriquecedora para todos, independientemente del nivel de dependencia.

	<p>Es importante planificar y evaluar conjuntamente con los adultos mayores el tipo de actividades que se desarrollan con el entorno en relación a:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Que sea una actividad significativa para los adultos mayores;✓ Cuando y donde debe desarrollarse;✓ Evitar aquellas actividades que con fines filantrópicos o de caridad, son realizadas por personas que poseen una mirada prejuiciosa e infantilizante de los adultos mayores.✓ Evitar la realización de actividades que no respondan a los Intereses de los adultos mayores.✓ Evitar que las actividades y/o quienes las realicen cercenen la intimidad de los adultos mayores para la realización de las Actividades en el Centro.✓ Garantizar la libre elección de participación de los adultos mayores en estas actividades.	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

3.12 Derecho al ejercicio de la sexualidad

Se garantizara el ejercicio de la sexualidad de los adultos mayores, libre de prejuicios y mitos respecto a la temática.

Se garantizara que el ejercicio de la sexualidad de los adultos mayores se desarrolle en el marco de la intimidad y privacidad, libre de situaciones de maltrato y abuso.

Se garantizara el principio de confidencialidad en relación a todo lo que el adulto mayor pueda relatar dentro de una relación de confianza respecto a esta temática.

3.13 Cuidados progresivos

Las organizaciones de mayores deben contemplar en sus sistemas de cuidados mecanismos formales e informales de coordinación y complementariedad que permitan adaptar los recursos a los procesos de la discapacidad, la fragilidad o la dependencia, que siempre es cambiante a lo largo del tiempo.

Esta coordinación incluye múltiples estrategias, sanitarias, sociales (redes de apoyo social), edilicias, apoyos técnicos, de orientación, que deben desarrollarse para seguir atendiendo a medida que el deterioro tanto físico como mental va progresando.

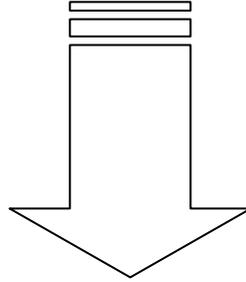
Las residencias deben contar con espacios diferenciados según progresividad de los cuidados y con personal formado para tal fin.

La derivación a otro centro debe constituirse en una alternativa posible cuando esa organización se constituya en un riesgo potencial para el adulto mayor o para el resto de los residentes.

Se es muy consciente que la derivación afecta negativamente en el adulto mayor produciendo en esa relocalización un deterioro.

3.14 El cuidado de las pertenencias y los bienes.

Por que es tan importante estar rodeado de nuestras pertenencias?



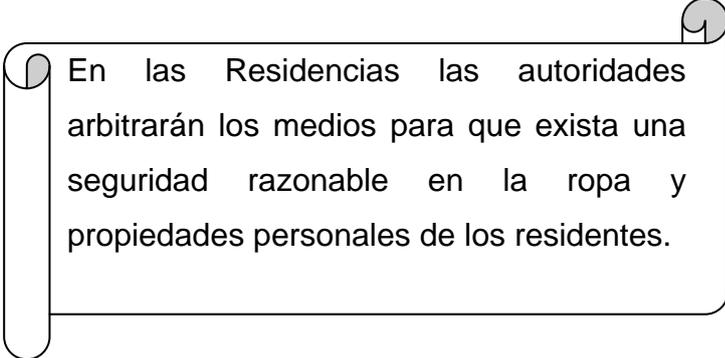
Tener los objetos personales, y poder tener control sobre ellos favorece la seguridad y el bienestar emocional de la persona. Esto es válido para cualquier contexto de cuidado de adultos mayores. Aunque en una Residencia se transforma en algo primordial.

Poder seguir manejando sus asuntos financieros en la medida de que su capacidad cognitiva lo permita. Esto debe garantizarse salvo que este declarado insano, con sentencia firme.

Algunos objetos son especialmente importantes para las personas. Cobran gran importancia porque tienen «valor emocional», porque nos traen recuerdos, nos vinculan a otras personas y a momentos muy queridos de nuestras vidas. Por ejemplo, ropa, fotos, adornos, imágenes religiosas, etc.

¿Qué funciones cumplen para los adultos mayores los objetos significativos?

- ✓ Algunos objetos significativos actúan a modo de «objetos de apego» cumpliendo importantes funciones como proporcionar seguridad a la persona, acompañarla, favorecer su orientación o reforzar el sentido de identidad y continuidad con su vida.
- ✓ Resultan muy valiosos cuando la persona mayor acude a un centro fuera de su hogar y también, incluso en el propio domicilio, cuando ésta se encuentra desorientada, presenta deterioro cognitivo o simplemente se siente sola.
- ✓ Estos objetos son, además, estímulos muy potentes para la evocación de recuerdos, a la par de resultar eficaces mediadores en la comunicación de la persona con los que le rodean.



En las Residencias las autoridades arbitrarán los medios para que exista una seguridad razonable en la ropa y propiedades personales de los residentes.

3.14 Utilización, humanización y apropiación de los espacios físicos y el mobiliario.

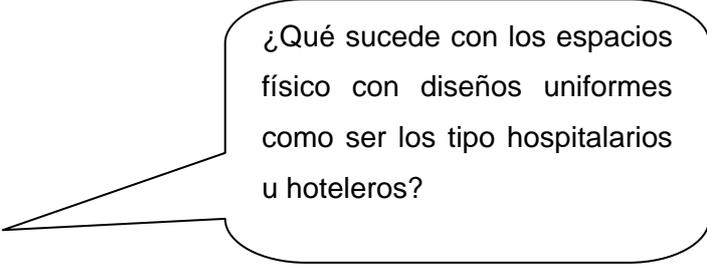
El diseño del espacio físico debe ser accesible, es decir, debe permitir la circulación por toda la organización sin restricciones vinculadas a las barreras arquitectónicas, y sin exponerlos a riesgos de daños y caídas.

En relación a la accesibilidad no nos explayaremos ya que estará desarrollada en el MODULO N° 9. Fragilidad, Discapacidad y Vejez.

A los fines de este Modulo nos detendremos en el espacio físico desde el impacto a nivel personal como a nivel de las interacciones sociales en las organizaciones que albergan y/o asisten a Adultos Mayores.

Por esto debemos tener en cuenta:

- ✓ Que los espacios físicos inciden en los comportamientos de las personas, en cómo éstas se sienten y en cómo se relacionan con los demás.
- ✓ Los diseños hogareños, similares a los entornos habituales, ayudan a que las personas usuarias se sienta mejor y más como en casa.
- ✓ Que los adultos mayores participen en su diseño y decoración permite lograr espacios más significativos para quienes en ellos van a vivir o a disfrutar.



¿Qué sucede con los espacios físico con diseños uniformes como ser los tipo hospitalarios u hoteleros?

- ✓ Los diseños institucionales, hospitalarios u hoteleros, aunque nos den sensación de seguridad y profesionalidad, no son los mejores referentes para lograr auténticos espacios de vida.
- ✓ Los centros de dimensiones pequeñas, los diseños modulares que reproduzcan las estancias habituales de un hogar (cocina amplia donde poder estar y trabajar, salas para estar y realizar diferentes actividades, habitaciones propias donde poder permanecer cuando se desee y no solo para dormir, jardín, etc.), y el que las personas usuarias participen en la creación de estos espacios, facilita lograr ambientes amigables, personalizados y significativos.
- ✓ Combinar espacios donde la persona pueda tener privacidad con espacios que faciliten el desarrollo de las actividades cotidianas, la relación social y la vida en común es la mejor apuesta.
- ✓ A veces, el diseño u organización de los espacios conduce a una convivencia diaria obligatoria de un elevado número de personas usuarias en las zonas comunes. Esta situación puede producir un profundo malestar en las personas (muchas veces no claramente expresado), y por tanto, deberemos evitarla.
- ✓ En el caso de los recursos de alojamiento, donde se pretende que las personas que allí se han trasladado a vivir reconstruyan su hogar, resulta imprescindible que los espacios y estancias se adecuen no solo a sus necesidades funcionales y de cuidados sino a sus estilos de vida y a sus gustos.
- ✓ Las habitaciones, además de permitir la privacidad deben convertirse en lugares muy personalizados donde la persona pueda traer sus muebles, sus pertenencias, sus recuerdos y, poder así crear su propio mundo.

Para tener en cuenta:

- ✚ Reproducir ambientes escolares, donde las personas mayores se sienten como en el colegio, por lo carente de sentido e infantilizador que esto suele resultar.
- ✚ La utilización de material o decoraciones infantiles, no propias de una edad adulta.
- ✚ Las decoraciones uniformes, poco personalizadas, o donde no han participado las personas usuarias.
- ✚ Las salas comunes donde se ubica a todas las personas usuarias juntas, sin finalidad concreta, simplemente para pasar el tiempo o con el objeto de facilitar la supervisión por parte de los profesionales.
- ✚ Las salas o espacios exclusivos para el personal, aislándose o distanciándose de las personas usuarias y perdiendo éstas momentos de interacción, estímulo y apoyo.
- ✚ No permitir o desanimar a que las personas traigan pertenencias o personalicen su espacio. A veces, se disuade a las personas de colaborar en el diseño del espacio y la decoración; se opta por mantener un diseño previo, por estética o imagen institucional, que puede resultar a ojos ajenos atractivo y profesional pero que se ha realizado sin contar con la participación de quienes lo habitan.
- ✚ Reprimir las conductas de apropiación del espacio, argumentando el todo es de todos. Las personas nos apropiamos de los espacios y los hacemos nuestros en la medida que mantenemos ciertos hábitos. Sin reforzar conductas rígidas que no permitan cambios que puedan ser agradables o comportamientos no solidarios, hay que entender los comportamientos de territorialidad (como por ejemplo sentarse en el mismo sitio) como algo natural que responde a que la persona hace suyo un lugar compartido con otras personas ayudándole a crear un entorno más predecible.
- ✚ Mantener encendidos constantemente los televisores o poner permanentemente videos. La utilización de estos aparatos debe tener sentido, estar programada, hacerse en un espacio dedicado a ello y, sobre todo, debe apetecer a las personas.
- ✚ Los sistemas de megafonía o el hilo musical generalizado, porque además de poder resultar molestos, reproducen ambientes impersonales e institucionales.

Para ampliar este punto recomendamos leer:

Rodríguez Teresa Martínez (2011) “La atención Gerontologica centrada en las Personas”. Documentos de Bienestar Social. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

RODRIGUEZ RODRIGUEZ, Pilar (Coord) (2000) *Residencias Para Personas Mayores. Manual De Orientación*. Editorial Médica Panamericana, Madrid

Actividad 3.1

Cuestionario

- 1. ¿Qué aspectos son relevantes en el proceso de admisión a un Centro para Adultos Mayores?**
- 2. ¿La autonomía es lo mismo que el autovalimiento?**
- 3. ¿Un adulto Mayor dependiente puede ser autónomo?**
- 4. ¿Qué aspectos debería tener en cuenta todo el personal de un Centro para lograr la autonomía de los adultos mayores independientemente de su capacidad funcional?**
- 5. ¿Intimidad y privacidad son sinónimos?**
- 6. ¿Cuántas maneras de definir la intimidad existen?**
- 7. ¿Qué es el Proyecto Vital? ¿Por qué es tan importante para el desarrollo de la vida de los Adultos Mayores?**
- 8. ¿Qué es la participación?**
- 9. ¿Qué importancia tiene la participación en la vida de los Adultos Mayores institucionalizados?**
- 10. ¿Cómo relacionaría los conceptos autonomía; participación; Proyecto Vital?**

Bibliografía

Bazo, M.^a T. (1991): «Institucionalización de personas ancianas: un reto sociológico», en *REIS*, num. 53, enero-marzo, pp. 121-135.— (1993): *La sociedad anciana*, Madrid: CIS.

Benatar, Frías y Kaufmann (1993): *Gestión de las residencias de la tercera edad*, Bilbao: Deusto.

Fassio a. (2007) “La institucionalización de los Adultos Mayores en Argentina” en Vertex Revista Argentina en Psicogeriatría. Volumen XVIII-Nº 76–Noviembre–Diciembre 2007.

Goffman, I. (2007). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Graeff, Lucas (2005): “Instituciones Totales y la cuestión asilar. Un abordaje comprensivo”. Disponible en URL:
<http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/download/4810/2708>, consulta 05.01.2013

Huenchuan Sandra y Luis Rodríguez-Piñero. *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección*. Disponible en URL:
<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/41721/LCW353.pdf>, consulta 28.01.2013

Huenchuan, Sandra (Editora) (2009), *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*, Chile: Naciones Unidas. Disponible en URL: http://social.un.org/ageing-working-group/documents/ECLAC_sp_HR%20and%20public%20policies.pdf

Imsero. Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias.

Imsero. Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y Tendencias. (2008) *Evaluación de Modelos de Alojamiento para Personas Mayores al Final de la Vida*. Nº 36. Diciembre 2008.

Kaufmann A. y Frias (1996) Residencias: Lo Publico y Lo Privado. REIS N° 73, Enero-Marzo 1996.

Leturia Francisco Javier. "Los Derechos de las Personas Mayores y La prevención del Maltrato". Disponible en URL: <http://ebookbrowse.com/leturia-derechos-01-pdf-d70083946>; consulta 20/01/2013.

Parra, Gustavo (1999) "Antimodernidad y Trabajo Social. Orígenes y expansión del Trabajo Social Argentino. Espacio

Samter y Manes P.(2011) Trabajo Social en el Campo Gerontológico. Espacio

Paola; Jorge (2005) "Historias Fundacionales de las Residencias para Mayores de la Argentina. Rituales institucionales y experiencias significativas para el Campo Gerontológico. *Actas del III Simposium Argentino de Gerontología Institucional* Cd-Rom N° ISBN 987-544-199-6, Mar Del Plata.

Rodríguez, P. (2010). «La atención integral centrada en la persona». Madrid, *Informes Portal Mayores*, n.º 106. [Fecha de publicación: 04/11/2010]. Disponible en URL: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pilar-atencion-01.pdf>

Rodriguez Rodriguez, Pilar (Coord) (2000) *Residencias Para Personas Mayores. Manual De Orientación*. Editorial Médica Panamericana, Madrid

Rodríguez Teresa Martínez (2011) "La atención Gerontologica centrada en las Personas". Documentos de Bienestar Social. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Tenti Fanfani, E. (1989). Estado y pobreza: estrategias típicas de intervención/1. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Módulo 5: Modelos Comunitarios e Institucionales de Gestión Gerontológica

Zolotow David. (2002) Los devenires de la ancianidad. Lumen Humanitas.(2009) Midiendo el Progreso: Indicadores para las Residencias. N°49. Mayo 2011.

Zolotow David (2010) Transformaciones posibles para un buen envejecer. Disponible en URL:

http://www.trabajosocial.fsoc.uba.ar/web_revista/PDF/11_zolotow.pdf, consulta el 05.01.2013

Capítulo 4

Recursos sociosanitarios para la atención al Adulto Mayor

El fenómeno del envejecimiento de la población que estamos viviendo en la actualidad tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo, está teniendo importantes repercusiones a nivel económico, político, social y sanitario. Esta situación está produciendo un cambio profundo en la estructura demográfica de la población incrementando considerablemente el colectivo de adultos mayores, dando lugar a la aparición de *nuevas enfermedades y casos de dependencia* relacionados con la edad.

El Consejo de Europa define la *dependencia* como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o, de manera más precisa, como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”. (*Consejo de Europa, 1998*)

La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía. Más del 32 % de los adultos mayores de 65 años tienen algún tipo de discapacidad, mientras que este porcentaje se reduce a un 5 % para el resto de la población. (*Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia del Gobierno de España*)

Por otro lado, fenómenos como el descenso de la natalidad, las nuevas y diversas formas de configuración del mercado de trabajo, la mayor incorporación de la mujer a la vida laboral y social, así como la prolongación de la vida hasta edades anteriormente alcanzadas sólo por algunas personas de forma excepcional, son causas y consecuencias a la vez de las *grandes transformaciones sociales* que están surgiendo en la actualidad.

Todo ello hace de la dependencia una carga que es a la vez social y familiar, y al mismo tiempo abre un nuevo campo de intervención social que pone a prueba la capacidad de la sociedad y de sus instituciones para adaptarse a las nuevas realidades de *fragilidad social*, como es el caso de

los *adultos mayores*. En este entorno, las Administraciones Públicas deben dar una respuesta apropiada a estas carencias, de la mano de empresas y entidades especializadas que, con su experiencia, pueden aportar nuevas salidas y propuestas de recursos especializados para atender a este colectivo de personas. Se trata, en definitiva, de la responsabilidad social de todos los agentes que participan activamente para el crecimiento integral de una *sociedad igualitaria*.

Aunque los recursos sociosanitarios que vamos a citar a continuación son prestaciones dirigidas a toda persona en situación de riesgo de pérdida de niveles de independencia o dependiente, vamos a referirnos exclusivamente a la prestación dirigida a los adultos mayores como usuarios de estos recursos.

Antes de desarrollar este punto, nos parece importante definir algunos conceptos que se van a nombrar a lo largo del mismo para su mayor comprensión (extraídos de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia del Gobierno de España):

La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal deberán orientarse a la consecución de una mejor calidad de vida y autonomía personal, en un marco de efectiva igualdad de oportunidades, de acuerdo con los siguientes

OBJETIVOS:

1. *Facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible.*
2. *Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad.*

AUTONOMÍA: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

DEPENDENCIA: el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en

el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD): las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

NECESIDADES DE APOYO PARA LA AUTONOMÍA PERSONAL: las que requieren las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad.

CUIDADOS NO PROFESIONALES: la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.

CUIDADOS PROFESIONALES: los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro.

ASISTENCIA PERSONAL: servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal.

Continuando con lo comentado en la justificación de este módulo respecto al aumento de la esperanza de vida de los adultos mayores, se está produciendo lo que se denomina “un envejecimiento del envejecimiento”, es decir un aumento de los adultos mayores de 80 años. Este envejecimiento hace que aumente el número de *adultos mayores frágiles con situación de dependencia*, que *necesitarán recursos especializados, según su nivel de dependencia y situación socio-familiar.*

Los Servicios Socio-Sanitarios y, con ellos, los recursos de atención para los adultos mayores están orientados hacia la promoción, prevención, inserción y la asistencia especializada e integral a los sectores más desfavorecidos y necesitados de la sociedad, como es el caso de los adultos mayores dependientes.

Nos encontramos, pues, ante un importante colectivo, el de los adultos mayores, con unas características y unas necesidades específicas, que deben ser entendidas y cubiertas de una manera específica.

Por otra parte, es preciso que los recursos se vayan adaptando a lo que la sociedad demanda de forma gradual, y en este sentido las posibilidades asistenciales para adultos mayores son varias.

A continuación citamos los recursos que nos parecen más relevantes para desarrollar en este módulo:

1. SERVICIOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA Y LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL
 - 1.1 Centro de Día para adultos mayores auto válidos
 - 1.2 Pisos Tutelados

2. SERVICIOS DE APOYO EN EL PROPIO HOGAR
 - 2.1 Servicio de Teleasistencia domiciliaria
 - 2.2 Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)

3. SERVICIOS INTERMEDIOS ASISTENCIALES:
SERVICIOS DE ESTANCIAS DURNAS: Centro de Día y Respiro Familiar

4. RESIDENCIA DE LARGA ESTADÍA

1. SERVICIOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA Y LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL



1.1 Centro de Día para adultos mayores auto dependientes

Es un espacio de integración social y contención diurna dirigida a los adultos mayores autoválidos que estén expuestos a un riesgo potencial de fragilidad y vulnerabilidad por aislamiento y soledad.

1.1.2 *Objetivo general*

Que el adulto mayor retrase el mayor tiempo posible la pérdida de potencialidades y funciones en interacción con sus pares y participando del desarrollo de su comunidad.

1.1.3 *Objetivos específicos*

- ✓ Crear un ámbito de participación, prevención, promoción e inclusión social.
- ✓ Fortalecer la red familiar y social de los adultos mayores en proceso de fragilización y en situación de vulnerabilidad social.
- ✓ Favorecer la permanencia en el medio familiar del adulto mayor, retrasando y/o evitando la institucionalización.
- ✓ Mantener y/o mejorar el grado de autonomía personal, mediante la implementación de actividades preventivas de estimulación cognitiva y de movimiento.
- ✓ Propiciar el desarrollo de diferentes habilidades en los usuarios del servicio como la creatividad, expresividad y productividad.

1.1.4 *Recursos Humanos*

DIRECTOR/A

Es la persona responsable del centro. Elabora y realiza el seguimiento del proyecto institucional, coordina el funcionamiento integral del centro, dirige las reuniones del equipo

interdisciplinar, garantizando el cumplimiento de los objetivos propuestos, y es la figura responsable de la custodia del expediente y documentos de los usuarios del servicio.

TALLERISTAS

Son los profesionales del equipo interdisciplinar que se encargan de las actividades diarias con los adultos mayores, usuarios del servicio. Deben poseer formación específica de acuerdo a la naturaleza de cada actividad preventiva a desarrollar. Con capacitación y/o experiencia de trabajo con adultos mayores y fundamentalmente capacidad de trabajo interdisciplinario.

PERSONAL DE LIMPIEZA

Es el personal asignado para las tareas de limpieza e higiene, garantizando el mantenimiento de las instalaciones en buen estado para la permanencia de los adultos mayores usuarios del servicio.

PERSONAL DE COCINA

El personal de cocina puede estar compuesto por cocinero, ayudante y auxiliar, dependiendo del número de usuarios. El cocinero es quien organiza el servicio de cocina, según la programación hecha por un profesional en nutrición, e imparte la tarea a el /los ayudantes de cocina. El auxiliar de cocina además, cumple con la tarea de limpieza de los alimentos guardado de los mismos, como así también mantener los diferentes sectores en correcto estado de limpieza.

1.2 Pisos Tutelados

Los Pisos tutelados son Centros de estancia permanente para personas mayores sin dependencia funcional o mental que les impida desenvolverse en las actividades de la vida diaria pero que por razones sociales, económicas o relacionales precisan de alojamiento y una pequeña supervisión.

1.2.1 Objetivo general:

Los Pisos Tutelados suponen la posibilidad de que el adulto mayor pueda mantenerse en su domicilio con una pequeña atención, promoviendo la convivencia, la integración social, evitando el aislamiento y la fragilización del adulto mayor.

1.2.2 Objetivos específicos:

- ✓ Promover la autonomía personal
- ✓ Posibilitar la permanencia en el hogar durante el mayor tiempo posible y conveniente
- ✓ Demorar o evitar la institucionalización
- ✓ Evitar la sobrecarga de los cuidadores
- ✓ Favorecer los vínculos familiares
- ✓ Favorecer la integración en la comunidad

1.2.3 Recursos Humanos:

DIRECTOR/A

Es la figura responsable del servicio de gestión y administración, cuya dedicación estará en relación con el número de pisos de que consta el edificio. Del tiempo que exija la correcta prestación de este servicio, una parte del mismo se prestará “in situ”, en dependencias habilitadas al efecto. Se responsabiliza de la administración económica y aspectos generales de funcionamiento del edificio y sus instalaciones.

COORDINADOR/A

Es la persona encargada de la coordinación y supervisión del personal del servicio e informa periódicamente a la Dirección del mismo de las incidencias producidas. Planifica y dirige las reuniones del equipo interdisciplinar y es la figura responsable de la custodia del expediente y documentos de los usuarios. Asimismo, supervisa las condiciones higiénico-sanitarias de las viviendas y de los residentes. Informa y asesora a los residentes, y a sus familiares o cuidadores habituales, previo consentimiento del/a residente, cuando es necesario.

NOTA: Tanto el/a enfermero/a como el/a trabajador/a social del equipo, pueden actuar como coordinadores del servicio, además de realizar sus funciones propias.

ENFERMERO/A

Planifica y dirige el programa básico de actividades dirigidas a la prevención y promoción de la salud y a la integración de los residentes en la actividades comunitarias. Es la figura responsable del servicio de apoyo personal, del área sanitaria asistencial y determina los procedimientos a seguir en caso de urgencia hospitalaria de los usuarios.

TRABAJADOR/A SOCIAL:

Es la figura responsable de la asistencia social, que incluye, al menos: figura de referencia en el proceso de acogida inicial del/a adulto mayor y apoyo en su proceso de adaptación; seguimiento de la situación personal del usuario y de sus necesidades de atención; fomento de la convivencia y de la buena relación entre los residentes; promoción de la relación de los/as residentes con sus familiares y con los recursos del entorno, ya sean específicos para adultos mayores o destinados a la población general. Asimismo, planifica y dirige el programa anual de actividades de los/as residentes.

AUXILIAR DOMICILIARIO

Bajo las pautas o indicaciones del/a enfermero/a del equipo, presta apoyo personal a los usuarios que se encuentren en circunstancias que lo hagan temporalmente necesario, siempre que no pueda ser prestado por los familiares y en tanto se recaba la intervención de los servicios sociales comunitarios correspondientes.

CONSERJE O RECEPCIONISTA

Es la figura responsable del puesto de recepción del edificio de las viviendas tuteladas y entre sus competencias se incluyen, al menos: control de acceso al edificio y del uso de zonas comunes; recepción de llamadas de los usuarios y recabar ayuda, en caso necesario, para las situaciones de necesidad que se generen; recepción de averías o anomalías que se produzcan en el edificio o en los pisos. El servicio de conserjería hará llegar a la Dirección o Coordinación, responsable del funcionamiento de las viviendas, cualquier problema o incidencia que se detecte.

PERSONAL DE LIMPIEZA

Es el personal asignado para las tareas de limpieza e higiene del edificio y de los espacios comunes.

OFICIAL DE MANTENIMIENTO

Controla el funcionamiento de todos los sistemas del centro, ya sea electricidad, climatización, iluminación, fontanería, etc.. no solo para garantizar un nivel de confort óptimo, dando una respuesta rápida a las anomalías, sino para alargar la vida útil de los equipamientos.

Nota: Los Pisos Tutelados son servicios complementarios con el servicio de teleasistencia y servicio de ayuda a domicilio (SAD)

2 SERVICIOS DE APOYO EN EL PROPIO HOGAR

2.1 Servicio de teleasistencia domiciliaria

El servicio de teleasistencia domiciliaria va dirigido a los adultos mayores que vivan solos, o que, viviendo acompañados, permanezcan gran parte del día solos o convivan con otras personas en idéntica situación, así como a aquellos adultos mayores que puedan sobrevenirles crisis agudas en su patología.

Dado que el manejo del sistema requiere una mínima capacidad de comprensión y discernimiento, se limitan como usuarios del mismo, las personas con enfermedades mentales graves, incluidas las demencias.

La teleasistencia consiste en un entorno informático con un terminal que se instala en el domicilio del adulto mayor usuario del servicio. El adulto mayor debe llevar siempre sobre sí mismo un dispositivo que, al pulsarlo, desencadena una señal de alarma identificable en la central de escucha, donde, automáticamente, aparecen reflejados en la computadora del/a operador/a del Centro de Atención (CA) los datos identificativos y relevantes del usuario. Inmediatamente, se debe producir el contacto telefónico (sin manos) para detectar la causa de la llamada y buscar la solución más pertinente, incluyendo, si el caso lo requiere, el envío de ayuda urgente al domicilio de donde proviene la señal de alarma.

Este servicio es complementario con otros sistemas tecnológicos periféricos instalados en el domicilio que ofrecen seguridad, máximo control y compañía al usuario adulto mayor. Entre los sistemas periféricos estarían un detector de caídas, de gas, de humos, dispensador de medicación, sensor de ocupación de sillón, de apertura de heladera/microondas, GPS, etc...

Asimismo el servicio de teleasistencia es complementario al servicio de ayuda a domicilio (SAD), y aunque existen adultos mayores que sólo tienen teleasistencia, es muy común que ambos recursos se den juntos, sobre todo en los adultos mayores que viven solos.

2.1.1 Objetivo general:

Contribuir que los adultos mayores permanezcan en su entorno habitual evitando ingresos innecesarios en centros residenciales de larga estadía, con el desarraigo que ese hecho supone y siempre que sus condiciones y las características de su situación así lo permitan.

2.1.2 Objetivos Específicos:

- ✓ Proporcionar compañía, seguridad y tranquilidad al adulto mayor y sus familiares durante las 24 horas del día los 365 días del año.
- ✓ Ofrecer una atención integral contando con el apoyo y coordinación de los recursos existentes.
- ✓ Favorecer la independencia y la autonomía personal de los adultos mayores.
- ✓ Prevenir situaciones de riesgo evitando la dependencia, el aislamiento y la soledad, favoreciendo, de este modo, la comunicación y su integración social.
- ✓ Ofrecer apoyo y atención inmediata y adecuada ante crisis personales, sociales y sanitarias.
- ✓ Optimizar las potencialidades del adulto mayor usuario facilitando información sobre los recursos sociales disponibles y su forma de acceso.
- ✓ Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores usuarios mediante una óptima prestación del servicio.

2.1.3 Recursos Humanos:

Para la correcta prestación del servicio se deberá contar al menos con los siguientes perfiles profesionales:

DIRECTOR/A

Profesional responsable del servicio de teleasistencia, encargado de programar, supervisar y evaluar periódicamente el cumplimiento del servicio y de asignar los recursos técnicos, económicos y humanos que garanticen su calidad.

RESPONSABLE DEL CENTRO DE ATENCIÓN

Profesional responsable del Centro de Atención (CA), situado bajo la supervisión del Director. Garantiza la correcta dirección de los profesionales del CA y del funcionamiento del

equipamiento tecnológico. Asimismo, es responsable de una gestión eficaz de las llamadas y la movilización de los recursos necesarios que la situación de emergencia requiera.

COORDINADOR/A

Responsable de coordinar el plan de actuación individualizado de cada adulto mayor, que tiene como objeto promover el contacto de la persona usuaria con su entorno socio-familiar y favorecer su permanencia en el entorno cotidiano. Establece actuaciones, tanto ante la demanda de los adultos mayores usuarios del servicio como de carácter preventivo y de seguimiento, todas ellas en coordinación con la red de atención familiar y social.

OPERADOR/A O TELEOPERADOR/A

Personal responsable de la gestión de llamadas de acuerdo con las instrucciones, protocolos y plan de actuación individualizado.

ENFERMERO/A, TRABAJADOR/ SOCIAL, PSICOLOGO/A

Personal responsable del asesoramiento y apoyo en las llamadas codificadas como emergencias. Encargados de establecer comunicación con servicios especializados en situaciones en las que sea necesaria la movilización de estos recursos.

Informan y asesoran telefónicamente a los usuarios del servicio ante consultas de materia sanitaria, social, económica, jurídica y psicológica, bajo la supervisión del profesional responsable del CA.

SUPERVISOR/A O RESPONSABLE DE LA UNIDAD MÓVIL

Responsable de la planificación, organización, dirección, coordinación, apoyo, control y supervisión de los operadores y oficiales de la Unidad Móvil (UM). Debe asegurar que la gestión de las llamadas se realice de forma inmediata y adecuada.

OFICIAL DE UNIDAD MÓVIL

Responsable de la intervención de primera respuesta en el domicilio tras haberse producido una llamada que requiera el desplazamiento de este recurso. Debe prestar apoyo personal y

acompañar al adulto mayor a recursos de asistencia. Esta actuación no sustituye las intervenciones que puedan realizar los servicios sanitarios o de emergencia y los recursos familiares y personales del adulto mayor usuaria.

INSTALADOR

Personal que realiza la instalación, reparación, mantenimiento y sustitución de los equipamientos del servicio (terminales y sistemas periféricos)

2.2 Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)

El SAD consiste en la prestación de un conjunto de atenciones en el domicilio de los adultos mayores que tengan limitada su autonomía personal así como en los casos de desintegración familiar, posibilitando la permanencia en su propio entorno de convivencia y evitando o retardando su posible ingreso en una Institución.

El cometido del SAD debe comprender actuaciones de cara a favorecer un grado de independencia en el funcionamiento de la vida diaria y cumple como mínimo las siguientes funciones:

- La atención de las necesidades domésticas o del hogar de: limpieza, lavado, preparación de comidas, realizar determinadas gestiones u otros.
- La atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria.

Para llevar a cabo el SAD exige la participación de una figura responsable de coordinación que programe, supervise y evalúe periódicamente el servicio, con una formación adecuada para desempeñar este trabajo.

Este servicio, además de ser complementario al servicio de teleasistencia domiciliaria, también se complementa con el servicio de Centro de Día.

2.2.1 Objetivo general:

Proporcionar una atención adecuada en el domicilio de los adultos mayores con cierto grado de dependencia, favoreciendo su autonomía dentro del marco convivencial que les es propio, elevando la calidad de vida del adulto mayor y sus familiares, evitando o retrasando el ingreso en una institución.

2.2.2 Objetivos específicos:

- ✓ Aumentar la autonomía del adulto mayor para que pueda permanecer viviendo en su casa el mayor tiempo posible, manteniendo control sobre su propia vida y mejorando su calidad de vida.
- ✓ Prestar una atención individualizada programada, facilitando la realización de tareas y actividades que no puede realizar el adulto mayor por sí mismo, sin interferir en su capacidad de decisión.
- ✓ Fomentar hábitos para un envejecimiento saludable (alimentación, higiene, ejercicio físico...).
- ✓ Prevenir situaciones de riesgo de accidentes domésticos, adecuando la vivienda a las necesidades del adulto mayor usuario del servicio, mediante reparaciones, adaptaciones y/o instalación de ayudas técnicas.
- ✓ Combatir la soledad y el deterioro psíquico potenciando la colaboración del adulto mayor para el desarrollo de actividades en la propia casa y en el entorno comunitario, dentro de sus posibilidades.
- ✓ Aumentar la seguridad y la autoestima personal.
- ✓ Potenciar las relaciones sociales, estimulando la comunicación con el exterior, y paliar así posibles problemas de aislamiento y soledad.
- ✓ Proporcionar asesoramiento y apoyo emocional, en los casos que sea posible, a la familia, en especial en los casos donde haya grave deterioro físico y/o psíquico.

2.2.3 Recursos Humanos:

Para la correcta prestación del servicio se deberá contar al menos con los siguientes perfiles profesionales:

DIRECTOR/A

Profesional responsable del SAD, encargado de planificar, controlar y evaluar periódicamente el cumplimiento del servicio y de facilitar al resto de profesionales involucrados, los medios adecuados y necesarios para el desarrollo correcto de sus funciones garantizando un servicio de calidad.

COORDINADOR/A (TRABAJADOR/A SOCIAL)

El/a coordinador/a del SAD tiene la responsabilidad de la gestión del día a día del servicio. Realiza los informes y facilita a la dirección y/o autoridades competentes la documentación pertinente del expediente individualizado del adulto mayor usuario. Atiende permanentemente a la plantilla, sirviendo de apoyo y orientación. Realiza el seguimiento y coordinación del personal auxiliar de ayuda a domicilio a través de reuniones periódicas y telefónicamente. También es la figura responsable de la detección de las necesidades y carencias formativas de la plantilla y como consecuencia elabora y realiza una propuesta a la dirección del servicio el plan de formación del personal auxiliar.

AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO

Es el personal que desarrolla su trabajo en el hogar del adulto mayor, ayudándole, según el programa individualizado programado, en las tareas de alimentación, higiene, sanitarias, administrativas, de ocio, sociales, educativas, etc. Es el personal fundamental del SAD y el objetivo final de su trabajo es el de la prestación cualificada del propio servicio, proporcionando una mayor calidad de vida al adulto mayor.

FISIOTERAPEUTA O KINESIÓLOGO/A

Realiza una intervención directa con el adulto mayor usuario y el personal auxiliar en tareas y ejercicios de rehabilitación, así como una función indirecta formativa y preventiva a través de indicaciones y pautas para minimizar el riesgo de lesión o acelerar la recuperación. Asimismo asesora al usuario en las ayudas técnicas que pueda requerir para mejorar su calidad de vida.

ENFERMERO/A

Desarrolla sus funciones en relación a la salud de los usuarios cumpliendo tareas asistenciales y preventivas a través de asesoramiento, indicaciones y pautas tanto a auxiliares como a sus familiares, en colaboración con el Centro de Salud de referencia.

PSICÓLOGO/A

Realiza una intervención directa con el adulto mayor con el objeto de realizar la evaluación e intervención así como la orientación o solución de conflictos que puedan surgir en el desarrollo del servicio. Asimismo, es la figura referente en la ejecución de programas relacionados con el síndrome del cuidador, control del estrés, ansiedad, etc.

3 SERVICIOS INTERMEDIOS ASISTENCIALES:

SERVICIOS DE ESTANCIAS DIURNAS: Centro de Día y Respiro Familiar

Los servicios de estancias diurnas constituyen una alternativa a la institucionalización e intentan reducir la sobrecarga de los cuidadores principales. Se denominan servicios intermedios asistenciales porque, dentro de la cadena asistencial, se sitúan entre el domicilio y la residencia de larga estadía.

Servicio de Estancias Diurnas: *“Centro gerontológico terapéutico y de apoyo a la familia que, de forma ambulatoria, presta atención integral y especializada a la persona mayor en situación de dependencia”.* (Rodríguez, P. 2004).

El deseo de los adultos mayores de continuar viviendo en su hogar hace de los Centros de Día y de Respiro Familiar uno de los grandes recursos para la atención a la dependencia.

Los Centros de Día se diferencian de los Centros de Respiro Familiar por el horario y los días de prestación del servicio. Los Centros de Día normalmente funcionan de lunes a viernes, abarcando un horario flexible y amplio, según necesidades, que puede ir desde las 8 hasta las 19 horas. Los Centros de Respiro Familiar, suelen funcionar los fines de semana, festivos y periodos vacacionales de los cuidadores principales.

El servicio de estancias diurnas, son equipamientos especializados que se caracterizan por ser:

- Un *servicio Polivalente*, porque se fundamenta en una intervención de tipo global que presta atenciones de carácter personal, preventivo, educativo y de relación social.

- Un *servicio Integral*, en el que se atienden a los adultos mayores contemplando toda su problemática, considerando al individuo y a todas las circunstancias que le rodean, dando respuesta de forma conjunta y no parcial a los problemas de cada caso.

- Un *servicio Interdisciplinario*, en que se aborda la realidad completa del adulto mayor usuario, desde diferentes perspectivas.
- Un *servicio Rehabilitador*, cubriendo las necesidades básicas, terapéuticas y sociales, potenciando habilidades.

Además, este tipo de servicios tienen un coste económico inferior a los Centros Residenciales en todos los sentidos, por lo que su asistencia puede llegar a muchas más personas que si sólo tuviéramos centros de ingreso permanentes.

3.1.1 Objetivo general:

Disminuir la sobrecarga de los cuidadores principales y proporcionar una atención diurna integral al adulto mayor dependiente, fomentando su capacidad funcional y manteniendo su mayor grado de autonomía, evitando procesos de institucionalización innecesarios y/o retrasando los mismos.

3.1.2 Objetivos específicos:

- ✓ Prestar una atención integral, trabajar desde las necesidades sobre las situaciones de dependencia del adulto mayor y dar una respuesta global.
- ✓ Evitar la sobrecarga de los cuidadores principales.
- ✓ Fomentar las relaciones interpersonales.
- ✓ Fomentar y poner en marcha programas de habilitación que permitan el máximo mantenimiento y durante el máximo tiempo de la capacidad funcional de los adultos mayores. Promover el mantenimiento psico-físico-social de los usuarios, retardando la pérdida de las capacidades.
- ✓ Mantener el mayor grado de autonomía posible del usuario. que le permita tomar decisiones respecto a su persona y a su vida.
- ✓ Prevenir el deterioro físico y mental.
- ✓ Favorecer la recuperación y estabilización de la máxima capacidad funcional remanente.

- ✓ Mejorar y favorecer la integración social.
- ✓ Mantener y prolongar la estancia del usuario en su propio contexto el mayor tiempo posible, retrasando el verse obligado a ser ingresado en una Residencia como única alternativa.
- ✓ Cubrir de forma adecuada sus necesidades de alimentación, aseo, compañía, ocupación, ocio...
- ✓ Respetar sus decisiones personales y familiares, sus convicciones y principios
- ✓ Informar y orientar a los familiares acerca de cuidado de sus mayores.

3.1.3 Recursos Humanos

CONDUCTOR Y AUXILIAR ACOMPAÑANTE

- Recogida en el domicilio y acompañamiento de los usuarios hasta el vehículo.
- Realizar el transporte diario de los usuarios de su domicilio al Centro y viceversa, siguiendo la ruta establecida al efecto.
- Ayuda y asistencia para la subida y bajada del vehículo y su ubicación en los asientos.
- Comunicar y registrar las incidencias en relación con el servicio prestado, por vía telefónica en caso de urgencia.
- Cumplimentar el registro de incidencias en ruta.
- Tener a disposición de los usuarios las hojas de reclamación.

El servicio de transporte se realiza con un vehículo adaptado para personas dependientes dotado de calefacción y aire acondicionado. Asimismo, debe contar con todos los requisitos exigidos por la legislación vigente para la circulación de personas, supera las inspecciones técnicas pertinentes y cuenta con los seguros reglamentarios.

En lo que se refiere al resto de los profesionales que integran la plantilla del Servicio de Estancias Diurnas que describimos a continuación: DIRECTOR, MÉDICO, ENFERMERO, AUXILIAR DE ENFERMERÍA, NUTRICIONISTA, FISIOTERAPEUTA O KINESIÓLOGO, PSICÓLOGO, TRABAJADOR SOCIAL, FONOAUDIÓLOGO y TALLERISTA son las mismas funciones y competencias que en el ámbito residencial, por lo tanto están desarrolladas en el siguiente punto 4. RESIDENCIAS.

Asimismo, tanto el desarrollo del plan de trabajo como de las áreas de actividad, se encuentra detallado en el punto siguiente en el apartado de Residencias por tratarse de la misma metodología.

4 RESIDENCIA PERMANENTE O TEMPORAL

Este recurso se caracteriza por ser un servicio de acogida residencial de carácter permanente o temporal, y de asistencia integral en las actividades de la vida diaria para personas con grandes dependencias físicas y cognitivas. Por tanto, se encuentra dirigido a adultos mayores dependientes, que no tienen un grado de autonomía suficiente para realizar las actividades de la vida diaria, que necesitan constante atención y supervisión y que sus circunstancias sociofamiliares requieren la sustitución del hogar.

Residencia: *“Centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención sociosanitaria multiprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia.” (Rodríguez, P. 2004).*

4.1. Objetivo general:

Facilitar al adulto mayor dependiente un entorno sustitutivo del hogar que sea adecuado y adaptado a sus necesidades de asistencia proporcionándole una óptima calidad de vida y, por otra, favorecer el mantenimiento o la recuperación del máximo grado de autonomía personal y social.

4.2. Objetivos específicos:

- ✓ Mejorar o mantener, hasta donde sea posible, la capacidad funcional y mental, mediante técnicas rehabilitadoras.
- ✓ Prevenir el incremento de la dependencia mediante terapias y programas adecuados.
- ✓ Controlar y seguir terapéuticamente las enfermedades y trastornos detectados.
- ✓ Ofrecer un régimen de alimentación sano, equilibrado y variado, con respecto a las dietas especiales.
- ✓ Mantener todos los espacios de la Residencia, tanto en las zonas comunes como las habitaciones, perfectamente limpios, bien ventilados y ordenados.
- ✓ Desarrollar programas de animación sociocultural dirigidos y supervisados por profesionales especializados.

Módulo 5: Modelos Comunitarios e Institucionales de Gestión Gerontológica

- ✓ Favorecer las buenas relaciones sociales entre los residentes, familiares y el personal del Centro, interviniendo profesionalmente cuando se detecten conflictos.
- ✓ Impulsar los contactos personales de los adultos mayores con el exterior.
- ✓ Mantener una buena imagen en la apariencia física de los residentes, además de una perfecta higiene.
- ✓ Fomentar los contactos con la familia y personas cercanas.
- ✓ Estimular, mediante reforzamientos positivos, el ejercicio de los conocimientos y experiencias de los residentes.
- ✓ Favorecer la creatividad y la expresión corporal, mediante talleres y programas de ejercicio físico.
- ✓ Promover la participación de los adultos mayores en la toma de decisiones que afectan a sus vidas dentro del recurso

4.3. Recursos Humanos:

DIRECTOR/A

El Director/a del Centro de Día, debe ser un/a profesional con formación gerontológica y experiencia en coordinación de equipos profesionales. Es responsable del Centro de Día cumpliendo con todos los requisitos establecidos en la normativa vigente. Está encargado/a de planificar, controlar y evaluar periódicamente el cumplimiento del servicio y garantizar la prestación de una asistencia de calidad. Debe conocer a todos los adultos mayores usuarios del servicio así como a sus familiares de referencia, manteniendo un contacto continuo y frecuente. Asimismo, promueve la formación continuada de todos los profesionales implicados en el servicio.

COORDINADOR/A

Es la persona encargada de la coordinación y supervisión del personal del Centro e informa periódicamente a la Dirección del mismo y Autoridades competentes de las incidencias producidas. Planifica y dirige las reuniones del equipo interdisciplinar y promueve la coordinación con otros servicios sociales y comunitarios. Asimismo, garantiza las condiciones higiénico-sanitarias del Centro, del personal y de los adultos mayores usuarios.

Informa y asesora a los usuarios y a sus familiares, o cuidadores habituales, cuando es necesario y determina los procedimientos en caso de emergencia.

MÉDICO

Funciones:

- Participar en la valoración multidisciplinaria integral, la elaboración del PAI - plan de atención individualizada- (inicial y semestral) y en las reuniones semanales interdisciplinarias
- Atención en consultorio y en las habitaciones de los usuarios
- Establecer el plan terapéutico, farmacológico y no farmacológico con objetivos claros y metas precisas
- Confección de la historia clínica e indicaciones médicas
- Atención de urgencias
- Realizar derivaciones que correspondan según necesidad
- Actualización quincenal de indicaciones médicas
- Actualización quincenal de historias clínicas
- Actualización semanal de las historias clínicas de usuarios que sufran interurrencias o que requieran contención física
- Revisión semestral de todos los usuarios con examen físico completo y actualización de diagnóstico, tratamiento y plan terapéutico
- Solicitud en tiempo y forma de interconsultas a especialistas
- Registro de resultado de las interconsultas
- Solicitud de dieta
- Supervisión del equipo de enfermería y auxiliares de enfermería
- Confección de protocolos de trabajo
- Registro de datos de estadística
- Atención de los usuarios en consultorio y residentes en sus habitaciones según necesidad
- Realizar medidas de prevención y posterior control
- Informar acerca de las normas de bioseguridad

Módulo 5: Modelos Comunitarios e Institucionales de Gestión Gerontológica

- Colaborar en las materias de su competencia en los programas que se realicen de formación e información a las familias de los usuarios y a las instituciones

ENFERMERO/A

Funciones:

- Valoración sanitaria inicial del nuevo usuario.
- Participación en la valoración multidisciplinaria integral, la elaboración del Plan de Atención Individualizada (PAI), inicial y semestral, y en las reuniones semanales interdisciplinarias
- Preparación y administración de medicamentos y su seguimiento, según prescripción médica.
- Controlar los parámetros vitales, realizar curas y demás técnicas de enfermería a los usuarios.
- Registro de sus actividades en el PAI
- Colaborar con los terapeutas en actividades de rehabilitación.
- Apoyar al Nutricionista al control y seguimiento sanitario y dietético del servicio de comedor.
- Coordinar y supervisar las tareas desarrolladas por los auxiliares
- Coordinar con el Servicio público de salud. Informar, en caso de que corresponda, al médico especialista de incidencias puntuales.
- Pedido de material sanitario
- Control y reposición de cajas de emergencias
- Limpieza de elementos de enfermería y consultorios
- Colaboración en cambios posturales
- Control y actualización y manejo de historias clínicas, hoja de indicaciones
- Confección de hojas de enfermería y cuaderno de novedades
- Supervisión y control en los cambios posturales y prevención de úlceras por presión (UPP).
- Confección y actualización de la carpeta de residentes

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Delegado por el enfermero/a y bajo supervisión, el auxiliar de enfermería realiza las siguientes funciones:

- Realizar el aseo de los usuarios cada vez que sea necesario.
- Realizar la limpieza y el mantenimiento de los utensilios del usuario.
- Completar la capacidad del usuario en aquellas actividades que no puede realizar.
- Estimular a los usuarios a realizar aquellas actividades de la vida diaria para las que conserven la capacidad.
- Fomentar la comunicación y la empatía con el usuario y la relación entre los mismos.
- Registrar y comunicar cualquier incidencia que se produzca.
- Velar por el bienestar y la integridad psico-física de los usuarios.
- Colaborar con el resto de profesionales en el área asistencial.

NUTRICIONISTA

El nutricionista realiza la evaluación de la situación nutricional de los usuarios al ingreso así como el seguimiento de los mismos actualizando la evaluación de su situación nutricional y de su tratamiento dietoterápico si lo tuviere, con objetivos y metas cuantificables. Así mismo, vela para que las comidas sean saludables y sabrosas respondiendo a los hábitos alimentarios del grupo.

FISIOTERAPEUTA O KINESIÓLOGO/A

Funciones:

- Evaluación del estado funcional inicial de los nuevos usuarios.
- Participación en la valoración multidisciplinaria integral, la elaboración del PAI (inicial y semestral) y en las reuniones semanales interdisciplinarias
- Planificación y ejecución de los tratamientos de rehabilitación en función del Plan de Atención Individualizado (PAI) establecido.
- Planificación y desarrollo de actividades y tratamientos individuales y grupales.

- Evitar y/o retrasar las alteraciones de la estática.
- Evitar y/ o retrasar la aparición de deformidades.
- Tratamiento no farmacológico del dolor.
- Mejorar y mantener las funciones cardiorrespiratorias y del aparato locomotor.
- Coordinación con otros profesionales del Centro y de otros recursos.

TERAPISTA OCUPACIONAL

Funciones:

- Valoración inicial de las capacidades y déficits del nuevo usuario.
- Participar en la valoración multidisciplinaria integral, la elaboración del PAI (inicial y semestral) y en las reuniones semanales interdisciplinarias
- Planificación y ejecución de los tratamientos de terapia ocupacional en función del Plan de Atención Individualizado (PAI) establecido.
- Mantenimiento de las capacidades funcionales en las mejores condiciones posibles.
- Entrenamiento de las habilidades sociales y funcionales de los usuarios a través del ocio.
- Dinamización del Centro y de sus usuarios por medio de actividades socioculturales y/o recreativas que complementen a las ocupacionales.
- Entretenimiento y estimulación para mantener o favorecer las capacidades cognitivas de los usuarios, así como la autonomía personal y social.
- Acompañamiento en excursiones, salidas culturales.
- Coordinación con otros profesionales del Centro.

PSICÓLOGO

Funciones:

- Valoración inicial cognitivo-afectivo-conductual y social del nuevo usuario.
- Participación en la valoración multidisciplinaria integral, la elaboración del PAI (inicial y semestral) y en las reuniones semanales interdisciplinarias
- Planificación y ejecución de los tratamientos psicológicos en función del Plan de Atención Individualizado (PAI) establecido.

- Atención psicológica individual y/o grupal.
- Apoyo a familiares.
- Diseño e intervención de programas bio-psico-sociales.
- Participación en la formación continuada de trabajadores del centro.
- Coordinación con otros profesionales del Centro.

FONOAUDIÓLOGO

Funciones:

- Valoración inicial del nuevo usuario.
- Participación en la valoración multidisciplinaria integral, la elaboración del PAI (inicial y semestral) y en las reuniones semanales interdisciplinarias
- Realización de tratamientos específicos para la recuperación de los trastornos o alteraciones de la articulación, de la voz o del lenguaje de las personas afectadas por dichas deficiencias.
- Realización de tratamientos específicos sobre los aspectos relacionados con la alimentación, tales como la masticación y la deglución.
- Colaboración en las materias de su competencia en los programas que se realicen de formación e información a los profesionales del Centro y a las familias de los usuarios.

TALLERISTA

Es el profesional del equipo interdisciplinar que se encarga de las actividades de ocio con los residentes o usuarios del servicio. Deben poseer formación específica de acuerdo a la naturaleza de cada actividad a desarrollar. Con capacitación y/o experiencia de trabajo con adultos mayores y fundamentalmente capacidad de trabajo interdisciplinario.

RECEPCIONISTA

Funciones:

- Recepción y entrega de la correspondencia, orientación pública, atención de centralitas telefónicas y, ocasionalmente, vigilancia de los puntos de acceso y tareas de portería.

Módulo 5: Modelos Comunitarios e Institucionales de Gestión Gerontológica

- Colaboración excepcional con el personal en aquellas tareas que por su exceso de peso, no puedan realizar por sí solas.
- Cumplimentación de los comunicados de entrada y salida de los usuarios cuando estos se produzcan por permisos o vacaciones.
- Archivar las peticiones de salida o retraso en la llegada de los usuarios, según se contemple en el reglamento de régimen interior del Centro.
- Ayudar a aquellos usuarios que lo necesiten en el traslado de bienes (equipaje...) hasta y desde las habitaciones u otras dependencias, ejerciendo un obligado y discreto control de los paquetes que traigan al Centro las personas que tengan acceso. Igualmente controla las entradas y salidas de personal.
- Mantenimiento del régimen establecido por la dirección para el acceso de usuarios y visitantes a las diferentes dependencias del Centro.
- Hacerse cargo de los comunicados de averías y darles curso al servicio de mantenimiento.

PERSONAL DE LIMPIEZA

Funciones:

- Realización de las tareas propias de la limpieza de las habitaciones y zonas comunes (camas, cambios de ropa, ventanales y balcones, mobiliario, etc.), procurando molestar lo mínimo a los usuarios.
- Comunicación a su superior inmediato sobre las incidencias o anomalías observadas en el desarrollo de su tarea (averías, deterioros, desorden manifiesto, alimentos en malas condiciones, etc.).

PERSONAL DE ROPERÍA O LAVANDERÍA

Funciones:

- Realización de las funciones propias del lavado y planchado, uso y atención de la maquinaria, cuidar la ropa de los usuarios y del Centro, y dar el mejor uso a los materiales.
- Comunicar a su superior inmediato las incidencias o anomalías observadas en el desarrollo de su tarea (averías, deterioros, desorden manifiesto, etc.).

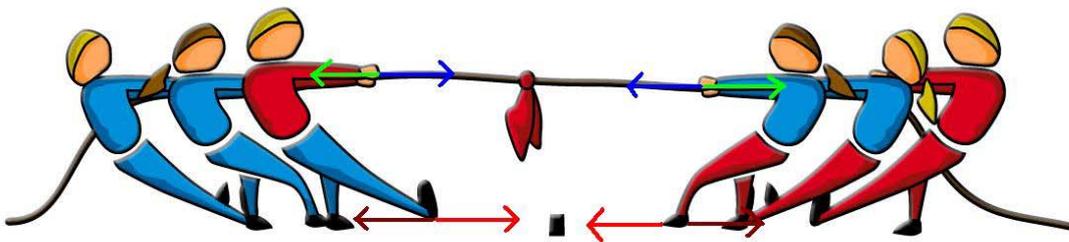
PERSONAL DE COCINA

Funciones:

- Confección de la lista de pedidos. Revisión de la calidad/cantidad al recepcionar el pedido.
- Cuidar la calidad y presentación de los menús.
- Elaboración y condimentación de los alimentos, con sujeción a los menús y regímenes alimenticios en colaboración con el Nutricionista.
- Vigilar el almacén en lo que se refiere a condiciones y existencias. Vigilar la caducidad y la distribución de los alimentos en las cámaras frigoríficas.
- Realizar las actividades de limpieza programadas y que correspondan a su turno de trabajo (oficio, cámaras, etc.)
- Supervisar que la maquinaria y utensilios de cocina están limpios.
- Planificar actividades de limpieza y realizar las que correspondan a su turno de trabajo (oficio, cámaras, etc.).
- Registrar en el cuaderno de trabajo las tareas realizadas, incidencias y comunicados al compañero del turno siguiente.

PERSONAL DE MANTENIMIENTO

Controlar el funcionamiento de todos los sistemas del centro, ya sea electricidad, climatización, iluminación, fontanería, etc.. no solo para garantizar un nivel de confort óptimo, dando una respuesta rápida a las anomalías, sino para alargar la vida útil de los equipamientos.



Hay que destacar la importancia que tiene la coordinación y comunicación entre los diferentes integrantes del equipo multidisciplinario que intervienen en este tipo de recurso asistencial.

Por esta razón, es importante crear diferentes espacios de reflexión conjunta con profesionales y familiares que participen de una forma más o menos directa en cualquiera de los servicios que se lleven a cabo.

Todo recurso asistencial para adultos mayores dependientes, requiere y exige una metodología de trabajo que asegure la calidad de la asistencia que en él se presta.

Cuando la magnitud de este dispositivo asistencial supera un determinado nivel de usuarios/as, esta metodología, imprescindible en todos los casos, tiene todavía más relevancia.

Con el objeto de definir la metodología de trabajo, en los siguientes puntos se refleja el Plan:

1. Procedimiento de Recepción al ingreso
2. Programa de trabajo interdisciplinario. Plan de atención individualizado (PAI)
3. Programa de atención asistencial
4. Programa anual de actividades de ocio
5. Procedimiento de formación
6. Procedimientos generales
7. Procedimientos transversales
8. Procedimientos estratégicos

1. PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN E INGRESO DEL NUEVO USUARIO:

Normalmente, es el trabajador social la figura responsable de hacer el primer contacto con el futuro usuario y/o familiar quien les invita a visitar el centro antes de la fecha oficial del

ingreso. Esta primera reunión no es fácil, debido al desconocimiento mutuo existente. Por esta razón, es muy importante que esta primera toma de contacto sea cuidadosamente planificada para cada caso. Con este fin se debe disponer de un protocolo y de un registro de recepción del nuevo usuario que facilite una relación fluida entre el nuevo usuario y familiar y el equipo multidisciplinario del Centro.

Este primer contacto consiste principalmente en informar al usuario de los servicios ofrecidos por el centro; de las normas de funcionamiento y horarios, de la documentación a aportar para tramitar el ingreso (D.N.I., obra social, informes médicos actualizados, pólizas...) así como aconsejarle sobre la ropa de uso personal y resolver cualquier duda que pueda derivarse de la entrevista. Una vez desarrollado este primer paso, se pasa a realizar una visita guiada por el centro con el fin de que el usuario y el familiar vayan conociendo sus instalaciones e ir disminuyendo el miedo a lo desconocido ofreciéndoles confianza y tranquilidad.

En el momento propio del ingreso del nuevo usuario al centro, se realiza la firma del contrato por ambas partes cuando sea aplicable y se hace entrega del Reglamento de Régimen Interno.

En cuanto a la parte asistencial, el Equipo Interdisciplinario realiza una primera valoración inicial de cada área, empleando las distintas escalas validadas. Esta primera valoración nos ayuda a conocer de una manera rápida y precisa las capacidades funcionales (dependencias), los problemas médicos (antecedentes, patologías actuales, hábitos tóxicos, hábitos alimentarios, control de esfínteres,) psicológicos (estado cognitivo y afectivo), sociales (relación con el entorno, actividades sociales, recursos con los que puede contar, apoyo social) y familiares de cada persona.

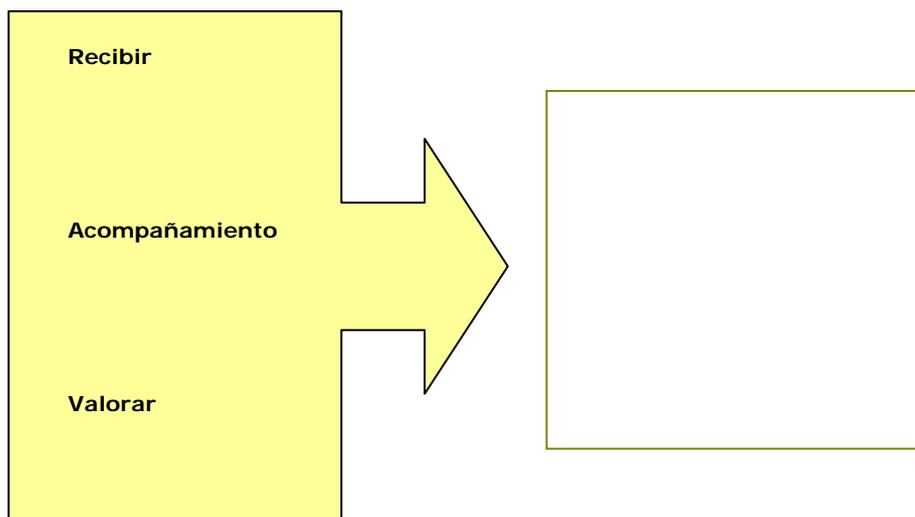
Toda la documentación adquirida de la parte administrativa y la parte asistencial debe quedar guardada en un *expediente único y personal* que debe ser debidamente custodiado para proteger los datos confidenciales del usuario. Este expediente individual debe ser actualizado a lo largo de la estancia del usuario en el centro.

Una vez finalizada la valoración, el trabajador social acompaña al usuario y sus familiares a su habitación para ayudarle a llevar sus pertenencias y poder realizar un inventario de los bienes que trae consigo. El trabajador social junto al psicólogo, son los profesionales encargados de la adaptación al centro del usuario y satisfacer cualquier demanda que le sea requerida para mejorar su incorporación al centro.

2. PROGRAMA DE TRABAJO INTERDISCIPLINARIO: PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO: (PAI)

Los miembros del equipo de trabajo interdisciplinario deben ser capaces de integrar sus esfuerzos para conseguir los objetivos del plan de intervención, siendo la clave de un buen trabajo en equipo la participación efectiva.

El equipo interdisciplinar de los centros es más que la suma de sus integrantes, puesto que existe una importante interrelación entre sus componentes que hace imposible realizar las tareas por separado. Por lo tanto, se parte de la realización de un trabajo desde una perspectiva interdisciplinar que supera las tareas que individualmente hace cada profesional y se centra en el intercambio constante de información, planteando y replanteando coordinadamente los objetivos y decisiones y dando respuestas a aquellos problemas que van surgiendo de una manera coordinada y compartida.



El trabajo en equipo es un proceso plural. No lo puede realizar una persona individualmente. Cuando los profesionales se reúnen para formar un grupo, cada miembro aporta un conjunto personal de conocimientos, destrezas, valores y motivaciones.

El PAI es un documento que engloba la formulación interdisciplinaria de objetivos, planteamiento de los planes de intervención y seguimiento de los resultados, adecuándolos a las necesidades del usuario para mejorar y mantener su salud, autonomía personal e integración social en el mayor grado posible.

El equipo multidisciplinario, en la reunión interdisciplinaria semanal, debe establecer el PAI inicial del nuevo usuario en un plazo máximo de un mes tras su ingreso. El PAI debe ser revisado pasados los seis meses con el objetivo de analizar los resultados y modificar, en su caso, el plan de atención según la nueva situación del usuario, marcando nuevos objetivos y programas de intervención.

3. PROGRAMA DE ATENCIÓN ASISTENCIAL

El programa de atención debería estar basado en una concepción holística de la persona (bio-psico-social), en una atención integral y en unos servicios integrados.

La atención ha de propiciar la estimulación a la autonomía del residente o usuario frente a la sustitución o suplencia; basarse en la integración social del adulto mayor frente a la segregación y ruptura de vínculos familiares; en un sentido de centro residencial abierto y como parte de la comunidad frente al sentido de centro ubicado en una comunidad.

La complejidad y diversidad de las situaciones de cada residente son tan importantes que es imposible que cada profesional implicado pueda separadamente abarcar toda la dimensión real de la atención.

Para dar respuesta a las necesidades de los residentes es necesario desarrollar un modelo de atención que sea:

- ✓ *Integral*, es decir, que de respuesta a todas las necesidades (físicas, emocionales, sociales, espirituales, etc.), promueva la autonomía y la inserción en la comunidad, mejore la adaptación e integre los objetivos del residente o usuario y su familia en el proceso de atención.
- ✓ *Global*, es decir, que desarrolle medidas en cada uno de los ámbitos de atención.
- ✓ *Integrado* en la comunidad.

- ✓ *Interdisciplinario*, como práctica cotidiana asistencial, basado en el equipo formado por los diferentes profesionales que tienen como punto de encuentro y objetivo común, la atención del residente.

El Plan de Atención Asistencial se organiza en las siguientes áreas de actividad:

a) Área Funcional

- Mejorar o mantener, hasta dónde sea posible, la capacidad funcional mediante técnicas de mantenimiento y/o rehabilitadoras.
- Valorar y supervisar la realización de actividades de la vida diaria, detectando a los usuarios con riesgo de dependencia.
- Diseñar programas específicos de rehabilitación adecuados a cada dependencia detectada.
- Ayudar a los usuarios en las actividades básicas, cuando no puedan hacerlo por sí mismos.
- Valorar las ayudas técnicas necesarias para conseguir la máxima autonomía.
- Enseñar el manejo de aquellos materiales de uso diario.
- Estimular las capacidades residuales de los usuarios.

b) Área Sanitaria

- Realizar una valoración integral y una historia clínica completa.
- Educar en hábitos saludables y en la administración racional de fármacos.
- Proporcionar prevención, seguimiento y asistencia integral a las patologías que presenten los usuarios.
- Prevención de úlceras por presión, incontinencias y caídas.
- Aplicar programas específicos de intervención sanitarios.
- Ofrecer un régimen de alimentación sano, equilibrado y variado, respecto a las dietas especiales.

c) Área Cognitiva

- Mejorar o mantener, hasta dónde sea posible, la capacidad mental mediante técnicas rehabilitadoras.
- Favorecer la estimulación cognitiva mediante la implantación de actividades que potencien la ocupación del tiempo de ocio.
- Adaptar las actividades del usuario a sus gustos, aficiones y potencialidades de manera que favorezcan su participación en el recurso.
- Orientar en el tiempo y en el espacio físico.
- Mantener la capacidad de respuesta a estímulos sensoriales, así como su reconocimiento (percepción) mediante la exposición continuada a los mismos.

d) Área Emocional

- Ofrecer una atención y recepción que favorezcan la adaptación en el Centro, tanto al usuario como a sus familiares.
- Reducir el impacto emocional de la institucionalización.
- Prevenir e intervenir en procesos de desestructuración individual o familiar que favorezcan la aparición de estados depresivos.
- Fomentar una buena imagen en la apariencia física de los usuarios, además de una perfecta higiene.
- Velar por el máximo respeto de la intimidad de cada usuario.
- Promoción de la individualidad mediante la atención a demandas personales.
- Mantener o mejorar una adecuada autoestima.

e) Área Social

- Fomentar la existencia de un marco convivencial adecuado para facilitar la integración y las relaciones sociales.
- Fomentar las relaciones a diferentes niveles: interpersonal, familiar y comunitario.
- Acercar el Centro a la familia y/o a sus personas de referencia.

- Promover la participación de los adultos mayores en la toma de decisiones que afectan a sus vidas en el marco del recurso

4. PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES DE OCIO

La práctica de actividades de ocio supone un mantenimiento de los roles activos, un medio de gratificación personal, y un aspecto muy positivo para desarrollar las capacidades físicas, cognitivas y sociales del adulto mayor. Incluso se ha demostrado que el nivel de actividades de ocio y el bienestar psicofísico de las personas con enfermedad de Alzheimer está relacionado, ya que la satisfacción con las actividades de ocio que realiza un individuo es una variable mediadora básica en la relación entre el sujeto y su sensación de bienestar.

La intervención en ocio debe incrementar las oportunidades para que la persona ponga en práctica diversas actividades. Así, el ocio debe servir tanto para prevenir como ser en sí mismo un elemento que ayude en la medida de lo posible a aumentar la autonomía y la competencia del adulto mayor en diferentes áreas: funcional, cognitiva, psico-afectiva y social.

La Animación Socio Cultural engloba cinco aspectos básicos:

- Desarrollo: crear las condiciones adecuadas para que, tanto los adultos mayores con dependencia física y los adultos mayores con enfermedad de Alzheimer u otras demencias resuelvan, por sí mismos, los problemas comunes e impulsar la responsabilidad tanto individual como colectiva.
- Relación: fomentar el encuentro interpersonal y grupal.
- Creatividad: promover la iniciativa y la imaginación.
- Participación: aumentar la motivación para intervenir en las diferentes actividades tanto individual como grupalmente.

- Convivencia: cohesionar grupos a través de la aceptación, la comunicación y la distribución de roles en distintas tareas.

Todas las actividades dentro de un proyecto de animación sociocultural deben de ser seleccionadas por los participantes y adecuadas a las características de cada uno de ellos. Algunos de los criterios a tener en cuenta a la hora de diseñar un programa de Ocio para adultos mayores dependientes, física, relacional o cognitivamente:

- ✓ Adecuación a los participantes: es decir, han de estar adaptadas a sus posibilidades, necesidades, y a sus intereses.
- ✓ Adecuación a la realidad del grupo: la anterior propuesta, no sólo ha de verse desde la óptica de los participantes individuales, sino en clave del grupo en el que están inmersos. Las actividades han de adaptarse a la finalidad del grupo, a su tamaño y a su organización, lo que va condicionar la mayor o menor complejidad posible de las actividades. Lo que se pretende es que los grupos sean homogéneos.
- ✓ Adecuación al entorno, recursos materiales y recursos personales.

OBJETIVOS

La animación tiene un papel muy importante para el bienestar físico y psíquico del adulto mayor. Además de todos los beneficios anteriormente mencionados que la animación posee en sí misma, a continuación se muestran los principales objetivos a lograr:

- ⇒ Mantener al adulto mayor ocupado a fin de lograr estabilidad emocional y cognitiva.
- ⇒ Fomentar las relaciones interpersonales entre los residentes, y poner en común conocimientos, anécdotas y experiencias individuales.
- ⇒ Aumentar la autoestima y el bienestar tanto individual como grupal.
- ⇒ Definir un rol dentro del grupo.

- ⇒ Favorecer momentos distendidos y lúdicos mediante talleres y encuentros sociales entre los propios usuarios y otros miembros de la comunidad.

PARTICIPACIÓN FAMILIAR

Periódicamente se informa a los familiares y cuidadores sobre los talleres a los que asisten los adultos mayores, las actividades que se llevan a cabo y los logros observables. Asimismo se los invita a participar de las actividades lúdicas con el fin de implicarse en el proceso promoviendo aumentar la motivación de ambos, disminuir la ansiedad que produce el tener un familiar dependiente y/o institucionalizado, y disfrutar con los familiares experiencias compartidas, a fin de no limitarse solamente a cuidar de lo más básico.

Todas las actividades de ocio, socioculturales, se pueden llevar a cabo en la Residencia, en el Centro de Día, y durante los fines de semana en el Programa de Respiro, según las necesidades.

Las tareas que se realizan dentro de cada actividad están supeditadas al nivel cognitivo, físico y mental de los usuarios, por lo que se deben crear grupos adaptados a la actividad.

Es necesario mencionar que cada una de estas actividades serán llevadas a cabo por profesionales talleristas y supervisadas por los profesionales responsables del centro.

5. PROCEDIMIENTO DE FORMACIÓN

La formación permanente o continuada, del equipo y del resto de los profesionales que componen el equipo humano de un centro sociosanitario, es un elemento clave para la motivación y la calidad asistencial, tanto respecto de nuevas técnicas, procedimientos o tecnologías, como en la participación en jornadas y simposios del sector de la atención geriátrica y gerontológica.

Se debe formar a todo el personal dedicado a las labores de este recurso asistencial. La formación se debe centrar tanto en el aspecto técnico como en la metodología del trabajo.

La responsabilidad de la formación debe ser compartida por todos. Indicando las necesidades de formación y evaluando los resultados de las acciones formativas

Objetivos generales:

- ✓ El compromiso de mejora continua de las tareas
- ✓ El desarrollo de las capacidades personales que se utilizan en el puesto de trabajo
- ✓ El sentimiento de participación y pertenencia

Objetivos específicos:

A corto plazo:

- Actualizar, desarrollar y perfeccionar las competencias de los profesionales para realizar eficazmente su trabajo.
- Cumplir con la normativa legal relacionada con la actividad desarrollada.
- Mejora de los procesos y de la eficacia del trabajo.

A medio plazo:

- Implantación de una cultura de aprendizaje continuo.
- Mejora del clima laboral.
- Aumento del valor del capital humano.

A largo plazo:

- Incremento de la satisfacción del cliente.
- Mayor vinculación de la formación en la consecución de resultados.
- Mantenimiento de la posición de liderazgo en el sector

El profesional que imparta formación, debe estar formado por expertos en el aprendizaje continuo y en la gestión del conocimiento, con amplia experiencia en la gestión de centros sociosanitarios y en la impartición de acciones formativas.

6. PROCEDIMIENTOS GENERALES

6.1. Prevención de Riesgos Laborales

La prevención de riesgos laborales es el conjunto de actividades y medidas para evitar o minimizar los riesgos derivados del trabajo y que se deben adoptar en todas las fases de la actividad de una Residencia o Centro de Estancias Diurnas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la definición de SALUD es *“el completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de daño o enfermedad”*.

La definición de la OMS de SALUD LABORAL es *“una actividad que tiene como finalidad fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores de todas las profesiones y prevenir todo daño a la salud de estos”*

En el trabajo no solo buscamos la supervivencia sino que perseguimos el desarrollo profesional, personal y social. Cualquier deficiencia en las condiciones del trabajo puede alterar la salud del trabajador.

Trabajar con adultos mayores dependientes implica muchas veces un nivel alto de complejidad y un sobre esfuerzo por parte del trabajador que debe ser evaluado y controlado por parte de la dirección del centro de trabajo.

Cuando en la evaluación de riesgos se detecte alguna situación de riesgo que no ha podido ser eliminada, inicial o cuando se generen cambios en las condiciones de trabajo, es obligación de la dirección del centro establecer una planificación de la actividad preventiva a realizar a fin de eliminarlos o controlarlos, debiendo quedar esta información debidamente documentada:

- a) Identificación de los riesgos existentes en cada uno de los puestos de trabajo de la residencia o centro de estancias diurnas.
- b) Eliminación de aquellos riesgos que puedan evitarse
- c) Evaluación de los riesgos que no hayan sido eliminados, a fin de establecer cuales tienen un potencial excesivo de provocar daño, y para priorizarlos entre ellos y establecer así un orden de actuación.
- d) Planificación de la actividad preventiva a realizar en el centro, según el resultado de la evaluación. Los objetivos de la evaluación son reducir el valor de los riesgos y controlar las

condiciones de trabajo para que no surjan nuevos riesgos o aumente el valor de los existentes.

6.2. Protección de Datos

En cualquier centro sociosanitario, debería existir un *protocolo de protección de datos* donde se contemplen las medidas de seguridad, según la normativa vigente, mediante una adecuada recogida, almacenamiento y tratamiento de la información de los datos de carácter personal. Para lo cual todo sistema de protección de datos está basado en el principio de que cualquier información relacionada con una persona es susceptible de ser considerada dato personal. Pero, además, existe información, que por su naturaleza merece un nivel superior de protección. Como datos especialmente protegidos como son los datos relacionados con la salud.

A modo de resumen, a continuación enumeramos las diferentes fases:

- 1- Recogida de datos: Consentimiento Informado
- 2- Almacenamiento (Informático o no): Medidas de seguridad
- 3- Tratamiento: Deber de Secreto
- 4- Las posibles comunicaciones a terceros del Dato fuera del ámbito de actuación de la Residencia: Cesión o Comunicación de Datos y Tratamiento de datos por Cuenta de Terceros.

En cuanto a los diferentes profesionales responsables, existe la figura del *responsable del fichero o tratamiento*: persona física o jurídica, de naturaleza pública o privada, u órgano administrativo, que decida sobre la finalidad, contenido y uso del tratamiento. La figura del *encargado del tratamiento*: la persona física o jurídica, autoridad pública, servicio o cualquier otro organismo que, sólo o conjuntamente con otros, trate datos personales por cuenta del responsable del tratamiento .Y la figura del *afectado o interesado*: persona física titular de los datos que sean objeto del tratamiento.(LOPD (Ley Orgánica de Protección de Datos de España)).

La adecuación permanente de la Residencia a la normativa de Protección de Datos, se debería llevar a cabo con la máxima rigurosidad, según la legislación vigente, al afectar a dos ámbitos tan especialmente sensibles como lo son el del adulto mayor y los datos de Salud.

7. PROCEDIMIENTOS TRANSVERSALES

7.1 Jurídica y Ética Asistencial: Prevención contra el abuso y mal trato Institucional.

Las Naciones Unidas abordan por primera vez la violencia contra las personas mayores en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento (Madrid 2002) en la que se presenta un informe al respecto. Paralelamente, la Red Internacional para la prevención del maltrato en el anciano (INPEA), con el apoyo de la OMS, hace público el Informe "Voces ausentes" que se ha convertido en un referente para la puesta en marcha de procesos de investigación-acción en muchos países del mundo. Dicho documento realiza una serie de recomendaciones para configurar una estrategia global que de respuesta al problema de los malos tratos hacia las personas mayores, entre ellas:

- Crear y difundir un método de investigación para estudiar la violencia contra los ancianos.
- Diseñar y validar un instrumento de detección y evaluación para los profesionales sociales y sanitarios que trabajan en el ámbito comunitario.
- Elaborar material didáctico dirigido a profesionales para un correcto abordaje del problema.
- Movilizar a la sociedad civil mediante campañas de sensibilización que generen cambios de actitud hacia las personas mayores y sobre todo hacia los malos tratos.

Más información, ver: malos tratos a personas mayores: Guía de actuación. Observatorio de personas Mayores. IMSERSO. Antonio Moya Bernal y Javier Barbero Gutiérrez (coord..)

7.2. Bioética

(Continuando con las reflexiones vistas en el módulo 4, continuamos desarrollando el tema)

Módulo 5: Modelos Comunitarios e Institucionales de Gestión Gerontológica

La bioética se define como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y de la atención sanitaria, en cuanto se examina esta conducta a la luz de los valores y principios morales bioética sistemático área atención sanitaria (Reich)

La bioética surge de los abusos en experimentación con personas, de la medicina altamente tecnificada y de ayuda para la toma de decisiones.

Con posterioridad a la segunda guerra mundial, tras el descubrimiento de los abusos en experimentación médica con personas se va conformando un escenario donde se hace necesaria la regulación o por lo menos una declaración de principios a favor de las víctimas de estos experimentos y determina la publicación a nivel mundial de distintas declaraciones y documentos bioéticos.

Los 4 principios de la bioética:

- ⇒ BENEFICENCIA: Hacer el bien al paciente o sujeto de experimentación
- ⇒ NO MALEFICENCIA: No hacer daño al paciente o sujeto de experimentación
- ⇒ AUTONOMIA: Derecho del paciente a la toma de decisiones y a elegir libremente
- ⇒ JUSTICIA: Todas las personas merecen ser tratadas con la misma consideración y respeto

Antes de continuar, situándonos como profesionales de una Residencia de Adultos Mayores, vamos a detenernos a pensar en estas preguntas:

- ✎ ¿Cómo crees que se trata a los adultos mayores en nuestras residencias?
- ✎ ¿Sabes de la existencia de Comités de Bioética en Hospitales y en Residencias de Adultos Mayores?
- ✎ ¿Crees que resultaría útil para una Residencia una asesoría externa de expertos en bioética?

☒ ¿Tienes alguna formación en Bioética?

☒ ¿Has detectado la existencia de problemas éticos en alguna Residencia de Adultos Mayores?

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA BENEFICENCIA:

EL PATERNALISMO

Preguntas para reflexionar:

¿Hacemos por el adulto mayor actividades que él mismo podría hacer?

¿Le tratamos a veces como a un niño?

¿Decidimos por ellos las actividades en las que van a participar'.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA NO MALEFICENCIA:

LOS ERRORES POR SOBRECARGA DE LOS PROFESIONALES: repercutiendo en una menor calidad de la atención e incurriendo en una mala praxis.

Preguntas para reflexionar:

- ¿Se produce un porcentaje alto de caídas involuntarias en la residencia?
- ¿Se produce un porcentaje alto de úlceras por presión en residentes encamados?.
- ¿Se producen errores en las dietas por distracción del personal?.
- ¿Los adultos mayores con demencias más severas, quedan apartados de la vida social de la residencia, estando demasiado tiempo sin estimulación?
- ¿Se abusa de los fármacos con efecto sedante para evitar molestias a los demás residentes o al personal?
- ¿Hay veces que se ata al adulto mayor demenciado a la silla. ¿Tienen dudas sobre si es éticamente correcto?

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA DEL ADULTO MAYOR

Preguntas para reflexionar:

¿Se dan internamientos forzados por las familias contra la voluntad del adulto mayor?

¿Los residentes participan en la toma de decisiones que afectan a su salud?

En caso de demencia, ¿son los familiares quienes toman las decisiones en nombre del enfermo? ¿Es la residencia quien las toma?

¿Quedan registradas las últimas voluntades de los residentes?

¿Tienes la sensación de que se invade la intimidad del residente?

¿Conoces la normativa a seguir para garantizar la confidencialidad de los datos del residente que está en poder de la residencia?

¿Se comparten datos confidenciales del adulto mayor que deberían ser tratados con discreción?

¿Muestran necesidades sexuales los residentes? En caso afirmativo, ¿sabemos cómo canalizarlas?

PROBLEMAS EN RELACIÓN AL PRINCIPIO DE JUSTICIA

Preguntas para reflexionar:

¿Conoces la normativa a seguir para garantizar la confidencialidad de los datos del residente?

¿Has visto o tenido algún problema con la situación legal del adulto mayor, a la hora de ingresos forzados, toma de decisiones, incapacitación o testamento?

¿Conoces la normativa que aplica sobre testamentos vitales, consentimiento informado, historia clínica y directrices previas?

Última pregunta:

¿Consideras útil que en tu residencia existiera un Comité de Bioética para orientar en este tipo de cuestiones?

8. PROCEDIMIENTO ESTRATÉGICO: SISTEMA DE CALIDAD

La Dirección de un centro sociosanitario debería seguir un Sistema Integral de Gestión de la Calidad, que permita la máxima calidad asistencial y mejorar sus resultados a través de una evaluación continua.

El Sistema debe contar con los siguientes valores:

- ✓ Satisfacción de los Clientes (usuarios): a través de un trabajo de calidad, en la búsqueda de soluciones y ofreciendo un servicio flexible según las demandas de los clientes.
- ✓ Capital Humano: generando valor añadido al servicio mediante una política activa en la gestión de las personas.
- ✓ Mejora Continua: gracias a la integración de las distintas áreas, dar una respuesta global y de calidad a las necesidades del cliente.

Estos valores deben fundamentarse en los siguientes pilares básicos:

- ✓ Escuchar a los clientes, para conocer sus necesidades y mejorar sus expectativas.
- ✓ Implantar métodos y procesos de trabajo claros y eficaces.
- ✓ Seleccionar, implicar y formar al personal para la gestión óptima del servicio.
- ✓ Promover la cultura y sensibilización ambiental de todo el personal.
- ✓ Cumplir la legislación y reglamentación.
- ✓ Establecer y revisar los objetivos y metas.
- ✓ Integrar en la planificación de todos los servicios la conservación del entorno, reduciendo en lo posible el impacto ambiental de las actividades.

- ✓ Utilizar, de modo racional, los recursos materiales.
- ✓ Fomentar el ahorro de energía en proyectos y servicios.
- ✓ Implicar a las empresas colaboradoras en la comprensión y aceptación de dicha Política.

ELABORACIÓN DEL PLAN DE CALIDAD

Al inicio de un servicio sociosanitario, el profesional o profesionales responsable/s asignados al mismo, deben planificar el Plan de Calidad en el que se describen los procesos que componen el servicio, así como la asignación de funciones y responsabilidades, recursos y los indicadores con los que se va a medir la Calidad del Servicio. Dicho plan se debe actualizar según las necesidades que se vayan produciendo y siempre teniendo en cuenta los requisitos del servicio y la legislación que sea de aplicación.

EVALUACIÓN E INDICADORES DE GESTIÓN

Para evaluar la calidad del servicio prestado, la/s persona/s responsable realiza/n un informe con una periodicidad anual, enviando una copia a la Dirección del Centro para analizar los resultados y poder verificar el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos y elaborar los planes de acción y las acciones correctivas y de mejora que se deriven.

La evaluación de todo servicio se debe dirigir, fundamentalmente, a determinar en qué medida han sido alcanzados los objetivos propuestos inicialmente, así como a analizar la relación entre los efectos obtenidos, la actividad desarrollada y los recursos empleados. La evaluación ha de realizarse de forma constructiva con el fin de orientar la posterior toma de decisiones respecto a los aspectos evaluados.

Para desarrollar un sistema de evaluación del Servicio, es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

1 Que el personal y los usuarios participen en el proceso de evaluación comprendiendo sus objetivos.

2. La protocolización de las actividades, que aseguren la calidad y faciliten la evaluación.

3. Que la evaluación no sea excesivamente complicada ni difícilmente asumible.

4. Que se tengan en cuenta diferentes niveles de análisis: la gestión del centro, los programas de intervención y los agentes del proceso (las personas usuarias, las familias y los profesionales)

5. Que se contemplen las diferentes fases o componentes de la intervención: la entrada, el proceso y los resultados. Que la responsabilidad de la evaluación debe ser complementaria recayendo tanto en evaluaciones internas de los participantes en la intervención del centro como en agentes externos de evaluación.

El proceso de evaluación del centro debe ser continuo, a través de la pertinente recogida de información y se concreta anualmente cumplimentando el protocolo de evaluación diseñado al efecto, el cual se debería incluir en la Memoria anual de actividad del centro.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Coulshed, V. "Estructuras organizativas y teóricos de la gestión" pp. 47-68 en *Lagestión del Trabajo Social*. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Cuadernos IRAM. Normas de Habilitación de Organizaciones Gerontológicas – España. IMSERSO. 2000.

DaneL; P. (2007). Ficha de cátedra "Algunas reflexiones sobre la construcción de modelos de gestión".

Fernández Lópiz, E. (1998) *La Mejora del Clima Afectivo en Residencias para Mayores*. Universidad Nacional de Córdoba.

Rodríguez Rodríguez, P. (1999) *Residencias para mayores*. Manual de orientación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Mayores y Servicios Sociales – IMSERSO- España.

Schein, E. (1999). *Análisis de la administración*. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Secretaría de Tercera Edad y Acción Social. *Criterios Unificados de Habilitación de Residencias para Mayores (2.000)* –Ministerio de Desarrollo Social

SIEMPRO (1999) *Gestión Integral de programas sociales orientada a resultados*. Manual metodológico para la planificación y evaluación de programas sociales. Fondo de Cultura Económica. UNESCO, Buenos Aires.

Rodríguez Cabrero, Gregorio y Monserrat Codorníu, Julia (2002) *Modelos de Atención Sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia*. Observatorio de personas Mayores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España.

Yanguas, José Javier (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer*. IMSERSO. España.

Rogero García, Jesús (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. IMSERSO. España.

Méndez Baquero, Rosario. Molina Díaz, Esperanza. Téna-Dávila Mata, M^a Cruz, Yagüe Rodríguez, Alicia. *Guía para Familiares de Enfermos de Alzheimer: “querer cuidar, saber hacerlo”*. Dirección General de Mayores . Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía. Ayuntamiento de Madrid. España.

López Martínez, Javier y Crespo López, María (2008). *Guía para Cuidadores de Personas Mayores en el hogar. Cómo mantener su bienestar*. IMSERSO. España.

LEY DE LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España.



FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA
.....



Ministerio de
Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

Secretaría Nacional de
Niñez, Adolescencia y Familia