

“EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁMBITO DE LAS RESIDENCIAS PARA ADULTOS MAYORES” (ESCENARIO ACTUAL)

Lic. Laura Marquevich¹⁷

RESUMEN

A partir de la experiencia de inserción profesional en Residencias para Adultos Mayores, la propuesta es aportar elementos que permitan visualizar como se van superando concepciones asilares y animar al desafío de continuar trabajando para profundizar el cambio de paradigma.

Durante su intervención, el Trabajador Social cumple una función decisiva para continuar superando los límites del antiguo modelo. En cada instancia, cada nivel de intervención, cada herramienta metodológica que se aplica y en el mismo devenir cotidiano se defiende y se define la especificidad profesional.

Las tomas de decisiones cotidianas de los residentes varían sustantivamente, van de simple a complejo. El profesional brinda un acompañamiento estratégico promoviendo el fortalecimiento de un sujeto de derecho, autónomo, activo y protagónico portador de un potencial material y/o simbólico a ser aprovechado.

Generalmente, el Trabajador Social coordina los equipos interdisciplinarios dándose un proceso de aprendizaje y retroalimentación mutua. Además, se trabaja en red con otros colegas (de otras Residencias, del Poder Judicial, Hospitales, del INSSJP, municipios, etc.) favoreciendo la creciente consolidación de un colectivo profesional con un rumbo común.

Se capacita al personal de atención directa. El contexto sociocultural plantea un escenario de intervención donde aún se plantean resistencias y prejuicios sobre las Residencias para Adultos Mayores.

Los mismos viejos arraigan en su imaginario social características propias de lo asilar. Sus referentes afectivos suelen tener una fuerte carga psicológica (culpa, lastima, etc.). Los medios de comunicación se han ocupado de reproducir imágenes asociadas al abandono, al maltrato, la negligencia, etc.

Sobre estas representaciones sociales y otros obstáculos, el Trabajador Social contribuye a descomprimir y generar rupturas. Replanteos que van consolidando el proceso de cambio de un modo creativo, dinámico y profundamente comprometido.

¹⁷ Correo electrónico: lauramarquevich@hotmail.com

LO ASILAR COMO IDEARIO VIGENTE?

La “Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las personas Mayores”, a la cual adhiere la Argentina en junio de 2015 brinda un marco interesante para visualizar que luego de un largo recorrido, se ha avanzado y de manera satisfactoria hacia el cambio de paradigma en relación a la vejez en general y sobre el campo gerontológico en particular. Posiciona y refuerza al Adulto Mayor (...al Viejo...) como sujeto de derecho.

Allí se define el “Envejecimiento” como un proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio. “Vejez”: Construcción social de la última etapa del curso de vida.

Y sobre “Persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo” refiere a aquella que reside temporal o permanentemente en un establecimiento regulado, sea público, privado o mixto en el que recibe servicios socio sanitarios integrales de calidad, incluidas las residencias de larga estadía, que brindan este servicio de tiempo prolongado a la persona mayor, con el objetivo de garantizar su dignidad y bienestar y promover su independencia y autonomía”.¹⁸

Se citan para consulta los arts. 12,15, 16, 19 (h y j) y 22 que abordan específicamente los Derechos de las personas que se encuentran institucionalizadas.

Si las Residencias para adultos mayores hacen referencia a un “modelo institucional que aparece en Europa en el siglo XVI, destinado a albergar locos, vagabundos, desviados de la ley y viejos”¹⁹, y en el año 2015 celebramos en nuestro país la adhesión a la Convención, se puede comenzar afirmando que aquel modelo asilar ha perdido vigencia.

Lo antedicho se plantea más como un punto de partida que como un punto de llegada porque aún resta mucho por trabajar y el Trabajador Social tiene un espacio de inserción profesional que presenta grandes desafíos.

Porque desde el modo en que se nombra a la vejez hay una concepción de sujeto y esto a su vez va construyendo imaginarios, representaciones, prácticas.

Desde aquí, la importancia del mejoramiento y nueva generación de espacios creativos, productivos, saludables de y para los mayores puede contribuir en la profundización del cambio de paradigma.²⁰

Los prejuicios que se construyen sobre la vejez, también se construyen en torno a las instituciones, son sin duda una construcción social. Los mismos viejos cargan con prejuicios, sus familiares (que agregan sentimientos de culpa, de lastima, etc), el personal de atención directa y ocasionalmente también los profesionales.

¹⁸ ASAMBLEA GENERAL. OEA/Ser.P. AG/doc 5493/15. Convencion Interamericana sobre la Proteccion de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

¹⁹ Zolotow, David Mario. “Los devenires de la ancianidad”. Pag. 130. Año 2002

²⁰ Ludi Ma. Del Carmen. “Revista Catedra Paralela” N*8. Año 2011

RESIDENCIAS PARA ADULTOS MAYORES

A continuación se desarrolla el tema de las Residencias para Adultos Mayores para luego abocarnos a la intervención del Trabajador Social siempre manteniendo la mirada en el cambio de paradigma.

Las Residencias para Adultos Mayores (RAM) son las instituciones que habitualmente se conocen como Geriátricos, Hogares para ancianos, o aquellas que como se dijo antes, antiguamente se las conocía como asilos ...

Son instituciones de puertas abiertas donde residen de manera permanente “personas mayores” (en general mayores a los 65 años) e ingresan allí por distintos motivos pero básicamente asociados a problemáticas sanitarias, sociales y/o económicas que por lo general estas problemáticas aparecen combinadas y no de manera aislada.

Estas instituciones pueden ser públicas y/o privadas.

El presente trabajo se focaliza en instituciones privadas que mantienen contrato vigente con el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP) más conocido como PAMI, aunque también pueden ingresar residentes que pagan por la prestación geriátrica de manera particular.

Mediante este contrato, los afiliados tienen cobertura de la prestación geriátrica previo otorgamiento de la misma. (No pagan; solo deben aportar solo un porcentaje de sus haberes).

La Resolución 559/01 de Geriatria²¹ de dicho Instituto contiene todas las obligaciones que se asume con la firma del contrato incluyendo aspectos administrativos, de seguridad edilicia y de arquitectura tanto como de estructuras y procedimientos de las Áreas que conforman la : Medica, Enfermería, Nutricional y Socio preventivo. La Resolución además del reglamento incluye la grilla que llevan los equipos de auditores para realizar los relevamientos de los requisitos que deben cumplirse específicamente.

El Instituto tiene un Nivel Central y Unidades de Gestión local (UGL) que a su vez se des- agrega en Delegaciones dentro de la Jurisdicción de cada UGL. En cada uno de los niveles existen distintos cargos y jerarquías que son ocupados por Trabajadores Sociales. Tanto en los equipos de auditorías como en instancias de trámites y gestiones, etc.

La grilla de evaluación se conoce como imperfecta en algunos intentos de cuantificar aspectos difíciles de medir. Sin embargo, cabe mencionar que en relación al tema que es de nuestro interés, el contenido de lo que se evalúa en torno al Trabajo Social propiamente dichos retoma elementos metodológicos fundacionales del Trabajo Social (Diagnostico, Evaluación, Planificación, Abordaje desde los distintos niveles de intervención, etc.). Al margen de que ciertos formatos puedan plantearse hoy en día de manera aggiornada, lo que se considera ampliamente valioso es que el Trabajo Social no tiene aquí que luchar por su espacio sino que tiene que cargarlo de significado. De este modo defiende y define la especificidad del rol.

Además, desde esta base, la expectativa es que a partir de allí se desarrolle un abordaje socio preventivo capaz de favorecer transformaciones que contribuyan a lograr la mayor calidad de vida sobre las personas.

²¹ www.pami.org.ar. Resolucion 559/1. Reglamento. Anexo II

Vale la pena hacer un recorrido por la Resolución y sus Anexos.

A priori se puede decir que la Obra Social de los Jubilados y Pensionados tiene una propuesta que también realiza un gran aporte al cambio de paradigma porque fundamentan su prestación en conceptos alejados de aquellas instituciones con efectos marcadamente despersonalizantes y basadas en visiones médico hegemónicas para pasar a proponer un modelo de “abordaje integral”.

Grafica en parte lo que se acaba de mencionar el hecho de que para el PAMI la prestación geriátrica corresponde al Área de Prestaciones Sociales mientras que para la Provincia de Bs.As la geriatría continua dependiendo del Ministerio de Salud.

Si bien el INSSJyP es un ente que debiera ser autárquico, tiene íntima relación con lo que acontece en el Estado. Se puede decir que la política de abordaje de las problemáticas que implican internación geriátrica se encuentran en un plano que supera ampliamente otras políticas sociales y de salud. La Argentina cuenta con un largo recorrido realizado en este sentido brindando una respuesta concreta a una demanda poblacional que viene in creyendo desde las dos últimas décadas.

Resol. 559/01 Anexo 2.

Sobre las Residencias para Adultos Mayores (RAM)

“La visión integral del ser humano requiere que se aborden no sólo sus aspectos sintomáticos, sean éstos residuales, transitorios o progresivos, sino rescatar todo aquello que formó parte de su identidad y que puede resurgir aún a través de expresiones limitadas. La vejez está caracterizada por cambios en las tres áreas: cuerpo- mente- mundo externo. Como en otras etapas de la vida, ésta determina una crisis vital acompañada por duelo. Asimismo el deterioro psicofísico origina situaciones de dependencia que deterioran la autoestima y conducen al aislamiento. Para ello, se requerirá de un equipo multi e interdisciplinario que realice un tratamiento integral, privilegiando la estimulación de las capacidades y la resocialización del anciano.”

OBJETIVO DE LA PRESTACION

- Mejorar o mantener la capacidad funcional y mental mediante actividades de estimulación.
- Prevenir el incremento de la dependencia mediante programas adecuados.
- Controlar y seguir terapéuticamente las enfermedades y trastornos detectados.
- Impulsar los vínculos personales de los residentes, facilitando la integración al medio Institucional, así como a la redefinición y cambios cuali y cuantitativos de la red social personal tendiente al bienestar bio- psico- social del mismo. ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO El trabajo interdisciplinario con ancianos se sustenta sobre la base de globalidad. (anexo 2 Resolucion de Geriatria INSSJyP.)

PERFIL DEL RESIDENTE

El recorte del objeto de estudio se realiza en cinco de las veintiuna Residencia para Adultos Mayores contenidos dentro de la UGL XXIX – Morón que abarca las localidades de Morón, Castelar, Ituzaingó, Merlo y Moreno de la zona oeste de la Pcia de Bs. As.

El relevamiento se realizó sobre la base de 376 residentes considerando que la muestra resulta representativa para hablar de la intervención profesional en Residencias para Adultos Mayores.

Se realiza una breve descripción de datos para referirnos luego a aspectos de la intervención propiamente dicha.

La amplia mayoría de residentes son mayores a 75 años (más del 90 %).

La gran mayoría de los residentes (86,5%) presentan un historial de unión conyugal y desarrollo del núcleo familiar estable en el tiempo, al menos en el plano formal. El 61% son viudos, el 19% casados, el 6,5% separados o divorciados y el 13,5 % son solteros.

El 26% de los residentes no ha tenido hijos y el 29% ha tenido solo uno.

En general, los residentes tienen como apoderado a un hijo y yendo de mayor a menor le siguen conyugue, hermano, nieto, sobrino, amigo/vecino, otro familiar y/o nadie.

La mayoría de los residentes ingresan a la institución viviendo hasta ese momento en el ámbito doméstico, algunos viviendo solos o a cargo de un cuidador y otros en convivencia con familiares. También ingresan residentes derivados del II nivel (clínica, sanatorio, hospital), de establecimientos psiquiátricos, Hogares para Discapacidad, en situación de calle, sin vivienda permanente, etc.

El nivel de instrucción se concentra fuertemente en la escuela primaria sin poder verificar fehacientemente si se ha completado el ciclo. La tendencia marca un paulatino aumento hacia residentes que logra alcanzar un nivel mayor de instrucción.

La población es por gran mayoría femenina y el 40% del total de ellas han sido amas de casa. Entre los hombres y las mujeres, se distinguen respectivamente grupos que se han dedicado a la actividad en fábricas, empleados administrativos, cuentapropistas, empleadas domésticas, empleados públicos. El dato de ocupación mostro gran variabilidad entre una y otra institución en cuanto a la distribución de los grupos pero las categorías han sido las mismas.

La mayoría de los residentes son católicos, solo tres pacientes son de religión judía y una creciente proporción de la población es de religión evangelista.

En relación a las AVD, las personas son dependientes o presentan un deterioro severo. Un10% de residentes son autoválidos (Según test de Lawton). Para las actividades instrumentales, el nivel de residentes autoválidos representa a un 5% de la población.

Medido a través del Mini Mental State, tiene deterioro cognitivo severo y grave el 44% de los residentes; moderados y leves 53% y la minoría restante no presenta deterioro cognitivo.

En cuanto a la relación con las familias, se puede afirmar que el 60% recibe al menos dos visitas semanales, el 15% al menos cada quince días, un porcentaje menor una vez al

mes y solo el 5% no recibe visitas. Recordando que como se decía antes algunos residentes carecen de familiar u otro de referencia.

Si bien la familia podría resultar un adecuado conector con el medio externo, las variables de deterioro físico y funcional opera como condicionante tanto para salir del Hogar como para mantenerse comunicado por teléfono, e mail, etc. Como fuentes complementarias de conexión con el medio externo se menciona el uso de radio y tv que registran un uso significativo por parte de los residentes.

Sobre la participación en actividades, el dato es que el 92,2% de los residentes participan en actividades. El 19,5% se acerca de manera espontánea y el resto lo hace de manera inducida (es conducido al lugar de la actividad y guiado durante su ejecución).

El 50,6 % participa de manera irregular, es decir que no cumplen el calendario estrictamente. No logran continuidad.

El 81,9% de los residentes (en mayor o menor medida) necesita ayuda para lograr los objetivos que plantean las actividades.

Las patologías prevalentes se agrupan en tres: mayoritariamente son patologías psiquiátricas y procesos de demenciación (50%) que implican deterioro cognitivo y trastorno de la conducta), luego patologías cardiovasculares (28%) y finalmente patologías musculoesqueléticas (22%).

Durante la última década, los cambios más significativos se experimentan en las variables de EDAD y GÉNERO y en AUTONOMIA. La población tiende a envejecerse, a feminizarse y a deteriorarse de manera marcadamente progresiva.

Se paso de un promedio de edad de 79 años a 84,5. De un 67,2% de mujeres a un 80,5%. Un 30% eran dependientes y actualmente lo son un 45% y más profunda la brecha en cuanto a autonomía instrumental que pasó de 48% a 73%.

PROBLEMAS FRECUENTES

Hay temas que se plantean de manera recurrente al hablar de viejos institucionalizados y si bien podría llevar varios párrafos discutirlo, y mucho se ha escrito sobre ellos, solo se mencionaran algunos para poder continuar con la propuesta del presente trabajo.

- Considerar que el proceso de envejecimiento es casi universal olvidando aspectos que indican la manera de envejecer particular, única en cada caso.
- La tendencia a querer establecer patrones homogeneizantes sobre la vejez al referirse al conjunto de personas que conviven en un lugar y tiempo determinado.
- Querer encasillar a la vejez en una edad como si fuera un fenómeno preestablecido por la cronología.
- Asociar a los viejos a personas enfermas, dependientes, pesimistas, etc.

Por otra parte, se mencionan también las situaciones problemáticas cotidianas más frecuentes a las que el Trabajador Social se enfrenta las cuales se van presentando como obstáculos y conforman parte del marco del escenario de intervención.

La despersonalización. Se ejemplifican en la práctica de modo ilustrativo y se encuentran variados ejemplos: no llamar al residente por su nombre o más grave aún, continuar escuchando que se le dice “abuelito” o “abuelita”.

Abusos económicos por parte de quienes administran el dinero (por lo general los propios hijos).

No cumplimiento de los requerimientos institucionales mínimos (productos de higiene, pañales) ni con otros que tienen que ver con gustos, intereses, etc.

Maltrato. Aunque se manifieste de manera silenciosa (no maltrato físico necesariamente) persiste en situaciones cotidianas como por ejemplo al no cerrar la puerta cuando un residente está en el baño, hurtar objetos personales, etc.

Ausentismo y rotación de personal. Es una situación que afecta directamente al residente que construye un vínculo con la persona que lo asiste a diario y que logra superar ciertas barreras de pudor, confianza, y de recordar su nombre, etc.

La muerte de otros residentes. Causa un efecto similar al anterior y en ocasiones causa un gran desanimo por pensar que próximamente puede ser su momento.

La Polifarmacia. Es la lucha que se enfrenta proponiendo Tratamientos No Farmacológicos que mejoren anímicamente a los residentes y no crean en la solución mágica del medicamento

Falta de recursos. En general los elementos que las instituciones aportan por ejemplo audio y video, no son las adecuadas para las características de la población.

Espacio Físico. No se dispone de un espacio exclusivo para actividades, por lo tanto las actividades son susceptibles de interrupciones frecuentes y deben adecuarse a los horarios en que no se utilizan los comedores.

Familiares querellantes. Superando los límites de la excesiva demanda y del atravesamiento de sentimientos antagónicos a la necesidad de internación del su familiar, surgen amenazas, denuncias infundadas, escasa colaboración para conformar un abordaje en red.

Falta de criterio gerontológico. Presente en los diversos actores que entran en juego y operando como factor decisivo a la hora de tomar decisiones vinculadas al perfil institucional.

EL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LAS RESIDENCIAS PARA ADULTOS MAYORES

En las instituciones que tienen las características que se mencionaban al inicio, el Trabajador Social tiene una función que está determinada de antemano.

Es el coordinador del Área Preventivo Social y este Área conforma un equipo interdisciplinario compartido entre Terapistas Ocupacionales, kinesiólogos, musicoterapeutas, psicólogos, profesores de educación física, laborterapeutas, recreólogos/as y tantas otras disciplinas como quisieran incluirse.

Además de la coordinación del cronograma (en su forma y en su contenido) tiene cuestiones específicas a desarrollar como Trabajador Social.

Como se mencionó antes, todo el trabajo es auditado periódicamente por colegas que conforman los equipos auditores del INSSJP. Se reciben cuatro auditorías por año aproximadamente.

La insistencia en vincular la intervención del Trabajador Social con el INSSJyP remite a que desde el Instituto se le otorga un enorme protagonismo al profesional y en la propuesta de la Resolución de Geriátrica se haya la línea y el tipo de prestación que se espera que la institución brinde.

Luego de muchos años de implementación de la Resolución y a partir del esfuerzo de numerosos colegas y especialistas en la materia, ahora puede visualizarse desde la práctica lo que antes se planteaba desde la teoría: el tipo de institución que el Instituto pretende ofrecer logra un efectivo alejamiento antiguo paradigma sentando bases elementales desde el punto de vista metodológico para la profundización de un nuevo modelo.

El término “Residencia para Adultos Mayores (RAM)” es un concepto que fue elegido como categoría y en reemplazo al vocablo “Geriatrico”.

El Área Sociopreventiva, representada por el TS se vincula en espacios formales e informales con el resto de las Áreas que componen el equipo: Área Médica, Área Nutrición, Área Enfermería y Área Administrativa.

El TS es de algún modo el “articulador”; el que tiene la formación y las herramientas necesarias para hacer que la institución funcione (por decirlo de alguna manera) problematizando la realidad desde un punto de vista dialectico.

Par avanzar en la propuesta del presente trabajo, es fundamental que el TS se posicione superando la mirada superficial y se despoje de una concepción negativa sobre la vejez más allá de las limitantes físico funcionales reales y existentes que se presentaran anteriormente sobre el perfil de residente y sobre en ocasiones la escasez de recursos materiales y simbólicos.

Repasando las ideas que se vienen presentando; contando con en el marco conceptual que brinda la Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores, con el espacio concreto de inserción que ofrece el INSSJyP, el TS se convierte en una pieza decisiva a la hora de continuar avanzando hacia el cambio porque como dice Alberto Parisi “sea cual fuere nuestra postura teórica explicita, siempre por debajo de la misma estamos determinados por un modelo, matriz o paradigma teórico, en el cual clara o difusamente siempre estamos inscriptos”.

Resulta interesante agregar que el TS permanentemente está en contacto y trabajando en conjunto con otros colegas y profesionales de otras disciplinas.

Se trabaja con el Poder Judicial (Juzgados de Familia, Juzgados Civil y Comercial, Asesoría de Incapaces, Curaduría Oficial de Alienados), con los Municipios, PAMI, colegas de otras RAM, etc.

Es decir que la ruptura del paradigma asilar no se acota con lo que ocurre dentro de la institución sino que trasciende sus fronteras y la implicancia de esta visión compartida resulta un mejor y más adecuado abordaje de las necesidades del sujeto y un gran aporte a

un colectivo profesional que se consolida definiendo su propia especificidad y marcando el terreno propio de intervención.

PROFUNDIZAR EL CAMBIO: ABORDAJE DESDE LA SINGULARIDAD

Desde las propuestas metodológicas del Trabajo Social podrían distinguirse los clásicos niveles de intervención caso, grupo, comunidad...

Todos ellos son identificables en las RAM. Pero profundizar el cambio de paradigma en relación a las instituciones también requiere de un cambio y/o replanteo en cuanto a la intervención profesional.

La propuesta de Susana Cazzaniga en pos de resignificar la tradicional definición y contenido del “Caso Social Individual” se considera que acompaña el sentido y el ritmo del cambio. El abordaje desde la singularidad rompe con las formas instituidas de intervenir en Trabajo Social permitiendo problematizar, crear y construir en relación con las autonomías de los sujetos con que trabajamos.²²

El siguiente marco teórico conceptual enriquecido a partir de los aportes de la autora, agregan al escenario actual elementos favorables a la superación del paradigma asilar.

Y enseguida, se agrega el contenido de lo empírico que plasma la teoría en la práctica.

SUJETO: Concepción de sujeto pleno, con potencialidades y condicionantes, productor de la historia a la vez que producto de la misma historia. Pensar en la singularidad es comprender la posibilidad instituyente de todo sujeto. Reconocerlo como sujeto de derecho. Exige la reflexión sobre las condiciones de vida presentes e históricas para entender sus necesidades, intereses y deseos, su expresión como ser singular.

SOCIEDAD: Construcción histórico –social permanente que va produciendo sus propias normas por lo que puede ser transformada.

DEMANADA: categoría conceptual donde se concretiza y objetiva la representación social acerca de la profesión en relación con lo que se demanda, como se expresa y con qué motivo, manifiesta las condiciones de vida del sujeto que demanda y como este la percibe y significa. Exige una instancia que problematice lo naturalizado.

INTERVENCION PROFESIONAL: incorpora el análisis comprensivo de la demanda. Su intencionalidad consiste en la transferencia de autonomía y el aporte a los procesos de construcción de identidades sociales.

TECNICAS - HERRAMIENTAS

Al momento del ingreso del residente al Hogar, se realizan las primeras aproximaciones. A través de **entrevistas** (por lo general desestructuradas) se realiza un primer **Informe Social** que formara parte de la **Historia Medico Social Única (HMSU)**.

Este Informe da cuenta de su situación actual, motivo de internación, intereses, inquietudes, necesidades, actitud frente a la internación, etc. Pero no solo habla del ahora, sino que

²² Cazzaniga Susana. Desde el Fondo. Cuadernillo Temático N*22. El Abordaje desde la singularidad.

también y siempre que las funciones de memoria se encuentren medianamente conservadas, se utiliza la técnica **Historia de Vida** donde el residente cuenta su historia en primera persona y más allá de las imprecisiones en los datos más duros (fechas, lugares, nombres...) va aportando información que proviene y que remite a lo más íntimo de sí mismo; a sus subjetividades porque se refiere a sentimientos, valores, satisfacciones y frustraciones, expectativas, temores, conflictividades, etc. Es un recorrido de su propia trayectoria y todo lo que hace a su propia identidad.

También se realiza un abordaje familiar que permite ampliar aquellos aspectos que resultan significativos. Se realizan **entrevistas programadas** y/o **encuentros casuales** que resultan un aporte valioso no por afirmar o desmentir lo que el residente dijo y luego categorizarlo en parámetros de normalidad o anormalidad, bueno o malo, y todas las dicotomías que podrían agregarse sino que facilitan la visualización de aspectos materiales y/o simbólicos que puedan ser potenciados en función de lograr su mayor aprovechamiento. Se descartan métodos propios del positivismo.

Se elabora un **Plan de Acción**, flexible, donde se proponen objetivos planteados como líneas de acción que orientan la intervención.

Los **registros** de lo que se va trabajando, se va colocando en la HMSU y suele ser material de consulta, guía, actualización, etc. de los otros profesionales resultando para ellos una fuente de información confiable y de referencia.

También, según la necesidad, se mantiene **contactos** con otros organismos, instituciones, profesionales, referentes.

Cabe mencionar que solo el 6% de los residentes incluidos en la muestra han decidido por motus propio la institucionalización. Sin embargo, más allá de ello, la gran mayoría tiene una buena predisposición durante los primeros acercamientos. Asocia la figura del TS al PAMI y suele llamarlo "visitadora social" o "la chica de previsión social". A lo largo del tiempo utilizan el nombre propio para dirigirse, suelen tener muestras y expresiones de afecto, y recurren de manera espontánea planteando un amplio abanico de variables en materia de preocupaciones. Por lo general se construye un vínculo de confianza entre el TS y el residente que no es un "cliente" sino que es un "otro" a quien se pretende acompañar en el reencuentro con sí mismo y se le da el mayor protagonismo posible en todos los procesos de tomas de decisiones.

El residente tiene un apoderado o algún referente familiar que actúa como responsable. En caso de no tenerlo, el TS **elabora un dispositivo** de acompañante terapéutico u otro para trámites y gestiones (en ANSES, PAMI, etc) que deben cumplimentarse. El TS no es un gestor, organiza las cuestiones de modo tal de simplificar y evitar pérdidas de tiempo y trampas burocráticas.

Además, el residente por lo general cuenta con el dinero de sus haberes y es su derecho poder disponer del mismo y utilizarlo para el fin que a él o ella le plazca. Tanto cuando puede elegir porque sus funciones cognitivas le permiten elaborar la idea y transmitirla pero también, como tal vez más precisamente, cuando se encuentra en una situación de mayor fragilidad. En caso de ser necesario, el TS interviene para que se cumpla ese derecho.

Se realiza **observación participante y/o no participante** para ver la evolución, el desempeño cotidiano, el desarrollo del sentido de pertenencia y la incorporación de las pautas del lugar (ambos indicadores de adaptación), los vínculos, la autoorganización cotidiana, etc.

Luego se realiza una **evaluación socio preventiva** que se actualiza periódicamente donde los miembros del Área entrecruzan sus visiones y aportes para optimizar el uso de recursos disponibles en función del mayor bienestar del residentes.

EL TALLER COMO MODALIDAD DE ABORDAJE PRIVILEGIADO

El instrumento metodológico que orienta la propuesta socio preventiva es el **Diagnostico poblacional**. A partir de sus resultados, se realiza la adecuación de actividades elaborando una **matriz** en la que quedan conformados grupos con características comunes que permitirían el acceso a las distintas propuestas. De acuerdo a este resultado, también se realizan replanteos en torno a lo que se propone. Es decir que la relación es dialéctica, y se actualiza tanto como se va modificando la composición de la población.

El **Taller** como modalidad favorece el aprovechamiento de los recursos disponibles en función de la mayor cantidad de personas que participan y permite la integración entre los pares como el manejo de emergentes propios del acontecer grupal.

Se dice que si en cualquier momento de la vida post adulta el sujeto desarrolla todas las actividades que su mente y cuerpo permiten, esta persona envejece activamente, y de ese modo se promueve una mejor calidad de vida, disminuyendo la exposición a enfermarse y probablemente ampliando las expectativa de vida.

Lo interesante de las actividades remite a su calidad e intensidad. No importa de cuantas actividades participe ni de cual sea su resultado efectivo. Lo que importa es que a partir del sentido que el propio viejo le otorga a la actividad, genere motivación, proyección, surjan emergentes para continuar trabajando, etc.

Tener a disposición un **cronograma de actividades** no se acota en la oferta en si misma. El residente encuentra un orientador temporoespacial en el al tener convocatorias fijas. Además le permite elegir y concurrir a la o las actividades que le resulten de interés.

La **Planificación** de las actividades se realiza **estratégicamente y participativamente**; Se acercan diversas propuestas a partir de las cuales se realiza una votación a mano levantada y siempre se retoman experiencias anteriores que fueron previamente evaluadas teniendo en cuenta obstáculos, facilitadores, disponibilidad de recursos, impacto, etc.

Se realiza un **relevamiento de intereses** que junto con las **crónicas** de cada Taller permite ir realizando un **monitoreo y evaluación** constante. Todos los profesionales del Área registran en una carpeta que permanece en la institución la actividad desarrollada.

Durante el desarrollo de las actividades, se intenta incluir al personal de atención directa (enfermeras, asistentes geriátricas) dándoles algún tipo de participación sabiendo de antemano, que ello contribuye a aspectos organizacionales y cumplimiento del encuadre. Suelen asumir una conducta de colaboración y soporte que de otro modo opera como boicot y/o indiferencia. También es una irrupción a su engorrosa y poco gratificante tarea asignada a la

asistencia, al cuidado y al control. Al mismo tiempo, tratándose de personas que por lo general no tienen una formación previa en la temática, se plantea la oportunidad para vivenciar el abordaje de los viejos desde otro lugar y de a poco ir incorporando nociones comunes con los profesionales. Se convierte en una instancia más de **capacitación**.

El Trabajador Social puede **coordinar un grupo** bajo la modalidad de Taller, **coordinar** junto con otro profesional del Área o bien participar de otras instancias (ej: preparativos previos).

El **trabajo interdisciplinario** es clave cuando se piensa en el abordaje grupal. En todos los casos, resulta necesario mantener una conducta dinámica, y atenta a los cambios y novedades que puedan ir surgiendo. También es necesario ser creativo, generar nuevas ideas y facilitar los medios para implementarlas. Pero el aporte de las diversas disciplinas tiene un efecto multiplicador a la hora de pensar de manera estratégica. Se da un enriquecimiento mutuo basado en la perspectiva desde la que cada profesional mira las diversas situaciones que se plantean cotidianamente.

Más allá de las propuestas grupales, se elaboran planes de acción a nivel individual para realizar el máximo aprovechamiento del potencial físico funcional de cada uno de los residentes y la satisfacción de sus necesidades. Se intenta brindar mayor accesibilidad a la concreción de sus deseos.

LAS PROPUESTAS Y LA RESPUESTA

Lejos de marcar una tendencia que pretenda homogeneizar a los viejos, se considera de antemano que por pertenecer casi a una misma generación, tener un origen prácticamente igual, y compartir otros rasgos de su realidad es posible hallar temas de interés compartido, que los identifique mutuamente y que resulten motivadores a la hora de pensar en propuestas.

Contrariamente a los planteos que describen al viejo institucionalizado con marcado peso de representaciones negativas, podemos ver al analizar la participación en actividades que la actividad más convocante es la relacionada con los ejercicios físicos. Además, en el relevamiento de intereses surge que el interés pasa por la posibilidad de mejorar aspectos de movilidad que les permita recuperar autonomía en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Algo similar ocurre con los Talleres de Estimulación Cognitiva. En ellos suelen realizarse actividades donde se trabaja la memoria y las funciones cognitivas y si bien la participación es menos masiva que en la actividad de ejercicios físicos, la motivación se basa en querer realizar ejercicios que favorezcan la conservación de una mente en buen estado.

Luego, en orden de interés le siguen las actividades de tipo recreativas principalmente aquellas vinculadas a lo lúdico y a los festejos.

Por lo tanto, en cuanto a las propuestas, se puede afirmar que el residente experimenta una respuesta favorable y se posiciona desde un lugar positivo. Desprejuiciado y con una visión futura optimista.

CONCLUSION

El escenario actual se presenta de manera alentadora. Los avances y logros alcanzados no son naturales ni fenómenos aislados sino que es el producto de múltiples factores, algunos de ellos descriptos durante el presente trabajo.

El desafío es continuar profundizando el cambio lo cual no puede pensarse de otro modo que mediante una construcción colectiva.

El TS que no se propone hacer una lectura más profunda y problematizadora no podrá favorecer la ruptura de los mitos en torno a la vejez y a las instituciones.

Es importante continuar trabajando en la producción de conocimiento y en la formación de los profesionales.

El personal de atención directa necesariamente debe ser parte del cambio y he aquí un gran desafío para realizar un aporte específico desde la profesión.

El trabajo en equipo enriquece y pluraliza líneas de intervención posibles. Resulta entonces que hasta acá tenemos: el reconocimiento del sujeto de derecho, las Residencias para Adultos Mayores que ya no son “asilos”, un Trabajador Social que ha resignificado nociones de la intervención profesional proponiendo un abordaje desde la singularidad, la modalidad de Taller como instancia que favorece la identidad colectiva y ahora sumamos al viejo-residente con un posicionamiento positivo hacia la situación de institucionalización y hacia la etapa de la vida que transita.

La conclusión de este trabajo es la propuesta del mismo... La descripción de la práctica, sostenida desde argumentos teóricos invita a los Trabajadores Sociales que se hayan sentido tentados a formar parte del trabajo relacionado con Residencias para Adultos Mayores a formarse y acercarse a este universo que marca una evolución permanente y que necesita de profesionales dispuestos a continuar consolidando el proceso de cambio de un modo creativo, dinámico y profundamente comprometido.

Referencia bibliográfica

ASAMBLEA GENERAL. OEA/Ser.P. AG/doc 5493/15. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

Zolotow, David Mario. “Los devenires de la ancianidad”. Pag. 130. Año 2002

Ludi Ma. Del Carmen. “Revista Catedra Paralela” N*8. Año 2011

www.pami.org.ar. Resolución 559/1. Reglamento. Anexo II

Cazzaniga Susana. Desde el Fondo. Cuadernillo Temático N*22. El Abordaje desde la singularidad.