



Universidad del Aconcagua

EVALUADA POR CONEAU DESDE 1965 | MENDOZA | ARGENTINA

UNIVERSIDAD
DEL
ACONCAGUA

Facultad de Psicología

Tesina de Grado
Licenciatura en Psicología

“Cuidadores formales de
ancianos y su fortalecimiento
en la institución geriátrica”

Alumno: Aguilar Ponce, Martina

Director: Lic. Javier Ramírez

Mendoza, Noviembre 2016

Hoja de evaluación

Tribunal examinador:

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor Invitado: *Lic. Javier Ramírez*

Calificación:

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo reconocer estrategias que fortalecen la comunidad de cuidadoras formales de ancianos en la institución geriátrica privada “Raíces”, ubicada en el departamento de Godoy Cruz, Mendoza.

El objeto de estudio de la investigación son los cuidadores formales de ancianos, definidos como aquellas personas que reciben un pago por el servicio que ofrecen, a diferencia de los cuidadores informales, y quienes se encargan del cuidado personal del anciano, la movilización, las tareas intelectuales y el suministro de medicación.

Para ello la metodología utilizada fue descriptiva con diseño cualitativo, para explorar la realidad y sus relaciones tal como la observan las cuidadoras describiéndola.

Como instrumento de recolección de datos, no estandarizados, se tomó la técnica de observación participante, grupo focal y entrevistas semidirigida, aplicadas a 8 de las 12 cuidadoras en ejercicio.

Los resultados obtenidos evidencian que la participación de las cuidadoras formales promueve a través del compromiso con el grupo y la tarea el fortalecimiento de la comunidad.

Palabras claves: cuidadores formales, fortalecimiento, institución geriátrica.

Abstract

The aim of this study was to recognize strategies that strengthen the community of formal caregivers of elderly people at the private geriatric institution “Raíces” (“Roots”), located in Godoy Cruz, Mendoza province.

The object of study of this research is the formal caregivers of the elderly, defined as those people who receive payment for the service they provide, different from the informal caregivers, and who are in charge of the personal care of the elderly person, the movement, intellectual tasks and the supply of the medicine.

To this purpose, the methodology we used was descriptive with a qualitative design, to be able to explore the reality and their relations in the way the caregivers observe it through their descriptions.

As a non-standardized instrument of data recollection, we used the participant observation technique, focal groups and in-depth interviews, applied to 8 of the 12 practicing caregivers.

The obtained results show that the participation of the formal caregivers promotes, through their commitment to the group and the task, the strengthening of the community.

Keywords: formal caregivers, strengthening, geriatric institution.

Índice

Hoja de evaluación	3
Resumen	4
<i>Agradecimientos</i>	8
Introducción.....	9
Primera parte: Marco teórico	11
Capítulo 1: Psicología comunitaria: Un acercamiento al concepto de fortalecimiento.....	12
1.1. Definición de Psicología Comunitaria	13
1.2. Participación Comunitaria	14
1.2.1. Participación	14
1.2.1.1. Niveles de Participación Comunitaria.....	16
1.2.2. Comunidad.....	18
1.3. Compromiso comunitario	19
1.4. Habitación y naturalización	20
1.5. Problematización y desnaturalización	22
1.6. Fortalecimiento.....	22
Capítulo 2: Salud en la comunidad:.....	26
Del fortalecimiento institucional a la promoción de la salud	26
2.1. Salud	27
2.2. Cambio de paradigma: de los enfoques unidimensionales de la salud al multifactorial de Lalonde	28
2.3. Gestión de Salud Positiva.....	32
2.3.1. ¿Qué es la gestión de salud positiva? ¿De qué se trata?.....	32
2.4. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.....	34
2.5. Carta de Ottawa: promoción de la Salud.....	36
Capítulo 3: Cuidadores formales.....	38
3.1 Análisis del concepto de cuidador	39
3.2. El cuidador formal: sus funciones.....	41
3.3. Formación general básica para el desarrollo de competencias en cuidados:	43
3.4. El cuidador en la institución geriátrica	44

Capítulo 4: Institución geriátrica: Marco normativo.....	47
4.1. Habilitación de establecimientos prestatarios de servicios de salud	48
4.2. Registro y reglamentaciones de los cuidadores	49
4.3. Diferencia normativa entre asistente geriátrico y mucama geriátrica.....	54
Segunda Parte: Metodología	56
Planteamiento del problema de investigación:.....	57
Formulación de la hipótesis de investigación.....	57
Delimitación de los objetivos.....	57
Preguntas de Investigación.....	58
Metodología	58
Diseño	59
Participantes	60
Técnicas e Instrumentos utilizados.....	60
Procedimiento	61
La Institución geriátrica “Raíces”	62
Funcionamiento Institucional	63
Guardias.....	64
Observación	65
Grupo focal	65
Entrevista en profundidad	66
Modelo de la entrevista para aplicar a cuidadoras de la tercera edad	70
Presentación de resultados	71
Discusión de resultados	77
Conclusiones	87
Bibliografía	90
ANEXOS	94

Agradecimientos

Quiero agradecer a mis padres y abuelos por su amor infinito, por creer en mí, acompañarme y apoyarme en lograr quien quiero ser.

Agradecer a quienes estuvieron presentes a lo largo de la carrera, apoyándome con la mirada, con la palabra, con el abrazo. Gracias.

A mi amiga y compañera de estudio María Paz, por todo. Es un placer habernos encontrado en este camino.

Quiero agradecerle al Lic. Javier Ramírez, quien me ayudó con este proyecto incluso antes de que tuviera forma.

A las personas de "Raíces" gracias, su ayuda no tiene precio, es de esas que todos necesitamos para aprender de las cosas simples.

Introducción

La demanda de la internación geriátrica en Argentina aumenta. Diversos son los factores que contribuyen a este fenómeno. Uno de ellos es el aumento de la esperanza de vida como consecuencia de los avances científicos y tecnológicos, la proporción de personas mayores crece en forma significativa y a este fenómeno se suma la incapacidad del Estado de garantizar políticas protectoras en este sector, teniendo como resultado la internación de los mismos en instituciones de tercera edad, llamadas geriátricos.

En contraste a esto, el panorama de las instituciones geriátricas es alarmante, cada vez son más las noticias periodísticas de geriátricos que funcionan de manera ilegal por no cumplir con las reglamentaciones vigentes. Entre los incumplimientos se encuentran los referidos al personal necesario para la atención, llamado asistente geriátrico o cuidador, quienes en muchos casos trabajan en condiciones no reguladas por la ley, realizando tareas que no son propias del cargo.

En este contexto socio cultural y tras haber ingresado en el año 2013 a la institución geriátrica *Raíces*, junto con un grupo de estudiantes de Psicología, con motivo de una serie de talleres temáticos dirigidos a la estimulación cognitiva de los residentes, la autora de esta tesina pudo observar distintas crisis en los empleados. Estas fueron abordadas y tratadas por la titular de la institución a través de distintas estrategias de intervención, incluso desde el área de la psicología laboral, aunque no funcionaron.

Esta experiencia previa de los talleres abrió un interrogante acerca del cuidador formal, quienes son las personas que reciben un pago por el servicio de cuidado, a diferencia de los cuidadores informales quienes por lo general cuidan a un familiar.

Para indagar esta temática se realizó un marco teórico que incluye conceptos de psicología comunitaria con el fin de instaurar la visión con la que se abordará al cuidador formal: un agente capaz de participar activamente y fortalecerse. Esta lógica lleva a tomar la salud comunitaria y la gestión de salud positiva como base para mejorar las condiciones de los cuidadores a partir su condición de agentes activos. Así mismo, y para contextualizar la temática del cuidador formal, se aborda la normativa legal propia de la institución geriátrica, lugar en el que se desarrolla su labor.

El objetivo propuesto para el estudio es reconocer estrategias de fortalecimiento de cuidadores formales de ancianos en la institución geriátrica privada “Raíces”, ubicada en el departamento de Godoy Cruz, Mendoza.

Las preguntas que guiaron el trabajo de investigación fueron:

- ¿qué estrategias pueden fortalecer la comunidad de cuidadores formales en un geriátrico privado?;
- ¿qué tareas realiza el cuidador formal en una institución geriátrica privada?;
- ¿qué nivel de participación hay en la toma de decisiones de los cuidadores formales en la institución geriátrica privada?; y
- ¿qué determinantes de la salud incluyen las cuidadoras en su cuidado personal?

Para trabajar con ello se escogió una metodología cualitativa y los métodos de recolección de datos no estandarizados. Para la recolección se realizaron 2 grupos focales a cada uno de los 2 turnos de cuidadoras diurnas y una entrevista en profundidad individual a 8 de las 12 cuidadoras, más una entrevista en profundidad a la titular de la institución. Luego se analizaron con el fin de poder describir la realidad de las cuidadoras tal cual es experimentada por ellas y se complementaron con la técnica de observación participante.

Primera parte:

Marco teórico

Capítulo 1:

Psicología comunitaria: Un acercamiento al concepto de fortalecimiento

Para investigar los cuidadores formales, será primordial pensarlos como parte de una comunidad, la cual posee recursos para transformarse. Esto permitirá enfocar el estudio desde la visión misma del cuidador, quien es aquel que tiene una historia particular que habla de sí mismo, sus compañeros y su lugar de trabajo, para ello se tomará la psicología comunitaria y algunos de sus conceptos.

1.1. Definición de Psicología Comunitaria

En 1982 Montero (2004) define por primera vez la psicología comunitaria, como:

(...) la rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social (p. 70)

Esta definición para Montero (2004) implica:

- Un rol diferente para los profesionales de la psicología: el de agentes de transformación social, que comparten su conocimiento con otros actores sociales, provenientes de la comunidad, poseedores de un saber y orientados por los mismos objetivos por los cuales trabajan conjuntamente.
- La ubicación de la subdisciplina como campo interdisciplinario, pues al plantear cambios sociales asume un objetivo igualmente planteado en otras ciencias sociales.
- La detección de potencialidades psicosociales y el estímulo de las mismas.

- Un cambio en el modo de enfrentar la realidad, de interpretarla y reaccionar ante ella.
- Hacer psicología para la transformación positiva, social e individual.
- Cambios en el hábitat, en el individuo, en las relaciones individuo-grupo-sociedad. Los cambios en el individuo llevan a cambios en los grupos que pertenece, entre ellos la comunidad, y viceversa, los cambios en estos grupos transforman a las personas. Se produce así una relación dialéctica de transformaciones mutuas.

1.2. Participación Comunitaria

Se analizará el concepto en sus dos partes: la referida a la participación y la que hace referencia que al carácter comunitario de la misma.

1.2.1. Participación

El concepto de participación está impregnado de la historia propia de los grupos sociales. Su etimología indica que participar significa tener parte o tomar parte de algo (Gatti, Villalba, Molina y Alegría, 2011).

Montero (2004) define la participación comunitaria de la siguiente manera: “un proceso organizado, colectivo, libre, incluyente, en el cual hay una variedad de actores, de actividades y de grados de compromiso, que está orientado por valores y objetivos compartidos, en cuya consecución se producen transformaciones comunitarias e individuales” (p. 229).

Montero (2004) refiere "(...) participación es una condición para el fortalecimiento y para la libertad" (p. 227). De manera que al pensar la participación desde el cuidador formal surgen interrogantes como: En la institución geriátrica, ¿es posible que se dé este proceso incluyente de participación en los cuidadores formales? ¿Es posible el uso de la participación comunitaria como herramienta fortalecedora de esta comunidad en particular?

Se profundizará en la temática viendo los alcances que Montero (2004) indica de la participación comunitaria:

- es un proceso que reúne simultáneamente enseñanza y aprendizaje (todos los participantes aportan y reciben);
- tiene efectos socializantes (se generan pautas de acción);
- tiene efectos concientizadores;
- desarrolla la colaboración y la solidaridad;
- moviliza, facilita y estimula recursos (materiales e inmateriales) existentes y fomenta la creación y obtención de otros nuevos;
- puede generar formas de comunicación horizontal entre los participantes;
- produce intercambio y generación de conocimientos;
- permite el desarrollo de la capacidad reflexiva y crítica;
- desarrolla y fortalece el compromiso;
- fortalece a la comunidad;
- puede introducir diversidad, haciendo posible el diálogo y la relación con otros en un plano de igualdad basado en la inclusión;
- debido a ello, fomenta el surgimiento de nuevas ideas, nuevos modos de hacer, nuevos resultados; y
- puede cambiar la dirección y el control de las tareas que se ejecutan.

1.2.1.1. Niveles de Participación Comunitaria

Dentro de la participación comunitaria existen niveles. Aguilar Idañes (2001, citado en Gatti et al. 2011) plantea seis niveles posibles, nombrados a modo de escala, de menor o mayor intensidad en los que la participación comunitaria puede instrumentarse:

1. **La participación como oferta/invitación:** Es el grado o nivel más bajo, aunque en sentido estricto podría hablarse de una forma de pseudoparticipación, ya que lo que se pretende es que las personas tomen parte en decisiones ya tomadas "desde arriba" que se ofrecen a los que están "abajo". Este tipo de participación impide la decisión sobre cuestiones sustanciales y mantiene intactas las relaciones de dependencia de unos con respecto a otros.

2. **La participación como consulta:** En este caso, los responsables de diseñar y ejecutar un programa consultan (cuando quieren) solicitando sugerencias o alentando a la gente a que exprese sus puntos de vista sobre lo que se va a hacer o se está haciendo. En este grado o nivel de participación podemos distinguir la consulta facultativa (solo se participa si así les parece a los responsables de la toma de decisiones), y la consulta obligatoria (cuando dentro del sistema u organización existen disposiciones que obligan a la consulta).

3. **Participación por delegación:** es una forma más participativa, que puede darse en el interior de una organización (se delegan facultades de decisión), o bien delegando responsabilidades a las personas involucradas dentro de un programa que, en ciertos ámbitos o actividades, pueden tomar decisiones autónomamente. También esta modalidad se instrumenta cuando

se tiene la posibilidad de integrar un órgano de decisión mediante la elección o el nombramiento de representantes.

4. **Participación como influencia:** recomendación que se expresa a través de la posibilidad y capacidad de influir mediante propuestas acerca de lo que conviene hacer o presionando sobre los que en última instancia, tienen el poder de decisión.

5. **Cogestión:** es un mayor grado de participación, donde se establecen mecanismos de codecisión y de colegialidad por los cuales la participación se transforma en algo institucionalizado y compartido.

6. **Autogestión:** por último, ésta es el grado más alto de participación. En este nivel cada uno interviene indirectamente en la toma de decisiones conforme a las líneas generales establecidas conjuntamente por todas las personas involucradas (ya sea en un programa o en una organización). Este nivel de participación implica también el control operacional de todo cuanto se realiza. Se trata de "gestionar por uno mismo" (los miembros de la organización o los participantes de un programa), y "gestionar según propias normas", siempre que ello no afecte los legítimos intereses del conjunto de la sociedad.

Se ven que los niveles de participación agrupan una serie de procesos que repercuten en el fortalecimiento de una comunidad. Entre estos están la libertad con que se toman las decisiones, la dependencia/independencia que se promueve, el lugar que se da a la crítica, el lugar que se da a la delegación, etc.

1.2.2. Comunidad

De la parte que se refiere al carácter comunitario de la participación se tomará a Gatti et al. (2011) quien refiere de la comunidad:

En cuanto al concepto de comunidad, su etimología refiere a su calidad de común, a aquello que no siendo privativo de uno solo, pertenece o se extiende a varios. Así pues, dependiendo de lo que se considere *común* o *compartido*, podrán identificarse diversos tipos de comunidades (p.18).

Así mismo como Gatti et al. refiere el carácter de calidad en común, Montero (2004) al hablar de comunidad destaca su carácter contrario: el de la heterogeneidad y sostiene: “Cuando se habla de comunidad no se hace referencia a grupos homogéneos, pero sí a grupos compuestos por individuos que comparten conocimientos, sentimientos, necesidades, deseos, proyectos, cuya atención beneficiará al colectivo, beneficiando así a sus miembros” (p. 201).

La autora destaca las relaciones que guían la comunidad, las relaciones que se dan entre las personas, y entre estas y el lugar. Son “un asiento al recuerdo, un nicho a la memoria colectiva e individual” Montero (2004, p. 206).

Entonces la definición que surge es: “una comunidad es un grupo en constante transformación y evolución (su tamaño puede variar), que en su interrelación genera un sentido de pertenencia de sí como grupo, y fortaleciéndose como una unidad y potencialidad social” (Montero, 2004, p. 207).

La comunidad, por lo tanto, reúne experiencias compartidas, relaciones entre personas y el lugar en el que se desarrolla el grupo, todo ligado por lo común o compartido, aún con su heterogeneidad. La comunidad es, además, un grupo social histórico dice Montero (2004). Tiene

una cultura preexistente al investigador, tiene necesidades e intereses compartidos, una marca propia para relacionarse. Tiene una dinámica propia: cierta organización.

Figueroa Pedraza (2002) tomando a la OMS (1990) da cuenta de la relación entre la participación comunitaria y la salud:

La insistencia en que la gente debe hacerse responsable de su propia salud es un aspecto importante del desarrollo individual y colectivo. Con alta frecuencia se considera que un sistema eficaz de atención primaria es un servicio más eficiente, humano y útil; facilita un producto, la salud, que en realidad la gente debería alcanzar por sí misma. En lo posible la salud nunca debe "darse" o "facilitarse" a la población. Por el contrario, se debe ayudar a la gente a participar consciente y activamente en el logro y la promoción de su propia salud" (párr. 10).

1.3. Compromiso comunitario

Luego de profundizar en la participación comunitaria se tomará un concepto íntimamente ligado a este a través de una relación de codependencia: el compromiso comunitario. Estos sientan las bases para el cambio y la transformación social ya que estos procesos se fortalecen y aumentan entre sí. Participar implica algún grado de compromiso y estar comprometido supone mayor grado y calidad de participación (Montero, 2004).

Montero (2004) define el compromiso como "la conciencia y el sentimiento de responsabilidad y obligación respecto del trabajo y los objetivos de un grupo, comunidad, proyecto o causa, que conduce a la persona a acompañar, actuar y responder ante ellos por las acciones llevadas a cabo" (p. 113).

Así mismo este sentimiento de responsabilidad y obligación genera fuerza e impulso a modo de carácter motivador, como lo llama Montero, cuando se presentan dificultades ante el objetivo perseguido. “(...) nos comprometemos en relación con algo que consideramos digno, valioso, necesario, conveniente de hacer, ya sea individual o socialmente” (Montero, 2004, p. 113).

Sin embargo, esta responsabilidad y obligación impulsadas por aquello que se pone en valor si no es acompañado de carácter crítico, puede desembocar en la acción irreflexiva, inmediata, no planificada. El carácter crítico a su vez delimita la presencia o ausencia de compromiso, ya que este no depende exclusivamente de declaración verbal sino la acción comunitaria junto con la reflexión (Montero, 2004).

Por último se mencionarán los 3 ejes del compromiso: uno que va del interés individual al bienestar colectivo; otro de la selectividad grupal (compromiso con ciertos grupos) a la consideración de que cualquier grupo y muchos intereses lo pueden producir; y el último que va de los agentes externos a los agentes internos (Montero, 2004).

1.4. Habitación y naturalización

La falta de carácter crítico en el compromiso comunitario surge a partir de los procesos de habitación y naturalización de situaciones adversas. Junto con ellos interviene el proceso de familiarización de nuevas circunstancias adecuándolas a las habituales, integrándolas y asemejándolas dentro de lo ya conocido. Un efecto de tal proceso son las bajas expectativas de cambio respecto de las circunstancias de vida, a la vez que se perciben las circunstancias alternativas como alejadas, ajenas o fuera del alcance de las personas que se encuentran en esa situación (Montero, 2004).

Montero (2004) define a la habituación como: “las normas y la visión del mundo de cada cultura generan estilos de vida que son, a la vez, el producto y los productores de patrones estructurados de comportamientos regulares y relativamente estables” (p. 123). Con esto sostiene que son “estructuras” de comportamiento con las que se enfrenta la vida diaria, las cuales tienen la característica de ser estables y no conscientes. Para hablar de estas estructuras toma el término *habitus* del autor Pierre Bourdieu (1972) y agrega que algunos de estos *habitus* son considerados como la manera natural de ser y de hacer con el mundo (Montero, 2004).

Montero (2004) para hablar del proceso de naturalización toma a Moscovici (1981), quien habla de distintos mecanismos de representación social los cuales llevan a la familiarización de lo extraño generando que se transforme en algo familiar.

En palabras de Montero (2004):

Naturalización y familiarización son las vías para aceptar, conocer y relacionarse con lo extraño, con lo diverso; para hacerlo aceptable, admisible y también para internalizarlo y considerarlo como parte del “modo de ser del mundo”. Junto con la habituación, son los mecanismos microsociales que mantienen ciertas estructuras y ciertos modos de vida, a la vez que sostienen la permanencia o estatus social (p. 125).

De esta cita surgen interrogantes acerca de los aspectos positivos y negativos de estos mecanismos. Al tomar la noción de aceptar, conocer y relacionarse con lo extraño, se puede pensar que ayuda al acercamiento e internalización con lo nuevo de modo positivo, pero... ¿qué hay de vivir entre estructuras ya establecidas por otros? Estos mecanismos no parecen ser siempre positivos.

1.5. Problematización y desnaturalización

Para hacer frente a los procesos antes mencionados, los cuales van en contra del fortalecimiento, se toma a Montero (2004), quien ahonda en el concepto de problematización introducido por Paulo Freiré (1970) quien lo usa en oposición a la concepción “bancaria” de la educación, la cual trata acerca de absorber y guardar pasivamente conocimientos ya estructurados. La problematización trata acerca del proceso de analizar críticamente el ser en el mundo. Montero explica la concepción de Freiré (1970) refiriendo que al contradecir lo que se recibe, lo establecido y estatuido, se beneficia la comunicación y el intercambio productivo, reflexionando en el diálogo.

La problematización se entiende en el campo psicosocial comunitario como un proceso crítico de conocimiento en el cual se desecha el carácter natural relacionado con ciertos fenómenos, sus causas y sus consecuencias. Montero (2004).

1.6. Fortalecimiento

Se ha desarrollado el concepto de participación comunitaria y compromiso; los procesos de habituación, naturalización y junto con estos, los de problematización y desnaturalización. Este recorrido encauza el fortalecimiento comunitario, el cual se desarrolla a continuación.

Uno de los primeros en tomar la temática fue Rappaport (1987, citado en Gatti et al., 2011), quien se refirió como *empowerment* (...) lo define como el proceso mediante el cual personas, organizaciones y comunidades adquieren o potencian la capacidad de controlar o dominar sus propias vidas, o el manejo de asuntos y temas de su interés, para lo cual es

necesario crear las condiciones que faciliten ese fortalecimiento (...) correspondería a [los profesionales], (...) no como expertos o directores con control sobre la transformación que ellos planifican, sino como acompañantes facilitadores de un proceso que ocurre en la comunidad.

Maritza Montero (2003) se cuestiona acerca del nombre del concepto y concluye que el término *empowerment* está en relación a la dominación, como Rappaport (1981 y 1987) refiere que significa “dotación de poder” lo que va en contra de la concepción de la psicología comunitaria, la cual implica que el poder sea un logro de la reflexión, la conciencia y la acción de aquellas personas interesadas y no un mero regalo de una persona poderosa externa a la comunidad.

Montero (2003) entiende el fortalecimiento como:

(...) proceso mediante el cual los miembros de una comunidad (individuos interesados y grupos organizados) desarrollan conjuntamente capacidades y recursos, para controlar su situación de vida, actuando de manera comprometida, consciente y crítica, para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos (p. 72).

El fortalecimiento se apoya en la presencia de los siguientes procesos comunitarios Montero (2003):

la participación, sin la cual no puede fortalecerse una comunidad; la conciencia que permite superar las formas de entendimiento negativas y desmovilizadoras tales como la alienación, la ideologización y la pasividad; el ejercicio del control por parte de la comunidad; el poder, que acompaña al control; [...] la autogestión que supone la involucración directa de las comunidades en sus procesos de transformación y asimismo, está ligada a las anteriores; el compromiso, que imprime a la acción el respeto y consideración por los otros, por la comunidad y por sí mismo; la evolución y crecimiento individual que permite emplear las propias capacidades,

generando nuevas expresiones y desarrollando las que se tienen en función de los intereses comunitarios que benefician a todos; y, finalmente, una forma de identidad social que supone una identidad comunitaria marcada por lo que se conoce en la literatura como sentido de comunidad (p. 6).

El fortalecimiento en el contexto comunitario tiene como elemento primero y último para su construcción, la acción conjunta y solidaria de los miembros de una comunidad que comparten objetivos y expectativas y enfrentan las mismas necesidades y problemas. Para ello Montero (2003, p. 81) sostiene que es necesario que se promuevan condiciones beneficiosas como las siguientes:

1. Generación de situaciones en las cuales los miembros de la comunidad tengan el control y dirección de las circunstancias. Ellos, con la facilitación de los agentes externos, deben erigirse como agentes internos de transformación de determinadas condiciones; conduciendo el proceso, tomando decisiones y ejecutándolas.
2. Asimismo, esto supone un proceso de planificación de actividades en función de:
 - a. la detección de las necesidades e identificación de los recursos necesarios para satisfacerlas a corto, mediano y largo plazo;
 - b. la jerarquización de las necesidades de acuerdo con la viabilidad (...).

¿Cómo sería posible generar estas situaciones? Montero (2009, p. 9) plantea estrategias y actividades estratégicas fortalecedoras de la comunidad:

Estrategias	Actividades estratégicas
Participación, decisión y acción a cargo de la comunidad	Capacitación para la organización y participación.
Participación comprometida, compromiso participativo.	Sensibilización, problematización, desideologización, concientización.
Control y poder en la comunidad.	Información abierta, precisa, correcta, oportuna y acorde a la necesidad o situación.
Desarrollo del poder político y del sentido de eficacia política de las comunidades y de las personas interesadas en producir cambios dentro de ellas.	Detección y jerarquización de necesidades y recursos hecha con la comunidad.
Problematización, desideologización, concientización.	Co-dirección y toma de decisiones.
Validez psicopolítica	Discusión-reflexión con la comunidad

Las actividades señaladas en el lado derecho del cuadro deben estar presentes durante todo el trabajo comunitario. La complejidad de los procesos psicosociales comunitarios supone, entre otras características, la estrecha interrelación entre estrategias y actividades, de tal modo que todas esas actividades alimentan a todas esas estrategias.

Capítulo 2:
Salud en la comunidad:
Del fortalecimiento
institucional a la promoción
de la salud

Este capítulo tomará la salud comunitaria como parte del recorrido que llevará a pensar a los cuidadores formales como responsables del cuidado de su salud a través de las acciones en conjunto, tales como la atención primaria, la promoción y la gestión de salud positiva.

2.1. Salud

A la hora de llegar a un acuerdo en definir de qué se habla cuando lo que está en juego es la salud no parece ser sencillo. En esto intervienen conocimientos, creencias, normas, tradiciones y valores. Debido a esto es que la salud es una construcción sociocultural la cual depende del momento histórico y de la cultura que se trate (Gómez, Rubio y Auchter, 2011).

Para pensar este trabajo se tomará a Saforcada, De Lellis y Mozobancyk (2010) quienes plantean “(...) la salud dejó de ser mental o somática para pasar a ser solo salud y, por supuesto, también dejó de ser un problema individual para pasar a ser social” (p. 45).

Este será uno de los lineamientos a seguir a la hora de pensar en la salud. Así mismo Juárez (2011, citado en Sonis, Bello y De Lellis, 2011) sostiene:

Pensar la salud colectivamente acorta distancias y acerca solidariamente las culturas y saberes, tendiendo redes de trabajo, de afectos, de proyectos, de valores, que nos permiten construir un marco ético propio del primer nivel de atención en interacción con todos los otros (p.10).

2.2. Cambio de paradigma: de los enfoques unidimensionales de la salud al multifactorial de Lalonde

En 1974, Marc Lalonde, Ministro Nacional de Salud y Bienestar de Canadá, hizo público un documento de trabajo titulado “Una nueva perspectiva en la salud de los canadienses”. El informe era un diagnóstico de la situación de salud del país y, entre otros hechos relevantes, mostraba evidencias del gran número de muertes prematuras e incapacidades que afectaban a los canadienses y que siendo evitables, no se estaban previniendo (Lalonde, citado en Olivero, 2013).

Este informe marcó un antes y un después en las estrategias de abordaje de salud. Nació con él una nueva salud pública. Esta concepción se aparta de los enfoques biologists y reconoce la importancia de los aspectos sociales más que como únicamente individuales.

Esta nueva salud pública refiere Olivero (2013):

(...) integra cambios ambientales, medidas preventivas personales e intervenciones terapéuticas adecuadas; significa además el renacer de las actividades de promoción de la salud y se interesa por la pobreza y los más vulnerables y por la reorientación de los servicios, pasando de la asistencia hospitalaria a la atención primaria en salud, fortaleciéndose, finalmente, con la acción política (p. 22).

Esta concepción modifica sustancialmente lo que Lalonde llamó “el punto de vista tradicional”, según el cual los servicios de salud eran el factor determinante en este tópico. Se genera entonces un modelo o concepto de campo de la salud, en el cual identifican cuatro determinantes del estado de salud de la población: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y los servicios de salud.

Estos determinantes de acuerdo a Lalonde (1974) son:

Biología humana: El componente de biología humana incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo. Incluye la herencia genética de la persona, los procesos de maduración y envejecimiento, y los diferentes aparatos internos del organismo, como el esquelético, el nervioso, el muscular, el cardiovascular, el endocrino y el digestivo, por ejemplo. Dada la complejidad del cuerpo humano, su biología puede repercutir sobre la salud de maneras múltiples, variadas y graves, además de que puede fallar de mil modos. Este elemento contribuye a la mortalidad y a toda una gama de problemas de salud, entre otros, muchas de las enfermedades crónicas (artritis, diabetes, aterosclerosis, cáncer y otras), los trastornos genéticos, las malformaciones congénitas y el retraso mental. Los problemas de salud cuyas causas radican en la biología humana producen indecibles desdichas.

Medio ambiente: incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control. Los individuos, por sí solos, no pueden garantizar la inocuidad ni la pureza de los alimentos, cosméticos, dispositivos o abastecimiento de agua, por ejemplo. Tampoco está en sus manos el control de los peligros para la salud que representan la contaminación del aire y del agua, ni los ruidos ambientales, ni la prevención de la diseminación de enfermedades transmisibles. Además, individualmente, no se puede garantizar la eliminación adecuada de los desechos y aguas servidas, ni que el medio social y sus rápidos cambios no produzcan efectos nocivos sobre la salud.

Estilo de vida: En cuanto al concepto de campo de la salud, el componente estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. Cuando esos riesgos tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte, se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó a ellas.

Organización de la atención de salud: La cuarta categoría del concepto, la organización de la atención de salud, consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud. Incluye la práctica de la medicina y la enfermería, los hospitales, los hogares de ancianos, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de la salud, y otros servicios. Este cuarto componente del campo de la salud se define generalmente como sistema de atención de salud (pp. 17-18).

Este paradigma es tomado ya que el ámbito en que se centra el trabajo es el geriátrico. Se considera que como en toda institución, y esta en particular es necesario que la mirada sea integral y abarcativa. En este caso, Lalonde aporta la posibilidad de tomar la organización de la atención de la salud como un componente más a tener en cuenta.

Este componente incluye la calidad de la atención ¿y de qué se trata? Se tomará a Goic (2004), presidente de la Academia Chilena de Medicina, en su trabajo "Ética de la organización de la atención de la salud" para ampliar este determinante. El autor plantea el acento de la organización de la atención de la salud en las dimensiones humanas de la misma, ya que se trata de medicina ejercida en seres humanos, que no son una enfermedad o un trastorno, sino personas que padecen.

En palabras de Goic (2004) “La organización de la atención de salud no involucra sólo un problema técnico y económico, sino que también ético” (párr. 2). Frente a esto se reconoce la posibilidad del fortalecimiento de la comunidad con el objetivo de que cada persona pueda tener los recursos necesarios para controlar su vida. Se trata de ética fomentar la participación comunitaria como herramienta para la sociedad.

Esta dimensión hace a la calidad del servicio que se brinde, el cual depende de la cultura, de los ojos con que se miren las prioridades del sistema de salud. Goic (2004) lo plantea así:

(...) en medicina, lo que realmente importa no es la forma en que se estructura un sistema de salud, ni tampoco las modalidades de su financiamiento, sino los contenidos o cualidades de los servicios que se prestan a las personas. No es la cuestión económica en sí misma la que, en definitiva, va a resolver el mejor modo de organizar la atención de salud, ni determinar su calidad, ni satisfacer las aspiraciones de las personas respecto a la medicina. Más aún, creo que no es posible configurar una institución social que pretenda satisfacer necesidades de los seres humanos, en este caso de su salud, si previamente no se tiene claridad en los conceptos humanistas que la han de inspirar, así como la creatividad necesaria para llevarlos a la práctica de un modo coherente con ellos (párr. 7).

Se ve como el autor refiere que en la organización de atención de la salud, la cuestión económica en sí misma no alcanza a dar una solución, sino que es un conjunto de factores, entre los cuales destaca “los conceptos humanistas”. Lo propio del ser humano como ser social, como sujeto a una comunidad.

2.3. Gestión de Salud Positiva

Este apartado propone pensar en la salud como tal y no en la enfermedad y en el daño ya instalado. Enrique Saforcada (2012) refiere “Cuando los profesionales se forman sólo para la enfermedad, generan mucha enfermedad” (párr. 2). En base a esto se tomará como eje de trabajo la gestión de salud *positiva*.

El autor refiere (2012):

Es evidente a la inteligencia humana y a una ética elemental que es mucho más razonable ocuparse del 75% sano de la población, promoviendo su salud y colaborando con el poder curador de la naturaleza, que sentarse a esperar que los malestares motiven la consulta a un centro de salud o a un facultativo para recién estar dispuestos a atenderlos (p. 13).

Este abordaje se relaciona fuertemente a la psicología comunitaria, al concepto de comunidad y de participación, de los cuales se ha hablado anteriormente como ejes del fortalecimiento. A continuación se tomará la palabra de Saforcada (2012):

(...) el paradigma de salud comunitaria tiene como eje la gestión de salud positiva y su componente principal, entiéndase, el poder de decisión último, es la comunidad; el componente equipo profesional se inserta en una posición participativa pero no tiene la última palabra (p. 11).

2.3.1. ¿Qué es la gestión de salud positiva? ¿De qué se trata?

Primero se dirá que la gestión de salud positiva está en relación a lo que el vocablo gestionar, en el Diccionario de la Real Academia Española, indica con distintas acepciones, a saber: 1- Llevar adelante una iniciativa o

un proyecto; 2- Ocuparse de la administración, organización y funcionamiento de una empresa, actividad económica u organismo; 3- Manejar o conducir una situación problemática (Saforcada, 2012).

Esto implica, como lo enuncian Saforcada, De Lellis, Mozobancyk (2010) que se trabaje participativamente con la comunidad. Para ello se parte de la realidad del día a día de las mismas, haciendo foco en el potencial de salud y no en el riesgo. Este foco tiene que ver con la protección y promoción de la salud, lo que no implica desatender la prevención primaria y secundaria, pero resaltando siempre el potencial de salud.

El objetivo específico de esta gestión es: “mejorar las condiciones de salud de la población gastando menos dinero” (Saforcada et al., 2010, p. 101). Al explayarse Saforcada et al. refiere: “(...) acciones de protección y promoción tienen bajísimo costo dado que descansa fundamentalmente en el apropiado uso del lenguaje, la generación de relaciones positivas y en la adopción de conductas a partir de eficaces estrategias de comunicación” (2010, p. 111).

Se enuncian cuatro planteos esenciales para lograr este objetivo:

- colaborar en el fortalecimiento de los recursos que la comunidad ya utiliza;
- ayudar a poner en acción recursos que la comunidad aún no ha usado;
- colaborar con el Estado para lograr una mayor eficacia y eficiencia en la utilización de los recursos destinados a la salud; y
- ayudar a que la población use más eficaz y eficientemente, en beneficio propio, los recursos que el Estado pone a su disposición. (Saforcada et al., 2010, pp. 101-102).

En cuanto a las estrategias de promoción y protección de la salud son complementarias a la gestión de salud positiva, están englobadas en ellas, siendo ésta última más amplia y abarcativa (Saforcada, 2012).

En ella se trabaja por los principales derechos en lo relativo a la salud humana:

- Derecho a la vida.
- Derecho al desarrollo integral temprano. No a la posterior compensación de las deficiencias.
- Derecho a la salud. No a la atención del daño.
- Derecho a la atención en caso de enfermar. A no ser objeto de abandono.
- Derecho a la muerte digna. A no ser objeto de manipulaciones lucrativas inhumanas

2.4. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud

La conferencia celebrada en Alma Ata, en 1978, dos organizaciones dependientes de la ONU, la Organización Mundial de la salud –OMS- y UNICEF, apoyada por delegados gubernamentales de 134 países, otorgó reconocimiento internacional al concepto de atención primaria de salud (APS), como una estrategia para alcanzar la meta de “Salud para todos en el año 2.000”. En ésta la salud fue asumida como un derecho humano del que todos somos titulares y se propone el logro del grado más alto posible de salud. Para lograr esto se puso énfasis en que se requiere de la intervención no solo del sector de la Salud, sino también, del sector social y económico.

La Declaración (1978) define la atención primaria de la salud como:

(...) la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (...)

A partir de este momento cobra importancia mundial la Salud, cambiando el enfoque de la misma en la población sana. Para ello se utiliza la Atención Primaria de la Salud (APS) como estrategia particular la cual: concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad-atención de las personas y del conjunto social, a través de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Tiene como misión extender el sistema sanitario a la intimidad de los hogares permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación del individuo (y su familia, sus saberes y cultura) con la medicina científica. (Gómez et al. , 2011)

Esta estrategia incluye como principios básicos:

- **Accesibilidad** de la población a la atención de la salud.
- **Cobertura universal** en función de las necesidades de salud de la población.
- **Organización y participación de la comunidad** para asegurar el derecho a la salud y las estrategias de cuidado.
- **Acción intersectorial**, entre las organizaciones de salud y otras agencias sociales y líderes comunitarios.
- **Desarrollo de tecnologías apropiadas** en función de los recursos disponibles. (Gómez et al. , 2011)

En relación a este modelo Ginés González García (2001, en Gatti et al, 2011) señala:

Esta estrategia (APS) tiene un componente muy fuerte de participación comunitaria en un doble sentido; por un lado, buscando más consenso y democratización del poder y por otro, más legitimación del sistema de salud que en muchos casos no es suficiente. (...) Es indiscutible que se incrementa la responsabilidad individual en todo lo que podrá ser la **estrategia de promoción y prevención de la salud**, tales como los **estilos de vida, cambios de hábitos y cuidado de la salud**, que tradicionalmente la salud pública ha señalado como las más efectivas para mejorar la calidad de vida de la población (pp. 146-147).

Se puede decir que al combinar la estrategia de atención primaria y participación comunitaria se potencian sus efectos ya que aumenta la responsabilidad de cada sujeto sobre su propia salud.

2.5. Carta de Ottawa: promoción de la Salud

La salud en el caso de los cuidadores es un tema especial ya que son ellos quienes se encargan de cuidar para dar salud a los ancianos, pero es fundamental que también cuiden de sí mismos. Tanto la atención primaria como la promoción de la salud son ejes que enriquecen el trabajo.

En 1986 fue la Primera Conferencia Internacional Mundial de la Salud, con asistencia de 112 delegados de 38 países, se definió a la promoción de la salud como:

El proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren. Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones de

satisfacer sus necesidades de cambiar y adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las actitudes físicas.

Los cinco puntos nucleares para definir la Promoción de la Salud:

- La necesidad de construir estrategias públicas saludables sustentadas en el fomento y la coordinación de las políticas del sector público de modo que todas contribuyan al logro de entornos saludables.
 - La conformación de entornos saludables.
 - La participación de la población y el apoyo a las acciones colectivas. Es fundamental dotar a los ciudadanos de habilidades personales para facilitar la participación.
 - La capacitación de las personas para el autocuidado de su salud y el fomento de la ayuda mutua.
 - La necesidad de reorientar los servicios de salud hacia la comunidad.

Colomer Revuelta (2006) plantea:

El impulso de realizar cambios sociales perdurables mediante el desarrollo de políticas públicas saludables es el objetivo central de las actividades de promoción de la salud. Las estrategias de promoción de la salud persiguen la educación para la salud, acciones legislativas, empoderamiento y desarrollo comunitario. Se pretende poner en marcha procesos de cambio social que involucren a las personas para cambiar los entornos en los que viven; esto supone trabajar simultáneamente sobre el ámbito personal, organizativo y político. La evaluación de iniciativas de promoción de la salud tiene sentido cuando permite comprender mejor el programa y su contexto, y sirve para mejorarlo atendiendo a criterios de utilidad, factibilidad, propiedad y precisión (p. 27).

Capítulo 3:

Cuidadores formales

Este capítulo tiene como objetivo discriminar los distintos tipos de cuidadores, para finalmente hacer foco sobre el cuidador formal de ancianos que trabaja en la institución geriátrica.

3.1 Análisis del concepto de cuidador

Existen distintos tipos de cuidadores: informal, principal o primario, secundario, formal, directo, indirecto. Así mismo existen distintas poblaciones a las que el cuidador dirige su atención: niños, adultos discapacitados, adultos mayores dependientes. A su vez pueden ser distintos los ámbitos donde se desarrolla el cuidado: hogares particulares, centros de día, hospitales, instituciones residenciales.

Se tomará a María Cristina De los Reyes en “Construyendo el concepto de cuidador de ancianos” quien analiza las siguientes concepciones de cuidador:

Flórez Lozano et al (1997, citado en de los Reyes, 2001) ha definido al cuidador como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”

Sin embargo, se destaca que esta definición no contempla los diferentes grados de responsabilidad en el cuidado de ancianos, y por lo tanto, no tiene en cuenta la diferenciación entre cuidadores directos a la que parece referirse, y cuidadores indirectos (De los Reyes, 2001).

De los Reyes destaca que esta definición no diferencia entre cuidadores directos, informales y formales, por lo que sigue analizando las definiciones de otros autores.

Los cuidadores “informales” no son personas capacitadas para esto, no son remunerados por lo que hacen y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea debido al vínculo afectuoso con la persona cuidada, en cuanto a la atención que brindan es sin límites de horarios. Este tipo de apoyo o cuidado es brindado principalmente por familiares, pero pueden ser parte de esta tarea amigos y vecinos (Flórez Lozano et al., 1997; Aguas, 1999, citados en de los reyes, 2001).

Algunos autores han señalado como otro tipo al cuidador principal (Anderson, 1987, en Flórez Lozano et al, 1997, citado en de los Reyes, 2001), suele ser el cónyuge o el familiar más próximo a la persona a cuidar, quien por lo general, es una mujer la que desempeña el cuidado.

Hasta el momento se pone en evidencia que en las definiciones analizadas ninguna pertenece al ámbito específico de la tercera edad, objetivo de la investigación de la autora. Para acercarse a esto toma el próximo concepto de Valderrama (citado en De los Reyes, 2001) quien ha definido a los cuidadores de ancianos como:

(...) aquellas personas capacitadas a través de cursos teóricos-prácticos de formación dictados por equipos multi e interdisciplinarios de docencia para brindar atención preventiva asistencial y educativa al anciano y a su núcleo familiar. Su campo de acción cubre el hogar, hospital de día, clubes y centros de jubilados, residencias geriátricas y servicios sanatoriales. El cuidador apoya al personal de enfermería y a equipos gerontológicos de trabajo (párr. 13).

El análisis que hace de esta definición De los Reyes destaca que si bien Valderrama diferencia los cuidadores informales de los formales, deja de lado a aquellos quienes sólo tienen formación práctica, como sucede en el caso del asistente geriátrico que reviste como tal a partir de unos meses de trabajo en un establecimiento que presta servicios de internación de larga estadía. Por último esta definición, no incluye a los cuidadores que reciben un pago por su trabajo.

En este caso, como eje del trabajo se tomará la denominación de “cuidador formal” que emite De los Reyes (2001), quien la define como:

Toda aquella persona que cuida en forma directa a ancianos en diversos ámbitos, esté o no capacitado, recibiendo una paga o beneficio pecuniario por su trabajo. Entre los cuidadores formales incluiré entonces a los profesionales que trabajan en establecimientos destinados a prestar servicios de salud para ancianos y los responsables de esos establecimientos: encargados, directores y propietarios (párr. 16).

Esta definición es tomada como central principalmente por su carácter incluyente por abarcar a encargados, directores y propietarios. Al tomar el carácter de comunidad de cuidadores se hará referencia también a estos ya que influyen directamente sobre el cuidado y la calidad del mismo.

3.2. El cuidador formal: sus funciones

Los estudios disponibles de “cuidadores formales” que se encuentran están organizados alrededor del estrés que causa este tipo de trabajo, el síndrome de burnout que pueden sufrir y las consecuencias psicológicas que deja o los rasgos de personalidad de las personas que se dedican a esto. Por lo que este trabajo propone tomar como objeto de estudio a los cuidadores desde la gestión de salud positiva.

Para un mejor entendimiento, se ampliará la definición ya dada de cuidador formal a través de las tareas que realizan.

Valderrama (2000) menciona:

- Descubren signos físicos de preocupación y alteraciones de conducta, informando lo detectado a familiares e integrantes del equipo de salud.

- Cumplen o supervisan el cumplimiento de las medidas higiénicas, dietéticas y terapéuticas prescriptas.
- Administran medicación oral, de absorción dérmica o eventualmente a través de nebulizaciones. No debe efectuar curaciones.
- Colaboran en la aplicación de técnicas recreativas, fisioterapéuticas, de laborterapia, etc.
- Ayudan en la rotación de enfermos paréticos y fracturados.
- Brindan información y asesoramiento familiar para la mejor asistencia del anciano.
- Si bien el efectuar limpieza de una habitación o tendido de camas, etc., no es prohibitivo para un cuidador, el eje de su tarea es preventivo asistencial hacia el anciano.
- Aconsejan respecto a modificaciones edilicias y a la utilización de elementos de uso diario que permitan el mejor desempeño del geronte en actividades cotidianas.

Las funciones del cuidador según las actividades básicas de la vida diaria, definidas en función a la ley N° 39/2006 del gobierno de España, “Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia” permitirán enriquecer el trabajo describiendo las actividades básicas de la vida diaria que se definen como sigue:

(...) son aquellas relativas al cuidado personal, movilidad en el hogar, tareas domésticas y funciones básicas de tipo mental o intelectual como cambiar las posiciones del cuerpo; levantarse y acostarse; desplazarse dentro del hogar, asearse, controlar las necesidades; vestirse, desvestirse y arreglarse; comer y beber; reconocer personas y objetos y orientarse; entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas.

Se observa que las funciones nombradas son aquellas relativas al cuidado personal: funciones básicas de tipo mental o intelectual. Surgen distintos interrogantes frente a esto ¿qué hay de las funciones emocionales? Aún cuando este tipo de trabajo incluye un vínculo tan cercano con el otro, este aspecto parece estar ausente. ¿Será parte del trabajo del cuidador cumplir la función de quien sostiene emocionalmente al adulto mayor?

3.3. Formación general básica para el desarrollo de competencias en cuidados:

Aguirre (2013) indica que la formación destinada a los cuidadores, tanto formales como informales, debería abordar una serie de competencias técnico-profesionales, habilidades relacionales, destrezas afectivas y orientaciones éticas, para que en su conjunto puedan dar respuesta a las necesidades específicas de la población con la que trabajan, en este caso, las personas de tercera edad.

Al momento de la capacitación, Aguirre (2013), resalta la importancia de llevar la formación a un plano más complejo que la mera transmisión de conocimientos de las tareas, indicando que el cuidador debe desarrollar competencias y capacidades laborales que le permitan la comprensión de la complejidad de las situaciones a las que se enfrentan.

Aguirre (2013) señala:

Esta formación básica de los cuidadores debería desarrollar capacidades de tipo relacional y emocional, mientras que el énfasis de la formación específica sería el desarrollo de capacidades cognitivas y las especificidades que plantea la dimensión relacional y emocional en el grupo de población específico (pp. 41-42).

3.4. El cuidador en la institución geriátrica

Para este apartado se tomará el estudio “La salud física y psicológica de las personas cuidadoras: comparación entre cuidadores formales e informales” el cual se desglosa para obtener información acerca del trabajo en la institución, característica propia del cuidador formal.

Se comenzará mencionando aquellas situaciones por las que el cuidador debe pasar en la institución geriátrica: depende de un jefe, reglamentaciones, directivas superiores a las cuales cumplir en tiempo y forma; el deber de integrarse a un equipo de trabajo (médicos, enfermeros, terapistas, otros cuidadores, etc.); cumplir con largas jornadas laborales; trabajar con el cuerpo del otro, el padecer, el reclamo e incluso la muerte. Este trabajo hecho bajo la mirada de la familia del residente.

Sánchez López, Díaz Morales, Cuéllar Flores, Castellanos Vidal, Fernández Martínez, de Tena Fontaneda (2007) tomando a García (1991) agregan que el trabajo del cuidador se hace bajo escasa remuneración, desempeñando roles conflictivos o ambiguos, a los cuales les falta autonomía.

Otro aspecto que destacan los autores son las fuentes de estrés como: menor información, actividades menos gratificantes, menor valoración, varios supervisores, escasa participación en las decisiones, no tener objetivos propios, bajo nivel de formación especializada y no tener posibilidad de promoción (González Antolín y Domínguez Llorente, 2000, citado en Sánchez López et al., 2007).

De acuerdo a Sánchez López et al. la desmotivación presente en los cuidadores formales puede ser explicada a través de variables propias de la institución y otras variables que son de tipo personal-profesional. Los autores siguiendo a Durante y Hernando (1989) destacan:

La propia estructura de la organización es responsable de la escasa integración del auxiliar en la dinámica de trabajo, la existencia de una coordinación excesivamente vertical, una confusa definición de objetivos, la escasez de personal técnico, y una selección poco rigurosa en cuanto al tipo de actitudes y nivel de formación (p. 29).

Por otro lado el estudio recaba información acerca del requerimiento por parte de la persona cuidada al cuidador para la realización de actividades básicas, esto provoca menos consecuencias negativas en el cuidador, que cuando la persona dependiente tiene problemas emocionales o de conducta (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit y Whitlatch, 1995; Teri, Truax, Logsdon, Uomoto, Zarit y Vitaliano, 1992; Haley, Levine, Brown y Bartolucci, 1987 citado en Sánchez López et al., 2007).

Sánchez López et al. manifiestan “La situación de cuidado constituye una condición estresante por sus propias características de demanda de cuidados más o menos intensa y por el impacto que supone enfrentarse a la dependencia y a la enfermedad” (2007, p.37).

De esta cita se desprenden dos dimensiones a la hora de evaluar las condiciones estresantes: las objetivas y las subjetivas. Las primeras hacen referencia a las que implican la propia situación de cuidado, tiempo de dedicación, carga física, exposición a situaciones estresantes en relación al cuidado. Y las segundas (influyen en la salud y el bienestar), se relacionan a los estilos de personalidad (estilos de afrontamiento), son aquellas variables que no pertenecen al contexto de cuidado pero están en interacción con él e influyen en los recursos de la persona cuidadora para afrontar la situación.

Frente a estas variables estresantes los autores Sánchez López et al. toman a Crespo (2007) quien pone de relieve que el cuidador se debe considerar como una persona activa, que da sentido al proceso de cuidado y a sus consecuencias, dejando de lado la visión de la persona pasiva que padece y soporta la situación.

Un aspecto a destacar, el cual no ha sido tomado en el estudio de Sánchez López et al. es el que destaca Valderrama (2000) de las técnicas de movilización, traslado, alimentación, higiene, etc. Estas evitan malas prácticas tanto con el adulto mayor como con el mismo cuidador. Tienen como objetivo ayudar a prevenir dolores musculares y contracturas, ya que las lesiones más frecuentes son los trastornos músculo-esqueléticos en la espalda baja. Se recomienda promover las actividades grupales positivas como la recreación, labores en grupo, la autoayuda, la ayuda mutua, etc., ya que esa forma de interacción ayuda a que el cuidado se facilite: puede ser más sencillo cuidar de varios ancianos que de uno solo.

Capítulo 4:

Institución geriátrica:

Marco normativo

La residencia geriátrica es el ámbito donde se desarrolla el trabajo del cuidador formal. Esta cuenta con características particulares reguladas por normativas legales de las cuales depende la habilitación y el funcionamiento. A continuación se desarrollan aquellas pertinentes al tema a tratar, ya que en este caso se toma al cuidador formal que trabaja en la institución, y no aquel que lo hace en domicilios particulares o centros de día.

4.1. Habilitación de establecimientos prestatarios de servicios de salud

De acuerdo a la ley provincial “Habilitación de establecimientos prestatarios de servicios de salud” N° 5.532, decreto reglamentario N° 3.016/92:

Artículo 36- Se considera establecimiento geriátrico, casa de albergue o de amparo social, a los establecimientos destinados a viviendas para ancianos de uno y otro sexo, con fines de alojamiento, cuidado y reposo según el grado de discapacitación de los residentes.

Artículo 145 - Los establecimientos geriátricos, casas de albergue o de amparo social de acuerdo con el tipo de ancianos que atienda, se dividirán en

Nivel I: ancianos autodependientes o autoválidos, Nivel 2: ancianos semidependientes y Nivel 3: ancianos dependientes o no válidos.

Nivel 1: Recursos humanos y procedimientos: el establecimiento debe contar con una guardia médica pasiva o sistema similar que asegure la atención de urgencia en no más de 20 (veinte) minutos. Debe contar, como mínimo, con: Un terapeuta ocupacional, nutricionista y una mucama cada 8 camas, siendo esta última la única con obligación de asistencia diaria. Debe contar con un programa escrito de actividades recreativas y de rehabilitación

psico-social y que conste el registro de las mismas, deberán llevar ficha/historia clínica, actualizada semanalmente por paciente residente y el régimen y visitas debe ser amplio e irrestricto con activa participación de la familia.

Nivel 2: Recursos humanos y procedimientos: además de las exigencias del Nivel 1, deben tener: un médico a cargo de la dirección del establecimiento, un médico geriatra que actualizará las historias clínicas en forma semanal, un enfermero/a diplomado/a por turno y un oncólogo (no necesariamente estable). Una mucama cada 6/8 camas.

Nivel 3: Recursos humanos y procedimientos: además de cumplimentar las exigencias establecidas en los niveles 1 y 2, deben tener: en la estación de enfermería se debe contar con botiquín de urgencias y elementos clínicos, casilleros o sistemas personalizados para el depósito y administración de medicamentos y registros adecuadamente actualizados de tratamientos realizados, incluir equipo de reanimación y oxígeno. Debe contar con una mucama cada 5 (cinco) camas. El régimen de visitas debe ser amplio y con actividades tendientes a la reinserción socio-familiar del geronte. El régimen de salidas estará condicionado a la evolución del geronte, con tendencia al mantenimiento del mismo en medio socio-familiar.

4.2. Registro y reglamentaciones de los cuidadores

A continuación se encuentra la normativa que contempla la labor del cuidador formal, quien es denominado en este caso como “cuidador polivalente”. Ley provincial N° 8.893, “Régimen de cuidadores polivalentes”.

Artículo 1º - Ámbito.

Establécese en el territorio de la Provincia de Mendoza, el Régimen de Cuidadores Polivalentes que se desempeñen en establecimientos

asistenciales, residencias de larga estadía para adultos mayores, geriátricos privados o en domicilios particulares.

Artículo 2º - Definición.

Defínase como Cuidador Polivalente a quien preste el servicio de atención de adultos mayores, personas con discapacidad, con patologías crónicas o enfermedades invalidantes, con dependencia directa del mismo, de un familiar o persona a cargo.

Artículo 3º - Actividades de la Vida Diaria. A los efectos de la presente ley se entenderán como actividades de la vida diaria, aquellas indispensables para llevar una vida digna y en las cuales la persona con dependencia requiere asistencia permanente, tales como bañarse, preparar alimentos, alimentarse, vestirse, trasladarse, acceder a los servicios de salud o hacer las necesidades fisiológicas, así como actividades instrumentales como desplazamiento y ayuda para realizar trámites tendientes a satisfacer las necesidades básicas.

Artículo 4º - Funciones. Constituyen parte de las funciones esenciales del cuidador, las siguientes:

- a) Apoyar a los profesionales que atiendan la salud del paciente/ asistido respetando las indicaciones que aquellos determinen.
- b) Brindar compañía, aplicando técnicas para evitar la dependencia, procurando facilitar las acciones de la vida diaria de las personas con discapacidad.
- c) Ejecutar las medidas higiénicas, dietéticas y terapéuticas generales, incluyendo la medicación vía oral y de uso externo prescripta por el profesional médico.
- d) Observar y atender todo indicio de alteración de la salud física o mental de la persona bajo su cuidado informando a quien corresponda.
- e) Colaborar en la ejecución de técnicas recreativas, fisioterapéuticas y de laborterapia.

- f) Fomentar, sostener y articular las redes solidarias de apoyo que tiendan a mejorar la calidad de vida y la conservación del rol familiar y social del asistido.
- g) Proveer información sobre la disponibilidad y acceso de recursos existentes a nivel comunitario.
- h) Desempeñar el rol de interlocutor para difundir aquellos conocimientos específicos incorporados, a quien cuida y a su grupo familiar.
- i) Transmitir conceptos acerca de cuidados y autocuidados.
- j) Incidir en la desmitificación de prejuicios y estereotipos.
- k) Participar en cursos de actualización profesional para atención, prevención y asistencia del paciente/asistido y de su entorno familiar.

Toda otra actividad que no se encuadre en las prescripciones de la presente ley, corresponde al profesional de enfermería por ser inherente a la atención de la salud o al servicio doméstico, por realizar tareas del hogar y no de la atención de la persona.

Artículo 5º - Acciones de los cuidadores. En los establecimientos geriátricos, residencias de larga estadía para adultos mayores, las acciones de los cuidadores de adultos mayores están referidas al cuidado y a la atención alimentaria, higiene personal y confort, colaboración en la administración oral de medicamentos bajo supervisión de enfermería o médica, movilización y traslado dentro y fuera del hábitat natural de las personas residentes en estos establecimientos y todas aquellas acciones referentes a los aspectos sociales concordantes y/ o complementarios enunciados en el artículo precedente.

Artículo 6º - Del Registro. Créase el Registro de Cuidadores Polivalentes en el ámbito del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de la Provincia o el que en el futuro lo reemplace, quien deberá expedir la matrícula correspondiente que habilite para desempeñar dicha función.

Artículo 7º - Requisitos de inscripción.

Serán requisitos para Inscribirse en el registro de Cuidadores Polivalente de personas:

a) Poseer educación primaria completa.

b) Ser mayor de edad.

c) Poseer certificado habilitante otorgado por entidad oficial o capacitación afín, reconocidas por la Dirección General de Escuelas o el Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de la Provincia o el que en el futuro lo reemplace.

d) Declarar ante el Registro de Cuidadores la situación ante AFIP, con su debida constancia otorgada por dicha entidad.

e) Certificado de Antecedentes Judiciales y Policiales otorgado por el Ministerio de Seguridad Provincial.

f) Aptitud psicofísica para la tarea, acreditada mediante certificado médico, expedido por un organismo público de salud.

Los requisitos enumerados previamente deberán renovarse anualmente, quedando a criterio de la autoridad de aplicación la disminución de dicho plazo.

Artículo 8º - Capacitación y perfeccionamiento.

La formación, capacitación y perfeccionamiento del Cuidador Polivalente de Personas podrá realizarse en instituciones estatales o privadas reconocidas por la Dirección General de Escuelas o por el Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes o el que en el futuro lo reemplace.

Artículo 9º - Autoridad de Aplicación.

El Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes o el que en el futuro lo reemplace, será la Autoridad de Aplicación de la presente ley.

Artículo 10 - Funciones de la Autoridad de Aplicación. Serán funciones de la Autoridad de Aplicación:

a) Determinar los contenidos, pautas y todos los requisitos necesarios para desempeñar la función de Cuidador Polivalente, incluido el curso de formación y capacitación que habilite para tal fin.

b) Establecer los requisitos que deban cumplimentar las instituciones públicas o privadas para ser formadoras de Cuidadores Polivalentes. c) Publicar la lista de instituciones públicas o privadas habilitadas para realizar los cursos de capacitación y formación.

d) Expedir la certificación que habilita para el desempeño de la función de Cuidador Polivalente e inscripción en el Registro.

e) Confeccionar y mantener actualizado el Registro Provincial de Cuidadores Polivalentes.

f) Realizar campañas informativas sobre el cuidado de adultos mayores y personas con discapacidad.

g) Organizar y realizar cursos de formación y capacitación para Cuidadores Polivalentes.

h) Informar sobre el listado actualizado de Cuidadores Polivalentes cada vez que así lo requieran centros de salud o particulares.

i) Celebrar convenios con las Obras Sociales y Prepagas a los efectos de afrontar los gastos que requiere el servicio de Cuidador Polivalente.

Artículo 11 - Normativa Aplicable:

El Régimen de Trabajo del Cuidador Polivalente, su jornada, así como los derechos y obligaciones de las partes se regirán por la legislación laboral vigente, el Convenio Colectivo de Trabajo que rija la actividad y el contrato individual de trabajo celebrado entre empleador y trabajador.

Artículo 12 - Publicidad. La Autoridad de Aplicación, deberá publicar vía internet el Registro de Cuidadores Polivalentes debidamente detallado por departamento con los respectivos datos de cada miembro del registro.

Artículo 13 - Obligación de denuncia.

El Cuidador Polivalente de personas está obligado a efectuar las denuncias correspondientes, en el marco de lo dispuesto por el Artículo 2° de la Ley 24.417 de Protección contra la Violencia Familiar y su reglamentación.

Artículo 14 - Reglamentación.

El Poder Ejecutivo reglamentará la presente Ley en un plazo de noventa (90) días a partir de su publicación en el Boletín Oficial.

Artículo 15 - Invítase a los Municipios a adherir a la presente ley en el ámbito de sus respectivas competencias.

Artículo 16 - Comuníquese al Poder Ejecutivo.

4.3. Diferencia normativa entre asistente geriátrico y mucama geriátrica

El convenio colectivo de trabajo, número 122/75, el cual comprende al personal técnico, administrativo y de maestranza de clínicas, sanatorios, institutos con internación, establecimientos geriátricos y sanatorios de neurosiquiatría, de todo el territorio nacional, es el encargado de definir al asistente geriátrico como:

Es el trabajador que se desempeña en los establecimientos geriátricos o en las secciones destinadas exclusivamente al alojamiento permanente de ancianos, de cualquier establecimiento asistencial y que efectúa la limpieza e higiene de las habitaciones, muebles y demás dependencias, sirve y suministra alimentos, ropa limpia, y está destinado al cuidado de los ancianos, viste e higieniza a los mismos, suministra medicamentos y efectúa curaciones. A cada asistente geriátrica se le podrá asignar hasta veinticuatro camas en horarios diurnos y treinta y cinco camas en horario nocturno. Cuando por razones circunstanciales una asistente geriátrica atendiere más de veinticuatro camas en horario diurno y más de treinta y cinco en horario nocturno, recibirá, por cada geronte más que deba atender, un aumento

equivalente al 5% del salario que hubiera percibido trabajando en forma normal (p.3).

El convenio también incluye la categoría de *mucamo/a geriátrica*:

Es el trabajador que se desempeña en los establecimientos geriátricos o en las secciones destinadas exclusivamente al alojamiento permanente de ancianos de cualquier establecimiento asistencial, y efectúa la limpieza e higiene de las habitaciones, muebles y demás dependencias; sirve la comida, suministra ropa limpia, etc. Y, además, está destinado al cuidado de los ancianos, como ser: su higiene total, vestirlos y suministrarles alimentos en forma individual cuando es necesario. No realiza tareas de enfermería. Al año de estar revistando en esta categoría pasará automáticamente a la categoría de Asistente Geriátrico (p. 3).

Surge así que las tareas que realiza la mucama y el asistente son muy similares entre sí y que la diferencia está puesta en el suministro de medicamentos y el efectuado de curaciones, las cuales pueden ser hechas por el asistente geriátrico. Este al año de ser mucamo indica el convenio que puede realizar tareas para las que no está capacitado formalmente.

Segunda Parte:

Metodología

Planteamiento del problema de investigación:

Tras haber ingresado en el año 2013 a la institución geriátrica *Raíces*, junto con un grupo de estudiantes de Psicología, con motivo de una serie de talleres temáticos dirigidos a la estimulación cognitiva de los residentes, la autora de esta tesina pudo observar distintas crisis en los empleados. Estas fueron abordadas y tratadas por la titular de la institución a través de distintas estrategias de intervención, incluso desde la psicología laboral, aunque no funcionaron.

Esta experiencia previa de los talleres abrió un interrogante acerca de la temática a investigar. La psicología comunitaria fue el enfoque que más se acomodaba a la situación; era necesario incluir a las cuidadoras como miembros activos y, desde ese enfoque, preguntarse qué estrategias iban a posibilitar el fortalecimiento de la comunidad. Pregunta que se constituye de este modo en el problema que articula la investigación.

Formulación de la hipótesis de investigación

- Las cuidadoras formales de ancianos tienden a utilizar estrategias de participación comunitaria para fortalecerse como comunidad, así como el compromiso comunitario y la problematización de las situaciones que las afectan.

Delimitación de los objetivos

La presente tesina persigue como objetivo general el siguiente:

- reconocer estrategias que fortalecen la comunidad de cuidadoras formales de ancianos en la institución geriátrica privada “Raíces”, ubicada en el departamento de Godoy Cruz, Mendoza.

Los objetivos específicos que se desprenden son, a saber:

- identificar las tareas del cuidador formal en la práctica institucional;
- establecer el nivel de participación en la toma de decisiones de las cuidadoras formales en la institución geriátrica privada; y
- reconocer qué determinantes de la salud incluyen las cuidadoras en su cuidado personal.

Preguntas de Investigación

Las preguntas que guiaron el trabajo de investigación fueron:

- ¿Qué estrategias fortalecen la comunidad de cuidadores formales en un geriátrico privado?
- ¿Cuáles son las tareas del cuidador formal en una institución geriátrica privada?
- ¿Qué nivel de participación hay en la toma de decisiones de las cuidadoras formales en la institución geriátrica privada?
- ¿Qué determinantes de la salud incluyen las cuidadoras en su cuidado personal?

Metodología

La metodología elegida para el presente trabajo es *cualitativa* implementando métodos de recolección de datos no estandarizados con el fin de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan y vivencian los sujetos involucrados en la misma.

El enfoque cualitativo busca comprender e interpretar la perspectiva de los participantes (personas o grupos de personas a los que se investigará) acerca de los fenómenos que los rodean; profundizando en sus experiencias, perspectivas, opiniones, significados; es decir la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad. A diferencia de la

investigación cuantitativa, la exploración y análisis de las perspectivas de las personas estará dada en el ambiente natural donde se desarrollan los sucesos y en relación con el contexto, sin ejercer manipulación de algún aspecto de la realidad. Por ende, la investigación cualitativa se fundamenta en una mirada interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de las personas y sus instituciones; basada en una lógica inductiva, que explora, describe y luego genera perspectivas teóricas. (Baptista; Fernández Collado & Hernández Sampieri, 2010)

Diseño

El tipo de estudio es de tipo *descriptivo*, con el fin de especificar las propiedades importantes de las personas, grupos o comunidades. Se selecciona una serie de cuestiones, y posteriormente se recolecta información sobre cada una de ellas independientemente para, de esta manera, poder describir lo que se investiga. En este caso, se pretende describir las estrategias que promueven el fortalecimiento de una comunidad de cuidadoras formales en una institución geriátrica.

El diseño de investigación elegido para llevar a cabo este trabajo es estudio de caso único. En este, la elección y el estudio del caso son resultado del recorte temático de acuerdo al interés en el mismo, siendo el tema y la problemática que constituyen el caso a examinar priorizados, antes que el diseño de investigación a desplegar. El acento se ubica en la profundización y el conocimiento global del caso y no en la generalización de los resultados por encima de este. Los estudios de casos pueden ser útiles en la aplicación de una teoría establecida o su puesta a prueba, la creación de conceptos, y en la profundización del desarrollo de una determinada teoría (Neiman y Quarantana, 2015)

Participantes

Se tomó como objeto de estudio la Institución geriátrica privada “Raíces”, la cual se encuentra ubicada en la calle Elena de Roffo 2504, en el departamento de Godoy Cruz, Mendoza. Esta se dedica al alojamiento y atención de personas de tercera edad, con o sin patologías psiquiátricas.

La muestra con la que se va a trabajar es de tipo no probabilística intencional, ya que es seleccionada en función a las características de interés para el estudio.

Se trabajó con dos grupos:

- a) Titular de la institución: se realizó una entrevista en profundidad.
- b) Cuidadoras formales: se trabajó con 8 de 12 cuidadoras en ejercicio en la institución. estas se dividieron en dos grupos, de acuerdo al turno laboral, y se tomó 2 entrevistas grupales, más 1 entrevista semi dirigida individual.

Técnicas e Instrumentos utilizados

Observación Participante: se trata de una actividad metodológica, sistemática y con objetivos determinados de acuerdo a los fines de la investigación, se trata de un instrumento que sirve para generar conocimientos. Se realiza en el transcurso de la vida cotidiana de personas o grupos específicos, buscando conocer desde los mismos sujetos, ciertos fenómenos o circunstancias a las cuales no se pueden acceder desde una posición externa no participante. Los datos registrados por la técnica permiten producir teorizaciones que surgen de la misma experiencia, descubriendo los sentidos y perspectivas, valores y normas de las personas

y/o grupos tomados como objeto de estudio, lo que genera una visión más amplia del fenómeno. (Montero, 2006)

Grupo Focal: es una técnica que consiste en entrevistar a un número reducido de personas a la vez que mantienen una conversación espontánea entre ellos sobre un tema específico propuesto por el investigador. La gran diferencia que este presenta con las entrevistas grupales es que en éstas últimas prima una conversación unidireccional entre cada uno de los integrantes del grupo y el moderador o entrevistador; en cambio en los grupos focales se permite explorar y captar conocimientos, opiniones y prácticas que surgen de la interacción grupal. (Morgan, 1988).

Entrevista semidirigida: es la más utilizada porque proporciona una mayor libertad y flexibilidad en la obtención de información. Permite profundizar el conocimiento y la experiencia del entrevistado a través de preguntas abiertas que complementan aquellas formuladas a través de guía de temas a investigar.

Procedimiento

Lo primero que se hizo fue tener una reunión con la titular de la institución con el objetivo de informar acerca del trabajo a realizar y obtener consentimiento sobre este.

Luego de tener la autorización por parte de la titular se hizo una entrevista con ella a fin de recolectar datos de la institución. El siguiente paso fue una reunión con las cuidadoras, en la cual se informó el trabajo a hacer y la participación de ellas en el mismo. En la misma reunión se destacó la diferencia entre el trabajo que se realiza con las personas de tercera edad y este trabajo investigativo. Se aclaró que la participación en la investigación no iba a influir en absoluto con su trabajo y se aclaró el secreto profesional. Así mismo y como resguardo de las participantes se utilizó consentimiento escrito, el cual fue leído y firmado por las cuidadoras.

El siguiente paso fue realizar una serie de observaciones participantes y tomar registro de las mismas. Luego se empleó la técnica de grupos focales con cada guardia de trabajo (diurnas), dos encuentros por grupo, con el objetivo de tener un acercamiento progresivo con las cuidadoras como manera de romper la distancia generada debido al rol laboral de la autora de la tesina en la institución, el cual podía influir a la hora de tomar las entrevistas individuales en profundidad. Participaron 8 de las 12 cuidadoras de la institución, quienes dieron consentimiento escrito para participar en la investigación y grabar las entrevistas. Por último se tomaron las entrevistas semidirigida, las cuales fueron individuales y tomadas en el horario del descanso.

Los datos fueron analizados en función de los objetivos de la investigación, teniendo en cuenta las categorías establecidas a priori. En la presentación de resultados se integran los datos resultantes de las técnicas de recolección, para llegar a la discusión de los mismos.

La Institución geriátrica “Raíces”

La institución nace en el año 2006, fundada por la sra. Pastora Alonso. Atiende principalmente a personas de tercera edad, y en menor medida a personas jóvenes las cuales por su situación de dependencia necesitan el cuidado de la institución. Cuenta con lugar para 30 personas de ambos sexos, cada uno de los cuales cuenta con su edificio.

El horario de visitas es de 11 a 19 hs. todos los días.

El equipo de salud está conformado por:

- Directora: Med. Clínica, especialista en neumonología
- Méd. Geriatria, especialista en psiquiatría
- Lic. Enfermería
- Lic. Nutricionista
- Lic. Kinesiología
- Lic. Psicología

Dentro de los servicios eventuales se encuentran las interconsultas médicas (traumatólogo, neurólogo, cardiólogo, etc), radiología, laboratorio y electrocardiograma a domicilio. También se encuentra el servicio de pedicuría y peluquería.

Además la institución cuenta con una cocinera, una persona encargada de la limpieza, dos personas en secretaría y prestaciones de distintos profesionales de la salud.

Entre sus actividades se encuentran las clases de gimnasia y de rehabilitación, el taller de psicología y la clase de tai-chi, todas con una frecuencia de dos veces semanales. Entre estas actividades se encuentran las visitas del grupo de la iglesia y del cura.

Los servicios tercerarizados son: servicio de emergencias y de residuos patológicos.

Funcionamiento Institucional

El llamado de personal en la institución se realiza a través de aviso publicado en el diario o por recomendación y la selección por medio de entrevista. Esta es tomada por la titular y/o la jefa de guardia de mayor antigüedad. Lo que se indaga es la experiencia previa en cuidado de personas de tercera edad, la composición de la familia (incluye personas a cargo) y el vínculo con personas de tercera de edad. Este último se investiga a partir de la relación con abuelos, tíos, suegros, etc. En la mayoría de los casos se encuentran las primeras experiencias en cuidados con familiares cercanos. Otro ítem a interrogar es la formación en la temática que tienen, aunque esta no es prioritaria.

El perfil de cuidadora que se busca es una persona joven, dinámica, que pueda integrarse a un equipo de trabajo, con ganas de aprender y trabajar. Se busca que tengan pasión por el trabajo, respeto por los viejos, cariño y dedicación. Esto último es fundamental y lo que delimita el ingreso a la institución.

Una vez que la persona es seleccionada y comenzó a trabajar rota en ambas guardias para aprender las tareas a realizar, el funcionamiento de la residencia y la dinámica de la misma. Son las compañeras las encargadas de enseñar en esta etapa, en especial la jefa de guardia y la titular quienes van formando al personal nuevo.

Pasado el periodo de prueba es la titular quien decide en conjunto con la jefa de guardia de mayor antigüedad en qué turno va a desempeñarse la nueva cuidadora.

Guardias

En la institución hay dos grupos de trabajo, se les llama “guardia”, cada uno conformado por 5 cuidadoras, más una cocinera y una persona encargada de la limpieza.

Los turnos de trabajo son de 14 hs., de 8 a 22 con descanso de 24 hs. Cuenta con 10 cuidadoras de día y 2 cuidadoras de noche.

Las cuidadoras se organizan a partir de las órdenes de la jefa de guardia. El trabajo consiste en tareas fijas como servir la media tarde una vez que las personas ya han sido levantadas de la siesta y ubicadas cada una en su lugar, el cual siempre es el mismo. Y hay otras actividades que van cambiando de acuerdo a las necesidades de las personas, llevar al baño a quien lo pide, cambiar pañales, atender el teléfono, generar espacios de encuentro para las personas que reciben visitas, maquillar a las mujeres que así lo quieren, ubicar a las personas en las actividades programadas (clase de gimnasia, el taller de psicología, etc). La jefa de guardia además de coordinar estas actividades, lleva el registro por escrito de cada persona (control de presión, azúcar, oxígeno, medicación, etc). Es encargada de la comunicación con los familiares, los directivos de la institución y los profesionales de la salud (médicos, enfermeros, podólogos, etc).

Cada guardia se maneja de manera distinta. Si bien realizan las mismas actividades, cada una tiene una manera de hacerlo particular. Las

decisiones se toman bajo distintos criterios. Algo que marca la diferencia entre ambas guardias es la diferencia de edad y la antigüedad en el trabajo.

Observación

Esta técnica se realizó teniendo en cuenta una serie de categorías, con el objetivo de ordenar los datos a registrar. Los mismos fueron tomados en el ámbito natural de trabajo de las cuidadoras, en el periodo de la tarde, en ambos grupos de trabajo.

Categoría 1: Tareas del cuidador formal

Se dirige el foco de atención a observar cuáles son las tareas del cuidador formal en la práctica institucional y si guardan relación con el cuidado de la salud de las cuidadoras.

Categoría 2: Participación

Se establece esta categoría con el objetivo de conocer cómo es el proceso de la toma de decisión en las cuidadoras y en qué tipo de decisiones pueden intervenir. Así mismo se observa si este proceso guarda relación con el compromiso grupal de las cuidadoras y las tareas a realizar.

Categoría 4: Manejo del cuidado de la salud

Tiene el objetivo de conocer cuáles son las estrategias de autocuidado que implementan las cuidadoras en la práctica y si estas se difunden en el trabajo grupal.

Grupo focal

El mismo se llevó a cabo en la institución geriátrica, con la participación de las cuidadoras que dieron consentimiento para participar. Se

realizó dos grupos focales por grupo de cuidadoras, de acuerdo a la división que tienen por turno laboral. Tuvo una duración de aproximadamente 1 hora, durante el periodo de descanso. Los mismos fueron grabados para su posterior análisis. Los ejes sobre los que se focalizó fueron los siguientes:

- tareas realizadas por las cuidadoras;
- duración de la jornada laboral;
- trabajo con el cuerpo del otro y el vínculo emocional;
- estrés generado por el trabajo y
- comunicación y participación en el trabajo.

Entrevista en profundidad

Para hacer el análisis de las entrevistas realizadas se tomará en cuenta la siguiente variable y categorías, a saber:

- a) *guardia* (se trata de los distintos tipos de grupos que se encuentran organizados por turnos [diurnos y nocturno]; en este trabajo se tomarán en consideración los grupos diurnos, a saber: el grupo A [A, F, X y N] y grupo B [E, S, S y M]);

Categoría 1: Tareas del cuidador formal

Subcategoría 1.1: Tareas contempladas según el marco normativo legal

Esta subcategoría está relacionada con las funciones mentales e intelectuales citadas en la ley de “Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia”, que operan como indicadores específicos de esta subcategoría, esto es:

- la manera de cambiar las posiciones del cuerpo del residente (levantarse y acostarse; desplazarse dentro del hogar, asearse, controlar las necesidades; vestirse, desvestirse y arreglarse; comer y beber);

- reconocer personas y objetos y orientarse; y
- entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas.

Subcategoría 1.2: Tareas no contempladas en el marco normativo legal

A fin de conocer si las tareas del cuidador en el trabajo diario y su práctica se ajustan al marco normativo legal o salen de estas se explora esta subcategoría. Dentro de las tareas no contempladas en el marco normativo, es posible identificar las siguientes:

- control de signos vitales (control de presión arterial, saturación, etc., propias de un enfermero o de un médico);
- contención emocional (no está tipificado, pero estaría asociada al rol de quien cuidada a una persona, en cuanto al vínculo empático con el otro);
- cuidados estéticos de pacientes (realizar manicuría, maquillaje , tintura y peinado de las residentes, lo cual correspondería a una cosmetóloga o peluquera);
- realización de curaciones (propias de un enfermero o médico);
- tareas de tanatopraxia (higiene del cadáver y vestido del mismo); y
- tareas de limpieza (están contempladas en el marco normativo, sin embargo, no son propias del rol del cuidador, sino del mucamo geriátrico).

Categoría 2: Participación

Las cuidadoras de una institución tienden a seguir los objetivos o propósitos de la misma, ya sea por las normativas vigentes, como así también por las indicaciones recibidas. Sin embargo, la participación no se restringe a cuestiones de acatamiento de normas o indicaciones, sino que una persona puede realizar otro tipo de actividades no requeridas pero que pueden estar asociadas a su función específica, o bien enriquecer la misma con un repertorio de participaciones complementarias. Al examinar esta

categoría se pretende conocer qué condiciones de inclusión hay en la institución para las cuidadoras y si esta herramienta potencia el grupo para fortalecerse en función de las tareas que conducen al proceso de toma de decisiones y su correspondiente ejecución.

Subcategoría 2.1: Toma de decisiones

Los niveles de participación están fuertemente asociados a la libertad en la toma de decisiones en función del ejercicio de un rol específico. Por ello es preciso tomar en consideración los siguientes indicadores:

- qué niveles de participación se ponen de manifiesto (participación como oferta/invitación; participación como consulta; participación por delegación; participación como influencia; cogestión y autogestión);
- en qué tipo de decisiones se da la participación de las cuidadoras; y
- qué opinión tienen las cuidadoras acerca del tema.

Subcategoría 2.2: Compromiso participativo

Las cuidadoras de una institución que comparten valores con la misma y con las compañeras de trabajo tienden a estar más comprometidas con su trabajo y el objetivo grupal del mismo. Explorar esta subcategoría permite el acercamiento al compromiso con el grupo de trabajo y con las tareas a realizar, a través de los valores que motivan a las cuidadoras en su labor, y los valores compartidos como grupo, estos representan una de las bases necesaria para el fortalecimiento, por lo que se toman como indicadores de la existencia del proceso mencionado.

Categoría 3: Organización de la atención

Las cuidadoras formales tienden a seguir un esquema de trabajo preestablecido por lo niveles superiores de jefatura, sin embargo frente a ciertas situaciones el esquema puede variar de acuerdo a la necesidad del

momento. Esta categoría tiene el objetivo de conocer si existe organización informal por parte de las cuidadoras y la manera de responder como grupo frente a situaciones inesperadas. Dentro de estas situaciones se incluyen el ausentismo de una compañera de trabajo y situaciones relativas a los residentes (descompensación, hospitalización, etc).

Subcategoría 3.1: Faltar sin previo aviso

Al darse esta situación afecta directamente el trabajo de las cuidadoras en la institución, pudiendo disminuir la calidad del mismo y repercutiendo en la salud de las cuidadoras al elevar los niveles de estrés.

Subcategoría 3.2: Situaciones imprevistas

El esquema laboral de las cuidadoras establece protocolos de acción específicos para las distintas eventualidades de urgencia que puedan suceder. Explorar esta subcategoría permite conocer cuáles son esas situaciones y si el grupo responde a través de la organización interna con posibilidades de modificar el protocolo, o si se mantiene ajustado a lo delimitado por la institución siguiendo órdenes.

Categoría 4: Determinantes de la salud

La salud es concebida como una interacción de distintos factores en interjuego, de acuerdo a Lalonde, estos determinantes son:

- biología humana;
- medio ambiente;
- estilo de vida y
- organización de la atención de la salud.

Este último determinante repercute en la salud de las cuidadoras, ya que la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud, es destinada a las personas que residen en el geriátrico, pero recae directamente sobre las cuidadoras que son quienes llevan adelante el servicio que se brinda.

Conocer los determinantes que incluyen en el concepto de salud las cuidadoras y las medidas preventivas y promocionales que aplican confluye en la educación para la salud que tienen, las acciones por parte de la institución de la organización de la atención de la salud y el empoderamiento de las cuidadoras acerca de su salud.

Subcategoría 4.1: Estrategias promotoras de salud

Esta subcategoría implica explorar el conocimiento y la puesta en acto de estrategias de prevención y promoción de la salud de las cuidadoras en la institución geriátrica.

Modelo de la entrevista para aplicar a cuidadoras de la tercera edad

1. ¿Qué edad tienes?
2. ¿Hace cuánto trabajas acá?
3. ¿Antes habías trabajado como cuidadora?
4. Además de lo laboral ¿Has tenido experiencia cuidando gente mayor?
5. Dentro de las tareas que realizas se encuentran: la higiene personal, el vestido y desvestido, la alimentación, el control de esfínteres, la movilidad del cuerpo y el suministro de medicación. ¿Hay alguna tarea que hagas en tu trabajo que no esté nombrada? Si es así ¿cuál?
6. Notas diferencias en el trato con las personas que muestran algún tipo de deterioro intelectual más marcado?
7. ¿Cómo procedes cuando hablan de cosas que no están pasando, confunden situaciones?
8. Y cuando confunden personas?
9. Y cuando se olvidan del nombre de las cosas?
10. ¿Participas en algún tipo de decisión? Si es así de cuáles?

11. ¿Cuál es tu opinión acerca del nivel de participación en la toma de decisiones?
12. Cuando hay una situación imprevista como se organizan ante esto? (accidente, visita, enfermedad)
13. ¿Quién decide sobre la organización de los turnos?
14. Cuando alguien falta, con o sin aviso ¿Cómo se organizan para cubrir el puesto?
15. Si tuvieras que armar un concepto de salud ¿Cuál sería?
16. Si yo fuese nueva en este trabajo de cuidadora, ¿Qué tips me darías para que cuide mi salud?
17. ¿Por qué venís a trabajar?
18. ¿Cuáles son los valores que sentís que tenes que te permiten hacer este trabajo?
19. ¿Cuáles son los valores que crees que todas comparten como miembro de raíces?
20. Cuando entra alguien nuevo ¿Cómo se transmiten estos valores?

Presentación de resultados

De acuerdo a los datos arrojados por las entrevistas y por la observación participante, en relación a la subcategoría 1.1 (tareas contempladas según el marco normativo), se corrobora que son cumplidas por las cuidadoras en ambos grupos, quienes priorizan la estimulación de las funciones mentales que están deterioradas y la conservación de las mismas. Dentro de estas tareas no se observan quejas ni malestar, sino que estas se encuentran en las áreas relacionadas al carácter de los residentes, el vínculo con los mismos y la muerte de ellos.

Otra de las tareas que surge de la observación participante, la cual no es registrada en las entrevistas esta en relación a la recreación de los residentes: baile, música y canto.

En relación a la subcategoría 1.2 (tareas no contempladas por el marco normativo legal) se encuentran el control de signos vitales (control de presión arterial, saturación, etc.), efectuado de curaciones, tareas de tanatopraxia (higiene del cadáver y vestido del mismo) y tareas de limpieza. Así mismo se encuentran otras tareas que cumplen las cuidadoras, las cuales surgen producto de la observación, sin que estas sean nombradas en las entrevistas, estas son: teñido de cabello y peinado, manicuría y aplicación de maquillaje y masajes de relajación. Estas tareas las realizan ambos grupos, pero es más significativo en el grupo A, quienes están más atentas a la estética de los residentes.

Se observa que en las situaciones en las que una persona con síntomas demenciales, como desorientación tiempo espacial o dificultades en el reconocimiento de personas o elementos, las cuidadoras del grupo A proceden con naturalidad frente a esto, como una situación propia de la población con la que trabajan. En cuanto al grupo B, y de acuerdo a los datos del grupo focal, se extrae el estrés que estas situaciones generan cuando son tan repetitivas. No se observa que haya capacitación formal para las patologías que producen síntomas y cambios en el carácter, la afectividad y el pensamiento, ni talleres o espacios destinados al manejo del estrés, propios del trabajo.

Del discurso de las cuidadoras se destaca la naturalización de las tareas que realizan, sobre todo de aquellas propiamente físicas como la higiene, la curación y la movilización de los residentes. En contraste a esto, aparecen indicadores de malestar en situaciones donde los residentes muestran características de agresividad (física o verbal), cambios de humor, y opositorismo a tareas preestablecidas (comer, bañarse, tomar medicación).

Las tareas que nombra en la entrevista la titular de la institución coinciden con las descripciones de las cuidadoras. En cuanto a los datos de la observación, estos dan cuenta que la titular en la práctica es quien tiene

contacto con la familia o personas a cargo de los residentes, se encarga de la compra y administración de medicación, contacto con los profesionales a cargo y seguimiento personalizado de la historia clínica para su correspondiente actualización.

De la categoría 2 (Participación) se observa que en el grupo A la jefa de guardia delega actividades, quedando en responsabilidad de las cuidadoras tareas básicas de vida diaria (higiene, vestido, alimentación, movilidad). Dos de las cuidadoras indican sentirse a gusto con la posibilidad de participar más activamente en las decisiones, y dos de ellas indican preferencia por seguir órdenes o en su defecto, tomar decisiones de manera grupal.

En el grupo de trabajo B se observa que la jefa de guardia decide y programa las actividades, las cuales hace cumplir de acuerdo a un criterio propio. En el caso de este grupo este tipo de gestión genera discusiones e individualismo al momento de trabajar, constatándose con la técnica de observación. Del grupo focal se extrae el malestar que genera la rivalidad existente entre compañeras y la falta de coordinación laboral debido a la poca comunicación horizontal de las cuidadoras.

En función a lo que manifiesta la titular de la institución se destaca que en las decisiones que pueden participar las cuidadoras son aquellas actividades básicas de la vida diaria, las cuales ya han sido definidas. Fuera de esto, se explicita la imposibilidad de decidir sin el consentimiento del mando superior de la institución: la titular, la doctora o la jefa de guardia de mayor antigüedad.

Los valores que se encuentran en ambos grupos son: respeto, paciencia, responsabilidad, solidaridad, compañerismo, laboriosidad y se incluye el buen humor y el compromiso con la persona residente como sinónimo de omnipresencia. 7 de 8 cuidadoras manifiestan que la motivación se trata del agrado hacia el trabajo y el cariño hacia las personas residentes, dándole el mismo peso a la motivación económica, otra de las motivaciones

nombradas es la realización personal a través del trabajo. Estos datos surgen de las entrevistas semidirigida, sin embargo no se constata por medio de la observación y de los grupos focales. Técnicas que muestran que el grupo B pone en práctica estos valores éticos mencionados en función de los residentes y las tareas a realizar, no así para con el grupo.

Como motivación de trabajo por parte de la titular aparece la pasión por el contacto con la gente de tercera edad y valores como la vocación de servicio, la laboriosidad, y se destaca el gusto por la profesión y la importancia de la empatía como base para ser cuidadora. Esta característica de la empatía se observa en la relación de las cuidadoras con las residentes como algo remarcado.

De la categoría 3 (organización de la atención) se extrae que solo una cuidadora refiere que no reemplazar a la compañera que falta genera sobrecarga en el trabajo y malestar, las otras 7 cuidadoras tienen un discurso naturalizado acerca del fenómeno. En cuanto a la organización para los reemplazos por inasistencia programada o cambio de día de franco, se observa que son las mismas cuidadoras quienes se ponen de acuerdo para estos cambios, estos a su vez siempre deben estar avalados por la titular de la institución.

Se observa que las cuidadoras tienen poder de decisión en relación a los turnos, horarios y días laborales. Desde la institución se avala la flexibilidad de horarios y el cambio de jornada laboral cuando es por turnos médicos.

La titular sostiene que ante la falta de una cuidadora se le debe comunicar a ella directamente. Ella es quien evalúa si se hace el reemplazo o el equipo trabaja ese día con una cuidadora menos.

Un dato significativo es la rapidez con la que deben trabajar cuando falta personal y como eso repercute en el humor de las cuidadoras. En particular se ve más afectado el grupo B, quienes al faltar una compañera se retrasan en el trabajo que deben hacer. Así mismo se registra que las

cuidadoras usan el celular para asuntos personales durante todo el día e incluso para escuchar música, actividad que interrumpe los talleres dictados para los residentes.

Frente a los eventos inesperados las cuidadoras refieren que tiene un protocolo preestablecido, este responde a indicaciones que da la jefa de guardia y de ser necesario se consulta con la titular de la institución. Se observa que la gestión responde a una estrategia de comunicación vertical ascendente con grados de responsabilidad en aumento, quienes tienen una posición avocada a ejecutar órdenes. El tipo de situaciones imprevistas que surgen en las entrevistas son: descompensación, enfermedad, muerte de un residente, o el ausentismo de una compañera de trabajo.

De la entrevista de la titular surge un evento imprevisto distinto como puede ser una situación de temblor. De este refiere que las empleadas están capacitadas para enfrentar con eficiencia la situación, al igual que situaciones de descompensación de un residente ya que en ambas guardias hay personal capacitado para poner oxígeno y tomar signos vitales.

El grupo A es más eficiente a la hora de resolver situaciones imprevistas ya que se encuentra mejor coordinado, tiene mejor comunicación y relación entre sí. En el grupo B en estos casos, se observa la duplicación de tareas por parte de las cuidadoras debido a la escasa comunicación existente.

De la categoría 4 (determinantes del concepto de salud) se destaca en un primer momento la sorpresa que genera la consigna y la dificultad que conlleva la respuesta a la pregunta sobre qué es la salud.

Los componentes de salud de las cuidadoras incluyen: conceptos de ánimos, afectos, higiene, alimentación e hidratación, divididos en salud física y mental; se incluyen también conceptos que refieren al descuido de la salud debido a malos hábitos como fumar, no hacer chequeos médicos o exceso de actividades.

En esta categoría se notan conceptos erróneos acerca de la misma, falta de lenguaje técnico y desinformación acerca de las patologías que generan alteraciones del carácter, la emotividad y el pensamiento, por lo que suelen usar eufemismos o diagnósticos erróneos para referirse a las personas que residen en el geriátrico.

En el grupo A, en contraste a las definiciones de salud que dan y lo que incluyen en ellas, no se observa capacidad de crítica en referencia a la sobrecarga laboral que reciben cuando una compañera falta. Tampoco se hacen presentes opiniones respecto a la falta de capacitación formal por parte de la institución, lo cual contribuiría con el cuidado de sí mismas como parte de la salud. En el grupo B esta crítica se hace presente, hay conciencia de la falta de medidas higiénicas como el uso de guantes y barbijos, el exceso de horas de trabajo y el agotamiento que genera, y lo difícil que es trabajar con personas que padecen demencia senil e incluso lo difícil que es enfrentar la muerte de los residentes.

La noción de salud que refiere la titular de la institución hace hincapié en la importancia del cuidado de la salud psicológica para estar bien orgánicamente o sobrellevar mejor las enfermedades físicas.

Dentro de las estrategias de prevención de enfermedades nombradas en las entrevistas se encuentran el uso de guantes y barbijos, junto a las técnicas de movilización. Sin embargo en la observación se determina que no en todos los casos se cumple con estas medidas y que las técnicas de movilización en muchos casos son inexistentes o carecen de técnica profesional.

En cuanto a las estrategias de promoción de salud se incluyen nociones de respeto, paciencia, estar a gusto con la tarea y compañerismo. Se destaca que 5 de las cuidadoras mencionan la importancia de cuidar la salud mental para evitar el estrés y la depresión, sin embargo no nombran estrategias concretas. Del grupo focal se extrae la importancia de la música, como estrategia frente al estrés, en relación a esto y de la observación

participante se extrae el uso de celulares y radio los cuales están avalados por la institución.

De la entrevista a la titular de la institución se extrae el reemplazo de la capacitación formal por consejos informales los cuales se tratan de: realizar ejercicio físico, descansar lo suficiente, trabajar en armonía y en especial disfrutar el trabajo.

Discusión de resultados

Las tareas que ejecuta el cuidador formal en la práctica institucional concuerdan con las tipificadas en la ley N° 39/2006, “Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia” la cual establece la atención a las actividades básicas de la vida diaria de quien es cuidado. Ahora bien, respecto de las funciones establecidas en la ley provincial “Régimen de cuidadores polivalentes” n° 8.893, art. 4°, las siguientes no corresponden a las realizadas por las cuidadoras formales bajo estudio:

- incidir en la desmitificación de prejuicios y estereotipos; y
- participar en cursos de actualización profesional para atención, prevención y asistencia del paciente/asistido y de su entorno familiar.

El primer rasgo de “desmitificación de prejuicios y estereotipos” no resulta obvio o evidente, cabría la posible interpretación de que el cuidador formal tendría la tarea de eliminar prejuicios y estereotipos respecto de cómo el residente se autocalifica o del modo de construir su propia autoimagen, así como del modo en que el cuidador debe referirse al residente a fin de no generar estigmas o estereotipos depresores de su autoestima. Sin embargo, esta sería una simple interpretación de un aspecto “oscuro” de la normativa.

Las siguientes funciones incluidas en la ley son contempladas solo por la titular de la institución, a excepción de la jefa de guardia. Entonces, la

titular fomenta, sostiene y articula “las redes solidarias de apoyo que tiendan a mejorar la calidad de vida y la conservación del rol familiar y social del asistido”, provee “información sobre la disponibilidad y acceso de recursos existentes a nivel comunitario” y desempeña “el rol de interlocutora para difundir aquellos conocimientos específicos incorporados, a quien cuida y a su grupo familiar”, actividad que también es compartida por la jefa de guardia. En la práctica institucional las cuidadoras llevan adelante una serie de tareas que no son propias de su función. Estas son:

- a) tareas de enfermería;
- b) tareas de limpieza;
- c) tareas de tanatopraxia;
- d) cuidados estéticos y
- e) contención emocional ;

El discurso de la titular de la institución muestra que tiene un poder absoluto para dirigir las tareas a realizar, lo que va en contra de lo que Montero (2003) sugiere para promover el fortalecimiento, es decir, la generación de situaciones en donde los miembros de la comunidad tengan control y dirección sobre algunas circunstancias.

(...) el referente de guardia, no hay jefe de guardia, la jefa soy yo.

La única persona con capacidad de decidir avalada por la titular de la institución es la persona encargada de la guardia más antigua, quien genera una dinámica de trabajo más inclusiva. Según Aguilar Idañes (2001) el nivel de participación es el 3: *participación por delegación*. Esto implica la delegación de responsabilidades, lo que brinda la posibilidad de tomar decisiones de manera autónoma. Este tipo de decisiones tienen que ver con tareas contempladas en las actividades básicas de la vida diaria (higiene, vestido, alimentación, movilidad) generando enriquecimiento del trabajo debido al aporte que cada cuidadora hace, esta es una de las características

de la participación: el proceso de enseñanza y aprendizaje simultáneo. La siguiente respuesta es de una cuidadora frente a la pregunta ¿Cuáles son los valores que sentís que tenes que te permiten hacer este trabajo?

Que yo puedo, que me dejan ser, por ejemplo si yo quiero entrar y bañar a una abuela y pintarla lo puedo hacer, si yo quiero ir y curar a la R 2 o 3 veces lo hago, bueno que me dejan ser, hacer lo que yo quiero, ir y limpiar allá.

Esta dinámica de trabajo se da en el grupo de cuidadoras con mayor antigüedad, quienes son más eficientes a la hora de trabajar, grupo A.

(...) somos 5 y todas mujeres grandes, es distinto, vos sabes lo que tenes que hacer, no hace falta que te estén diciendo lo que tenes que hacer, por ahí hay chicas jovencitas y nosotras todos tenemos niños, y cuando tenes niños tenes más responsabilidades, no sé, es mi punto de vista.

Así mismo se observa que la socialización es mucho mejor, aparecen con más frecuencia relatos de apoyo y compañerismo. Lo llamativo de la participación de este grupo es que no está avalada de manera formal por la titular, no es una práctica instituida, sino que se genera en el núcleo del grupo. Este proceso que se observa da cuenta de lo que Montero (2004) plantea como efectos de la participación comunitaria: el desarrollo de colaboración y solidaridad y la comunicación horizontal generada entre los participantes.

Del discurso del grupo A se concluye que en sí mismo, es una comunidad. Se observa que hay un sentido de pertenencia que guía al grupo en un objetivo común, el cual beneficia a todas las cuidadoras. Este es sin dudas, uno de los potenciales que tiene este grupo para fortalecerse. A continuación se presentan algunas viñetas representativas:

(..) trabajamos como un equipo, si allá (sector hombres) hay alguien que ya terminó con algo ayuda en otra cosa, nunca vas a ver que alguna esté sentada sin nada para hacer mientras la

otra está trabajando. Hacemos todo para que quede listo y nos podamos ir.

Nosotras somos todas mujeres grandes, nos respetamos y hacemos nuestro trabajo. Estamos acostumbradas a estar juntas y la pasamos re bien, siempre estamos bailando, cantando, haciendo chistes. Nuestra guardia es así.

La respuesta de una cuidadora a la siguiente pregunta ¿Cuál es tu opinión acerca del nivel de participación en la toma de decisiones?:

Para mi es lo mejor, porque vos sabes que no siempre vas a venir bien y vos sabes que tenes tus compañeras que te respaldan. Sabes que tenes tus compañeras al palo respaldándote y es muy diferente a saber que estás sola.

Se observa que los vínculos existentes entre las cuidadoras de esta guardia potencia el compromiso hacia la tarea, reflejándose en la escasa ausencia a la jornada laboral, la ayuda mutua, el establecimiento de un objetivo grupal y el sentido de pertenencia al grupo. Estos efectos de la participación y el compromiso comunitario que tiene el grupo, es lo que Montero (2004) refiere como generadores de fuerza e impulso a modo de carácter motivador.

En relación a la salud, de acuerdo a la teoría de Lalonde, se observa que principalmente las cuidadoras incluyen nociones en relación al determinante de la biología humana. En segundo lugar se encuentra el determinante del estilo de vida y por último la organización de la atención de la salud.

En el grupo A se observa que el clima en el que trabajan es de compañerismo y buen humor, características que incluyen dentro del concepto de salud y que son avaladas y promovidas por la institución. Es decir, que la calidad de las relaciones entre las cuidadoras es buena como así también la cantidad, la cual es la indicada por la ley provincial “Habilitación de establecimientos prestatarios de servicios de salud” n° 5532.

De acuerdo a la dinámica de trabajo que genera la jefa de guardia se da la posibilidad de participación activa por parte de las cuidadoras, lo que les da poder y sentido de pertenencia. Esto da cuenta lo que Goic (2004) plantea en cuanto a la importancia de la cuestión ética del asunto en el sistema de salud, es decir, brindar la posibilidad de que las personas puedan fortalecerse para tomar control sobre sus recursos.

Sin embargo se observa que el grupo no es crítico a la hora de tener en cuenta la sobre carga laboral que genera no reemplazar a una compañera cuando falta a la jornada laboral, o el desgaste físico y psíquico que generan las 14 horas diarias de trabajo. Este proceso es el que Montero (2004) define como habituación y naturalización, los cuales van en contra del fortalecimiento. La siguiente viñeta representa lo dicho:

Y nosotras tratamos de seguir como si nada, ya nosotras entre nosotras sabemos cómo nos organizamos, tratamos de no reemplazar porque ya sabemos cómo nos organizamos. (...) Nos la arreglamos solas, no nos gusta molestar, el día de descanso es sagrado. A veces la Pato se pone nerviosa pero nos manejamos así. No es lo mismo, pero tratamos de molestar a nadie.

El relato de una cuidadora refiere lo siguiente como estrategia promotora:

La cintura, la espalda, que no hagas fuerza vos sola, viste a veces decir –no, vamos entre las dos- porque sé que es más alivio, decirte que sola no, sola levantar los abuelos pesados no.

Por parte de la titular de la institución se observa la promoción por el disfrute del trabajo y la familiarización con los residentes, la involucración directa e íntima con quien se cuida. El efecto que esto causa en las cuidadoras es de compromiso. El siguiente relato lo representa:

(...) me gusta mucho... me encariño mucho con los abuelos, con las chicas, porque, me gusta el ambiente de trabajo que hay, siempre la mayoría de las veces yo he trabajado sola y es la primer vez que trabajo con grupo así y me gusta.

Se observa que la naturalización quita la capacidad crítica de dar cuenta de fallas de la institución. En el último caso se observa la falta de capacitación necesaria para trabajar con una determinada población con características particulares. Esto genera un impacto en la salud tanto del cuidador como de quien es cuidado. Se toma la palabra de una cuidadora a continuación:

(...) cada cosa que ocupo o que hago funn! Me pongo gel, me hecho gel perfume, crema en las manos, pero para qué? Para que no te lleves ningún virus a tu casa (...) el baño no lo uso, no, no lo comparto, me la aguanto

La falta de capacitación formal en las cuidadoras va en contra de lo que Colomer Revuelta (2006) destaca, y lo que en la primera conferencia internacional de la salud se define como la promoción de la misma, a partir de la importancia de la capacitación como herramienta para que las personas puedan hacer uso de sus recursos, esto último como fundamental para definir un estado adecuado de bienestar. En oposición a esto en el geriátrico la capacitación es informal y aparece como una práctica instituida, avalada y promovida por las cuidadoras. Al indagar el tema una de ellas refiere:

Sola acá viendo. Mucho me ayudó E, Pastora. Y en otros trabajos también. Yo aprendí a curar escaras acá, aprendí a colocar una sonda nasogástrica, suero, aprendí a colocar inyecciones acá, cómo colocar intramuscular y cómo colocar la simple. Sola he aprendido acá. Muchas cosas he aprendido acá por eso cuando te dicen –che no te quieres cambiar de laburo- no, no porque yo he aprendido mucho acá.

Las estrategias promotoras por parte de la institución son insuficientes, y por parte de las cuidadoras no llegan concretizarse de manera específica. En esto interviene la falta de aval institucional para brindar tiempo y recursos económicos destinados a esta necesidad presente, y por parte de las cuidadoras la concientización de las mismas.

Se concluye que en el grupo en el cual hay sentido de pertenencia, debido a la propia involucración personal por el objetivo del grupo y las personas que lo conforman, se pierde parte proceso de pensar críticamente y con ello se naturaliza y se habitúan prácticas no saludables.

El proceso de capacitación informal, alentado por la institución, ayuda a desarrollar el compromiso comunitario entre las cuidadoras por lo que se forma un grupo más unido gracias a la involucración propia de las cuidadoras en el objetivo grupal, funcionando como una comunidad. Sin embargo, se pierde parte proceso de pensar críticamente y con ello se naturaliza y se habitúan prácticas no saludables, las cuales se agravan por la falta de capacitación formal.

Contrariamente en el grupo B, del cual se puede decir que el sentido de pertenencia al mismo no existe y el compromiso se encuentra puesto en la tarea, pero no como objetivo grupal, sino individual, la participación es de nivel 1: *participación como oferta/invitación*, esto implica que la jefa de guardia decide y organiza un plan de acción el cual ordena en línea vertical descendiente a las cuidadoras. La cuidadora quien es responsable de reemplazar a la jefa de guardia en caso de ausencia indica:

Y... ponele no está L, las decisiones las tomo yo, quien va para acá quien va para allá, quien le va a dar de comer a la L, quien le va a dar de comer a la L, o quien ayuda, quien va a bañar, quien va a ir a la lavandería o cosas así, si no está la L y si no más que nada ella me maneja a mí (...)

En este grupo, se observa gran rotación de personal, ausentismo reiterado de las cuidadoras y discusiones generadas por el incumplimiento

de las órdenes de la jefa de guardia. Las siguientes viñetas son representativas de esta situación:

(...) pero no no no, dejame así porque a veces hay problema con ese sentido. De ser encargada no me gustaría (...) porque te agarras bronca con las compañeras, de hacerte la pesada (...)

La cuidadora encargada de reemplazar a la jefa de guardia del grupo refiere:

A mí no me gusta decidir mucho porque soy mucho más chica que todas ehh..., yo creo que deben pensar –qué me viene a mandar esta- eso pienso yo, pero me cuesta un montón mandar y decir quién tiene que hacer esto y quién lo otro, eso sí me cuesta decirlo porque, por el pensamiento de la otra persona. O yo digo a y hacen b, o yo digo c y ellas hacen d y así sucesivamente, a veces no te respetan

Por el material que se va recolectando se observa que en este grupo no se encuentran las características necesarias para formar una comunidad. La siguiente viñeta lo representa:

Mira compañerismo no te puedo decir porque mucho compañerismo no hay, primero y principal que es una de las normas de convivencia (...) en muchos casos hay muchas tareas que se dividen y no se hacen como tendrían que hacerse entonces perdemos la relación, entonces nos enojamos. Mira que somos muy jóvenes entonces a penas nos tocan somos pólvora y entonces explotamos entonces a veces mucho compañerismo no hay pero sí trabajamos, trabajamos y mucho

Esta viñeta evidencia que no tienen un objetivo en común establecido como grupo. Aquello que comparten y es común a todas las cuidadoras es exclusivamente la institución, no se encuentran experiencias compartidas,

sentimientos o proyectos en común, recuerdos o relaciones, como indica Montero (2004) al hablar de una comunidad. Este grupo no ha generado un sentido de pertenencia, sino todo lo contrario, se encuentran indicadores de individualismo marcado por la falta de compañerismo.

Sin embargo en este grupo se constatan mayores procesos de problematización, concepto de Freiré tomado por Montero (2004), referido al no aceptar pasivamente aquellas normas que vienen de la institución, sino que se analizan de manera más crítica, lo cual es positivo como herramienta del fortalecimiento. Un ejemplo de esto es lo que refieren las cuidadoras incorporadas al staff más recientemente, quienes denuncian que no todas usan guantes o que la jornada laboral es muy extensa, denominándola como “sacrificante”.

La siguiente viñeta da cuenta acerca del proceso comunitario de la toma de conciencia crítica que ejerce este grupo, el cual como refiere Montero (2004), permite superar la ideologización y la pasividad, ayudando al desarrollo y la transformación a partir de la aceptación de los efectos del trabajo propio del cuidador.

Si es que te queda la cabeza cansada. Es mucho cansancio psicológico más que físico.

Este grupo pone en palabras las dificultades emocionales que conlleva el trabajo debido a la involucración con los residentes, aspecto que se niega en el grupo A. La próxima viñeta da cuenta del malestar asociado a la tarea:

(...) es feo porque vos le agarras un cariño y de repente ver ahí que te falta y se extraña, vos pasas y miras y decís –ahí estaba la M.S- y es feo porque te encariñas y todos me dicen - no te tenes que poner mal-, pero es como un cariño que le agarras, es como si fuera tu abuela y de repente que se te va y decís – ya está- pero no, ya está no, eso te queda, me hacen poner mal cuando las veo tristes (...)

Sin embargo estos procesos presentes en el grupo B no alcanzan a generar la movilización necesaria para generar un cambio. Esto estaría en relación a la postura pasiva y receptiva de las cuidadoras en el grupo. Tanto el orden, como la calidad y cantidad del trabajo que hacen se ven atacados por el debilitamiento que tiene el grupo en sentido comunitario. Aquellas herramientas que podrían ser positivas, como la problematización y desnaturalización lejos de ser una herramienta útil para el grupo, individualiza el trabajo y marca diferencias entre las cuidadoras. Es decir, sin la participación activa de las cuidadoras y el sentido de pertenencia a una comunidad, las otras herramientas no cumplen con su función.

Conclusiones

Puesto que el objetivo de la investigación ha sido el de reconocer las estrategias de fortalecimiento de cuidadores formales de ancianos en la institución geriátrica privada “Raíces”, se construyó un marco teórico relativo a los cuidadores formales, la institución geriátrica y la psicología comunitaria, sus vinculaciones y aquellos conceptos asociados, así como al fortalecimiento del rol de las cuidadoras.

Por lo tanto, seguidamente se abordó el objeto de estudio constituido por las cuidadoras formales de ancianos (residentes). Las tareas típicas de las cuidadoras son tareas básicas de la vida diaria, tales como proveer la higiene personal, el vestido y desvestido, la alimentación, el control de esfínteres, la movilidad del cuerpo y el suministro de medicación. Habitualmente a estas tareas se suman otras no contempladas en la convención colectiva de trabajo, del tipo de enfermería y de tanatopraxia. Así mismo se anexan otras de limpieza, las cuales contempla la convención pero no son exclusivas del cuidador. A estas tareas cabe agregar otras que no son mencionadas por las cuidadoras, como el descubrimiento de signos físicos y cambios de estado de ánimo, cuidados estéticos de pacientes, contención emocional. La titular de la institución contempla además otras tareas las cuales establece la ley provincial “Régimen de cuidadores polivalentes” n° 5532, a saber: “sostener y articular las redes solidarias de apoyo que tiendan a mejorar la calidad de vida y la conservación del rol familiar y social del asistido”, “proveer información sobre la disponibilidad y acceso de recursos existentes a nivel comunitario” y “desempeñar el rol de interlocutora para difundir aquellos conocimientos específicos incorporados, a quien cuida y a su grupo familiar”.

La psicología comunitaria provee modelos descriptivos y explicativos relativos al cuidado formal. De allí se desprende el papel fundamental de las

estrategias de participación y de compromiso comunitario para sentar las bases del fortalecimiento de las personas.

Se concluye que en el Grupo A de cuidadoras donde presentaba mayores niveles de participación y compromiso comunitario se ausenta la capacidad crítica, que ocasiona el debilitamiento de la comunidad. En contraste con esto, el otro Grupo B con el que se trabajó tiene capacidad crítica, lo cual les permite evitar la naturalización de prácticas instituidas no saludables; no obstante se observa que el nivel de participación tan bajo que tienen y el escaso compromiso con el grupo no permite que la crítica pueda ser usada constructivamente como herramienta para el fortalecimiento. Así se comprueba la hipótesis planteada que indica que las cuidadoras formales de ancianos que tienen mejor nivel de participación comunitaria son más proclives a fortalecerse que aquellas que no lo hacen.

En cuanto a la salud, esta es abordada desde el ámbito de la comunidad, ya que es entendida como un constructo propio del momento histórico y de la cultura. Cabe destacar que las mismas cuidadoras sean quienes puedan poner en práctica estrategias que mejoren la calidad de su misma salud, así como promoverla.

La institución utiliza como estrategia promotora de salud el fomento de las relaciones positivas de las cuidadoras entre sí y de ellas con los residentes, del mismo modo que el sentido de humor como manera de paliar con el estrés generado por la labor. Otra estrategia que se utiliza es la de la capacitación informal, mediante el intercambio con sus pares, la que tiende a generar el fortalecimiento de vínculos. Sin embargo no se observa capacitación formal ni actividades dedicadas al desarrollo y recreación de las cuidadoras.

A partir de lo arriba expuesto se propone la incorporación de capacitación formal y talleres temáticos destinados a las cuidadoras según sus necesidades, gracias a las cuales puedan ponerse en contacto, de

manera consciente y crítica, con aquellas situaciones que las aquejan y pueden transformar esas situaciones fortaleciéndose.

Bibliografía

- Aguirre, R. (2013). *Sistema Nacional de Cuidados. Personas ocupadas en el sector de cuidados*. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social.
- Baptista Lucio, M. P., Fernández Collado, C. y Hernández Sampieri, R. (2010). El proceso de la investigación cualitativa. En M. P. Baptista Lucio; C. Fernández Collado y R. Hernández Sampieri (Eds.), *Metodología de la investigación* (pp. 360-542). Mexico: McGRAW-HILL.
- Carta de Ottawa (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Primera conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. Carta de Ottawa. 1986.
- Colomer Revuelta, C.; Álvarez, C. y Díaz, D. (2006). Promoción de salud: concepto, estrategias y método. En Colomer Revuelta, C., Álvarez, C., y Díaz, D. (Eds.), *Promoción de la salud y cambio social* (pp. 27-36). Recuperado de <https://books.google.com.ar/books?id=tOMJWnY2A8sC&printsec=frontcover&dq=promocion+de+salud:+concepto,+estrategias+y+metodo&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwju9oWRs5nQAhXGnJAKHZ_JD60Q6AEIGTAA#v=onepage&q=promocion%20de%20salud%3A%20concepto%2C%20estrategias%20y%20metodo&f=false>.
- Danel, P. (2008). Adultos mayores institucionalizados: Objetos de protección, cuidado y rentabilidad. En *Jornadas de Cuerpo y Cultura de la UNLP*, 15 al 17 de mayo de 2008, La Plata: UNLP. Disponible en <http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.654/ev.654.pdf>.
- Declaración de Alma-Ata (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978

- De los Reyes, M. C. (Noviembre, 2001). Construyendo el concepto de cuidador de ancianos. En *Conferencia presentada en la IV Reunión de Antropología de Mercosur. Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur*. Curitiba. Recuperado de <https://gerincon.files.wordpress.com/2010/05/construyendo_el_concepto_de_cuidador.pdf>.
- Federación de asociaciones de trabajadores de la sanidad argentina (1975). Convención colectiva de trabajo 122/75. Sanidad, clínicas y sanatorios.
- Figuroa Pedraza, D. (abril-junio, 2002). Participación comunitaria y salud. *Salus cum propositum vitae*, 3(2). Recuperado de <http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion_salud.html>.
- Gatti, C. E.; Villalba, R. D.; Molina, G. y Alegría, H. (2011). Módulo 7: *Salud y participación comunitaria*. Recuperado de <<http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php/informacion-para-equipos-de-salud/material-bibliografico>>.
- Goic, G. (Marzo, 2004). Ética de la organización de la atención de la salud. *Revista Médica de Chile*, 132(3). Recuperado de <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000300016>.
- Gómez, J.; Rubio, C.; y Auchter, M. (2011). Módulo 1: *Salud y sociedad*. Recuperado de <<http://www.msal.gov.ar/equiposcomunitarios/images/stories/Equipos/posgrado-salud-social-comunitaria/1-modulo-pssyc.pdf>>.
- Montero, M. (2003). *Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Paidós
- Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.

- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar: el método en la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós
- Montero, M. (2009). El fortalecimiento en la comunidad, sus dificultades y alcances. *Universitas Psychologica*, 8(3), 615-626. Caracas: Universidad Central de Venezuela. Recuperado de <<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v83a3>>.
- Morgan, D. L. (1998). *Focus Groups as Qualitative Research*, Beverly Hills: Sage University Paper Series.
- Neiman, G. y Quarantana, G. (2015). Los estudios de caso en la investigación sociológica. En Vasilachis de Gialdino, I. (Ed.). *Estrategias de investigación cualitativa* (pp.213-234). Buenos Aires: Gedisa editorial.
- Olivero, I. V. (2013). Salud y nutrición pública. En Olivero, I. V. (Ed.), *Manual básico de salud, alimentación y nutrición pública* (pp. 7-42). Recuperado de <<http://www0.unsl.edu.ar/~disgraf/neuweb2/pdf/manual%20teorico%20de%20salud%20publica%20en%20nutricion.pdf>>.
- Portal de Noticias del Gobierno de la Provincia de Córdoba (27 de julio de 2012). Gestionar salud positiva y atender la enfermedad inevitable. Recuperado de <<http://prensa.cba.gov.ar/salud/gestionar-salud-positiva-y-atender-la-enfermedad-inevitable/>>.
- Provincia de Mendoza (03 de Julio, 1990). Ley 5532 - *Habilitación de establecimientos prestatarios de servicios de salud*.
- Provincia de Mendoza (02 de Septiembre, 2016). Ley 8893 – *Régimen de cuidadores polivalentes*.

- Sánchez López, J. F.; Díaz Morales, J. F.; Cuéllar Flores, I.; Castellanos Vidal, B.; Fernández Martínez, M. T. y de Tena Fontaneda, A. F. (2007). *La salud física y psicológica de las personas cuidadoras: comparación entre cuidadores formales e informales*. (Proyecto). Madrid: Universidad Complutense Madrid. Recuperado de <http://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/idi24_07saludfisica.pdf>.
- Saforcada, E.; De Lellis, M. y Mozobancyck, S. (2010). El concepto de salud comunitaria: una nueva perspectiva en salud pública. En *Psicología y Salud Pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano* (pp.43-57). Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada, E.; De Lellis, M. y Mozobancyck, S. (2010). Gestión de salud positiva. En *Psicología y Salud Pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*, 95-127. Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada, E. (enero-abril, 2012). Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. *Aletheia* (37), 7-22. Recuperado de <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115026222002>>. ISSN 1413-0394.
- Sonis, A.; Bello, J. N. y De Lellis, M. (2011). Módulo 1: Salud y sociedad. Recuperado de <<http://www.msal.gob.ar/equiposcomunitarios/images/stories/Equipos/posgrado-salud-social-comunitaria/1-modulo-pssyc.pdf>>.
- Valderrama, H. (2000). *Manual argentino para el cuidado de ancianos*. Santa Fe: Lux.

ANEXOS

Entrevista titular de la institución geriátrica: Sra. Pastora Alonso

¿Qué edad tenes?

51

¿Hace cuanto trabajas acá?

Desde que empezó, yo soy la organizó todo esto, existe por eso.

¿Antes habías trabajado como cuidadora?

Cuidé a mis abuelos, a mis hermanos... a todos, en cuanto enfermo aparecía yo lo cuidaba

Dentro de las tareas que realizas se encuentran: la higiene personal, el vestido y desvestido, la alimentación, el control de esfínteres, la movilidad del cuerpo y el suministro de medicación. ¿Hay alguna tarea que hagas en tu trabajo que no esté nombrada? Si es así ¿cuál?

Curaciones de la piel, control sanitario: signos vitales, temperatura, pulso, frecuencia cardiaca, oxígeno, el vestido, el aseo, el bañado

¿Notas diferencias en el trato con las personas que muestran algún tipo de deterioro intelectual más marcado?

Personalmente yo, en realidad... a mí me gusta más la gente que tiene más... que tiene menos recursos, ya sean intelectuales, de motricidad... pero porque es como un desafío pero... afectivamente a todos los siento iguales.

¿Y en el trabajo que hacen las cuidadoras hay alguna diferencia?

Les cuesta más con la gente que está más sana, más sana sin síndromes demenciales, yo creo que debe ser por ahí porque la persona cuesta más llevarla, cuesta más convencerla porque la persona, si bien no tienen demencias muy graves hay algún tipo de demencia por ejemplo hay algún tipo de –no me quiero bañar- o se olvidan de algunas cosas entonces cuando vos las ves que están ubicadas en tiempo y espacio, temporalmente es como más difícil explicarles y tratar de decirles –no, te olvidaste- es más difícil porque para ellas es imposible que se hayan olvidado entonces empieza, en los inicios de las demencias por ahí es como que cuesta más y

a uno como persona es como que se tiene que dar cuenta que tiene un inicio de demencia, a veces uno no lo cree entonces cuesta más abordarlas.

¿Cómo procedes cuando hablan de cosas que no están pasando, confunden situaciones o personas?

Se les explica con paciencia, que no pasó eso y se les hace todo un cronograma de lo que se trabajó, de lo que se hizo, lo que no se hizo, y si no por ahí, es según la personalidad del anciano por ahí tratas de conformarlo, yo siempre les digo –hagan de cuenta- hagan de cuenta que hicieron tal cosa y díganle –sí, lo hicimos- entonces bueno como que pueden seguir sin esa angustia, porque en realidad yo creo que en ellos genera una angustia eso de darse cuenta que se están olvidando de cosas, hay alguna gente que realmente te dice –ah, me estaré olvidando de las cosas!- y bueno, ahí puedes abordar con más tranquilidad, pero el que se enoja o se pone mal porque se olvida de las cosas y no lo puede reconocer es más difícil

¿Y las cuidadoras en ese caso que deben hacer cuando se encuentran con esos principios de demencia?

Hacer esto, y si no lo pueden sobrellevar, llegan a un límite bueno, hablar conmigo, y después se hacen... cuando hay límites se hacen interconsultas psiquiátricas para ver que... que medicación se les puede dar para que estén un poquito más eh... yo siempre sigo “más vivas” más con los pies sobre la tierra, hay medicación que sirve en estos casos, que baja las ansiedades, la agresividad...

¿Participan las cuidadoras en algún tipo de decisión? Si es así de cuáles?

Decisiones pueden tomar sobre la comida... cosas así que se presenten... y cambiar las comidas pero en realidad no, las decisiones las tomo yo y si no estoy yo las toma E con el consentimiento mío, y si no cualquiera me tiene que llamar a mí y en su defecto a la doctora, no tienen acceso a tomar decisiones, salvo las decisiones normales: baño, vestido... - las limpio, les charlo, converso, eh... trato de que pasen un día lindo, les hago hacer ejercicio, les pongo un juego- decisiones y sobre todo medicas no. De todas formas ya hay un diagrama que hay que cumplirlo, se bañan tantas personas... entonces medio que ya lo tienen pre establecido, pueden tomar la decisión de cambiar un baño por otro porque alguna no se haya querido bañar...

¿Cuál es tu opinión acerca del nivel de participación de las cuidadoras en la toma de decisiones?

Esta establecido así, demasiado se flexibilizó cuando se empezó a delegar en E.

Cuando hay una situación imprevista, ¿cómo se organizan ante esto?

Me llaman a mí, en su defecto E

Te llaman a vos, ¿cualquier cuidadora, o la jefa de guardia?

Generalmente el referente de guardia, no hay jefe de guardia, la jefa soy yo.

¿Qué podría ser una situación imprevista?

Temblor, ya tienen todo lo que es problemas naturales ya saben las chicas como tienen que actuar, cortar el gas, sacar primero las personas que caminan... el ingeniero en higiene y seguridad ya se los ha explicado, hay un manual, todo, igual me tiene que llamar a mí, igual no van a alcanzar a llegar que yo voy a llegar. Imprevisto... que un abuelo se descomponga, me llaman a mí y paralelamente a la ambulancia o a la doctora si yo no estuviera, me transmiten a mí o a la doctora qué es lo que tienen, cuáles son los síntomas y la doctora te dice –llamá a la ambulancia o no llames- obvio que toman decisiones ante emergencia como esas, todas están capacitadas en alguna guardia para poner un oxígeno... si necesitan un oxígeno urgente lo ponen y me llaman

¿Quién decide sobre la organización de los turnos?

Ya está organizado, un mes los días pares una guardia y al otro mes los días impares. Eso es así. El tema del horario lo eligió el personal antiguo, propusieron trabajar 14 horas, un día sí y otro no. En eso es importante que estén a gusto. Es complicado conseguir personal que tenga estabilidad, sobre todo la gente joven, la falta pasión, hace 4 o 5 años atrás no lo notaba, he formado mucha gente joven. Cuesta transmitir lo que uno quiere como institución, falta compromiso.

Cuando alguien falta, con o sin aviso ¿Cómo se organizan para cubrir el puesto?

O se recargan las que están, según cuántas estén, porque por ahí hay muchas entonces si faltan no pasa nada o llamas a otra cuidadora, en general tratas de llamar a otra cuidadora

Si tuvieras que armar un concepto de salud ¿Cuál sería?

Y hasta hace un tiempo te diría que... sería para mí la salud que todo lo orgánico estuviera perfecto, funcionara perfecto el organismo digamos, excluido el cerebro, la mente, lo que es psicológico, hoy te digo que no, te diría que aparte de todo lo que estoy leyendo y lo que estoy viendo, las experiencias y que empezas a hacer... a hilvanar y ver un montón de cosas, te diría que la salud empieza por la cabeza. No sé si la sanación, esa palabra no me gusta, pero en realidad sí es un poco que... si tu parte psicológica funciona bien creo que hay menos probabilidades de tener enfermedades orgánicas o mejor sobrellevadas por lo menos, o con más interés por ayudarte

Si yo fuese nueva en este trabajo de cuidadora, ¿Qué tips me darías para que cuide mi salud?

Primero que los días que tengas que descansar realmente los descansas, que no te vayas a trabajar a otro lado, segundo que si pudieras hacer algún tipo de actividad, aunque sea caminar, que es lo que siempre les digo a las chicas: caminar, elongar y relajar, eso te puede llevar una hora por día, mientras se bañan pueden elongar, siempre les hago mucho hincapié en que muevan las piernas porque es un trabajo en el que hay que estar mucho parado, mucho sentada, mucho caminando mal, no caminando normal, no como deberías caminar y además si estuviera al alcance de ellas que hicieran terapia porque por lo general es gente que tiene muchos conflictos sociales... o sea el conflicto social externo que hay más el conflicto que se vive acá, de todas maneras yo creo que en el caso de muchas descansan más acá que afuera, que en su casa, porque no es tu familiar, si bien tenes que estar alerta, cuidar y todo, no tenes esa carga tan fuerte emocional de cuando es un familiar, me parece que muchas descansan acá, su día de relax es este. Y acá adentro que traten de trabajar en armonía, que se rían mucho, siempre les digo que se rían que se rían, que no se enfrenten entre sí, es más yo por ahí desde acá adentro de la oficina tengo una cara y allá afuera soy otra persona, trato de reírme de disfrutarlo y yo veo que eso lo... las chicas en general todas lo han ido mamando, absorbiendo, porque por ahí en la noche las escucho cómo se cuentan –lo que me hizo este, lo

que me hizo lo otro- y se ríen , entonces bueno, esta bueno que lo puedan disfrutar así y bueno un poco lo que yo siempre he tratado de hacer

¿Por qué venís a trabajar?

Y lo que pasa es que realmente me apasiona lo que hago. La oficina me encierra, me mata, pero estar afuera me encanta, estar con los abuelos. Ver, que se yo, a veces dicen –cómo esta tal? Y está bien- porque para que solamente haya movido un dedo más para mi es... me llena el alma, este trabajo a mi me llena el alma, te lo resumiría así

¿Cuáles son los valores que sentís que tenes que te permiten hacer este trabajo?

Yo personalmente siempre he tenido así la vocación de servicio como te dije, cuidé a mi abuela, cuidé a mi otra abuela, enfermo que había yo lo cuidaba, me ha gustado! La verdad que lamentablemente en vez de haber seguido lo que estudiaba debería haber seguido una carrera social, eh.. cuando trabajé en la fundación CONIN también, me gustaba pero, no con niños, como que no me llega tanto como un anciano, un anciano lo veo ya desprotegido, desvalido y en realidad creo que está protegido, desvalido y que no le da bola ni siquiera su familia y eso me parece una falta de respeto total, más allá de que pueden quedarse acá, pueden estar con cuidadores, lo entiendo como familia, pero yo siempre digo una cosa es el dónde y cómo lo dejan y otra cosa es dejarlo. Si la familia toma recados de dónde y cómo, el cómo es –acompañó, vengo, me ocupo- ni siquiera... en mi servicio, el servicio que yo doy trato de que no se tengan que ocupar ni siquiera de los remedios ni de nada para que solamente tengan la cabeza limpia para que vengan a visitarlos y tomarse un mate tranquilos nada más, pero a veces no alcanza eso

¿Cuáles son los valores que crees que todas comparten como miembro de raíces?

Que siempre piensen que en esa situación pueden estar ellos, que se miren en un espejo, que miren el abuelo y piensen que soy ellos y si pueden lograr eso y proyectarse en unos años van a poder hacer todo, todo van a poder hacer y estoy convencida de esos, de que todo se puede hacer. La relación es muy natural, especial, familiar. Nosotros somos la familia sustituta del abuelo. Se transmite así.

Cuando entra alguien nuevo ¿Cómo se transmiten estos valores?

Así permanentemente, te tiene que correr sangre por las venas, tienen que pensar que a vos no te gustaría que te quede el sweter enroscado en la cintura, siempre siempre reflejate en ellos

Entrevista en profundidad. Cuidadora: S**¿Qué edad tenes?**

35

¿Hace cuanto trabajas acá?

Y... un año

¿Antes habías trabajado como cuidadora?

Eh... anteriormente sí, cuidando señoras siempre pero en casa, la primera vez que trabajo en un geriátrico

¿Cómo fueron esas experiencias?

Han sido buenas, muy buenas. La primera vez bueno... no sabía cómo tratarlas pero bueno, gracias a esa señora ya después la segunda ya la trataba mejor. y bueno acá aprendí, que me falta todavía muchas cosas, porque yo lo único que sabía era cambiar pañales y bañar nada más y acá aprendí. Bueno lo único que todavía no puedo aprender es a tomar la presión, todo lo demás sí y algo que tengo que practicar.

Además de lo laboral ¿Has tenido experiencia cuidado gente mayor?

No, siempre trabajando.

Dentro de las tareas que realizas se encuentran: la higiene personal, el vestido y desvestido, la alimentación, el control de esfínteres, la movilidad del cuerpo y el suministro de medicación. ¿Hay alguna tarea que hagas en tu trabajo que no esté nombrada? Si es así ¿cuál?

No

Notas diferencias en el trato con las personas que muestran algún tipo de deterioro intelectual más marcado?

Sí. Bueno, es que es algo que a mí, mientras más cosas tienen más me... me tira más esa persona, si tiene algún problema más grave o algo así me tira más para ese lado.

Y cuál es la actitud que cambia por ejemplo en el trato de la R con la N?

Y... que a mí me da mucho más aprecio la R porque necesita más atención, a ella hay que ayudarla a higienizarla, bañarla, acostarla, curarla, en cambio la N, bueno ella no ve, pero lo único que tenes que hacer es llevarla al baño, cambiarla, la N se maneja hasta para comer sola y la R tiene un problemita que hay que ayudarla porque se le vuelca el agua.

¿Cómo procedes cuando hablan de cosas que no están pasando, confunden situaciones?

Eh... y a veces, sinceramente a veces le sigo la corriente y a veces le digo la realidad, a veces le sigo y a veces no, según cuál es la abuela, si veo que se puede seguir la corriente la sigo y si no, no

¿Cómo según cuál es la abuela?

Y si ves que es la H yo sigo la corriente, si es la C ahí no más, porque es más enojona, antes no la podía ni mirar pero ahora ya está más...

Entonces si es la C porque no le seguís la corriente?

Porque sé que se enoja, en cambio si es la H...

Cómo haces para no seguirle la corriente?

Y si ella está diciendo algo que no es la realidad yo trato de decirle que cual es la realidad, le explico, entendes? En cambio si es la H le digo bueno! Le sigo la corriente. O por ejemplo la T le sigo... a ella sí, es según

Y cuando confunden personas se olvidan del nombre de las cosas?

Y trato de ayudarla que me señale o me diga qué es lo que quiere decirme o pedirme, le pregunto hasta saber más o menos lo que es

¿Participas en algún tipo de decisión? Si es así de cuáles?

Si... porque la E siempre todo lo pregunta, ella siempre nos pregunta entonces nos hace participar de las decisiones, por ejemplo en esto –te parece si la pinto? – o si la tiño, o siempre así. Ella te pregunta qué te parece si las sacamos afuera o si le pongo esta ropa?

¿Cuál es tu opinión acerca del nivel de participación en la toma de decisiones?

No, ella sabe que yo estoy contenta con la E, tengo toda la confianza

Cuando hay una situación imprevista cómo se organizan ante esto?

Con la E con la mirada ya sabemos, y empieza –vos esto, vos aquello- ya sabemos todo lo que hay que hacer, si es algo muy grande primero llamamos a emergencia y después le comunicamos a Pastora, pero en general no hay muchas situaciones imprevistas, ya sabemos cómo actuar.

¿Quién decide sobre la organización de los turnos?

Y acá yo creo que la Pastora, creería yo que junto con la E.

Cuando alguien falta, con o sin aviso ¿Cómo se organizan para cubrir el puesto?

Y nosotras tratamos de seguir como si nada, ya nosotras entre nosotras sabemos cómo nos organizamos, tratamos de no reemplazar porque ya sabemos cómo nos organizamos

Si vos un día tenes que faltar y avisas con tiempo, ellas igual siguen sin vos o cambian la situación? ¿Hay alguna modificación?

Nos la arreglamos solas, no nos gusta molestar, el día de descanso es sagrado. A veces la Pato se pone nerviosa pero nos manejamos así. No es lo mismo, pero tratamos de molestar a nadie

Si tuvieras que armar un concepto de salud ¿Cuál sería?

¡Uh... muchas cosas! Pero no va al caso! Primero y principal la salud va acá (señala la cabeza), la salud es todo psicológico viste, que si a vos te duele algo y vos lo agravas te duele mucho más, que si vos tratás de superar el dolor de otra manera es como que es más calmado, que se yo, es lo que yo interpreto. Algo psicológico, higiénico, porque por más que sea un mínimo resfrío, por ejemplo yo he visto muchas personas que porque tienen un resfrío no se quieren bañar, no se quieren higienizar y yo creo que eso es lo principal para que se valla el virus, se despegue el virus del cuerpo, es lo que yo pienso, no sé si está bien

Si yo fuese nueva en este trabajo de cuidadora, ¿Qué tips me darías para que cuide mi salud?

¡Primero te diría que cuidar la salud de los abuelos esta primero que vos! Perdón! Segundo... ¡sí o sí los guantes y tercero trata de no enfermarte porque te necesitan!

Bueno y cómo hago para no enfermarme?

Y bueno los guantes, si hace frio te abrigas! Si hace calor te desabrigas! Es lo que yo pienso! Claro porque si te engripas no vas a querer venir y ahí... sobre todo tenes que venir todos los días... llueva... lavarte bien las manos, además de tratar de estar siempre alegre y transmitirle buena onda a los abuelos porque ellos imaginate que están acá y están así sufriendo y vos venís con el ay y con el uy y a ellos es como que vos lo deprimís un poquito más

¿Por qué venís a trabajar?

Primero y principal que todos los meses la plata, obvio, segundo que me gusta mucho... me encariño mucho con los abuelos, con las chicas, porque, me gusta el ambiente de trabajo que hay, siempre la mayoría de las veces yo he trabajado sola y es la primer vez que trabajo con grupo así y me gusta

¿Cuáles son los valores que sentís que tenes que te permiten hacer este trabajo?

Que yo puedo, que me dejan ser, por ejemplo si yo quiero entrar y bañar a una abuela y pintarla lo puedo hacer, si yo quiero ir y curar a la R 2 o 3 veces lo hago, bueno que me dejan ser, hacer lo que yo quiero, ir y limpiar allá.

Eso es lo que vos sentís que te dan, libertad... independencia... y que vos des para estar acá?

A mí me gusta trabajar acá con los abuelos, sobre todo cuando hay que curarlos, hacerles cosas así me encanta, yo creo que eso sería si tuviera que estar con uno o más de uno así sí, lo hago, me encantaría. Es responsabilidad de hacerlo, más allá de todo la responsabilidad

¿Cuáles son los valores que crees que todas comparten como miembro de raíces?

Que todas compartimos? Y eso, por ejemplo de que siempre enfocarnos en los abuelos que estén bien, que yo lo veo en todas, que estamos siempre pendientes, que... muy bien organizadas, muy muy bien organizadas, muy responsables

Cuando entra alguien nuevo ¿Cómo se transmiten estos valores?

Y tratamos de explicarle como nosotras lo hacemos, cómo lo hacemos, que cualquier cosa nos consulte.

Entrevista en profundidad. Cuidadora: F

¿Qué edad tenes?

22 años

¿Hace cuanto trabajas acá?

Ocho meses.

¿Antes habías trabajado como cuidadora?

Si, con S. la cuidé un año, hace ocho meses que la dejé y la cuido acá.

Además de lo laboral ¿Has tenido experiencia cuidado gente mayor?

Eh... a mi abuelo, gente en el hospital, a la abuela de mi marido. Trabajé de los 16 hasta los 18 en un negocio pero eso nada que ver con cuidadores. He cuidados familiares.

Dentro de las tareas que realizas se encuentran: la higiene personal, el vestido y desvestido, la alimentación, el control de esfínteres, la movilidad del cuerpo y el suministro de medicación. ¿Hay alguna tarea que hagas en tu trabajo que no esté nombrada? Si es así ¿cuál?

La limpieza. Limpiamos, reponemos el depósito, hacemos conteo de pañales, lo que decís de la movilidad del cuerpo y eso también incluye que tomamos presión, temperatura, eso es aparte, saturación, que viene siendo el oxígeno en la sangre más cuánta frecuencia cardíaca viene en los abuelos, eso viene en la saturación y bueno, hacemos la lavandería, secamos, doblamos, guardamos ropa, la que no se plancha se dobla y se guarda aparte de eso, guardamos la ropa planchada.

Notas diferencias en el trato con las personas que muestran algún tipo de deterioro intelectual más marcado?

Y... si, se nota. O sea las que están más conservadas opinan, te dicen si comieron o no, te piden la medicación porque te has olvidado de dársela o dentro de diez minutos y ellas te la piden en ese momento y las otras no, no te hablan, no te dicen nada, aparte de eso que no escuchan. El trato es distinto, estamos más encima de ellas, estamos en todo, en darle la

comida, en movilizarlas para ir al baño, todo eso. Hay mucha diferencia. A las otras las llevan del bracito y la dejas ahí sentada en el baño, en cambio las que tienen dificultad no puedes dejarlas solas en el baño, tenes que pedirle una compañera o si te olvidaste el pañal que te busquen el pañal o si te olvidaste una bombacha, que te vayan a buscar la bombacha porque no puedes dejarlas solas. Ponele, R es una mujer que no se la puede dejar sola, en ningún momento, en ningún momento, tenes que curarla, higienizarla entre dos siempre, o las atendemos entre tres o dos y las que tienen menos dificultad sola.

¿Cómo procedes cuando hablan de cosas que no están pasando, confunden situaciones?

Que se yo -en el año 42...- viste las historias que te cuentan, o R que te habla así de diferentes... y tratamos de seguirle la conversación, no tratamos de decirle está esto mal, no, vos no tenes que decirle. Le seguís la conversación como la M, que te dice -mi mamá, tengo que ir a mi mamá- o cosas así -pero M vení sentate acá, tomamos un jugo o algo y después cuando te venga a buscar tu mamá abrimos la puerta y te vas- y se queda tranquila y se sienta.

Y cuando confunden personas?

Ponele, la M cree que es el hijo de verdad y nosotras lo tratamos como si fuera de verdad, no podemos venir y sacarlo de la cabeza y ponérselo en la cama, no podemos hacer eso, tenemos que hacer lo que ella dice como si fuera un bebé de verdad. La T ponele, si confundiera a la H con la prima no le voy a decir -no, ella no es tu prima- yo le sigo y que ella siga creyendo que es la prima. Tampoco puedes negarle algo a ellas que no están bien, mentalmente no están bien.

Y cuando se olvidan del nombre de las cosas?

Eh... ponele la T te dice -eh..., viste, eh...- -el pintalabios, el perfume, la crema!- eh o sea, le tiramos para que ella diga -sí, me falta la crema- le vamos tirando nombres y nombres para que ella. Pero ponele con la R eso no pasa, porque directamente ella no sabe, no opina, nada, una sola vez la doctora le preguntaba el nombre de nosotras y ella le tiraba números en vez de nombres.

¿Participas en algún tipo de decisión? Si es así de cuáles?

Y... ponele no está L, las decisiones las tomo yo, quien va para acá quien va para allá, quien le va a dar de comer a la L, quien le va a dar de comer a la L, o quien ayuda, quien va a bañar, quien va a ir a la lavandería o cosas así, si no está la L y si no más que nada ella me maneja a mí y cualquier duda que yo tenga a ella le digo qué puedo hacer pero en ningún momento nos quedamos quietas, estamos todo el día trabajando, las 14 horas que estamos acá.

¿Cuál es tu opinión acerca del nivel de participación en la toma de decisiones?

A mí no me gusta decidir mucho porque soy mucho más chica que todas ehh, yo creo que deben pensar –que me viene a mandar esta- eso pienso yo, pero me cuesta un montón mandar y decir quién tiene que hacer esto y quién lo otro, eso sí me cuesta decirlo porque, por el pensamiento de la otra persona. O yo digo a y hacen b, o yo digo c y ellas hacen d y así sucesivamente, a veces no te respetan, porque sí, yo pienso que es la edad. Ponele la N que tiene 30 años, la E que tiene... no sé cuántos tiene, ponele que tenga 39 o 38, ellas que son más grandes no es que ellas van a recibir ese mando. Noo, me mandan a limpiar. Yo creo que a la L no le pasa eso porque la respetan más, más allá de que tenga 26 años, 25, hace mucho tiempo que trabaja acá, entonces a ella la respetan, no como yo que hace 8 meses que trabajo acá. Y si falta alguna y quedo yo al mando pasa eso.

Cuando hay una situación imprevista como se organizan ante esto?

En un caso que se descomponga un abuelo o algo así me decís? Y...ponele la guardia anterior teníamos muy mal a J y teníamos dos allá y una acá porque yo estaba allá y éramos 4, entonces yo iba y venía, parecía un pelota de pin pon, porque tenía que estar controlando al J, tomando la presión. O el C que se nos descompensó también tenía que estar tomando la presión, después se descompensó la M tenía que acostarla, levantarle las piernas, darle sal, entonces ya tenemos previsto todo lo que tenemos que hacer en un momento que nos pase eso. Todas ya saben, una apunta al abuelo que está mal y se queda con él esperando que se recupere. Eso lo hemos aprendido de L, ella nos ha enseñado un montón, nos ha dicho – cuando pasa esto, esto, esto, una se queda con ella y hasta que no se recupera no se mueven de al lado- ponele ahora en la guardia estaba la N, como está el C dejé a la M, de dije a la N que la mirara, la controlara, la levantamos y le empezamos a dar sales toda la mañana, entonces ella se

encargó de ahí y del resto de las abuelas porque no es solamente la M, porque son 15 abuelas que tenes que estar todo el tiempo con todas, más allá de que ponele la L que está bien, la S que está bien, todas necesitan de nosotras, por supuesto, sino no estarían acá, estarían en su casa, entonces a eso me refiero que siempre una está.. y si viene una visita, ponele, llegó el hijo de L, ya sabemos que él va a la pieza de L y se sientan a charlar ahí, cuando viene el hijo de la L apenas llega se arma su matecito en una mesa que hay ahí y nosotras vamos y buscamos a la L y se la llevamos. Si viene la hermana de C la N va y le prepara la mesa y la lleva o a veces está con pis o tiene algún olor malo y está la visita le decimos –mire la vamos a llevar al baño, ya venimos- vamos la cambiamos, la pintamos, la perfumamos y después la sacamos a la visita, lo más rápido posible porque tampoco podemos hacer esperar a la visita. Y si hay que llamar a un médico tenemos una carpeta que dice pacientes. Ya no hay muchas situaciones imprevistas. Ponele la L va y me dice –hay que entregar estos papeles- tenemos una carpeta, otra pacientes, ahí ponele pasa una emergencia con el C o el que sea, tenemos el numero de emergencias, de la ambulancia, más el número de documento... todo.

¿Quién decide sobre la organización de los turnos?

Y mira yo... cuando entré esto ya estaba organizado, hay cinco en una guardia y cinco en otra como debería haber, que a veces nosotras en nuestra guardia es más complicado porque o falta una, o ponele a mí me ha pasado que mi niñera no ha llegado y no los puedo dejar solos y he llegado tarde, o a la N se le complicó no podía dejar la madre sola, o cosas así, la N de una día para el otro nos dejó porque le habían robado todo entonces son cosas que vos decís... se complica, pero en cambio en la guardia de la E todas vienen, y antes sé que trabajaban todos los días ocho horas, unas en la tarde y otras en la mañana y después decidieron dividir 14 horas por 24.

Cuando alguien falta, con o sin aviso ¿Cómo se organizan para cubrir el puesto?

Y... suelen llamar a una de otra guardia, ponele ahora se está cubriendo a la L, pero mañana la L la cubre a ella. Ahí le tenemos que consultar a la Pastora y por supuesto se tienen que poner ellas de acuerdo, ponele antes la E hacía tres días seguidos y seguramente eso se lo pagaban pero después ya no obviamente se desgasta el cuerpo, son 14 horas de estar todo el día acá y no es fácil. Yo el jueves tengo turno a la dentista y

son cosas que no consigo el turno de acá a ... entonces yo tengo que ir, entonces yo tengo que hacer esto hablar con N y decirle a ella si puede venir a las 12.45 por orden de la Pastora obviamente que ella me dijo –preguntale si puede venir antes- y después voy yo y le digo a Pastora para que ella tenga una tranquilidad, le avisamos con tiempo pero le avisamos.

Si tuvieras que armar un concepto de salud ¿Cuál sería?

Como una definición de salud... yyy... es... que se yo, el cuidado de nosotros, el bienestar, los ánimos porque todo viene sobre nuestra salud o sea, eh también como tenemos salud podemos tener nuestros, como seria... nuestros, que te quebras, que a veces tu salud no está bien porque te resfriaste, caes en cama, tenés fiebre, eh.. bueno y lo esencial que tanto la salud bucal como física hay que cuidarse siempre como por ejemplo nosotras las que fumamos, como yo, yo no estoy cuidando mi salud, yo me estoy arriesgando a otra enfermedad me entiendes? No es que yo me estoy cuidando, yo no cuido mi salud y ahora sí ponele quiero cuidar mi salud bucal, me quiero cuidar porque yo ya no me siento bien, ya tanto dolores de muela, tantos dolores de acá me duele y ya no quiero sentir más eso. Pero bueno eso, el bienestar de nosotros yo creo que es la salud porque si no tenemos salud olvidate.

Si yo fuese nueva en este trabajo de cuidadora, ¿Qué tips me darías para que cuide mi salud?

Eh... yo, primero y principal el consejo a la que entra que acá no hay malos tratos, acá al abuelo se lo respeta tal y como es, más allá de como sea, si te maltrata, te dice malas palabras nosotros lo respetamos y otra que en el momento que nos necesiten tenemos que estar porque para eso estamos acá para cuidarlos y para velar por ellos, o sea para estar siempre siempre, así como estamos con nuestros hijos estar con ellos. Para tu salud también tenemos diferentes movimientos para levantar un abuelo de ponele 100 kilos, te mostraría los movimientos, que tenés que la fuerza de las piernas y no de la espalda porque muchas estamos con dolor de espalda porque hacemos las cosas mal me entiendes, porque de repente que se yo, estaba así la R y en vez de hacer la fuerza de atrás de las piernas la hacemos de costado entonces nos hacemos cagar la espalda. Eso es uno de los consejos de la salud de para cuidar un abuelo, los movimientos para levantar.

¿Por qué venís a trabajar?

Eh... primero y principal lo necesito, bah, yo creo que ahora en estos tiempos así como está todo lo necesitamos y a mí nunca me ha molestado cuidar un abuelo ya que siempre o en el hospital he cuidado o a mi abuelo, mi abuelo está en un geriátrico y lamentablemente lo quisiera tener acá pero no se puede económicamente pero ehh me motiva, o sea yo al principio entré acá que cuidaba a la S pero yo iba a limpiar, yo venía de limpieza prácticamente. Todos los días trabajaba menos los días domingo de 8 a 6 de la tarde y ya después cuando me fui adaptando como tenía que hacer esto lo otro me enseñaron tanto la E como la L, ya empecé a cuidar a los abuelos, empecé a meterme más en el trabajo de cuidador y bueno ahí, y me motiva que lo necesito y que quiero un montón a los abuelos o sea yo ponele a mí se me descompensó el J y a mí, es horrible, yo me siento mal a la vez porque lo quiero tanto! Y eso es lo malo que tengo que me encariño demasiado con la gente y hoy están y mañana no, y ese es el tema, mío también

¿Cuáles son los valores que sentís que tenes que te permiten hacer este trabajo?

Ehh estar siempre presente, te tiene que gustar lo que haces, tenes que velar por ellos, eso es importante.

¿Cuáles son los valores que crees que todas comparten como miembro de raíces?

Mira compañerismo no te puedo decir porque mucho compañerismo no hay, primero y principal que es una de las normas de convivencia, ehh pero ponele somos muy higiénicas en ese sentido Pastora no dá alcohol en gel y una lleva al baño a una abuela y nos ponemos en la puerta del baño el alcohol en gel y vamos y nos ponemos, no vamos y tocamos un abuelo cuando venimos de traer del baño a otra y para trabajar todas acá ponele si pasa algo estamos todas ahí puede ser que ahí seamos más compañeras pero en muchos casos hay muchas tareas que se dividen y no se hacen como tendrían que hacerse entonces perdemos la relación, entonces nos enojamos. Mirá que somos muy jóvenes entonces a penas nos tocan somos pólvora y entonces explotamos entonces a veces mucho compañerismo no hay pero sí trabajamos, trabajamos y mucho. Por suerte hay trabajo.

Cuando entra alguien nuevo ¿Cómo se transmiten estos valores?

Yyy viste que te expliqué, ponele, vos me pediste un consejo, le explicamos. Ponele es nuevo nuevo sin tener experiencia, le explicamos vos tenes que levantar a la L, a la C así, le podés cambiar el pañal en la cama o lo llevas al baño si ves que anda en silla de ruedas, quien camina, quien no, entonces, todo explicamos, todo todo todo. Qué se hace, si se hace en la lavandería y así, todo le tenes que explicar. A veces con L sin experiencia hay que remarla y remarla y remarla porque es bastante duro y que se acostumbre, que sepa como cambiar un pañal, porque principalmente acá no es que entras porque sabes cambiar un pañal. Acá tenes que si vos queres, si vos queres, si vos queres, podés vas a trabajar con los abuelos, sino no, porque es todo un trabajo al pedo, porque es así. Yo como ya he trabajado con la S me pareció divino, a parte yo me había quedado sin trabajo, y vine, la internamos a la S y Pastora me ofreció pero no me convencían los horarios y así sucesivamente pero como yo lo necesitaba me pude ir acomodando a los horarios hasta poder hacer una guardia completa. O sea el que quiere puede, no es porque sí ¡ah, trabajo, chau! No, acá hay que tener sentimientos y ganas de trabajar porque es difícil.

Grupo focal: A

Bueno quería preguntarles por el tema de la comunicación, la vez pasada lo hablamos y me quedé pensando porqué es importante, ¿a qué se referían...?

S1 (jefa de guardia)- Comunicación entre nosotras, no tenemos problemas. Entre guardias se corta la comunicación. Nosotras no porque trabajamos como un equipo, si allá (sector hombres) hay alguien que ya terminó con algo ayuda en otra cosa, nunca vas a ver que alguna esté sentada sin nada para hacer mientras la otra está trabajando. Hacemos todo para que quede listo y nos podamos ir.

S2- Era lo que te decíamos la otra vez, es importante el compañerismo. Si sabes que es hay cosas para hacer no te puedes sentar a hacer tiempo mientras tus compañeras están a mil. Y también tiene que ver con que te guste lo que haces.

S3- Es que si no te gusta no lo puedes hacer, este no es un trabajo que lo pueda hacer cualquiera, te tiene que gustar estar acá.

Entonces la comunicación a nivel informal digamos, entre ustedes, ¿es buena?

S1- Sí! Nosotras ya nos conocemos, hace mucho que trabajamos juntas y sabemos cuándo una viene idiota y no hay que hablarle o está triste. La S cuando viene idiota anda con la colita parada para todos lados, ya sabemos que no hay que decirle nada. Cuando yo estoy mal se me nota en la cara, se me cae, no lo puedo disimular, y así nos manejamos entre nosotras.

S2- Cuando la E está mal ya sabemos que hay que dejar que se le pase! Responde –sí, ya sabes lo que tenes que hacer- así! Cortada! Pero yo ya la conozco y espero un poquito para hablarle.

S3- Nosotras somos todas mujeres grandes, nos respetamos y hacemos nuestro trabajo. Estamos acostumbradas a estar juntas y la pasamos re bien, siempre estamos bailando, cantando, haciendo chistes. Nuestra guardia es así.

S1- Nos vamos juntas a la parada del colectivo hasta que viene

S4- La otra vuelta me di cuenta que no nos podemos separar! Yo las acompaño hasta que viene el colectivo, es como una costumbre

S5- Somos un grupo que nos conocemos y trabajamos todas para el mismo lado. Yo, saben que digo las cosas, ellas ya me conocen, pero bien. Cada una tiene su carácter.

¿Y en la comunicación formal? ¿Cómo es con la otra guardia?

S5- Y por ahí se pueden malinterpretar las cosas por el cuaderno.

S3- Molesta que a veces, no sé, justo nos olvidamos de algo, y van y lo ponen en el cuaderno y nosotras no hacemos eso porque con el tiempo te vas dando cuenta qué es importante. A lo mejor en el cuaderno dice que se encontró sucio debajo de una cama, y cuando ves, era un papel que había. O ponemos “se cortaron uñas” y van a revisar a ver si es así.

Esto que dicen que se puede malinterpretar entonces ¿cómo es?

S1- Sí, pasa. Trabajamos distinto, hacemos las mismas cosas, pero cada guardia tiene su manera. Nosotras trabajamos para estar listas a las nueve, a esa hora ya tenemos todo listo, nos gusta hacerlo así, a esa hora nos sentamos y repasamos a ver si hicimos todo.

S5- Tratamos de dejar todo hecho y temprano porque tenemos el problema del micro, se nos pasa el último a las diez, entonces a las menos diez tenemos que estar saliendo y si quedó algo sin hacer se quedan ellas, que las vienen a buscar en auto.

S2- A mí me viene a buscar mi marido por eso puedo estar más tiempo y terminar lo que no se terminó.

¿Cuando entra una persona nueva cómo se decide en qué guardia queda?

S1- Trabaja un tiempo una vez acá y otra allá y después Pastora decide en donde queda. Últimamente quedan en la otra guardia, yo ya le he dicho que ya no quiero más chicas nuevas, quiero mi grupo y listo, ya estoy vieja, estoy idiota y no tengo paciencia.

Entró una chica nueva en estos días ¿trabajó en esta guardia?

S1- No, empezó en la otra directamente. Es mejor porque al final lo que pasa es que cuesta más, porque acá hacemos las cosas de una manera y después ven otra cosa.

S3- Capaz que nosotras le decimos -cambia el chiripá- y te dice -bah, pero si me dijeron que dos veces nada más-, es más pesado así, porque se confunden.

Escucho que hay dos bandos, una guardia vs la otra guardia, ¿puede ser?

S5- Hay como... rivalidad

S2- Es competencia por ver quién hace mejor las cosas y es una tontera porque todas trabajamos para lo mismo.

Grupo Focal: B**¿Cuántas horas trabajan?**

S2- 14 hs, día por medio.

S1(jefa de guardia)- Se trabaja así porque antes los turnos eran de ocho horas, pero todas tenemos otras cosas que hacer y por consentimiento grupal llegamos a este acuerdo con Pastora. Así tenemos tiempo para hacer otras cosas también.

S3- No todas participaron de ese arreglo.

S1- Sí, lo que pasa es que esto ya se arregló así, las que entraron después ya entraron con ese horario. Igual siempre se arregla eso, se llega a un arreglo.

¿Hacen cuánto que trabajan?

S2- Yo estoy hace 8 meses

S1- Yo trabajé 3 años y me fui, tuve un accidente y cuando me recuperé de la pierna volví y ahora ya hace 1 año que estoy.

S3- Yo estuve trabajando.... Me fui y ahora volví. Volví porque el trato de otros lugares es distinto y eso uno lo valora.

S4- Yo estoy hace 4 meses.

¿Cómo es trabajar con “los abuelos”?

S2- Es una gran responsabilidad.

S3- Es una responsabilidad ética y moral.

¿A qué se refieren con que es una responsabilidad?

S2- Y con que desde que llegas tenes que ver con no les pase nada, que no se vayan a ahogar, que estén bien. Hay días en que algunos están enfermitos y tenes que estar más encima.

S3- Yo soy técnica en geriatría y ahí aprendes mucha teoría. Te enseñan mucho de cómo moverlos, como curar las escaras, la demencia, un montón de cosas, pero esto también es algo sentimental.

Entra la doctora del geriátrico a hacer la recorrida habitual e interrumpe. Una de las mujeres tiene manchada la ropa por lo que se dirige a las cuidadoras para llamarles la atención con tono de cansancio “ya no sé cómo decírselos”. Se genera una situación tensa

¿Estas cosas pasan?

S2- Sí.

S3- Y es que vos imagínate que si están acá por algo es. Y cuando vienen los familiares se fijan en todo, miran todo. Y ellos pagan una suma considerable de dinero para que estén acá, entonces eso no puede pasar. Yo siempre les digo a las chicas que estén atentas a esas cosas, porque son detalles, pero no se pueden pasar por alto.

S4- Y cuando pasa esto uno se siente mal porque siente que lo hizo mal.

¿Cómo llegaron a este tipo de trabajo?

S3 – Si vos te fijás es el trabajo que tiene más demanda. Siempre salen avisos en el diario.

S2 – Empezás cuidando abuelos.

S3- Yo he trabajado en otros lugares, y he ido a otros geriátricos, privados y públicos cuando estudiaba, pero no es el mismo trato. Y yo no aguanto que los traten mal a los abuelos, no puedo. He estado en el Sauce y el Pereyra, pero uno valora como trabajar. Por más de que en otros lados a lo mejor puedas ganar más.

S2- Es sacrificante.

S4- Yo empecé hace poco. Te vas adaptando, los vas conociendo y eso hace que sea más fácil.

¿Por qué es sacrificante?

S2- Tantas horas.

¿Cómo salen después de las guardias?

S2- Muertas.

S3- Molidas.

S4- Es cansador.

¿Hacen algo para cortar ese cansancio, para sacar algo de ese estrés que tienen? Hay gente que escucha música, otra lee...

S2- Yo escucho música, para mí la música es lo mejor, la escucho y me pongo bien.

S3- Yo salgo de acá y me pongo los auriculares, tengo una hora y media en colectivo, en ese tiempo, me pongo los auriculares y chau, si pasa algo alrededor no me entero.

S4- Yo necesito silencio. Llegar a mi casa y que nadie me hable. Por ahí les digo que no me hablen, necesito estar tranquila.

S2 – Si es que te queda la cabeza cansada. Es mucho cansancio psicológico más que físico.

¿Cuál es el trabajo de la jefa de guardia?

S1- Es más que nada de observar, de ver si falta algo, si se rompió el lavarropas, si una cable se desconectó, si pasa algo. Pastora y Gregorio no pueden estar todo el día entonces yo me encargo. El otro día yo estaba acá y allá se sentían gritos entonces tuve que salir corriendo a ver qué pasaba. Porque no se pueden escuchar gritos, nosotros estamos acá y sabemos cómo es pero la gente de afuera, los vecinos, no saben y siempre están atentos cuando hay un lugar como este.

S4- Sí igual que la familia. Siempre ven todo, no solamente como tratamos a su familiar, sino como tratamos a todos porque después dicen - ah, esto también lo hacen con mi mamá o papá- por eso hay que ser muy cuidadosas.

S1- De hablar con las familias me encargo yo. No porque las chicas no sepan si no que yo hace más tiempo que trabajo con Pastora entonces sé qué decirles o cómo.

¿Cómo es trabajar con las familias?

S2- Hay de todo. Hay familias que re entienden y hay otras que no.

S3- Siempre hay que ser respetuoso

¿Y trabajar con el cuerpo del otro como es? Me refiero a que trabajan en un contacto muy íntimo y con personas con enfermedades... ¿cómo manejan eso?

S4- Es de a poco. Yo trabajo más con los hombres y ya nos conocemos entonces es mejor. A C yo le digo, vamos que te tengo que cambiar y le digo "a ver las canicas!!" y lo cambio, yo lo jodo, le hago chistes.

S3- Sí. Cuando yo entré la C me miraba como diciendo -quién es esta, qué hace acá?- y ahora no. Nos fuimos conociendo de a poco, al principio cuando la levantaba y la tenía que agarrar de acá (señala la cadera) no me dejaba, me decía -no me toques cochina- y de a poco dejó de pasar. Yo la miro y le pregunto cómo anda, le hablo.

S2- A algunas les es más fácil trabajar con los hombres. A mí no me gusta! Es como que allá es distinto, se hace más trabajo de limpieza porque ellos se mueven más. En cambio acá es distinto, se pasa más rápido el tiempo. Las abuelas son distintas.

S1- Es distinto el trabajo, es como si fueran lugares distintos.

¿Cómo se definirían? ¿Como cuidadoras, asistentes..?

S4- Para mí ella (señala a la jefa de guardia) sí es asistente, ella sabe como inyectar y todo. Yo no. Pero para mí ella hace un trabajo muy completo.

S1- Es que yo aprendí porque antes había un grupo muy lindo y venía un enfermero que nos enseñaba. Cuando pasaba algo todos íbamos a ver y estábamos ahí ,así aprendí a poner inyecciones porque él me explicaba. También aprendí mucho con la doctora de acá, íbamos a hacer el recorrido y me explicaba y me decía lo que tenía que hacer. Igual que a poner los sueros o pasar los medicamentos por el suero, la E y yo sabemos, pero yo me animo con algunas.

S2- Es que no se puede estar experimentando con los abuelos imagnate.

¿Ustedes no pueden poner inyecciones?

S1- No no! Para eso viene un enfermero.

S2- Yo he aprendido con el enfermero de la T. Nosotras estamos atentas a todo. Eso hacemos. Algunos días algunos están enfermos entonces hay que estar encima de ellos y hay que estar en todas.

S3- Corremos!

¿Qué les parece que fortalece el vínculo con el abuelo/abuela?

S1- El contacto. No es lo mismo que yo te diga -ya está, vas a estar bien- a que te lo diga así (hace la mímica de un abrazo). El contacto te acerca al otro, la caricia, el beso. Lo más importante es la contención.

El tema es cómo transmitirla...

S2- Eso te sale del corazón! Será lo que yo no tuve abuelos...

¿Como grupo qué sienten que les gustaría mejorar?

S2- Que no falten. Que haya un grupo estable. El compañerismo es importante, ya conocernos para que cada una haga su trabajo.

S3- el compañerismo es importante.

S1- antes teníamos un grupo re lindo. Éramos re unidos, pero ahora ingresa mucha gente nueva, no se mantiene.

S2- el ser compañero de un compañero es lo más importante. A veces pasa que entra alguien nuevo, le enseñamos lo que tiene que hacer, le decimos, y somos buenas. No es que si entra tiene que, como dicen, pagar derecho de piso. Por ejemplo si entra alguien no es que esa semana va a bañar, no porque si me toca a mí lo voy a hacer yo no porque alguien sea nuevo lo va a hacer. Pero se van sin avisar como pasó con la Daniela, un día vinimos y ya no estaba más. Y uno se queda que no sabe que pasó, te quedas carburando, no sabes si algo le cayó mal.

S1- no, es que es una cuestión de comunicación. Yo soy mucho de decir "por favor", pero los días tienen altos y bajos, a veces íbamos bien con los horarios y antes de la cena tuvimos que llevar a dos abuelas al baño y se nos hizo tarde entonces no nos alcanzan las manos y decís algo que al otro no le cayó bien. Igual con los familiares, hay que ser muy cuidadosa con lo que se dice, porque nosotras estamos acostumbradas pero por ahí decís algo que el otro no entiende.

S2- nosotras siempre nos hablamos con respeto. Ya nos conocemos, no nos enojamos. Es algo importante.

¿O sea que les parece importante como grupo el tema del compañerismo y la buena comunicación?

S2 sí, es lo más importante en un grupo.

ANEXO I. Consentimiento informado.

Por este medio hago constar que participo voluntariamente en esta investigación, conociendo que:

- Someterme a este estudio no entraña riesgo alguno para mi salud ni la de mis familiares.
- Mi participación puede resultar beneficiosa para mi persona o mis familiares, así como aportar nuevos conocimientos útiles a otros individuos.

Tengo además, el derecho a:

- Recibir información y explicación previas de los procedimientos incluidos en el estudio y decidir si los acepto o no.
- Conocer los resultados que se obtengan en lo relativo a mi persona.
- Que sea respetada mi integridad física y moral, y se mantenga la máxima discreción en todo momento.
- Retirarme en cualquier momento del estudio si tal es mi deseo.

Nombre: _____

Firma: _____