



Universidad Nacional de Jujuy
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Doctorado en Ciencias Sociales

**Tesis para aspirar al Grado de Doctor en Ciencias
Sociales**

Título del trabajo:
**Cuidado de personas mayores y Trabajo Social gerontológico en
residencias de larga estadía de la Provincia de Tucumán
(Argentina)**

Autora: Lic. María Gabriela Mohammad

Director de Tesis: Dra. Claudia Sandra Krmpotic

San Miguel de Tucumán (Argentina)

Diciembre, 2025

Resumen

La tesis doctoral aborda la gestión del cuidado en residencias de larga estadía (RLE) en la provincia de Tucumán (Argentina), analizando el papel estratégico del Trabajo Social gerontológico en un modelo de atención de cuidados progresivos, centrado en la persona y basado en un paradigma de derechos. El estudio profundiza en la complejidad del envejecimiento y las políticas de dependencia en el contexto contemporáneo, marcado por tensiones entre los modelos tradicionales de cuidado, las demandas de las personas mayores y los nuevos enfoques basados en la variabilidad y la plasticidad de los cursos de vida.

El objetivo general de la tesis es reconocer las limitaciones y potencialidades del cuidado residencial de personas mayores, así como las condiciones y desafíos del quehacer profesional del Trabajo Social en el marco de un envejecimiento activo. Se procura contrastar la opinión generalizada de que, en la vejez, el cuidado familiar es un bien preferente al cuidado residencial, sostenida en un sesgo familiarista tanto en la cultura como en el sistema de políticas sociales argentino.

El enfoque metodológico es de carácter cualitativo, según los criterios de la investigación en el mundo real y de un diseño flexible. Se opta por el estudio colectivo de casos. Los casos son unidades de análisis complejas que vinculan residentes, trabajadores sociales e instituciones. El muestreo ha sido intencional, no probabilístico. Considerando como universo el conjunto de afiliados pertenecientes a la Filial Tucumán del Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados de la República Argentina, que se encontraban en residencias de larga estadía, se seleccionaron ocho residentes en cuatro RLE (Hogar San José, Hogar San Roque, Hogar San Alberto y Hogar El Vallecito), sobre un total de seis instituciones actualmente prestadoras. Respecto de los agentes, se invitó a participar a la totalidad de los profesionales de Trabajo Social que desarrollan su labor en las RLE seleccionadas. Los ocho profesionales aceptaron responder al cuestionario anónimo y autoadministrado. Las técnicas de recolección de datos que se utilizan son: la revisión y análisis documental, la observación, las entrevistas semi-estructuradas y abiertas, además de la elaboración y aplicación de un cuestionario anónimo y autoadministrado. A los fines del análisis, se siguió un enfoque interpretativo basado en la teorización anclada en datos.

La contrastación empírica revela, entre otros hallazgos, la necesidad de sincronizar de manera más adecuada las necesidades y expectativas de los residentes con los objetivos y prioridades profesionales, en aras de los principios del envejecimiento activo. Ello implica una renovación del rol profesional en los planos de la gestión, asistencial y terapéutico, como

parte de los equipos interdisciplinarios y en una tarea colaborativa, consecuente con los actuales marcos teóricos. El Trabajo Social constituye un eje sustantivo del campo gerontológico. El futuro de las condiciones de vida en la vejez no es un destino predeterminado, sino una construcción colectiva en la que los trabajadores sociales desempeñan un papel transformador fundamental.

Palabras clave: trabajo social gerontológico - residencias de larga estadía – cuidados – bienestar - Tucumán

Abstract

The doctoral thesis addresses care management in long-stay residences in the province of Tucumán (Argentina), analysing the strategic role of gerontological social work in a progressive, person-centred, rights-based care model. The study examines the complexity of ageing and dependency policies in the contemporary context, marked by tensions among traditional care models, the demands of older people, and new approaches grounded in the variability and plasticity of life courses.

The overall purpose of the thesis is to identify the limitations and potential of residential care for older adults, as well as the conditions and challenges faced by professional social work within the context of active ageing. It aims to challenge the standard view that, in old age, family care is preferable to residential care, a view often supported by a family-oriented bias present in both Argentine culture and the social policy system.

The methodological perspective is qualitative, based on real-world research criteria and a flexible design. A collective case study approach was selected. The cases are complex units of analysis that involve residents, social workers, and institutions. Sampling was intentional rather than probabilistic. Considering the group of members belonging to the Tucumán Branch of the National Social Security Institute for Retirees and Pensioners of the Argentine Republic who were in long-stay residences as the universe, eight residents were chosen from four (Hogar San José, Hogar San Roque, Hogar San Alberto, and Hogar El Vallecito) of the six institutions currently providing services. Regarding the agents, all social work professionals working in the selected residences were invited to participate. The eight professionals agreed to respond to the anonymous, self-administered questionnaire. Data collection methods included document review and analysis, observation, semi-structured and open interviews, and the development and distribution of an anonymous, self-

administered questionnaire. For analysis, an interpretive approach such as grounded theory was employed.

Empirical evidence indicates, among other findings, the necessity to better align residents' needs and expectations with professional objectives and priorities, in accordance with the principles of active aging. This requires a renewal of the professional role in management, care, and therapy, as part of interdisciplinary teams working collaboratively, consistent with current theoretical frameworks. Social work remains a core aspect of the field of gerontology. The future living conditions in old age are not predetermined but are instead a collective construction in which social workers play a crucial transformative role.

Keywords: gerontological social work - long-term care centres - care - wellbeing - Tucumán

Agradecimientos

Reconocer con gratitud a los profesionales y residentes que dedicaron su tiempo y compartieron sus experiencias, insumos esenciales para el desarrollo de esta tesis.

A la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Jujuy, por la valiosa oportunidad que representa este programa de formación doctoral para los graduados del "Norte Grande".

A los compañeros y colegas con quienes comparto este camino de aprendizaje permanente.

A los estudiantes de los cursos que imparto en la Universidad Nacional de Tucumán que motivan mi interés por la formación permanente.

A mi familia, sostén y apoyo permanentes. A mis padres, quienes me inculcaron que el trabajo y el estudio son ejes vertebradores de la vida.

Al equipo de directores que supo acompañar con firmeza este proceso.

Al Dr. Ernesto Max Agüero, quien instó —sin cejar en el esfuerzo— a mi formación doctoral.

A la Dra. Claudia S. Krmpotic, quien asumió con paciencia, sabiduría y respeto el rol de guía principal en el proceso de elaboración de esta tesis. Su invaluable acompañamiento y sus contribuciones han sido pilares fundamentales para la consolidación de este trabajo.

Índice de contenidos

Resumen/Abstract	p. 2
Agradecimientos	p. 5
Índice	p. 6
Índice de cuadros, gráficos y diagramas	p. 8
Introducción	p. 10
 Capítulo 1. Principales problemas y desafíos en la asistencia integral a personas mayores	
1.a- Barreras sistémicas y estructurales en la provisión de asistencia	p. 15
1.b- Asistencia integral centrada en la persona y modelos de atención	p. 28
 Capítulo 2. Coordinadas teórico-metodológicas del proceso de investigación	
2.a- Coordinadas conceptuales	p. 35
2.b- Coordinadas metodológicas	p. 44
2.c- Operacionalización del trabajo de campo	p. 48
 Capítulo 3. Políticas, regulaciones e instituciones de atención a la dependencia en el contexto nacional y provincial	
3.a- Contexto sociodemográfico de la Provincia de Tucumán	p. 52
3.b- Aspectos institucionales y normativos	p. 57
3.c- Políticas de atención a la dependencia	p. 60
3.d- Las unidades de observación de la investigación	p. 65
3.e- Antecedentes y proyectos institucionales de las residencias de larga estadía seleccionadas	p. 68

Capítulo 4. Las tendencias internacionales en el cuidado institucional de las personas mayores

4.a- Experiencias latinoamericanas	p. 78
4.b- Experiencias internacionales.	p. 82
4.c- Mecanismos operativos y herramientas de gestión	p. 85

Capítulo 5. El Trabajo Social gerontológico en las residencias de larga estadía (RLE)

5.a- Base conceptual.....	p. 88
5.b- Visiones y opiniones de las/os trabajadores sociales de las RLE	p. 94

Capítulo 6. La vida cotidiana en las residencias de larga estadía desde las vivencias de las/os residentes

6.a- Perfil de las/os entrevistados.....	p. 114
6.b- Pinceladas biográficas.....	p. 116
6.c- Análisis de las narrativas.....	p. 120

Capítulo 7. El Trabajo Social gerontológico en la producción de bienestar

7.a- Contrastando visiones.....	p. 145
7.b- Cuidados progresivos e impacto en el bienestar.....	p. 147
7.c- Matriz de impacto del Trabajo Social.....	p. 151

Conclusiones	p. 160
---------------------------	--------

Referencias bibliográficas	p. 166
---	--------

Anexos

1. Guía de entrevista a residentes	p. 183
2. Cuestionario a trabajadores sociales	p. 185
3. Cuestionario a trabajadores sociales - Matriz de datos	p. 188

Datos de investigación: en el siguiente enlace

https://drive.google.com/drive/folders/1ASVIXPyNDeKcHBndM1oquy4x4XamsVY-?usp=drive_link

Índice de cuadros, gráficos y diagramas

Capítulo 1

Gráfico N° 1	Barreras sistémicas y estructurales en la provisión de asistencia a las vejeces	p. 16
Cuadro N° 1	Síntomas y causas del síndrome del cuidador quemado.....	p. 25
Gráfico N° 2	Modelos de atención integral centrada en la persona.....	p. 28
Cuadro N° 2	Servicios Sociales para personas mayores (haz de opciones) ...	p. 33

Capítulo 2

Gráfico N° 3	Conceptos clave de la investigación.....	p. 36
--------------	--	-------

Capítulo 3

Cuadro N° 3	Provincia de Tucumán. Total de población y densidad, por superficie, según departamento.....	p. 53
Cuadro N° 4	Provincia de Tucumán. Porcentaje de población de 65 años y más por Departamento. Censos 1970-2022	p. 54
Cuadro N° 5	Provincia de Tucumán. Porcentaje de población de 80 años y más por Departamento. Censos 1970-2022	p. 54
Cuadro N° 6	Provincia de Tucumán. Índice de envejecimiento por Departamento. Censos 1970-2022	p. 55
Cuadro N° 7	Provincia de Tucumán. Índice de dependencia potencial por Departamento. Censos 1970-2022	p. 56
Cuadro N° 8	Provincia de Tucumán. Índice de dependencia potencial de padres por Departamento. Censos 1970-2022	p. 56
Cuadro N° 9	Situación de las RLE bajo convenio con PAMI, por provincia...	p. 61

Capítulo 5

Cuadro N° 10	Factores, conceptos y flujos del campo gerontológico.....	p. 93
Gráfico N° 4	Dinámica del campo gerontológico.....	p. 94
Cuadro N° 11	Perfil de los profesionales respondentes.....	p. 95
Diagrama N° 1	Codificación envejecimiento activo.....	p. 97
Gráfico N° 5	Nube de palabras en torno del envejecimiento activo (25 más frecuentes).....	p. 100

Gráfico N° 6	Nube de palabras en torno al rol profesional en las RLE (50 más frecuentes).....	p. 100
Gráfico N° 7	Nube de palabras en torno al deber ser profesional en las RLE (25 más frecuentes).....	p. 102
Diagrama N° 2	Codificación intervención profesional en las RLE.....	p. 104
Gráfico N° 8	Mapa jerárquico de códigos sobre intervención profesional en comparación con el número de referencias.....	p. 106
Gráfico N° 9	Nube de palabras en torno a los objetivos de la intervención profesional en las RLE (25 más frecuentes).....	p. 107
Diagrama N° 3	Codificación bienestar y cuidados.....	p. 109
Gráfico N° 10	Bienestar y cuidados. Codificación por elemento.....	p. 110
Gráfico N° 11	Nube de palabras en torno a las quejas de los residentes (50 más frecuentes)	p. 112

Capítulo 6

Cuadro N° 12	Perfil de los residentes.....	p. 114
Gráfico N° 12	Mapa jerárquico de códigos emergentes en las narrativas en comparación con el número de referencias.....	p. 120
Gráfico N° 13	Convivencia según casos.....	p. 121
Gráfico N° 14	Ingreso a la RLE según casos.....	p. 124
Gráfico N° 15	Diferencias entre la casa y la RLE según casos.....	p. 128
Gráfico N° 16	Organización del tiempo según casos.....	p. 131
Gráfico N° 17	Espacios y actividades según casos.....	p. 134
Gráfico N° 18	Salud según casos.....	p. 137
Gráfico N° 19	Sentimientos según casos.....	p. 139
Gráfico N° 20	Relación con los referentes principales según casos.....	p. 141
Gráfico N° 21	Comidas según casos.....	p. 143

Capítulo 7

Cuadro N° 13	Esquema básico de coordinación interdisciplinaria.....	p. 151
Cuadro N° 14	Rol del Trabajo Social en el proceso de integración a la RLE...	p. 153
Cuadro N° 15	Guía de entrevista para un diagnóstico familiar inicial.....	p. 155
Cuadro N° 16	Seguimiento del proceso de integración a la RLE.....	p. 157

Introducción

Esta tesis aborda el cuidado residencial de personas mayores en la provincia de Tucumán (Argentina) desde la perspectiva del Trabajo Social. Ubicada en el noroeste de la República Argentina, su población de 65 años y más representa, según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2022, un 10,5 % del total (duplicando el valor de 5,1 % registrado en 1970), en sintonía con los datos estadísticos a nivel nacional, que reconocen un 11,9 % para este grupo de edad.

El envejecimiento ha sido un proceso creciente en Argentina desde 1970. Según datos del INDEC (2024), ese año había solo 24 personas de 65 años y más por cada 100 personas de hasta 14 años. En 2022, este valor se incrementó a 53 personas. Así como aumenta el peso relativo de las personas mayores en el conjunto de la población, también lo hace el de las personas de la llamada “cuarta edad” (85 años y más) dentro de su grupo: mientras que en 1970 su valor fue de 5,0, en 2022 llegó a 10,4. El porcentaje de población de 60 años y más por provincia se distribuyó en 2022 de forma homogénea en todas las provincias, en contraste con la distribución a comienzos del siglo XX. Asimismo, es de interés advertir que el peso relativo de la población migrante sobre el total de la población de 65 años y más disminuyó a lo largo del tiempo. Mientras que para 1960 el peso de la población migrante de 65 años y más era del 49,3%, para 2022 ese valor disminuyó al 7,3%. El estado de situación no afecta la seguridad económica de las personas mayores, pues casi 9 de cada 10 personas en edad jubilatoria perciben jubilación o pensión. El análisis se complejiza cuando se considera el poder de compra de esos beneficios percibidos, que se ha erosionado en los últimos años. Por su parte, la informalidad del mercado de trabajo argentino dificulta el acceso a la jubilación para las personas que alcanzan la edad de retiro. El régimen de moratoria aplicado durante varios años ha permitido completar los aportes jubilatorios mediante un plan de pagos a descontar de los haberes percibidos. La feminización de la vejez es un dato a considerar en sus distintas dimensiones. También se traduce en una mayor presencia relativa de mujeres en residencias colectivas. Alrededor de 7 de cada 10 personas que habitan en hogares para personas mayores son mujeres. En cuanto al acceso a la salud, el sistema argentino se encuentra dividido en subsistemas: el público, que utilizan el 4,4% de la población de 65 años y más, los programas estatales de salud a los que acceden el 1,5%, y el de las obras sociales y prepagas -incluye PAMI-, que utiliza el

94,1% de la población mayor. Para el 2022, el INDEC registra que la principal causa de muerte de las personas de 60 años y más fue por enfermedades del sistema circulatorio.

La preocupación por el envejecimiento y sus implicancias demográficas, económicas y sociales no es solo local, sino también regional. La Organización Panamericana de la Salud estima que para el 2030, 1 de cada 6 personas tendrá 60 años o más. En 2100 se proyecta que el 36% de la población en las Américas tendrá más de 60 años. Asimismo, el organismo llama la atención sobre el número de años vividos con discapacidad en la población de 80 años y más, que ha aumentado aproximadamente en un 77% durante la última década y media¹. Este fenómeno, conocido como el "envejecimiento del envejecimiento" (el crecimiento del grupo de mayores de 80 años), justifica aún más el enfoque en los cuidados de larga duración, ya que es el sector con mayor prevalencia de dependencia. Por otra parte, se estima que en muy poco tiempo el trabajo invisible del cuidado de los adultos mayores —un trabajo arduo, exigente y agotador— tendrá cada vez más demanda, ya que se prevé que habrá 100 millones de adultos mayores en América Latina con necesidad de apoyo y asistencia (Batthyány, 2007).

Asimismo, la edad es uno de los determinantes de la distribución del bienestar y del poder en la estructura social, así como una de las bases de la organización social en torno a la cual se asignan responsabilidades y roles. La vejez es una de las cuatro etapas en las que tradicionalmente se distingue el ciclo de la vida, y está atravesada por las múltiples dimensiones de la desigualdad social (Cecchini et al., 2015). Se manifiestan desigualdades entre personas situadas en diferentes etapas del ciclo de vida, derivadas de los sesgos que matizan la valoración de las necesidades desde una perspectiva intertemporal, así como la persistencia o el aumento de las desigualdades como resultado de la acumulación de desventajas y privaciones a lo largo del tiempo y de su reproducción intrageneracional. En este punto, es relevante considerar la perspectiva del ciclo de vida para comprender cómo las vulneraciones de derechos se encadenan en círculos viciosos e incrementales que acentúan las desigualdades existentes.

A partir de un diseño de investigación flexible y de una estrategia cualitativa de recolección y análisis de datos, se indaga en las experiencias personales de ocho personas mayores que residen en cuatro residencias de larga estadía ubicadas en las localidades de

¹ Ver en: [https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable#:~:text=La%20OPS%20tiene%20un%20rol,e%20esenciales%20de%20la%20Regi%C3%B3n.&text=%22Entornos%20amigables%20con%20las%20personas,de%20la%20OPS%20\(CVSP\).&text=%22Desarrollo%20de%20competencias%20en%20la,de%20la%20OPS%20\(CVSP\).&text=Visite%20el%20sitio%20web%20de,amigables%20con%20las%20personas%20mayores](https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable#:~:text=La%20OPS%20tiene%20un%20rol,e%20esenciales%20de%20la%20Regi%C3%B3n.&text=%22Entornos%20amigables%20con%20las%20personas,de%20la%20OPS%20(CVSP).&text=%22Desarrollo%20de%20competencias%20en%20la,de%20la%20OPS%20(CVSP).&text=Visite%20el%20sitio%20web%20de,amigables%20con%20las%20personas%20mayores).

San Miguel de Tucumán, Tañ Viejo y Banda del Río Salí, en la provincia de Tucumán. Dichos tramos narrativos se combinan con los modos de pensar y actuar de profesionales del Trabajo Social insertos laboralmente en las cuatro residencias que funcionan bajo convenio con el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), que provee servicios y beneficios a sus afiliados: personas mayores, sus familiares a cargo, pensionados y veteranos de Malvinas.

Argentina es uno de los países con una población más envejecida en América Latina y el Caribe, y continúa envejeciendo a un ritmo acelerado. Los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2022 evidencian una composición por sexo más feminizada y una composición por edad más envejecida. La pirámide es de base angosta y cúspide ensanchada, debido al descenso de la natalidad y de la mortalidad, y a la mayor supervivencia femenina. Para 2020, la esperanza de vida al nacer en Argentina era de 77 años, un año más que el promedio regional. En las mujeres, supera en 6,6 años a la de los hombres. Para el año 2100, se proyecta un aumento de 10 años respecto de 2020 (Oliveri, 2020).

Esto trae aparejado un aumento en la demanda de cuidados a largo plazo para las personas mayores, en particular para quienes requieren ayuda en actividades de la vida cotidiana, ya sea para realizar tareas básicas u otras actividades instrumentales de mayor complejidad. Las tendencias demográficas, sin duda, aumentarán la demanda de servicios de cuidado y, dadas las tendencias familiares (hogares más pequeños y mayor participación laboral femenina), la presión será cada vez mayor sobre los servicios provistos por el mercado, el Estado y la comunidad. Para hacer frente a estas condiciones, Argentina cuenta con un amplio desarrollo de servicios sociales. Sin embargo, estos son altamente fragmentados y poco articulados entre instituciones, agentes financiadores y distintos niveles de gobierno (Oliveri, 2020). Los servicios provistos son insuficientes para satisfacer la demanda actual, además de lo que implica cumplir con los estándares de calidad en la atención a los mayores. En este escenario, el arraigado familismo no es solo una pauta cultural, sino también una consecuencia de políticas públicas que delegan el cuidado en el ámbito privado. Ello sostiene el enfrentamiento entre el cuidado domiciliario y el cuidado residencial, posicionando la intervención pública de manera subsidiaria frente a la obligación familiar. La perspectiva de los cuidados permite enlazar ambos espacios: la familia y los servicios especializados, en un continuum que los expertos denominan de cuidado progresivo. Esta perspectiva permite analizar cómo el Trabajo Social interviene en esa tensión, buscando transformar la residencia de larga estadía de un espacio de segregación a un escenario de ejercicio de ciudadanía y autonomía para las personas mayores en el contexto

tucumano.

La población objeto de este estudio es la de "adultos mayores" o "personas mayores", menciones generalmente utilizadas de manera indistinta —como veremos más adelante— para referirse a individuos de 65 años o más. Aunque el término "anciano" suele referirse a quienes superan los 80 años, aquí no se utilizará. En cualquier caso, la terminología varía según el uso regional y el contexto. En este trabajo, aludiremos a los sujetos de la investigación como personas mayores, siguiendo las recomendaciones actuales en la materia.

El análisis incorpora los cambios conceptuales, normativos y políticos que inciden en las profesiones, instituciones y políticas relacionadas con el proceso de envejecimiento humano, a fin de conocer e interpretar los alcances, las limitaciones y los desafíos del cuidado institucionalizado en residencias de larga estadía. Siendo una de las posibles respuestas en la atención especializada de personas mayores, este trabajo invita, además, a desarrollar una mirada sobre el papel del Trabajo Social en el campo gerontológico y su contribución al debate actual, tanto en el plano teórico como en la implementación de políticas públicas.

La prestación de servicios gerontológicos se rige actualmente por la premisa de una atención centrada en la persona. En el caso de las Residencias de Larga Estadía (RLE), la calidad de la atención y la eficiencia organizacional se traducen directamente en una mejor calidad de vida para las personas mayores. La atención centrada en la persona constituye un eje transversal de la prestación y se expresa en la transición de un enfoque puramente técnico o de control a otro centrado en el sujeto. Esta perspectiva procura garantizar los requerimientos como:

- autonomía y dignidad: respeto a la capacidad de elección, la historia de vida y las preferencias individuales;
- humanización: un trato singularizado que contemple la privacidad, la intimidad y la personalización del entorno (habitaciones con objetos propios);
- participación social: el fomento de vínculos con la familia y la comunidad para evitar el aislamiento institucional.

En síntesis, el trabajo de investigación atraviesa los siguientes ejes conceptuales:

- El cambio de perspectiva: del asistencialismo a los derechos. La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

(ratificada por Argentina mediante la Ley 27.360 y con jerarquía constitucional) ha sido un hito fundamental para avanzar en el tránsito del “objeto de cuidado/asistencia” al “sujeto pleno de derechos”. En este sentido, la investigación no solo analiza la prestación de un servicio, sino también el ejercicio de derechos fundamentales en el ámbito residencial, superando la vieja visión del “asilo” como un lugar de depósito. ¿Es la residencia un lugar de “espera” o de “proyectos”?

-La heterogeneidad de las vejeces: en el trabajo se destaca la idea de que no existe una sola forma de ser "persona mayor". Este estudio reconoce la diversidad de trayectorias de vida, donde factores como la clase social, el nivel educativo y el género condicionan la experiencia del envejecimiento y el ingreso a una residencia.

-El rol específico del trabajo social como parte del equipo interdisciplinario, aborda el potencial de la profesión en el campo gerontológico a partir de los contextos locales de práctica. El contacto con la dimensión de la intervención permite describir al trabajador social no solo como un gestor de recursos, sino como un articulador entre la institución, la familia y la subjetividad del residente. Su rol en la "desinstitucionalización de la vida cotidiana" dentro de la residencia es un punto clave sobre el que se avanzará.

-La particularidad del NOA: la provincia de Tucumán tiene características culturales y sociales propias, que difieren, por ejemplo, de la Región Pampeana o CABA. Se observa, así, una territorialidad del cuidado. Las percepciones tanto de profesionales como de usuarios residentes permiten afirmar que en la región existen rasgos culturales específicos respecto al "mandato de cuidado familiar" que hacen que el ingreso a una residencia sea vivido con mayor o menor estigma o tensión que en otras comunidades. Las residencias de larga estadía consideradas en este trabajo representan una respuesta estatal-privada en el contexto de un sistema de bienestar fragmentado.

Capítulo 1

Principales problemas y desafíos en la asistencia integral a personas mayores

En las sociedades contemporáneas, la complejidad inherente a la atención de adultos mayores plantea desafíos multifacéticos que abarcan desde deficiencias sistémicas en la atención sanitaria y social hasta vulnerabilidades individuales y del entorno próximo, derivadas de la sobrecarga de los cuidadores. Se destacan problemas críticos como la fragmentación de los servicios, la escasez de especialistas, los elevados costos de la atención a largo plazo, la polifarmacia, así como los efectos del aislamiento social, el edadismo y distintas formas de abuso y maltrato. Los estereotipos y sesgos cognitivos afectan tanto los derechos jurídicamente reconocidos como los aspectos éticos que involucran a los profesionales y a los servicios sociales.

Como veremos a continuación, se describen algunas de las barreras más frecuentes en la prestación de servicios de asistencia especializada en el contexto regional. Por su parte, las soluciones incluyen en la actualidad la implementación de modelos de atención integrada y centrada en la persona, el fortalecimiento en la capacitación y apoyo a los cuidadores, la formulación de políticas públicas sostenibles y equitativas en la promoción activa de la inclusión social, junto con una integración de la tecnología y la innovación en los sistemas de cuidado (Aranco et al., 2022).

1.a- Barreras sistémicas y estructurales en la provisión de asistencia

La asistencia a los adultos mayores se ve obstaculizada por una serie de barreras intrínsecas a la estructura y al funcionamiento de los sistemas de salud y sociales. Estas barreras no solo limitan el acceso a servicios esenciales, sino que también comprometen la calidad y la continuidad de la atención. Asimismo, su transformación potencia el sistema de cuidado y apoyos para la población mayor. No implican, por tanto, una situación estática, sino una dinámica de balances y desbalances ante los cambios del contexto. Se presentan en el gráfico N° 1 y se desarrollan a continuación.

Gráfico N° 1. Barreras sistémicas y estructurales en la provisión de asistencia a las vejece



Fuente: elaboración propia

Fragmentación y descoordinación de los sistemas de salud y cuidado

Los sistemas de salud en el contexto regional presentan —por cierto, con variaciones— una marcada fragmentación, lo que dificulta la provisión de una atención continua y coordinada. Esta fragmentación se manifiesta en la desconexión entre los distintos niveles de atención (primaria, especializada, hospitalaria, a largo plazo) y entre los diversos proveedores de servicios. Los organismos internacionales de referencia en la materia, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han reconocido esta problemática e impulsado políticas de atención integrada para mejorar los resultados de salud y garantizar una atención sin interrupciones.

Los efectos de la medicalización de los problemas sociales, fueron abordados críticamente por la Declaración de Río sobre los Determinantes Sociales de la Salud (2011)² y la actual HiAP (*Health in all Policies*)³, un enfoque que cambia el pensamiento sanitario

²https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/rio_political_declaration_spanish.pdf?sfvrsn=891f1a3b_5

³<https://www.flacso.org.ar/publicaciones/health-in-all-policies-seizing-opportunities-implementing-policies/>

predominante para incorporar la lente de salud en la toma de decisiones en todos los sectores y áreas de política.

La falta de una visión integrada lleva a que las personas mayores, que a menudo presentan múltiples comorbilidades y requieren una atención compleja y multidisciplinar, se vean obligados a navegar por un laberinto de servicios desarticulados. Esto resulta en duplicación de pruebas, medicación inadecuada, falta de seguimiento y, en última instancia, una calidad de atención deficiente y resultados de salud subóptimos.

Asimismo, la fragmentación del sistema de salud agudiza las brechas y la desigualdad en el acceso a la atención. Cuando se considera la alta prevalencia de enfermedades crónicas en adultos mayores, quienes necesitan de una atención continua y coordinada, se hace evidente que un sistema fragmentado no puede satisfacer adecuadamente sus complejas necesidades. Esto conduce a diagnósticos parciales y frecuentemente con omisiones, interacciones adversas entre medicamentos debido a la falta de intercambio de información, y resultados de salud generalmente deficientes, lo que a su vez incrementa las hospitalizaciones y los costos de atención. El sistema se vuelve reactivo en lugar de proactivo.

El acceso a la atención especializada, en particular para condiciones complejas comunes en adultos mayores, se vuelve desigual. Las disparidades sanitarias se acentúan y la necesidad de políticas que apoyen servicios sanitarios asequibles, accesibles y de alta calidad para los adultos mayores se vuelve imperativa (OPS, 2023; CEPAL, 2016; Levesque, Harris y Russell, 2013).

En definitiva, la fragmentación del sistema sanitario exacerba las desigualdades socioeconómicas existentes y quienes tienen menos recursos o menor capital social tendrán más dificultades para acceder a la atención. Ello socava el principio de acceso universal y de equidad en la medida en que se ofrecen diversos niveles de calidad en la atención. Un modelo de atención integrada supone la coordinación de todos los niveles de cuidado, los servicios y los proveedores. Se acompaña de un fortalecimiento de la atención primaria para ofrecer un cuidado inclusivo y centrado en la persona, así como de la promoción del autocuidado y de la participación comunitaria en la toma de decisiones en salud.

Escasez de especialistas gerontológicos

La falta de estos especialistas compromete la atención integral y el manejo adecuado de las enfermedades crónicas; la deficiencia es aún más crítica en áreas rurales, donde la cobertura es muy limitada. Los geriatras son fundamentales para coordinar la atención de

múltiples especialistas y condiciones, ofreciendo una visión general y holística que los médicos generalistas o especialistas por órgano no pueden proporcionar. Ello conduce a diagnósticos tardíos, tratamientos subóptimos y un aumento de la polifarmacia y sus complicaciones (disminución de la capacidad funcional y aumento de las comorbilidades y la mortalidad), en la medida en que ningún profesional supervisa el régimen de medicación completo.

Algunos arguyen que la desvalorización de la geriatría como especialidad podría estar asociada a una subvaloración social del cuidado de las personas mayores. Subestimar la importancia de la atención especializada para las personas mayores conduce a una menor inversión en la formación e investigación geriátricas, perpetuando así el ciclo de atención inadecuada.

Costos y financiamiento

El costo del cuidado a largo plazo es una de las barreras más significativas para los adultos mayores y sus familias. Las residencias tienen, por lo general, un costo muy elevado, dependiendo de si las prestaciones son más individualizadas o compartidas, alcanzando un valor según la categoría en un rango de \$1.500.000 a \$2.400.000 en una Residencia de larga estadía, y entre \$1.725.000 y \$2.760.000 para las Residencias de larga estadía especializadas en cuidados psico gerontológicos (tomando como base los aranceles estipulados por el INSSJP/PAMI en agosto 2025).

Aunque el cuidado domiciliario puede ser más accesible -a razón de un salario mensual con retiro \$416.485,63 y sin retiro \$464.129,59; y de un cuidador por hora con retiro \$3.293,99 y sin retiro \$3.683,21⁴- sigue siendo una carga considerable para muchas familias. Actualmente en el país, los mayores de 70 perciben una jubilación que alcanza a \$384.305 (julio 2025) para el caso de una jubilación mínima del sistema contributivo, a \$317.435,83 (julio 2025) en el caso de la PUAM (Pensión Universal para el Adulto Mayor), y de \$286.506,35 en el caso de una pensión no contributiva para el mismo mes, montos evidentemente exiguos para afrontar los costos del cuidado.

Se convierte en un verdadero cuello de botella cuando, además, se añade la disminución de la capacidad para generar ingresos laborales y la falta de ahorros. Este cuidado especializado es reemplazado por el cuidado familiar, a expensas de los esfuerzos

⁴ Datos actualizados a septiembre de 2025 - Secretaría de Trabajo, Ministerio de Capital Humano. <https://www.argentina.gob.ar/trabajo/casasparticulares/trabajador/sueldo>

que ello implica para el entorno cercano, o por la subsistencia sin cuidados medianamente garantizados.

Además, la tensión financiera y la vulnerabilidad crean un terreno fértil para el abuso financiero, ya sea por parte de familiares de confianza o de estafadores externos que explotan la situación. A su vez, la presión económica puede convertir a la familia en una fuente de riesgo en lugar de ser una de contención y apoyo.

Marco legal y políticas públicas: avances y brechas

La Argentina ha avanzado en el establecimiento de nuevos marcos legales y políticas para proteger y asistir a las personas mayores en sintonía con las tendencias globales. El país ha ratificado la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, buscando transformar un modelo netamente asistencial en uno de derechos plenos en el que se subrayan los principios de dignidad, independencia, autonomía y no discriminación.

En cuanto a los aspectos legales vigentes en el ámbito internacional, deben considerarse los acuerdos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), aplicables a las personas mayores, en particular la Declaración de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, etc. Los que contienen los derechos fundamentales que les asisten.

Como complemento, hay documentos específicos sobre las “personas de edad”, término acuñado por las Naciones Unidas, en el que se engloban las personas con 60 años o más, como son:

Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad (1991)⁵

a) Independencia: las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestuario y atención de salud adecuados, mediante la provisión de ingresos, el apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia. Deberán tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras oportunidades de generar ingresos, acceso a programas educativos y de formación adecuados, así como poder participar en la determinación de cuando y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales. Deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a la evolución de sus capacidades, pudiendo residir

⁵ Ver en: <https://www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons-1999/principios/los-principios-de-las-naciones-unidas-en-favor-de-las-personas-de-edad.html>

en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

b) Participación: las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y pericias con las generaciones más jóvenes. Asimismo, aprovechar de las oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades, pudiendo formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

c) Cuidados: las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad. Deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de enfermedades; así como a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado. Deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en instituciones donde se les brinden cuidados, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

d) Autorrealización: las personas de edad deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial, mediante el acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

e) Dignidad: las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotación y de malos tratos físicos o mentales; recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.

Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de Madrid en 2002⁶ (que tuvo su precedente en la Primera Asamblea Mundial celebrada en Viena en 1982) en el que se reconoce responsabilidades en lo que se refiere a servicios sociales y acciones conexas hacia las personas de edad:
-Responsabilidad primordial de los gobiernos de promover y prestar servicios sociales básicos y de facilitar el acceso a ellos, teniendo presentes las necesidades específicas de las personas de edad. Han de trabajar con las autoridades locales, la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, el sector privado, los voluntarios y las organizaciones de voluntarios, las propias personas de edad y las asociaciones de personas de edad y las que se dedican a ellas, así como con las familias y las comunidades

⁶ Ver en: <https://docs.un.org/es/A/CONF.197/9>

(artículo 13).

-Importancia de la función de las familias, los voluntarios, las comunidades, las organizaciones de personas de edad y otras organizaciones de base comunitaria para prestar a las personas de edad apoyo y cuidados no estructurados, complementarios a los que proporcionan los gobiernos (artículo 15).

-Necesidad de fortalecer la solidaridad entre las generaciones y las asociaciones intergeneracionales, teniendo presentes las necesidades particulares de los más mayores y los más jóvenes (artículo 16).

Esta tendencia se refleja en el ámbito nacional en instrumentos jurídicos como la Ley Nacional N° 27.360/2017⁷, mediante la cual se aprueba la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en Argentina y la Ley Nacional N° 24.901/1997⁸, que establece un sistema de prestaciones básicas integrales para personas con discapacidad.

En relación con las políticas públicas a nivel nacional, las personas mayores constituyen actualmente una línea de trabajo de la Subsecretaría de Políticas Familiares, dependiente de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Capital Humano.

Cuidadores, cuidado progresivo, cuidado residencial, reconocimiento y buen trato son claves de una política en la materia. Sin embargo, a pesar de los avances, persisten brechas significativas. Los derechos de *jure* no siempre se traducen en realidades de *facto*, lo que evidencia una brecha crítica entre la aspiración política y la capacidad operativa. Se generan aspectos contradictorios en la medida en que el encuadre legal resulta de avanzada, mas su implementación efectiva se ve obstaculizada por limitaciones de distinto tenor: económicas, de infraestructura, de recursos humanos, etc. (Max Agüero, Bejarano y Ortiz, 2009; Roqué y Fassio, 2015).

A pesar del claro compromiso legal, se revelan problemas persistentes como la precariedad financiera, la falta de atención especializada y la carga de los cuidadores. Los modelos de cuidado a largo plazo deben ser accesibles, asequibles, completos y continuos, y considerar las necesidades específicas según el género y la cultura. La implementación efectiva de estas leyes y políticas a menudo se ve limitada por la falta de recursos, la informalidad laboral, que afecta los beneficios de la seguridad social, y la necesidad de

⁷ Ver en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27360-275347>

⁸ Ver en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24901-47677>

adaptar los sistemas a las crecientes tasas de dependencia y al envejecimiento poblacional. Por su parte, si las iniciativas políticas son aisladas y fragmentadas, aunque beneficiosas, resultan insuficientes. Efectivamente, los desafíos descriptos (financieros, de salud, sociales y de carga de los cuidadores) están interconectados.

Problemas de salud y bienestar específicos en la vejez

El proceso de envejecimiento conlleva una serie de desafíos de salud y bienestar que requieren una atención especializada y comprensiva. Estos problemas no solo afectan la calidad de vida de los adultos mayores, sino que también ejercen una presión considerable sobre los sistemas de atención.

El impacto del aislamiento social y la soledad

Es crucial diferenciar entre vivir solo, el aislamiento social y la soledad. El aislamiento social es la situación objetiva de tener mínimos contactos con otras personas, ya sean familiares o amigos. La soledad, en cambio, es la sensación subjetiva de tener menos afecto y cercanía de lo deseado en el ámbito íntimo (soledad emocional), de experimentar poca proximidad con familiares y amigos (soledad relacional) o de sentirse socialmente poco valorado (soledad colectiva). La soledad emocional hace referencia a un grupo más bien pequeño (de 1 a 5 personas) al que podemos acudir en busca de apoyo emocional en momentos de crisis. La soledad relacional se produce en el espacio de un grupo mayor (de 15 a 50 personas) con quienes simpatizamos y compartimos gustos e intereses. Por su parte, vivir solo no implica necesariamente padecer aislamiento social ni soledad. Las personas que viven solas pueden gozar de una vida familiar y social activa. Por el contrario, algunas personas que viven en compañía se sienten muy solas si tienen malas relaciones con sus allegados. La soledad remite a la sensación subjetiva de falta de compañía o de conexión emocional, incluso cuando se está rodeado de personas. El aislamiento social, por otro lado, es una situación más objetiva que refleja contactos mínimos con otras personas. Una persona puede sentirse sola sin estar aislada, y viceversa. Asimismo, no importa solo comprobar si existen vínculos con otras personas, sino que también importa la calidad de estas relaciones. Los solitarios que voluntariamente deciden aislarse de familiares y amigos no pueden considerarse en situación de aislamiento social. El verdadero aislamiento social es básicamente involuntario (Chaparro Díaz et al., 2019; Gené-Badia et al., 2016).

En cualquier caso, estas situaciones constituyen problemas de salud pública

emergentes, con graves consecuencias para el segmento de personas mayores que hay que atender. Presentan repercusiones en el bienestar físico, mental y espiritual. Están directamente relacionadas con un mayor riesgo de depresión, ansiedad e insomnio, y pueden agravar trastornos mentales existentes. Algunos estudios también asocian la soledad con el deterioro cognitivo y un mayor riesgo de fragilidad física, así como de enfermedades cardiovasculares, hipertensión y una menor respuesta inmunitaria (Chaparro Díaz et al., 2019).

Asimismo, múltiples factores contribuyen a este problema: los problemas de salud mental, como la ansiedad y la depresión, pueden hacer que las interacciones sociales resulten desalentadoras. Las limitaciones físicas, como los problemas de movilidad, la pérdida auditiva o las dificultades para seguir conversaciones, pueden impedir la participación en actividades sociales. La pérdida de seres queridos, como la muerte de cónyuges, amigos y familiares cercanos, deja un vacío emocional (Palma-Ayllón y Escarbajal-Arrieta, 2021). Los factores ambientales, como el acceso limitado a recursos comunitarios o transporte, también influyen. Las barreras tecnológicas representan otro obstáculo para los mayores que quedan desconectados de las formas actuales de comunicación e información. Los cambios de rutina pueden llevar a una sensación de inutilidad y aislamiento si no se generan nuevas actividades. Contribuyen a este problema, no solo las barreras económicas para acceder a servicios de salud y atención (incluyendo el costo de medicamentos, tratamientos y transporte), sino también las barreras geográficas, en las que la distancia a los centros de salud o la falta de transporte público eficiente dificultan el acceso a los servicios. El envejecimiento también puede traer consigo discapacidades físicas que limitan la movilidad, lo que vuelve aún más complicado el desplazamiento y refuerza el aislamiento.

Las enfermedades crónicas y la polifarmacia

El envejecimiento de la población está acompañado por una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, como cardiopatías, diabetes, artritis e hipertensión. Su manejo requiere atención médica periódica, medicación, pruebas preventivas y tratamiento de múltiples afecciones. Las enfermedades crónicas no solo afectan la salud física, sino también la salud mental debido a la carga emocional, la incertidumbre y las limitaciones que generan.

Su coexistencia puede contribuir, bajo determinadas condiciones, a la polifarmacia, definida como el consumo simultáneo de cinco o más medicamentos. Sus riesgos son significativos e incluyen un impacto general en la calidad de vida (pérdida de calidad de

vida, disminución de la capacidad funcional, fragilidad, incremento de las comorbilidades y aumento de la mortalidad); síntomas generales y cognitivos (mareos, dolor de cabeza, alteraciones del sueño y problemas cognitivos, como dificultad para concentrarse, pérdida de memoria, etc.); problemas digestivos y nutricionales (molestias abdominales, náuseas, alteraciones sensoriales del gusto, olfato, etc., e impacto en la nutrición con dificultades para mantener una dieta adecuada, deficiencias nutricionales, etc.); y complicaciones a mediano y largo plazo (pérdida de minerales óseos, lo que incrementa el riesgo de fracturas, alteraciones renales y desbalance de minerales).

La consulta a múltiples especialistas en contextos de sistemas sanitarios fragmentados provoca una cascada de efectos adversos y un declive funcional general. Estos riesgos son evitables en la medida en que las prescripciones sean revisadas por profesionales de la salud, incluyendo médicos, enfermeras y farmacéuticos. Muchas veces, los farmacéuticos son un recurso subutilizado que puede ayudar a resolver dudas y problemas de medicación. El rol de la enfermería también es indispensable, ya que puede implementar herramientas educativas y conductuales, llevar a cabo evaluaciones periódicas para detectar tempranamente efectos adversos y mejorar la adhesión a los tratamientos. Esto sugiere un potencial para que estos profesionales se integren más formalmente en los procesos de revisión de medicamentos y educación del paciente, pasando de un modelo centrado en el médico a un enfoque más colaborativo e interdisciplinario para la seguridad del paciente y la calidad de vida.

Los cuidadores y el entorno familiar

Los cuidadores, en su mayoría familiares, son la columna vertebral de la asistencia. Sin embargo, en un sistema donde los apoyos comunitarios, aquellos del Estado y las posibilidades que ofrece el mercado son variables o limitados, su papel está cargado de desafíos que pueden comprometer su propia salud y la atención que brindan.

Esta situación de *burnout* alude a un estado de agotamiento físico y emocional como resultado de la sobrecarga de responsabilidades, de la necesidad de equilibrar el cuidado con el propio trabajo y familia, de la convivencia con la persona cuidada y sus características, los propios problemas de salud del cuidador, los conflictos familiares que atraviesa, la falta de recursos económicos y muchas veces su edad avanzada.

Un problema crítico es la falta de formación y competencias de los cuidadores familiares. La carencia de información específica en cuidados se agrava en zonas rurales o de difícil acceso. Cuando se trata de una atención de largo plazo, puede incluso generar

dificultades financieras para los cuidadores por la pérdida de ingresos o seguridad laboral, dado el tiempo dedicado al cuidado, en especial cuando deben compaginar el cuidado con un empleo. Cuando el cuidador reside a distancia, enfrenta complicaciones adicionales, como faltar al trabajo o preocuparse por el cuidado en su ausencia.

Es ostensible la tensión en sociedades desiguales como Argentina entre el cuidado informal, sin capacitación, y la responsabilidad privada y familiar, frente al cuidado como un servicio social planificado. La profesionalización del cuidado no se trata solo de incorporar ciertas habilidades, sino también del reconocimiento y apoyo sistémico.

Las manifestaciones de desequilibrio son variadas y debilitantes, como se resume en el cuadro N° 1. Ello afecta directamente la calidad de la atención proporcionada al ser querido, aumentando el riesgo de maltrato o negligencia; mientras que la irritabilidad y el aislamiento afectan la capacidad del cuidador para brindar una atención apropiada y compasiva. El género es uno de los principales factores de riesgo. Aunque la sociedad está cambiando, las mujeres suelen ser las principales responsables del cuidado de los miembros de la familia. Se trata de una expectativa social asociada al familiarismo, por la cual las mujeres asumen desproporcionadamente los costos físicos, emocionales y financieros del cuidado en más de un hogar. En síntesis, el bienestar del cuidador es directamente proporcional al bienestar de la persona cuidada.

Cuadro N° 1. Síntomas y causas del síndrome del cuidador quemado

Tipo	Síntomas	Causas
Físicos y emocionales	Cansancio persistente	Sobrecarga de responsabilidades
	Problemas de sueño / Insomnio	Cuidado a largo plazo
	Dolores o molestias físicas sin causa aparente	Convivir con la persona a la que se cuida
	Niveles de estrés y/o ansiedad elevados	Cuidar a enfermos crónicos, con discapacidad o demencia
	Sentimientos de impotencia y desesperación	Problemas de salud previos del cuidador
	Consumo de ansiolíticos y/o antidepresivos	Existencia de conflictos familiares

Conductuales y sociales	Disminución o abandono de aficiones / Ausencia de ocio	Falta de recursos económicos
	Desinterés por vivir nuevas experiencias / Abulia	Compaginar el trabajo con el cuidado
	Elevada irritabilidad / Agresividad	Tener una edad avanzada (cuidador)
	Aislamiento social	Ser mujer
	Descuidar necesidades y responsabilidades propias	Falta de formación y conocimiento sobre la enfermedad
		Dificultad para pedir ayuda
		Sensación de que otros familiares se desentienden

Fuente: elaboración propia en base a Martínez Pizarro (2020)

El estado de vulnerabilidad de los mayores y los abusos

Una manifestación habitual de esta condición es el abuso financiero, un problema complejo y silencioso que quita a las personas mayores su seguridad, a menudo costándoles los ahorros de toda su vida. Entre las formas más comunes pueden mencionarse el abuso financiero por parte de personas de confianza, cuando obtienen acceso a los ahorros, créditos o bienes de la persona; las llamadas estafas románticas, ante la vulnerabilidad emocional derivada de la soledad y una mayor susceptibilidad a la explotación financiera; o los contactos (telefónicos o por otros medios) fraudulentos con la finalidad de obtener dinero.

En este punto, la prevención es crucial. Mantenerse en contacto regular con el ser querido (visitas, llamadas, videollamadas) permite detectar el abuso, así como disuadir a los abusadores. La tecnología puede colaborar en esta conexión y monitoreo, como configurar alertas automáticas en cuentas bancarias para notificar transacciones, entre otras posibilidades. Al mismo tiempo, también resulta necesario proteger la privacidad al usar tecnología y educar a los ciudadanos sobre estos riesgos.

Cuando el abuso financiero proviene de alguien cercano, en quien la persona mayor confía, ello revela un problema más profundo que el simple fraude. Se refiere a las dinámicas de confianza, dependencia y posibles desequilibrios de poder en las relaciones familiares o de cuidado. En estos casos, se trata de abordar la dinámica familiar, proporcionar asistencia

legal y establecer mecanismos sólidos de supervisión para quienes administran las finanzas de un adulto mayor.

El edadismo como barrera transversal

El edadismo, o discriminación por edad, es una barrera sutil pero omnipresente que afecta profundamente la vida de las personas mayores, permeando las interacciones sociales, las oportunidades laborales y la provisión de servicios. El edadismo es un tipo específico de discriminación por edad. Se manifiesta de diversas formas, desde restarle importancia al aporte social y laboral de los adultos mayores, hasta infantilizarlos con términos como abuelito o abuelita.

Esta percepción negativa hacia el envejecimiento puede afectar la autoestima y salud mental, contribuyendo al aislamiento físico y social. Ello limita el acceso a oportunidades y puede influir en cómo se les trata en los sistemas de salud y de servicios sociales, donde sus preocupaciones pueden ser ignoradas o atribuidas simplemente a la edad. Deriva en una atención menos compasiva y/o menos exhaustiva. El ageísmo o la discriminación por edad, es un problema grave que afecta la calidad de vida y el acceso a oportunidades para los adultos mayores.

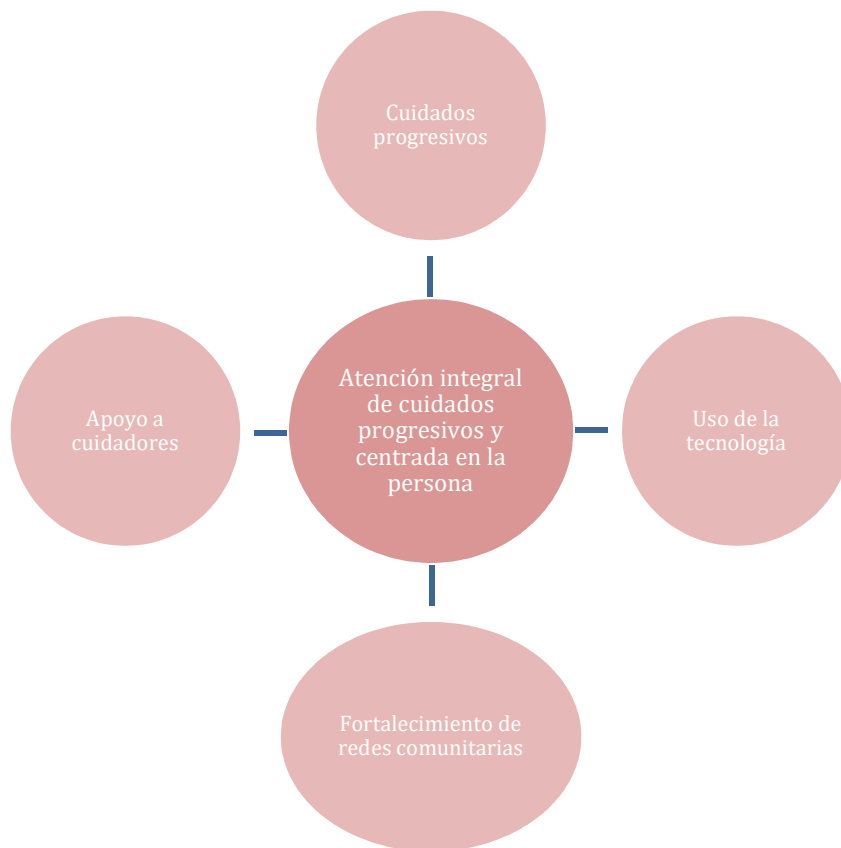
El acto de infantilizar a las personas mayores o de desestimar sus contribuciones no implica solo una falta de respeto, sino que además erosiona la autoestima y el sentido de propósito. Internalizan una autopercepción negativa, que puede llevar al retraimiento y a un mayor aislamiento social, considerado como causa directa del empeoramiento de la salud física y mental (Officer et al., 2020). Actúa como una barrera fundamental, creando una angustia psicológica que se manifiesta en deterioros tangibles, y dificulta que las personas mayores busquen o se beneficien de la asistencia.

En el plano ético, surgen dilemas relacionados con la toma de decisiones, especialmente cuando la persona mayor presenta deterioro cognitivo. La cuestión del consentimiento informado es crucial, así como la prevención del maltrato y la negligencia, que pueden ser físicos, psicológicos o económicos. La distribución de recursos de salud, en la que a veces se restringen los tratamientos a personas por su edad, es otro conflicto ético importante.

1.b- Asistencia integral centrada en la persona y modelos de atención

En términos generales, la literatura sostiene que es necesario explorar y adoptar modelos de atención más efectivos e innovadores, así como identificar y replicar las mejores prácticas. El concepto de asistencia integral va más allá de la mera provisión de cuidados básicos; implica un enfoque holístico que abarca la salud física, mental, emocional, social y económica, garantizando la dignidad, la autonomía y la calidad de vida de las personas mayores. El gráfico N° 2 resume los conceptos básicos de una propuesta de gestión.

Gráfico N° 2. Modelos de atención integral centrada en la persona



Fuente: elaboración propia.

La referencia a un sistema de cuidados progresivos permite superar la idea de dos modelos históricamente excluyentes: el cuidado domiciliario y el cuidado residencial. La referencia a cuidados progresivos proviene de la práctica médica clínica y tiene antecedentes en los debates en torno a la agenda sanitaria de mediados del siglo XX en los Estados Unidos

(Peve y Spinelli, 2021). Se entiende como un modelo de gestión centrado en niveles de atención, garantizando la accesibilidad, eficiencia del sistema de salud y asegurando el nivel de atención adecuado que cada paciente requiere, en un contexto transdisciplinario, como un modelo superador de los contextos cerrados por servicios, a un modelo en red articulada entre sectores del mismo establecimiento. Este principio, impulsado por la Organización Panamericana de la Salud desde 1973, rompe con la lógica vertical y jerárquica de los servicios tradicionales y propone una estructura horizontal, flexible y centrada en las necesidades reales de las personas. El paciente, entonces, no pertenece a ningún servicio, sino a un nivel de cuidado clínico, lo que favorece una atención más eficiente y centrada en la persona. Este modelo de gestión por cuidados progresivos abandona el modelo de atención centrado en el servicio y la patología del paciente, por uno centrado en niveles de cuidado y formas organizativas orientadas al desarrollo de sistemas de atención integrales e integrados (Silberman, et al., 2022).

Se basa en la idea de que un paciente puede necesitar diferentes niveles de cuidado a lo largo de su hospitalización, por lo que se ajustan los recursos humanos y físicos según la complejidad y la demanda del momento. Este enfoque busca optimizar la calidad de la atención, integrar los servicios y mejorar la accesibilidad y la continuidad del cuidado mediante un trabajo en equipo multidisciplinario. El enfoque radica en a) la flexibilidad entre niveles de cuidado - mínimos, intermedios, moderados e intensivos - en lugar de estar compartimentados por especialidades; b) la continuidad asistencial con distintas ofertas de servicios atendiendo a las variaciones de las necesidades del asistido; c) una atención centrada en el paciente y su familia, con un enfoque proactivo e integral; y d) el trabajo en red.

En el caso de las personas mayores, la noción resalta los aspectos ligados al enfoque centrado en la persona para adaptar los cuidados a sus necesidades cambiantes, promoviendo la autonomía, la salud física y mental y la prevención. Esto implica priorizar la promoción de un estilo de vida saludable con dieta equilibrada y ejercicio, atención médica integral con chequeos anuales, el uso de adaptaciones como bastones o audífonos para optimizar la autonomía, y la creación de redes de apoyo familiar y social. Desde el punto de vista de los servicios, estos deben estar preparados para brindar asesoramiento personalizado, conectar con recursos y servicios locales, incluyendo programas gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil, e implementar medidas de modo que las personas puedan permanecer en su hogar el mayor tiempo posible, en un entorno habitacional adaptado y seguro, capacitar en la prevención y gestión de riesgos ante accidentes en el hogar, así como crear condiciones

para el apoyo domiciliario y otros programas, y evitar así la institucionalización prematura en aras de una mejor calidad de vida.

Respecto a los modelos de atención a las personas mayores, la elección entre el cuidado domiciliario y el residencial es una decisión compleja, con ventajas y desventajas de cada uno. El cuidado domiciliario ofrece atención personalizada y constante, permitiendo a las personas envejecer en su propio hogar, lo que mantiene la rutina y el entorno familiar. Favorece la conservación de la autonomía, mejora el estado de ánimo y fomenta un vínculo afectivo entre el cuidador y la persona mayor, lo que previene el sentimiento de soledad. Los cuidadores suelen estar formados y contar con experiencia, lo que les permite aplicar diversas técnicas para promover la estimulación física y cognitiva. Además, mejora la calidad de vida de la familia al aliviarla de la carga del cuidado mediante la flexibilidad horaria. Económicamente, puede ser más accesible que las residencias para ciertos niveles de necesidad. Aunque no siempre es posible en enfermedades avanzadas o demencias que requieren cuidados muy especializados, en hogares que no están adaptados a necesidades avanzadas y en los que resulta difícil garantizar la asistencia las 24 horas.

El cuidado residencial (hogares para personas mayores o instituciones de vida asistida) ofrece atención a tiempo completo prestada por profesionales calificados, lo que brinda mayor seguridad a las familias. Proporciona horarios estructurados que pueden beneficiar la salud y el bienestar, y promueve la interacción social con actividades y eventos organizados que previenen la depresión y fomentan la socialización con pares. También ofrece ayuda con tareas cotidianas como bañarse, vestirse y administrar medicamentos, y la supervisión continua ayuda a prevenir lesiones, maltratos y abusos. Las desventajas incluyen el alto costo, la pérdida de autonomía de los residentes, las dificultades para adaptarse a un nuevo entorno y las experiencias de negligencia y abuso que generan una percepción social negativa. Los modelos de cuidado a largo plazo o de larga estadía varían desde instituciones de vida asistida, establecimientos de cuidados y alojamiento, hasta residencias con diferentes servicios y formas de financiación (recursos privados, coberturas de empresas de medicina prepaga u obras sociales, etc.).

La comparación entre el cuidado domiciliario y el residencial revela una tensión fundamental. El cuidado domiciliario prioriza la "libertad de envejecer en su propio hogar" y la "conservación de la autonomía". El cuidado residencial, por el contrario, enfatiza un control estructurado de los "cuidados a tiempo completo" y la "supervisión las 24 horas". Esto pone de manifiesto un dilema central tanto para las familias como para los responsables políticos: cómo equilibrar el deseo de independencia y el entorno familiar de un adulto

mayor con la creciente necesidad de supervisión médica profesional y de seguridad a medida que su salud declina, frente a un sujeto cuyas necesidades y preferencias cambian. No hay una solución perfecta para todos o para todas las etapas del envejecimiento. Las fuentes sugieren que el cuidado domiciliario puede ser "complementario" del cuidado residencial. Esto implica la necesidad de modelos más flexibles, integrados e híbridos que puedan adaptarse a medida que cambia la dependencia de un individuo, posiblemente combinando elementos de ambos, como centros de día o cuidado de relevo a corto plazo para apoyar a los cuidadores en el hogar mientras se permite el acceso a algunos beneficios institucionales. Esto optimizaría la asignación de recursos y mejoraría la atención centrada en la persona.

Cuidados progresivos

Por lo antedicho, los modelos de cuidado progresivo conforman un conjunto de opciones en cuanto al tipo de servicios que ofrecen y su financiamiento (Alemán Bracho, 2013), los cuales incluyen:

- Cuidado domiciliario, con posibilidades que dependen de las condiciones del hogar y se financia total o parcialmente con fondos propios.

- Centros de vida asistida, apartamentos o dormitorios con baño privado (*co-housing*), con servicios de comidas, actividades sociales y recreativas, ayuda con actividades cotidianas, dispositivos de emergencia, enfermeras y fisioterapeutas, financiados con fondos propios, seguro o coberturas médico-sociales.

- Viviendas gubernamentales o de acceso asistido, protegido y supervisadas.

- Residencias, con habitaciones en general compartidas y servicios comunes en espacios compartidos, de comidas, de ayuda con actividades cotidianas, de atención de enfermería especializada, de rehabilitación, de cuidados paliativos y de supervisión médica, financiadas con fondos propios, públicos u obras sociales.

- Centros de día, de atención para adultos mayores, que ofrecen apoyo integral en la comunidad: asesoramiento financiero, gestión de casos, asistencia domiciliaria, servicios jurídicos, transporte, apoyo telefónico, evaluaciones de salud, nutrición y asistencia personal. Asimismo, ofrecen programas preventivos de envejecimiento activo que incluyen la actividad física, el compromiso social y la estimulación cognitiva. La participación en actividades comunitarias, como la actividad física, ha demostrado que puede retrasar o revertir la fragilidad y mejorar el estado cognitivo y el bienestar emocional. No se trata solo de actividades de ocio, sino del cambio de paradigma de la atención reactiva a la del bienestar proactivo.

El papel de la tecnología en la asistencia integral

La tecnología juega un doble papel: puede ser un "salvavidas" para conectar a los adultos mayores y combatir el aislamiento, y, al mismo tiempo, constituir una "barrera" al acceso a la interacción social, a los bienes y servicios. Si bien la tecnología ofrece soluciones, su inaccesibilidad o la falta de alfabetización digital genera una nueva forma de exclusión. Esto implica que su uso debe ir acompañado de capacitación y apoyo para cerrar la brecha digital y asegurar el acceso a dispositivos y software adecuados. Requiere acciones públicas que garanticen un acceso equitativo y eviten que la tecnología exacerbe inadvertidamente las desigualdades existentes. La teleasistencia, que reduce la necesidad de visitas presenciales al médico y permite monitorear signos vitales a distancia, los hogares inteligentes, que permiten controlar dispositivos (termostatos, iluminación) y monitorear patrones de comportamiento para detectar caídas o anomalías, mejorando la seguridad y la independencia, y el uso de la Inteligencia Artificial (IA) puede ayudar a las personas a resolver dudas sobre gestión de servicios, finanzas o salud, ofrecer estimulación mental y compañía, e incluso terapia.

Iniciativas de apoyo a cuidadores y de fortalecimiento de redes comunitarias

Otra acción relevante es el apoyo a la red de cuidados. Es fundamental que los cuidadores aseguren su propia red de apoyo, planifiquen con antelación, busquen tiempo libre y compartan responsabilidades. Los grupos de apoyo, tanto en línea como en persona, ofrecen un espacio para intercambiar experiencias y reducir el aislamiento del cuidador. Además, es imprescindible regular la provisión del cuidado, tanto remunerado como voluntario. Los programas de relevo permiten un interregno reparador mediante reemplazos de corto plazo. La formación en la atención de distintas enfermedades ayuda a comprender mejor las reacciones del paciente y a establecer expectativas más realistas.

A su vez, la idea de redes implica, por un lado, la colaboración efectiva entre los sectores privado, comunitario y público en servicios de proximidad y en la articulación interinstitucional, completando este ecosistema de cuidado. Si bien los programas gubernamentales son cruciales, la asistencia efectiva no puede ser únicamente de arriba hacia abajo; requiere empoderar e invertir en redes y recursos locales. Este enfoque descentralizado permite adaptar las soluciones a las necesidades específicas de la comunidad, fomentando un sentido de pertenencia y apoyo mutuo que los sistemas formales a menudo tienen dificultades para generar.

En síntesis, la asistencia a los adultos mayores es una tarea compleja y multifacética

que requiere un enfoque estratégico y coordinado. Los problemas identificados, desde las barreras sistémicas hasta las vulnerabilidades individuales y la sobrecarga de los cuidadores, están interconectados y exigen soluciones holísticas. La revisión realizada puede resumirse en una premisa y en posibilidades de acción (Cuadro N° 2).

Premisa: una atención integral, de cuidados progresivos y centrada en la persona

Se trata del pasaje de sistemas fragmentados a modelos de atención integral y de cuidados progresivos que coordinen la atención primaria, especializada, hospitalaria y de largo plazo, resolviendo la histórica tensión entre el cuidado domiciliario y el residencial. Implica la implementación de la valoración geriátrica integral y la coordinación interinstitucional en el ámbito gerontológico. La atención debe centrarse en las necesidades y preferencias de la persona mayor, y en su participación en las decisiones sobre su cuidado.

Cuadro N° 2. Servicios Sociales para personas mayores (haz de opciones)

I. Atención Social Primaria
A. Apoyo a Redes de Cuidado
Apoyo a familias y redes comunitarias.
Capacitación de cuidadores (técnica, relacional, autocuidado).
B. Servicios Domiciliarios y Tecnológicos
Apoyo personal socio-sanitario.
Servicios básicos de proximidad (comida, lavandería, etc.).
Asistencia remota (teleasistencia, hogares inteligentes).
C. Promoción del Envejecimiento Activo
Centros de día (actividad física, cognitiva, voluntariado).
II. Atención Social Especializada
A. Cuidado en Entornos Controlados
Residencias (integrales, permanentes).
Centros de día (atención diurna especializada).
B. Opciones de Vivienda Asistida
Centros de vida asistida.
Viviendas de acceso asistido y supervisadas.
C. Cuidado Domiciliario Avanzado
Cuidado domiciliario (nivel de complejidad avanzado).

Fuente: elaboración propia

Capítulo 2

Coordenadas teórico-metodológicas del proceso de investigación

El objeto de estudio de la tesis redundará en un mejor conocimiento del cuidado institucionalizado de las personas mayores, tanto en sus aspectos favorables como en sus puntos críticos, desde la perspectiva interventiva del Trabajo Social, en tanto profesión consolidada en los equipos de trabajo de este campo de actuación.

A modo de hipótesis de trabajo, se procura contrastar la opinión generalizada de que, en la vejez, el cuidado familiar es un bien preferente al cuidado residencial. Como resultado de esta creencia, se implementan acciones intermedias, como los cuidadores especializados domiciliarios, con resultado dispar (Robles-Silva, 2004; Ellis-Hill y Payne, 2001; Heaton, 1999; Mechanic, 1995; Brody, 1995; Jelin, 1994; Anderson, 1992; Davies, 1980).

Asimismo, dicha idea se sostiene en el perfil familiarista que ha mantenido el sistema de políticas sociales en la Argentina desde la configuración del Estado Social en el país a mediados del siglo XX, así como en algunos regímenes de bienestar de países más avanzados del sistema-mundo capitalista, y que se mantiene a pesar de los procesos de reforma y los cambios sociales, políticos y de gobierno (Esping-Andersen y Palier, 2011; Krmpotic, 2009; Herrera Gómez y Castón Boyer, 2003; Lewis, 2001; Esping-Andersen, 1999).

Sin embargo, en la literatura nacional e internacional (Danel et al., 2022; Marco Navarro y Rico, 2013; Paola et al., 2012) se señalan restricciones al tradicional cuidado familiar de los mayores, las cuales derivan de los siguientes procesos y factores:

- a) procesos demográficos (descenso de la fecundidad y aumento de la esperanza de vida con la consecuente baja de la mortalidad);
- b) el avance de la ciencia aplicada a la biomedicina, las ciencias del comportamiento y sociales, con la llamada segunda transición epidemiológica;
- c) los cambios en la estructura familiar, con el aumento de hogares unipersonales incluso formados por adultos mayores y la disminución del número de miembros en la familia y de potenciales proveedores de cuidado; la coexistencia de varias generaciones, donde hijos adultos mayores tienen a cargo padres de edades avanzada y a su vez atienden a cónyuges, hijos y nietos; cambios en el rol de la mujer, quien cada vez tiene mayor

participación en actividades económicas fuera del hogar y mayor independencia en el plano social, lo que reduce su natural tendencia a cuidar; entre algunas de las evidencias analizadas (Pautassi y Zibecchi, 2013).

d) una mayor profesionalización de los servicios de cuidado, sea en el domicilio o en instituciones especializadas lo que incrementa opciones para disminuir la carga del cuidado familiar.

Desde estas premisas, el **objetivo general** de la tesis busca reconocer las limitaciones y potencialidades del cuidado residencial de personas mayores en una provincia del noroeste argentino, como las condiciones y desafíos del quehacer profesional del Trabajo Social en el marco de un envejecimiento activo.

Para ello, se desarrollaron los siguientes **objetivos específicos**:

- Identificar las condiciones de las trayectorias vitales y de los contextos institucionales que incidan en el nivel de satisfacción actual de los residentes, a partir de un estudio de casos.
- Comprender las experiencias de cuidado y satisfacción de necesidades, desde la perspectiva tanto de los usuarios como de los trabajadores sociales consultados.
- Problematizar aspectos del cuidado residencial en función de la distribución de responsabilidades entre las familias, el Estado, el mercado y la comunidad, a partir de los casos analizados.
- Contribuir a la especialidad gerontológica del Trabajo Social y su proyección interdisciplinar, desde un enfoque centrado en la persona.

Los fundamentos teóricos, a través de sus conceptos clave, así como las bases metodológicas, se presentarán en los dos acápite siguientes.

2.a-Coordenadas conceptuales

La investigación articula seis conceptos-clave como son: la esperanza de vida, el envejecimiento activo, la dependencia, el cuidado familiar, el cuidado institucionalizado y profesional, y el trabajo social gerontológico, dinámica que se presenta en el gráfico N° 3 y en el desarrollo subsiguiente.

Gráfico N° 3. Conceptos-clave de la investigación



Fuente: elaboración propia

Esperanza de vida y esperanza de vida saludable

Sabemos que Argentina registra un crecimiento sostenido en la esperanza de vida. Para 2020, la esperanza de vida al nacer en Argentina era de 77 años, un año más que el promedio regional. Para 2100, se proyecta que habrá aumentado en 10 años respecto a 2020. También se observa una diferencia entre varones y mujeres, a favor de estas últimas. Sin embargo, una mayor esperanza de vida no implica necesariamente una mejor salud. La literatura especializada muestra que las mujeres tienden a vivir más años, pero en peor estado de salud (Luy y Minagawa, 2014). En Argentina, las mujeres viven más años en condiciones de salud menos saludables que los hombres. Se observa que las mujeres son más propensas a presentar enfermedades altamente debilitantes, aunque con una tasa de mortalidad baja, mientras que en el caso de los hombres sucede lo contrario, probablemente debido a factores biológicos y sociales (factores de riesgo, controles de salud, etc.).

Para una mejor distinción, el indicador de esperanza de vida saludable, definido como los años de vida que se espera que una persona viva con plena salud, libre de limitaciones o enfermedades (OMS, 2004), es una medida más representativa de la calidad de la salud de la población que la esperanza de vida al nacer. Es importante destacar que la

esperanza de vida saludable — también denominada esperanza de vida libre de discapacidad — es menor que la esperanza de vida al nacer en cerca de 11 años. A los 60 años, la brecha es de 6,5 años (Oliveri, 2020). Esta diferencia es un indicador de la calidad y la cantidad de años de vida esperados y puede ser una buena aproximación de los años en los que una persona mayor podría requerir servicios de asistencia.

Envejecimiento y envejecimiento activo

El primer término alude al envejecimiento poblacional, en referencia al aumento de la población de edad avanzada en proporción al resto de la población, lo que determina la transformación de la estructura poblacional. La definición de envejecimiento personal o individual se presenta como algo más complejo debido a la ambigüedad del concepto que deviene de la dificultad para fijar los umbrales de edades a incluir y de los diferentes modos de nombrar la vejez (ancianidad, tercera edad, cuarta edad, senilidad, adulto mayor, persona mayor, geronte, viejo, abuelo, etc.) provenientes de las disciplinas que participan en el campo de la gerontología social: la medicina, la psicología, la sociología, la antropología y el trabajo social (Paola, Samter y Manes, 2011; Ludi, 2005; Recchini de Lattes, 2001).

A partir de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, convocada por las Naciones Unidas en 1982 en Viena, se llama anciano a las personas mayores de 60 años (Oddone, 1995); no obstante, por conveniencias estadísticas, se prefiere definir la vejez en términos de edad cronológica, dividiendo al grupo de personas de mayor edad en viejos-jóvenes (60-74 años) y viejos-viejos (75 y más). Esta definición supone una diferenciación en cuanto al grado de autonomía, afirmando que los primeros son más activos y los segundos más dependientes y enfermos (Neugarten, 1999).

Por su parte, el tratamiento de la vejez ha dependido fundamentalmente de la adhesión a determinadas perspectivas teóricas (Cummings y Henry, 1961; Neugarten, 1970), que realizaron sus aportes al campo gerontológico y a los diferentes momentos históricos con la concepción de envejecimiento imperante en ellos (Paola, Samter y Manes, 2011).

Desde el paradigma biomédico, se pone el énfasis en los aspectos clínicos y deficitarios, definiendo y determinando, desde esa perspectiva, los problemas del envejecimiento y sus procesos biológicos, psicológicos y sociales. Esta asociación entre la vejez y la enfermedad ha llevado a considerar el envejecimiento como patológico o anormal. Ey describe dos momentos en la ancianidad: la senescencia o envejecimiento y la senilidad como “patológica”. Caracteriza a la primera como un proceso biológico general que se manifiesta en todos los niveles de integración del organismo: tanto a escala molecular, de

células y tejidos, órganos y funciones, como a nivel de la personalidad y de los grupos humanos. La senescencia desembocaría irremediablemente en el estado senil o senilidad, “estado deficitario que, por sus manifestaciones clínicas, constituye una condición patológica” (Paola, Samter y Manes, 2011).

Desde el punto de vista biológico, Birren y Renner (citado por Oddone y Salvarezza, 2001: 282) establecen que *“el envejecimiento se refiere a los cambios regulares que ocurren en organismos maduros, genéticamente representativos, que viven bajo condiciones ambientales representativas y que se presentan con el avance de la edad cronológica”*. El gerontólogo James Dowd utilizó el concepto de intercambio para reconceptualizar la relación entre la edad y la estructura social. Este autor afirma que las normas de reciprocidad y las formas de intercambio son imprescindibles para explicar la situación de las personas ancianas en la sociedad (Oddone y Salvarezza, 2001). En el mismo sentido, Sánchez Salgado plantea el envejecimiento como un fenómeno natural que se refiere a los cambios que ocurren a lo largo del ciclo de la vida y que resultan en diferencias entre generaciones jóvenes y mayores: se define como un proceso natural, gradual, de cambios y transformaciones a nivel biológico, psicológico y social, que ocurren con el tiempo (Sánchez Salgado, 2000).

Varios autores coinciden en la idea de que el envejecimiento es un proceso dinámico y multidimensional que se da a lo largo de la vida (Paola, Samter y Manes, 2011), que es único en cada persona, adquiriendo características particulares en cada caso, en tanto está influenciado por diferentes condiciones estructurales y contextuales atravesadas por dimensiones sociales, económicas, políticas, culturales e históricas; de allí que se hable de “vejez” (Lalivé d’Epinay, 1999; Andrés y Gastrón, 1979), de envejecimiento diferencial (Knopoff y Oddone, 1991) y de situaciones de vejez (Ludi, 2005).

En ese sentido, la “Declaración de Buenos Aires” del Congreso Latinoamericano de Psicogerontología de la Universidad Maimónides (Buenos Aires, 2005) sostiene que *“los procesos de envejecimiento se construyen de manera singular y colectiva. Cada sociedad, cada cultura, cada época, construye un determinado modo de envejecer. Singularmente, mientras desde los procesos biológicos existe una disminución de los potenciales y un aumento del declive con la edad, desde los procesos psicológicos y sociales del envejecimiento puede implicar crecimiento y aumento de potenciales en estas áreas. De esta forma, la vejez se constituye en una etapa del desarrollo donde, con ganancias y pérdidas, existe una mayor multiplicidad de factores determinantes y gran variedad interpersonal en sus dimensiones y manifestaciones, siendo necesario para su análisis y configuración una perspectiva compleja, que incluya el proceso de envejecimiento en sus diferentes*

dimensiones” (citado por Paola, Samter y Manes, 2011: 35).

El parámetro de vejez normal se reemplaza por la valoración de los límites del funcionamiento y de las condiciones que permiten mantenerlo en la edad avanzada (Rowe y Kahn, 1987). Dos criterios fundamentales son la variabilidad interindividual —y, por tanto, la diversidad entre los sujetos— y la plasticidad intraindividual conductual, que implica la capacidad de aprendizaje de las personas mayores. Se trata, pues, de un proceso continuo de adaptación a lo largo de toda la vida, mediante tres componentes que interactúan entre sí: la selección, la optimización y la compensación de funciones y capacidades (Baltes y Baltes, 1990). La selección hace referencia al proceso de especialización de competencias conductuales; la optimización refleja la idea de regulación para funcionar en niveles elevados, eficaces y deseables de ejecución; y la compensación se refiere a la modificación de estrategias a fin de compensar los déficits (Montorio e Izal, 1997).

Por su parte, se alude al envejecimiento activo o saludable, concepto adoptado por la OMS en la década de los noventa, con base en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios a favor de las personas de edad de las Naciones Unidas (Resolución 46/1991), definidos como independencia, participación, dignidad, cuidados y autorrealización. Dejando atrás un rol pasivo, el concepto hace referencia al proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida en la medida en que las personas envejecen, incluyendo aquellas que se encuentran en situación de fragilidad, discapacidad o dependencia, a través de la participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y no solo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en el mundo del trabajo. Para ello, son pilares fundamentales la interdependencia y la solidaridad intergeneracional, ya que se dan en un contexto de interrelaciones con amigos, compañeros de trabajo, familia (OMS, 2002; Grossman, 2013). Ludi plantea que esta perspectiva puede contribuir a una revalorización necesaria de los/as viejos/as como sujetos activos en la construcción de ciudadanía, sobre todo ante la tendencia sostenida de mayor expectativa de vida para la mayoría de la población (Ludi, 2012).

El envejecimiento activo, como nuevo paradigma de atención, pasa a formar parte de la agenda social y política, y se incrementan los estudios e investigaciones que buscan describir la incidencia de la problemática en contextos locales y discernir entre las alternativas de atención y cuidado a este grupo poblacional desde una perspectiva de atención integral. Los fundamentos se encuentran definidos en los Documentos de las Asambleas Mundiales sobre envejecimiento humano de 1982 y 2002, y en los Informes de

Seguimiento de 2007 y 2008, centrados en la persona-sujeto de derechos (Aizen, 2003).

Discapacidad y dependencia funcional

El envejecimiento de la población conlleva un incremento del riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles y de discapacidad. Si bien las personas mayores y las personas con discapacidad tienden a requerir ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria, se trata de dos poblaciones diferentes. El concepto de dependencia funcional no es sinónimo de limitaciones físicas o mentales, aunque sí existe una correlación. Por ejemplo, la presencia de limitaciones sensoriales o funcionales no implica necesariamente dependencia (Aranco y Sorio, 2019). Por lo tanto, deben distinguirse ambos conceptos y situaciones.

Según la “Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad”, se consideran aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de largo plazo y que, al interactuar con diversas barreras en su entorno, pueden sufrir impedimentos para participar de manera plena y efectiva en la sociedad y en igualdad de condiciones con las demás personas. Por su parte, en la “Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud” (CIF) (OMS y OPS, 2017) se ofrece una definición más clínica. En este contexto, se utilizan los conceptos de dificultades o limitaciones para llevar a cabo actividades relacionadas con el movimiento (como caminar y usar los brazos), las sensoriales (como ver y oír) y las cognitivas (como concentrarse y comunicarse).

Por su parte, la dependencia se refiere a la situación de tener dificultades y requerir ayuda permanente para realizar una serie de tareas simples, denominadas actividades de la vida diaria (AVD). Dichas actividades se clasifican en básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD). Las primeras incluyen actividades tan elementales como desplazarse por una habitación, usar el sanitario, comer, bañarse y vestirse. Las segundas suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz, como, por ejemplo, realizar quehaceres, cocinar, salir de la vivienda, movilizarse en medios de transporte y tomar medicamentos. Se excluyen aquellas situaciones temporales que pueden derivarse de una enfermedad o accidente con pronóstico de pronta recuperación.

Familias y cuidados

En general se tiende a vincular la necesidad de cuidado de las personas con cierto grado de dependencia para sostener las actividades de la vida diaria como la atención de la

salud, la realización de las tareas domésticas y personales, etc. (Batthyany, 2015; Huenchuan, 2009; Durán Heras, 2006), por lo que numerosos estudios se centran en sujetos considerados dependientes: niños (Esquivel, Faur y Jelin, 2012; Lopes Machado, 2008), enfermos (Krmptic, 2010 y 2008) y adultos mayores (Huenchaun, 2009; Glucksmann and Lyon, 2006).

Otras posturas plantean, desde una perspectiva relacional, la idea de un cuidado asociado a una condición de interdependencia entre quien cuida y quien es cuidado, independientemente de la existencia de una dependencia física (Del Olmo García, 2013). Robles-Silva plantea que los cuidados son una acción social cotidiana y necesaria para vivir en sociedad. Son prácticas sociales que modifican los recursos (materiales, sociales y simbólicos) del contexto social de quien es cuidado/a, para obtener respuestas que satisfagan las necesidades de este/a. Los cuidados se expanden a las dimensiones que inciden en la totalidad de la vida social y personal de las personas (Robles-Silva, 2005). En tal sentido, y teniendo en cuenta que es toda actividad, remunerada o no, realizada con la finalidad de proporcionar bienestar a las personas en general y a aquellas que presentan algún grado de dependencia en particular, implica apoyo multidimensional: material, económico, moral y emocional a las personas (Aguirre, 2011).

No obstante, el cuidado se presenta como un concepto polisémico que surge de las reflexiones y aportes de diferentes disciplinas (Krmptic, De Ieso, Barron, 2012). Algunos aportes teóricos señalan la relación con la noción de economía del cuidado, considerando los aspectos que generan valor económico, la distribución social del cuidado y su vinculación con los regímenes de bienestar (Rodríguez Enríquez, 2007 y 2012; Martínez Franzoni, 2005; Esping-Andersen, 1993; Fraser, 1994).

Otros estudios introducen la cuestión de la inequitativa distribución y organización social del cuidado, ya que tradicionalmente se ha depositado en el ámbito privado de la familia y, especialmente, en las mujeres (Marco Navarro y Rico, 2013; Duran, 2003; Milosavljevic y Tacla, 2007; Martínez Franzoni y Voorend, 2013; Cerrutti y Maguid, 2011). Sin embargo, las actuales condiciones de vida evidencian la necesidad de trasladar la responsabilidad de brindar cuidados a la esfera pública de las políticas, lo que implica, desde una perspectiva de derechos, la concreción de nuevos sistemas de protección social (Montaño, 2010; Pautassi, 2010; CEPAL, 2010; OIT-PNUD, 2009; Abramovich y Pautassi, 2009; CELADE, 2006). En este sentido, Marco Navarro y Rico (2013:47) plantean que se trata de *“avanzar hacia un sistema nacional de cuidados, lo que implica un nuevo pacto social donde se reconozca, por una parte, la provisión cotidiana de cuidados como un*

trabajo tan necesario como injustamente distribuido y retribuido, y por otra, la diversidad de modalidades en que se provea: de manera formal e informal, remunerada y no remunerada, pública y privada, individual y colectiva”.

La referencia a los regímenes de cuidado es interesante para pensar en el familiarismo como modelo predominante en América Latina, donde el cuidado recae en la familia, especialmente en las mujeres. Esta condición no es, por sí misma, un problema, salvo cuando se combina con una baja oferta pública de servicios y una limitada capacidad de las familias para contratar servicios privados. Al respecto, Fernández Lorca (2023) analiza la percepción del cuidado como deber moral, como parte de la identidad social, lo que deriva en la necesidad de considerar las creencias socioculturales para comprender las limitaciones existentes. En este régimen de cuidados, adquieren sentido las obligaciones filiales, es decir, las normas sociales y legales que establecen que los hijos adultos deben cuidar a sus padres en la vejez y cómo esta expectativa varía entre varones y mujeres. El familiarismo también se expresará en la dinámica del cuidado institucionalizado, por cuanto se registra una apelación permanente a la presencia y participación de la familia en el esquema del cuidado externo.

Cuidado institucionalizado

La producción del bienestar de los mayores presenta particularidades en cuanto a su intensidad y calidad, como resultado del proceso de asistencia social, a partir de un repertorio de estrategias y técnicas que las disciplinas intervinientes han elaborado, ya sea individualmente o en equipo, para atender a esta población. Por su parte, la consideración del adulto mayor como un sujeto de derechos implica la resignificación del sujeto como objeto de la intervención profesional y de las políticas de vejez (Krmptic, 2011). Los investigadores en temáticas vinculadas a la economía de los servicios sociales han enfatizado que no solo los recursos tangibles son necesarios, sino que resultan fundamentales aquellos recursos intangibles referidos al entorno asistencial, a la disposición y actitudes del personal, a las características de los asistidos y de sus pares con quienes comparten momentos diarios y espacios comunes (Knapp, 1990). Recursos que, aunque más difíciles de ponderar, explican, en muchas ocasiones, los éxitos o fracasos en los cambios de estado y en las mejoras del bienestar de los mayores.

Lehner et al. (2023) analizan comparativamente las lógicas de atención en el cuidado institucional de personas mayores en Argentina y España, considerando que enfrentan retos similares en materia de políticas integrales de cuidado debido a las tensiones derivadas de

las políticas de ajuste, las inequidades de género y la responsabilización cultural del cuidado familiar. Toman como punto de partida algunos aspectos comunes, como el envejecimiento demográfico y los vínculos familiares, que cumplen un papel preponderante en el cuidado de las personas mayores, delegando particularmente tales responsabilidades en las mujeres de las familias (cada vez más insostenible debido a los cambios sociodemográficos), junto con un apego cultural a las tradiciones familiaristas. El ejercicio es interesante, pues, no obstante compartir estas similitudes, Argentina muestra estrategias focalizadas, con programas poco abarcativos, mientras que en España las evidencias reflejan una intervención pública que tiende a reconocer la atención y el cuidado como un derecho universal y subjetivo, centrada en el gradiente de situaciones de dependencia, en la que se prioriza a los mayores de 65 años y su permanencia en hogares asistidos por cuidadores y cuidadoras formados.

En el plano de los servicios y prestaciones, las diferencias son más notorias: mientras Argentina trabaja en la reformulación de licencias, la adaptación de jornadas laborales, en un registro nacional de cuidadores/as remunerados y en los espacios comunitarios de cuidado, España ofrece acciones de prevención, teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, centros de día y de noche, atención residencial y prestaciones económicas. Hay un esfuerzo por adaptar los servicios a las personas mayores en su diversidad y discapacidad, mediante la utilización de criterios de clasificación de la dependencia que, en momentos de ajuste y crisis económica, se vuelven más estrictos e injustos.

Asimismo, algunos autores han notado que, en la Argentina, se mantiene una percepción negativa respecto del cuidado institucionalizado a pesar de que hoy en día, se aplican estándares, regulaciones y controles para las residencias de mayores, las que pautan las condiciones de atención y funcionamiento (Res. 559/08- INSSJyP). Estas consideraciones forman parte de las motivaciones de esta tesis.

Trabajo Social gerontológico

La gerontología como campo aplicado, es objeto de intervención de todas las disciplinas científicas y de aquellas profesiones que actúen en el proceso de envejecimiento humano (Monk, 1997). En particular *“la gerontología social (término que introduce Stieglitz en 1943), aparece en el mundo de manera multi o interdisciplinaria, refiere a cuestiones no biológicas del envejecimiento y tiene por objeto de atención las relaciones de interacción psicosocial entre el sujeto mayor y su contexto”* (Paola, Samter y Manes, 2011: 13).

Si bien, el envejecimiento es un proceso vital normal, no siempre tiene ocasión de ser vivido como tal, ya sea porque está acompañado de enfermedad o discapacidad, de pobreza, de discriminación o de soledad. En definitiva, sin un entorno socioeconómico y afectivo que le permita mantener la integridad física, psicológica y social, la persona de edad avanzada se encuentra en situación de vulnerabilidad o exclusión, condiciones que implican la pérdida de derechos sociales. En este contexto, los adultos mayores, constituyen un grupo con necesidades, y a partir de ellas demandan servicios, recursos y atención; lo que los constituyen en objeto de conocimiento e intervención del abanico disciplinar de las Ciencias Sociales, y en particular del Trabajo Social, entendida como *“la disciplina de la interacción social consciente, en el sentido de que en forma constante y progresiva co-actúa con el hombre, su estructura y coyuntura histórica, social, política, cultural y material, planeando y generando intervenciones organizadas de reflexión, cognición y transformación conjuntas en el universo de las relaciones, con el objetivo de lograr mejores y armónicas condiciones de existencia personal, grupal y colectiva”* (Max Agüero, 2005).

2.b-Coordenadas metodológicas

En relación con el abordaje metodológico, el proyecto se encuadra en un paradigma cualitativo de investigación en el mundo real y diseño flexible (Robson, 2002). Como señalan Taylor y Bogdan (1996: 153) *“la investigación cualitativa proporciona una descripción íntima de la vida social, presentando detalladamente el contexto y los significados de los acontecimientos y escenas importantes para los involucrados”*. El diseño flexible y dinámico implica que se desarrollan conceptos, intelecciones y comprensiones a partir de los datos recogidos, que, a su vez, retroalimentan los presupuestos y los avances. Se considera el campo de asociaciones entre los dichos y los sistemas valorativos en los que se inscriben. El carácter cualitativo permite incorporar el valor del lenguaje como recurso, así como la cuestión del significado y la intencionalidad, como inherentes a los actos y a las relaciones sociales (De Souza Minayo, 2010).

Para la construcción de los datos empíricos se optó por el ‘estudio colectivo de casos’ (Stake, 1999), que consiste en la elección de varios ‘casos’ como objeto de estudio, con la finalidad de conocer y comprender su particularidad y complejidad. Los casos elegidos (no son dados) no revisten interés en sí mismos, sino que constituyen un instrumento, un medio para alcanzar los objetivos teóricos planteados. *“De los estudios cualitativos de casos se esperan “descripciones abiertas”, “comprensión mediante la experiencia” y “realidades*

múltiples” (Stake, 1999: 46). No se pretende un alcance representativo pues no se define como *“una investigación de muestras... ni la comprensión de otros... ni la comparación a partir de un caso típico.... sino comprender este caso”* (Stake, 1999: 17), atendiendo a lo que el autor denomina ‘máxima rentabilidad’ en función de la factibilidad de realización del trabajo de campo. Teniendo en cuenta que el objetivo del estudio de casos es la particularización, se seleccionaron los casos para conocerlos a fondo, no para establecer diferencias o comparaciones entre ellos, lo que el autor denomina unicidad. Si bien, las conclusiones arribadas no son universalizables, la comprensión de contextos peculiares permite inferencias más abarcativas superando las microrealidades (De Souza Minayo, 2010).

Los casos, en tanto unidades de análisis, son complejos en sí mismos, pues vinculan a residentes, instituciones y trabajadores sociales. Las unidades de observación son esas microrealidades que representan las RLE insertas en la realidad de un espacio subnacional, como la provincia de Tucumán.

En lo que respecta a las técnicas de recolección de datos, se implementaron las siguientes acciones:

- revisión y análisis documental,
- observación,
- entrevistas semi-estructuradas y abiertas con las personas mayores residentes en las RLE seleccionadas,
- elaboración y aplicación de un cuestionario anónimo y autoadministrado dirigido a los profesionales del Trabajo Social con lugar de trabajo en las RLE seleccionadas.

A los fines del análisis se siguió un enfoque interpretativo, a partir de la modalidad propuesta por la teorización anclada en datos (Strauss y Corbin, 1994). Al decir de Ynoub (2014) ir desde los datos hacia las categorías, y de allí hacia dimensiones más abstractas, posibilitando la construcción progresiva de conocimiento situado. Se registraron y analizaron las narrativas obtenidas en sucesivos encuentros con personas mayores autoválidas y semi-dependientes (según la clasificación utilizada en el sistema de cuidados a personas mayores) que hayan ingresado a una residencia, de gestión pública, privada o de organizaciones no-gubernamentales a partir de 2015, es decir, que cuenten con una experiencia de inserción que pueda ser relativamente valorada y contrastada con otras, con independencia de edad y género. Del mismo modo, se trabajó con las respuestas de los profesionales al cuestionario autoadministrado.

La selección de casos siguió las pautas de un muestreo intencional (Hernández Sampieri, Fernández-Collado y Baptista, 2006). Como técnica no probabilística, el investigador selecciona a los participantes de acuerdo con su conocimiento y en relación con algunos criterios o características específicos, relacionados con los objetivos del estudio, así como con la disposición e interés en participar de quienes fueron seleccionados como casos. Se prioriza la profundidad de la información obtenida de un número reducido de participantes sobre la amplitud de los datos de una muestra grande, aleatoria o estadísticamente representativa. Se ha considerado conveniente priorizar la comprensión de las experiencias en profundidad, en lugar de generalizar a una población más amplia. Asimismo, la modalidad es vulnerable al sesgo del investigador, por lo que se ha procurado la reflexividad y la objetividad mediante el análisis asistido por el software NVivo versión 15.3.

Considerando como universo al conjunto de afiliados pertenecientes a la Filial Tucumán del Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados de la República Argentina (PAMI/INSSJyP), que se encontraban en residencias de larga estadía ($n = 150$), se seleccionaron ocho (8) residentes, en cuatro (4) RLE conveniadas con PAMI, ubicadas en los Departamento San Miguel de Tucumán (2 casos en el Hogar San José y 2 casos en el Hogar San Roque), Departamento Tafi Viejo (2 casos en Hogar San Alberto) y Banda del Río Sali del Departamento Cruz Alta (2 casos en Hogar El Vallecito) sobre un total de seis (6) instituciones actualmente prestadoras del PAMI (se incorpora un mapa con los departamentos provinciales). Como las experiencias de vida de los residentes se desarrollan en contextos institucionales, el capítulo siguiente describe aspectos generales y básicos que caracterizan a las organizaciones y sus proyectos institucionales.



Respecto de los agentes, se invitó a participar a la totalidad de los profesionales del Trabajo Social que desarrollan su labor en las RLE donde residen los sujetos entrevistados. Los ocho (8) profesionales aceptaron responder al cuestionario anónimo y autoadministrado.

Se tuvo en cuenta el criterio de saturación teórica para la determinación de los casos, y el potencial de contraste con fines analíticos, en la medida que permiten mostrar y comprender qué aspectos se presentan comunes, dado que comparten entornos de cuidado residenciales similares, pero también aspectos en los que difieren; es decir, procurando encontrar lo que cada uno tiene en común -si hay algo de ello- en lugar de preguntar por todos (Peacock, 2001).

En todas las acciones, las técnicas estuvieron al servicio del propósito de este trabajo que gira en torno de conocer la calidad del servicio residencial percibido por los propios usuarios, lo que toma en cuenta las condiciones materiales como simbólicas, es decir, abarca todos los aspectos del proceso de atención desde la mera percepción del trato recibido, a la provisión de información, la capacidad de elección, la gestión administrativa (OMS, 2002). Se trata, por lo tanto, de recoger las percepciones de los usuarios en relación con sus necesidades, demandas y nivel de satisfacción actual, las que pueden categorizarse inicialmente como necesidades de información, en salud, económicas, legales, etc. Para ello se consideraron evidencias que indiquen una mejora o beneficios en lo que respecta a: a) cuidado psicofísico; b) el plano emocional; c) los recursos cognitivos; d) efectos socioeconómicos; y e) cambios interpersonales.

Estas definiciones resultaron de un sondeo preliminar mediante entrevistas abiertas y diálogos informales mantenidos con adultos mayores alojados en residencias de larga estadía y con trabajadores sociales que se desempeñan en ellas, así como de una revisión de la literatura de las ciencias sociales y humanas, que permitió delimitar el problema de estudio.

Si bien la atención está puesta en la valoración del bienestar presente, los entrevistados lo comparan con distintos momentos de su trayectoria de vida, lo cual se reflejó en el tipo de entrevista realizada, con aspectos en común con la historia de vida o con el método biográfico. Al respecto, retomamos a Neugarten (1999), quien otorga valor a la historia personal de cada individuo en su propio proceso de envejecimiento, pues *“no solamente hemos querido demostrar que no existe un patrón único según el cual las personas envejecen, sino también que las personas envejecen de una forma consistente con sus biografías anteriores”*; por lo que, no es conveniente hablar de viejos en plural; el viejo es una persona única, exclusiva e irrepetible (Strejilevich, 1993).

2.c- Operacionalización del trabajo de campo

Residentes en las RLE

Las entrevistas a las ocho personas mayores residentes en las RLE se realizaron entre los años 2022 y 2023 siguiendo una guía que incluyó las siguientes dimensiones (ver Anexo 1):

- Perfil sociodemográfico (nombre, edad, estado civil, lugar de nacimiento, lugar donde transcurrió su infancia y donde vivió de adulto, escolaridad y formación para el trabajo, familia);
- Condiciones de vida previas al ingreso a la Residencia (condiciones socioeconómicas, estado de salud y atención, apoyo familiar, social y redes);
- Condiciones de vida en la Residencia (ingreso y motivos, vivencias cotidianas, percepción de su experiencia y expectativas a partir del presente institucionalizado).

Durante el primer contacto con cada participante, se esclarecieron los objetivos de la investigación centrados en la experiencia de vivir en residencias de larga estadía, así como en el Trabajo Social en dichos establecimientos. Se compartieron detalles sobre el consentimiento informado y el carácter anónimo de las respuestas, enfatizando que ninguna información proporcionada durante el trabajo de investigación sería accesible a referentes institucionales, salvo el carácter público del texto final de la tesis.

La mayoría de las entrevistas implicaron más de una reunión para evitar el cansancio de los participantes y lograr una mayor profundidad en los relatos. Asimismo, se consultó a los participantes para establecer el día, el horario y el lugar más convenientes. La totalidad de las entrevistas se llevó a cabo en la propia residencia, en una sala preparada por el establecimiento que garantizara condiciones adecuadas para la privacidad y la apertura al diálogo. Las sesiones duraron entre 40 y 60 minutos. Las mismas fueron grabadas con el consentimiento del entrevistado y posteriormente transcritas, eliminándose los datos identificatorios.

Se tomaron en cuenta las claves de la entrevista en profundidad como encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras; una conversación entre iguales, en lugar de un intercambio formal de preguntas y respuestas (Taylor y Bogdan, 1996). Un evento dialógico, propiciador de encuentros entre subjetividades que se conectan o se vinculan a través de la

palabra, permitiendo que afloren representaciones, recuerdos, emociones y racionalidades pertenecientes a la historia personal, a la memoria colectiva y a la realidad sociocultural de cada uno de los sujetos implicados (Vélez Restrepo, 2003).

Durante el proceso, se llevó un cuaderno de campo en el que se registraron notas y observaciones, incluyendo impresiones personales, resultados de conversaciones informales y aspectos relevantes, como divergencias entre los relatos y lo observado, a fin de mantener la reflexividad, es decir, el reconocimiento del efecto que el investigador puede tener en el contexto de indagación.

Trabajadores Sociales de las RLE

Para la indagación con los profesionales del Trabajo Social, se elaboró un cuestionario anónimo y autoadministrado que se aplicó durante el año 2022, consistente en treinta y una preguntas distribuidas en siete secciones. Incluye un preámbulo en el que se indican los objetivos de la investigación, los beneficios que reportará la información obtenida, el carácter voluntario, el tratamiento anónimo y la confidencialidad de los datos, así como las personas responsables y las formas de contacto (ver Anexo 2).

Su objetivo estuvo centrado en conocer la visión de estos profesionales y las coordenadas bajo las que construyen su espacio profesional en el campo gerontológico, de acuerdo con las siguientes categorías de análisis, referidas básicamente al alcance de la intervención: procedimientos socio-preventivos; apoyo emocional y material a los residentes y sus familias; habilidades desarrolladas en los procesos de intervención y actividades de enlace, información, educación y desarrollo profesional.

Las preguntas del cuestionario conducen a la reflexión sobre aspectos vinculados a la experiencia y la capacitación en la temática, al ejercicio del rol profesional en el área gerontológica, a los objetivos y modalidades de intervención profesional en las RLE y a los significados y percepciones respecto a conceptos clave como el envejecimiento activo, el bienestar y los cuidados.

Análisis de los datos

La información obtenida en el trabajo de campo —con residentes y profesionales— fue dispuesta para su procesamiento y análisis siguiendo los criterios de la teorización anclada en datos, es decir, *“un tipo de procedimiento inductivo en el que se parte de determinado fenómeno con el objeto de encontrarle significado a través de una serie consistente de definiciones vinculantes. Desde el análisis sistemático de los datos recogidos,*

lo que se persigue es básicamente una comprensión nueva del problema, insertando los acontecimientos que narran nuestros entrevistados y a los que remiten las respuestas obtenidas por el cuestionario aplicado, en diversos contextos explicativos. Supone el pasaje de los datos, incidentes, observaciones, fragmentos de entrevistas, hacia un proceso de categorización a través de la búsqueda de propiedades, de una integración de categorías y, al mismo tiempo, de una reducción por descarte, fusión o integración a un nivel superior, en un proceso de codificación selectiva” (Krmptic, 2005: 59).

Los códigos de los residentes y profesionales mencionados en la tesis fueron reemplazados por seudónimos. Las expresiones textuales de los participantes mantienen el registro original; solo se editó cualquier referencia a personas o instituciones que resultara impropio. En el texto se presentan entre comillas las expresiones textuales de los participantes para diferenciarlas de la reconstrucción narrativa.

En la indagación, tanto con residentes como con trabajadores sociales, se incorporaron el evento del COVID-19 y los efectos de la pandemia en la dinámica institucional, aunque estos aspectos no se analizan en detalle. Formó parte del cambio de rutinas —tanto en el cotidiano de los residentes como en el trabajo de los profesionales— y supuso un punto altamente emotivo cuando se relacionaba con la muerte.

El análisis se realizó en las siguientes etapas: en un primer paso, se buscó familiarizarse con los datos obtenidos de las entrevistas y los cuestionarios, escuchar los audios y leer las transcripciones. En una segunda etapa, se inició el proceso de codificación abierta de forma inductiva en todo el corpus. Los tramos narrativos se agruparon de manera combinada en códigos en vivo a partir de temas emergentes, como los teóricos. Se examinaron los temas en busca de patrones y relaciones, lo que llevó a su división o condensación. Se utilizaron recursos gráficos para presentar los resultados. La tarea fue compatibilizada con el sistema de trabajo en línea que propone el software NVivo en su versión 15.3.

En el caso de los profesionales consultados, y a los fines de encuadrar la tarea profesional, se tuvieron en cuenta las definiciones generales de su misión y función en las instituciones de referencia, las regulaciones que derivan de la Ley de Ejercicio Profesional y su Código de Ética, los conocimientos impartidos por las instituciones de formación universitaria en la disciplina, así como por aquellas organizaciones colegiadas, centros de investigación, etc., que producen una actualización e innovación permanentes en el sector. Entendemos que, a partir de este conjunto de fuentes, cada profesional realiza sus propias selecciones y mediaciones, formando un perfil propio con aspectos que comparte con la

comunidad profesional (Krmptic, 2013).

Dado que algunos temas son comunes tanto a residentes como a trabajadores sociales, se abordó dicho contraste. Se interpretaron los resultados con base en los objetivos de la investigación, así como en los temas emergentes de los propios datos (Pope et al., 2000).

Resguardos éticos

El trabajo de investigación respetó los principios éticos fundamentales que deben guiar toda producción de conocimiento en ciencias sociales, especialmente cuando se trabaja con personas que pueden encontrarse en situaciones de vulnerabilidad institucional, simbólica o social. Las investigaciones sociales no son inocuas, y el encuentro entre investigador/a y participantes puede producir efectos significativos en sus vidas, incluso cuando no haya manipulación experimental directa (Santi, 2016).

El marco ético general se ajusta a lo establecido por la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, las normas éticas instituidas por el Código de Núremberg de 1947, la Declaración de Helsinki de 1964 y sucesivas enmiendas, lo normado por la Ley Nacional N° 25326 de protección de datos personales, y la Res. 2857/2006, Marco ético de referencia para las Ciencias Sociales y Humanidades, CONICET. Además del consentimiento informado, la confidencialidad y el anonimato, se ha tenido en cuenta el cuidado del vínculo y la minimización de eventuales riesgos, así como la responsabilidad frente a la condición de vulnerabilidad de las personas mayores, evitando toda forma de estigmatización, discriminación o menosprecio.

Por último, los datos de investigación permanecen bajo custodia del investigador y se encuentran disponibles para fines investigativos y de formación en el siguiente link de acceso:

[https://drive.google.com/drive/folders/1ASVIXPyNDeKcHBndM1oquy4x4XamsVY-
?usp=drive_link](https://drive.google.com/drive/folders/1ASVIXPyNDeKcHBndM1oquy4x4XamsVY-?usp=drive_link)

Capítulo 3

Políticas, regulaciones e instituciones de atención a la dependencia en el contexto nacional y provincial

3.a- Contexto sociodemográfico de la Provincia de Tucumán

Las residencias de larga estadía que constituyen la delimitación empírica de la investigación se encuentran ubicadas en la provincia de Tucumán (Argentina).

Con una superficie de 22.592 km², está ubicada en el noroeste de la República Argentina y, de acuerdo al último Censo Nacional de Población y Vivienda 2022, registra un total de población (incluida aquella que reside en viviendas particulares, en viviendas colectivas y en calle) que alcanza 1.731.820 personas. Respecto al Censo 2010, muestra una variación relativa positiva del 19,6%, concentrando los departamentos de Tañ del Valle y Tañ Viejo los mayores porcentajes de incremento poblacional: 50,3% y 42,2%, respectivamente (Cuadro N° 3).

Asimismo, se ubica con un 10,7 % —valor cercano al de provincias como Misiones, San Juan, Formosa y Chaco— entre las que presentan la menor proporción de población residente nacida en otra jurisdicción, con valores inferiores al 10 %, lo que permite interpretar que el incremento poblacional se debe a su dinámica interna y no a movimientos migratorios.

El índice de feminidad, es decir, la cantidad de mujeres de 65 años y más por cada 100 varones de 65 años y más, es de 106, similar al promedio nacional, mientras que para la población de 65 años y más se incrementa a 133, con un pico de 153 puntos en el Departamento Capital y de 137 en Tañ Viejo. Mientras tanto, a nivel nacional, los últimos datos censales registran un índice de feminidad de 140 en la población de 65 años y más.

Cuadro N° 3

Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022

Provincia de Tucumán. Total de población y densidad, por superficie, según departamento

Departamento	Superficie en km ²	Año	
		2022	
		Población total	Densidad hab/km ²
Total	22.592	1.731.820	76,7
Burruyacú	3.631	45.476	12,5
Capital	91	590.342	6.473,0
Chicligasta	1.293	92.608	71,7
Cruz Alta	1.209	228.077	188,7
Famaillá	460	42.702	92,8
Graneros	1.691	15.540	9,2
Juan Bautista Alberdi	737	34.766	47,2
La Cocha	956	21.218	22,2
Leales	1.972	66.392	33,7
Lules	617	93.552	151,5
Monteros	1.191	77.551	65,1
Río Chico	612	64.962	106,1
Simoca	1.338	36.973	27,6
Tafí del Valle	2.454	22.440	9,1
Tafí Viejo	1.174	172.986	147,3
Trancas	3.016	23.494	7,8
Yerba Buena	149	102.741	688,2

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Resultados definitivos

Los datos censales ofrecen información actualizada de interés para la problemática gerontológica.

Al respecto, como puede verse en los Cuadros N° 4 y 5, el porcentaje de población de 65 años y más representa un 10,5 %, mientras que los mayores de 80 años representan un 2,1 % del total de la población, con una mayor proporción en los departamentos Capital, Simoca y Tafí del Valle.

Cuadro N° 4

Censo Nacional de Poblacion, Hogares y Viviendas 2022

Provincia de Tucumán. Porcentaje de población de 65 años y más, por departamento. Censos 1970-2022

Departamento	Porcentaje de población de 65 años y más					
	1970	1980	1991	2001	2010	2022
Total	5,1	5,9	6,3	7,5	8,0	10,5
Burruyacú	///	5,2	6,0	6,6	6,8	8,5
Capital	///	6,5	6,7	8,7	9,4	12,6
Chicligasta	///	5,6	6,3	7,3	8,2	10,6
Cruz Alta	///	4,7	4,8	5,6	6,2	8,2
Famaillá	///	5,1	5,4	5,9	6,1	9,0
Graneros	///	7,8	7,9	8,5	8,8	10,6
Juan Bautista Alberdi	///	6,1	6,3	7,2	7,8	10,7
La Cocha	///	6,1	6,2	6,5	7,0	9,2
Leales	///	6,0	7,0	8,2	8,7	11,0
Lules	///	4,9	5,2	5,7	6,0	7,9
Monteros	///	5,9	7,1	8,0	8,3	10,7
Río Chico	///	5,4	6,2	7,0	7,7	10,8
Simoca	///	7,2	8,7	10,4	10,6	12,4
Tafí del Valle	///	9,0	8,5	8,8	9,5	11,6
Tafí Viejo	///	5,3	5,7	6,2	6,7	8,7
Trancas	///	7,1	7,7	7,7	8,3	10,0
Yerba Buena	///	3,9	4,1	4,8	6,0	9,5

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Resultados definitivos

Cuadro N° 5

Censo Nacional de Poblacion, Hogares y Viviendas 2022

Provincia de Tucumán. Porcentaje de población de 80 años y más, por departamento. Censos 1970-2022

Departamento	Porcentaje de población de 80 años y más					
	1970	1980	1991	2001	2010	2022
Total	0,6	0,9	1,0	1,4	1,8	2,1
Burruyacú	///	0,8	1,0	1,3	1,4	1,6
Capital	///	1,0	1,0	1,6	2,2	2,7
Chicligasta	///	0,7	1,0	1,4	1,8	2,0
Cruz Alta	///	0,7	0,8	1,0	1,2	1,4
Famaillá	///	0,7	1,0	1,0	1,3	1,5
Graneros	///	1,2	1,4	1,7	2,1	2,2
Juan Bautista Alberdi	///	0,9	1,1	1,4	1,9	1,9
La Cocha	///	0,9	1,1	1,3	1,6	1,8
Leales	///	0,8	1,3	1,5	1,8	2,1
Lules	///	0,7	0,9	0,9	1,0	1,3
Monteros	///	0,9	1,3	1,4	1,8	2,0
Río Chico	///	0,8	1,2	1,2	1,7	2,0
Simoca	///	1,1	1,6	2,1	2,5	2,7
Tafí del Valle	///	1,9	1,9	2,0	2,1	2,5
Tafí Viejo	///	0,8	1,0	1,1	1,4	1,6
Trancas	///	1,2	1,6	1,7	1,7	2,2
Yerba Buena	///	0,6	0,8	0,8	1,2	1,7

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Resultados definitivos

Asimismo, destaca el aumento del índice de envejecimiento, es decir, la cantidad de personas de 65 años y más por cada 100 personas de 0 a 14 años de edad, en particular, si se compara con los resultados del Censo 2010 (cuadro N° 6). El valor es especialmente alto en los departamentos Capital, Simoca y Taí del Valle.

Cuadro N° 6

Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022
Provincia de Tucumán. Índice de envejecimiento, por departamento. Censos 1970-2022

Departamento	Índice de envejecimiento					
	1970	1980	1991	2001	2010	2022
Total	14	17	18	23	29	45
Burrupacú	///	13	15	18	21	32
Capital	///	21	22	30	38	61
Chicligasta	///	15	18	22	28	46
Cruz Alta	///	12	12	16	20	32
Famaillá	///	13	14	16	19	34
Graneros	///	20	21	25	29	43
Juan Bautista Alberdi	///	16	17	21	27	45
La Cocha	///	15	16	18	22	37
Leales	///	16	19	25	31	46
Lules	///	13	14	17	19	30
Monteros	///	16	20	25	29	45
Río Chico	///	14	17	21	27	46
Simoca	///	19	24	31	37	52
Taí del Valle	///	22	22	25	32	51
Taí Viejo	///	14	16	18	22	35
Trancas	///	17	20	21	25	40
Yerba Buena	///	10	11	15	21	41

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Resultados definitivos

Por su parte, resulta interesante detenerse en los índices de dependencia. Respecto al índice de dependencia potencial, es decir, la cantidad de personas de edad inactiva por cada 100 personas en edad activa, el valor actual es de 51, lo que indica una disminución a lo largo de los distintos censos (Cuadro N° 7).

Cuadro N° 7

Censo Nacional de Poblacion, Hogares y Viviendas 2022
Provincia de Tucumán. Índice de dependencia potencial, por departamento. Censos 1970-2022

Departamento	Índice de dependencia potencial (*)					
	1970	1980	1991	2001	2010	2022
Total	69	71	70	65	57	51
Burruyacú	///	84	85	77	65	54
Capital	///	60	61	59	53	50
Chicligasta	///	76	72	68	59	51
Cruz Alta	///	79	76	67	59	51
Famaillá	///	78	82	71	61	55
Graneros	///	90	84	75	65	55
Juan Bautista Alberdi	///	81	77	69	58	52
La Cocha	///	84	83	76	64	51
Leales	///	78	77	69	59	54
Lules	///	74	74	66	60	52
Monteros	///	75	75	66	59	53
Río Chico	///	80	77	68	58	52
Simoca	///	84	81	77	65	57
Tafí del Valle	///	98	86	78	65	53
Tafí Viejo	///	73	72	67	58	50
Trancas	///	92	85	81	72	53
Yerba Buena	///	75	71	60	52	48

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022.Resultados definitivos

Mientras tanto, el índice de dependencia potencial de los padres, es decir, el número de personas de 80 años y más por cada 100 personas de 50 a 64 años, es de 15, lo que aumenta con el tiempo, lo que denota el impacto del envejecimiento (Cuadro N° 8).

Cuadro N° 8

Censo Nacional de Poblacion, Hogares y Viviendas 2022
Provincia de Tucumán, por departamento. Índice de dependencia potencial de padres, por departamento. Censos 1970-2022

Departamento	Índice de dependencia potencial de padres (*)					
	1970	1980	1991	2001	2010	2022
Total	6	8	10	12	14	15
Burruyacú	///	9	11	13	12	14
Capital	///	8	8	14	16	19
Chicligasta	///	7	10	12	14	16
Cruz Alta	///	8	8	10	10	12
Famaillá	///	8	12	10	10	13
Graneros	///	11	13	15	16	17
Juan Bautista Alberdi	///	9	12	14	14	14
La Cocha	///	10	13	14	14	14
Leales	///	8	12	13	13	16
Lules	///	8	10	9	9	12
Monteros	///	8	12	12	13	16
Río Chico	///	8	12	11	13	15
Simoca	///	10	13	18	18	20
Tafí del Valle	///	17	17	19	17	17
Tafí Viejo	///	7	10	10	11	13
Trancas	///	12	15	16	16	18
Yerba Buena	///	7	9	8	9	11

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022.Resultados definitivos

Si se comparan los registros del último censo a nivel nacional, Tucumán exhibe en su línea de tiempo, un aumento constante y parejo, aunque sin presentar gran disparidad en su registro subnacional. El índice de envejecimiento a nivel país es de 53 (una diferencia moderadamente mayor a la registrada en Tucumán); mientras que el índice de dependencia potencial de padres es de 18.

3.b- Aspectos institucionales y normativos

Argentina es uno de los países más avanzados de la región en materia de políticas y programas de atención a la dependencia. Pensar en términos de políticas hacia la dependencia se distingue de las prácticas anteriores ligadas al ciclo evolutivo y a los límites según la edad. La dependencia funcional es una de las definiciones más flexibles y abarcativas de diversas situaciones. El criterio es amplio e incluye a las personas mayores, pues se observa que la prevalencia de la dependencia funcional en actividades básicas de la vida diaria aumenta con la edad.

La dependencia se refiere a la situación de tener dificultades y requerir ayuda permanente de otra persona para realizar una serie de tareas elementales, denominadas actividades de la vida diaria. Se distingue entre una dependencia básica e instrumental (Oliveri, 2020). La primera, remite a una persona que no puede, o tiene mucha dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria, principalmente de autocuidado (desplazarse por sus propios medios en su cuarto o casa y realizar tareas cotidianas como alimentarse, bañarse, vestirse, usar el inodoro, peinarse, cepillarse los dientes o lavarse la cara, acostarse o levantarse de la cama, y subir y/o bajar escaleras, etc.). La dependencia instrumental implica la capacidad para realizar actividades que conllevan un mayor nivel de complejidad cognitiva o motriz y que son necesarias para llevar una vida independiente, como usar el teléfono, utilizar medios de transporte, tomar medicamentos, manejar dinero, hacer compras, preparar comidas calientes o realizar tareas del hogar. Ambos conceptos excluyen situaciones temporales derivadas de una enfermedad o accidente con pronóstico de pronta recuperación.

Los derechos de las personas mayores están consagrados en la Constitución Nacional, mientras que en 2017 el país ratificó la “Convención interamericana sobre la protección social de los derechos humanos de las personas mayores” (2015), antecedente ya mencionado.

Los principales instrumentos jurídicos son:

- La Ley Nacional N° 27.360/2017, mediante la cual se aprueba la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en Argentina. Esta convención establece un marco de protección integral para las personas mayores, prohibiendo la discriminación por edad y la violencia, y garantizando sus derechos humanos y libertades fundamentales, como la dignidad, la autonomía, el bienestar y el acceso a la justicia. Reconoce a los adultos mayores como sujetos de derecho, promueve la autonomía, dignidad e independencia e impone obligaciones al Estado y sus instituciones para protegerlos ante situaciones de vulnerabilidad.
- La Ley nacional N° 24.901/1997, que establece un sistema de prestaciones básicas integrales para personas con discapacidad. Garantiza la cobertura de servicios de rehabilitación, asistencia, educación y terapias para asegurar la inclusión social, el acceso a medicamentos, dispositivos de asistencia y un trato digno y equitativo para las personas con discapacidad.

Asimismo, a nivel nacional, los aspectos regulatorios y estándares están definidos por la Ley Nacional N° 27.360/2017. En el caso de los establecimientos conveniados con el PAMI (sean Servicios de Larga Estadía como Centros de Día) que brindan prestaciones sociosanitarias integrales o ambulatorias (incluyendo alojamiento, alimentación, higiene, recreación y atención médica, social y psicológica), se rigen por la Resolución N° 896/2023. Sin embargo, en el caso de la prestación de servicios de cuidado a largo plazo en instituciones para personas mayores en Argentina, el país no cuenta con un marco regulatorio nacional unificado para el funcionamiento y la fiscalización de dichos establecimientos, lo que se traduce en una dispersión normativa provincial.

Como ha sido señalado con anterioridad, bajo la Ley Nacional 27.360/2017 se garantizan derechos como el consentimiento libre e informado, la vida y la dignidad en la vejez, la protección contra la injerencia arbitraria en la vida privada y la promoción de la interacción familiar y social. Por su parte, el acceso al sistema de los afiliados al PAMI implica, además, un proceso de evaluación sociosanitaria y socioeconómica, en el que la voluntad de la persona también es fundamental.

En el plano de la regulación y la fiscalización a nivel provincial, la normativa es heterogénea. La inscripción de efectores en el sistema del PAMI requiere habilitación sanitaria, planos aprobados y el cumplimiento de requisitos documentales específicos, los cuales se canalizan a través del Registro Informático Único Nacional de Prestadores y Proveedores (RUNPyP).

Asimismo, los requerimientos de instituciones que procuran ser inclusivas implican atender dimensiones como la accesibilidad, las ayudas técnicas y los apoyos necesarios para las personas mayores, aspectos que reflejan un cambio de enfoque, pasando de un modelo orgánico-biológico de la discapacidad a uno biopsicosocial, en el que el entorno juega un papel fundamental.

Por accesibilidad, se entiende el conjunto de características que debe tener un entorno, producto o servicio para ser usable por todas las personas en condiciones de confort, seguridad e igualdad, especialmente por aquellas con alguna discapacidad. Un espacio institucional accesible para acceder a los servicios de salud y a espacios de participación, a través de la "cadena de accesibilidad", es decir, un continuum que abarca desde aproximarse hasta acceder, usar y salir de todo espacio, con independencia, facilidad y sin interrupciones. La accesibilidad también hace referencia a barreras y a facilitadores del entorno, sean urbanísticas, arquitectónicas, en el transporte, en la comunicación y en las viviendas, en sus detalles y acabados de interior.

Organismos internacionales como el Centro Iberoamericano de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CIAPAT) de la OISS (Organización Iberoamericana de Seguridad Social), los criterios DALCO (Deambulaci3n, Aprehensi3n, Localizaci3n y Comunicaci3n) establecidos en la UNE 170001-1/2007⁹, y la norma ISO 9999:2022¹⁰ (que anula y sustituye a las versiones anteriores), establecen una clasificaci3n de productos de apoyo que incluyen movilidad personal, comunicaci3n, cuidado personal y adaptaciones para las viviendas¹¹. De esta forma, colaboran con Estados, empresas y familias en la realizaci3n de los principios ratificados tanto en la Convenci3n Internacional sobre los Derechos de las Personas con

⁹ Regulaci3n de la Asociaci3n de Normalizaci3n Espa3ola. Puede consultarse en: <https://www.une.org/encuentra-tu-norma/busca-tu-norma/norma?c=N0040254>

¹⁰ Puede consultarse en: <https://www.iso.org/es/contents/data/standard/07/24/72464.html>

¹¹ Por ejemplo: bastones, muletas, andadores, sillas de ruedas (modelos autopropulsables y no autopropulsables), de apoyo a la alimentaci3n, al vestido, 3rtesis (elementos que corrigen o facilitan una acci3n, procurando ahorro de energa y seguridad), camas articuladas y accesorios como trapecios y barandillas plegables, sistemas de comunicaci3n aumentativa (t3cnicas distintas al lenguaje hablado natural, como pictogramas, tarjetas con s3mbolos, y avances en hardware y software), dom3tica (automatismos en la vivienda para la seguridad, la gesti3n de energa, las comunicaciones)

Discapacidad, como en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

3.c- Políticas de atención a la dependencia

En el nivel nacional, la atención a la dependencia opera bajo un esquema sostenido principalmente por el sistema de seguridad social, basado en beneficios de carácter contributivo, a cargo principalmente del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJYP), conocido como PAMI (Programa de Asistencia Médica Integral). Este fue creado en 1971 mediante la Ley 19.032 como un organismo especializado en la atención sanitaria y social de las personas mayores. A su vez, es la mayor obra social del país y la única que se especializa en este grupo poblacional (Di Cesare y Ithurburu, 2016).

El INSSJYP es una entidad autárquica y autónoma. Autárquica en tanto posee presupuesto propio y poder de compra, y autónoma pues puede formular políticas que aplica en todo el territorio nacional.

En cuanto a su organización territorial, cuenta con una estructura gerencial que articula y gestiona los programas vigentes en sus 38 sedes o Unidades de Gestión Local (UGL) en cada una de las 24 jurisdicciones del país. A su vez, las UGL están descentralizadas en 715 agencias situadas en distintas localidades (Alonso y Marzonetto, 2019; Di Cesare y Ithurburu, 2016). Actualmente, cubre las necesidades del 62% de las personas mayores del país a través de servicios de salud, diferenciados de los servicios sociales, que operan bajo direcciones separadas. Según datos institucionales, el PAMI mantiene convenios con un total de 544 RLE distribuidas en todo el país, que incluyen 30.130 plazas habilitadas. De ellas, 22.840 son plazas ocupadas y hay 3.406 solicitudes de ingreso en la lista de espera (Cuadro N° 9).

La situación es bien variada: las provincias más extensas, con mayor población y/o rasgos demográficos particulares, así como las que cuentan con grandes centros urbanos, destacan por la cantidad de plazas. En el otro extremo, Formosa y Tierra del Fuego solo cuentan con una RLE conveniada. Por su parte, la lista de espera no se vincula directamente con el número absoluto de plazas, sino con el tipo de RLE que los solicitantes requieren según el grado de dependencia.

Cuadro N° 9. Situación de las RLE bajo convenio con PAMI, por provincia

PROVINCIA	Cantidad de RLE	Cantidad de plazas habilitadas	Cantidad de plazas ocupadas	Lista de espera
Buenos Aires	236	13.533	10.073	1818
Capital Federal	81	4.899	3.833	724
Catamarca	3	137	107	6
Chaco	7	546	389	15
Chubut	5	314	243	43
Córdoba	67	3.564	2.847	171
Corrientes	5	269	185	5
Entre Ríos	10	355	260	51
Formosa	1	80	73	12
Jujuy	4	223	128	0
La Pampa	4	109	68	1
La Rioja	2	50	31	0
Mendoza	6	397	360	92
Misiones	5	227	68	2
Neuquén	2	92	53	7
Río Negro	2	145	81	10
Salta	3	67	29	2
San Juan	4	128	97	30
San Luis	3	233	74	17
Santa Cruz	2	48	22	2
Santa Fe	83	4.170	3.472	363
Santiago del Estero	2	57	34	0
Tierra del Fuego	1	15	11	3
Tucumán	6	472	302	32
Total general	544	30.130	22.840	3.406

Fuente: datos administrativos del PAMI actualizados a noviembre de 2025.

A su vez, además del PAMI (referencia habitual del INSSJYP), se encuentran los servicios prestados por otras obras sociales nacionales y provinciales, que también cumplen una función similar, pero con una menor escala de cobertura.

El sector privado interviene de manera directa e indirecta en la prestación de servicios y bienes a través de organizaciones con y sin fines de lucro, muchas de las cuales venden sus servicios directamente al PAMI y a otras obras sociales. Las familias y comunidades, por su parte, participan en el sistema de atención a la dependencia tanto como proveedoras como compradoras de cuidados.

En lo que respecta a la política hacia los mayores en el ámbito nacional, el impacto de sus acciones es marginal en comparación con la inversión y la cobertura brindadas por el sistema de obras sociales y los servicios privados. Las personas mayores constituyen actualmente una línea de trabajo de la Subsecretaría de Políticas Familiares, dependiente de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Capital Humano, que desempeña la función rectora y de coordinación con las provincias. Esta estructura modificó la anterior a partir de la asunción del actual gobierno en diciembre de 2023, estando el área a cargo de la entonces Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM) del Ministerio de Desarrollo Social.

Los servicios que se ofrecen no son nuevos, sino que continúan lo que desde las últimas décadas del siglo XX -y en algunos casos con anterioridad- desarrollaba el área, a saber:

- Capacitación en el cuidado y apoyo de personas mayores, garantizando una formación con enfoque de derechos, a través de convenios con organismos, instituciones y organizaciones de la sociedad civil (iniciativa iniciada en el año 2002 por resolución N°1120 del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, actualizado en el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios y el Programa Nacional de Promoción de la Calidad de vida para Personas con Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias)

- Rectoría del Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios, mediante una plataforma virtual a través de la cual el ciudadano puede contactar cuidadores domiciliarios formados de todo el país. Entre sus antecedentes pueden mencionarse la puesta en funcionamiento en marzo de 2017 del Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios a través de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM) dependiente de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF), poniendo en valor la iniciativa por cuanto facilita el acceso a información actualizada de quienes acrediten

debida formación gerontológica lo que asegura la idoneidad en la atención de personas mayores¹².

- Plazas en las ocho Residencias de Larga Estadía (RLE) de su dependencia, destinadas a personas mayores de 60 años que se encuentren en situación de vulnerabilidad social, fragilidad y/o dependencia, y que no puedan ser autosostenidas y/o cuidadas por miembros de su grupo primario, ni por personal capacitado dentro de su ámbito familiar o comunitario, y presten su consentimiento informado. Asimismo, no deberán presentar, al momento del ingreso, patologías psiquiátricas con trastornos conductuales, ni estar sujetos a medidas cautelares de carácter restrictivo de la libertad personal, ni al cumplimiento de una sanción penal. Es condición necesaria no contar con obra social ni con cobertura de salud que contemple como prestación Residencias de Larga Estadía.

- Fortalecimiento institucional, mediante el cual se acompañan financieramente refacciones y adaptaciones edilicias para mejorar las condiciones de los dispositivos de atención a las personas mayores, propiciando un sistema progresivo de atención que brinde respuesta a las necesidades de las personas mayores según la situación de apoyo o cuidado que requieran. El mismo contempla líneas de acción para el financiamiento de la adquisición de equipamiento o mobiliario, así como refacciones o adaptaciones edilicias, y asesoramiento gerontológico.

- Campaña Nacional de Buen Trato hacia las Personas Mayores, la cual se realiza una vez al año (a partir de la efeméride del 15 de junio, en que se conmemora el “Día mundial de toma de conciencia del abuso y maltrato en la vejez”), y busca generar, mediante diversas piezas gráficas y audiovisuales, concientización y sensibilización sobre la prevención del abuso y maltrato en la vejez, realizando acciones en todo el país que fomenten una mirada positiva hacia las personas mayores y la comunidad. Se busca potenciar los procesos de empoderamiento para que las personas mayores ejerzan plenamente sus derechos,

¹² Los antecedentes previos a 2017 incluyen la creación de marcos legales y normativos para la protección y formalización de los cuidadores, la promoción de programas de capacitación para cuidadores y la existencia de iniciativas provinciales o regionales que buscaban ordenar la labor de los cuidadores antes de la creación del registro nacional. Un hito clave fue la Ley 26.861, promulgada en 2013, que creó el Sistema de Protección Integral a los Adultos Mayores, aunque no estableció un registro formal. Algunas provincias desarrollaron con anterioridad programas de formación y registros para ordenar la labor de los cuidadores domiciliarios que sirvieron como base para el desarrollo del registro posterior.

reconociendo sus capacidades simbólicas y materiales, cumpliendo los principios establecidos en la Convención.

No obstante, el desarrollo institucional alcanzado por parte del Estado argentino, el país todavía no cuenta con un sistema integral que ordene y organice los servicios ofrecidos por los distintos actores del sistema proteccional. La referencia a un concepto como el de institucionalidad social es útil para discernir acerca de la superposición de funciones y servicios, y dónde intervienen las instituciones públicas en los distintos niveles de gobierno, con múltiples actores en los ámbitos nacional, provincial y municipal. Dado el modelo descentralizado del país, las provincias — y, en algunos casos, los municipios — cuentan con autonomía para decidir sobre la estrategia de cuidados de su población, con una gama heterogénea de prestaciones. Algunas jurisdicciones, como CABA, Mendoza y Tucumán, cuentan con una unidad administrativa dedicada exclusivamente a las personas mayores. En otras, como Chubut y Formosa, las acciones destinadas a las personas mayores están a cargo de las direcciones de familia, de atención comunitaria o de discapacidad (Oliveri, 2020).

En el caso que nos ocupa, la Provincia de Tucumán cuenta con la Dirección de Adultos Mayores, ubicada en la Secretaría de Estado de Niñez, Adolescencia y Familia, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social del gobierno provincial¹³. Entre sus funciones se establecen:

- Acciones de protección y promoción social de los adultos mayores desde una perspectiva integral, participando activamente en el diseño, la planificación y ejecución de las mismas.
- Articular estrategias intersectoriales que potencien la participación de los actores locales en la promoción de espacios de interacción con organizaciones de adultos mayores.
- El cumplimiento, conocimiento y difusión de los derechos de los adultos mayores.
- La ejecución de programas de formación y capacitación para adultos mayores, mejorando sus posibilidades de inclusión social.

¹³ Puede consultarse en: <https://www.tucuman.gob.ar/organismos/direccion-de-adultos-mayores>

-La atención del adulto mayor en situación de vulnerabilidad, facilitando su acceso a bienes y servicios que le aseguren una mejor calidad de vida.

-En la comunidad, instancias de capacitación, especialización, actualización y perfeccionamiento de los recursos humanos para las distintas problemáticas de los adultos mayores, posibilitando, además, alternativas laborales.

-Ejecutar actividades educativas, culturales, deportivas y recreativas, así como el intercambio de proyectos que respondan a los intereses de los adultos mayores, en coordinación intersectorial y con las organizaciones de la sociedad civil.

-Articular actividades con todos los organismos cuyos objetivos sean convergentes y/o complementarios con los propios.

-Supervisar el funcionamiento del Instituto Gerontológico “San Alberto”, RLE de su dependencia.

- Promover acciones para el desarrollo de convenios con terceros, de nuevos dispositivos institucionales alternativos de albergue, que brinden un servicio integral sociosanitario y de apoyo familiar.

- Articular con organismos competentes acciones conjuntas de control y monitoreo de las instituciones públicas y privadas que albergan a adultos mayores.

-La organización de cursos de especialización, capacitación, perfeccionamiento y actualización para técnicos y profesionales del área en la materia de su competencia.

-Producir información sobre la casuística atendida para la toma de decisiones, remitiendo dicha información al sector correspondiente de la Secretaría de Estado de Niñez, Adolescencia y Familia.

3.d- Las unidades de observación de la investigación

Las personas mayores que conforman la muestra de este estudio integran la nómina de residentes de las llamadas Residencias de Larga Estadía (RLE), que constituyen nuestras

unidades de observación. La muestra está compuesta por cuatro de las seis instituciones que operan bajo convenio con el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI)¹⁴. Estas son: Hogar San José y Hogar San Roque (San Miguel de Tucumán), Instituto Gerontológico San Alberto (Tafí Viejo) y Hogar Vallecito (Banda del Río Salí).

Estos espacios de cuidado integral se rigen por la resolución 896/2023 del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI). Mediante dicho instrumento, se crea el "Programa de Atención Integral en Residencias de Larga Estadía para Personas Mayores", destinado a los/as afiliados/as al INSSJP, y con prioridad sobre aquellos/as con ingresos inferiores a dos haberes jubilatorios mínimos y con dependencias moderadas y severas. Reconoce los principios rectores de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y fundamenta la atención en valores como la dignidad, el respeto, el buen trato, la igualdad y la no discriminación, la autonomía e independencia, la atención centrada en la persona, la participación, la integralidad y la continuidad de la atención.

Dicha resolución deroga parcialmente la Resolución N° 559/I/01 (a excepción de los Anexos 3, 6 y 8) y otras resoluciones anteriores. Asimismo, se delega en la Secretaría General de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidado y/o la Gerencia de Políticas de Cuidado la reglamentación y las pautas de funcionamiento del programa.

La norma, además, establece dos modalidades de residencias:

-Residencia de Larga Estadía (RLE): para personas mayores de 60 años con dependencia funcional que requieren apoyo continuo y no pueden ser cuidadas en su entorno familiar o comunitario.

-Residencias de Larga Estadía Especializadas en Cuidados Psicogerontológicos (RLEP): para personas mayores de 60 años con algún grado de dependencia funcional que requieren cuidados psicogerontológicos, supervisión, tratamientos y estimulación que no pueden brindarse en su entorno familiar o comunitario.

¹⁴ En Tucumán el total de las RLE ofrecen 472 plazas conveniadas, de las cuales 302 se encuentran ocupadas, con 32 solicitudes de ingreso en lista de espera a noviembre de 2025 (ver Cuadro N° 9).

A su vez, las residencias de ambas modalidades se dividen en tres categorías (A, B y C) con requisitos diferenciados en materia de planta física, equipamiento y capacitación del personal. La categoría A establece requisitos básicos; la B añade más comodidades y personal capacitado; y la C eleva aún más los estándares, incluyendo habitaciones de una o dos plazas con baño privado, espacios para estimular el movimiento y personal con mayor capacitación.

En todos los casos, las prestaciones incluyen alojamiento, comida, servicios de cuidados, enfermería, atención psicosocial, terapia ocupacional, recreación y servicios de salud de baja complejidad. No son hospitales ni centros psiquiátricos agudos.

Se definen como residencias libres de sujeciones, promoviendo la supresión total de sujeciones físicas, mecánicas, químicas o farmacológicas, permitiéndolas únicamente en casos excepcionales de peligro inminente y por un breve tiempo, con prescripción médica y consentimiento informado.

Deben garantizar el buen trato, la libertad, la privacidad, la autonomía, la integración social, el respeto a la diversidad, el acceso a la información, la participación de los residentes en la dinámica institucional y la elaboración de un proyecto institucional anual a los afiliados del INSSJP según perfiles definidos. Asimismo, deben realizar derivaciones a efectores de salud cuando sea necesario, facilitar la gestión de prótesis, ortesis e interconsultas, y contar con legajos únicos de los residentes y un libro de concurrencia del INSSJP.

Asimismo, están encargadas de administrar y resguardar los haberes de los residentes, es decir, garantizar el acceso y la protección de los ingresos de los residentes, y si resguardan dinero, deben llevar un registro detallado con el consentimiento de los residentes.

Por su parte, se mantiene el sistema de coseguro para los nuevos ingresos, con exenciones para quienes tengan haberes inferiores a una jubilación mínima o hijos a cargo. Se establecen porcentajes de descuento progresivos (20 %, 40 %, 60 % y 70 %) según el monto total de los haberes jubilatorios.

En cuanto a los medicamentos e insumos, la residencia se encarga de la provisión de medicamentos ambulatorios (con cobertura de PAMI) e insumos para la curación de escaras de grado I y II. Los medicamentos oncológicos, para diabetes, VIH y hemodiálisis son provistos por el INSSJP. Los artículos personales, de perfumería, higiénicos absorbentes, órtesis, audífonos y lentes no están a cargo de la residencia.

Respecto a la planta física, las residencias que adhieran a la Categoría A tendrán un plazo de 6 meses (prorrogable) para adaptarse. Para las categorías B y C, los requisitos de planta física deben cumplirse en su totalidad al momento de la adhesión.

Aquellos prestadores que no se adhieran al nuevo programa seguirán prestando servicios bajo las condiciones de la Resolución N° 559/I/01, pero tendrán 12 meses para reevaluar su adhesión; de lo contrario, se procederá a su desvinculación.

Finalmente, la resolución establece un módulo de continuidad de cuidados (MCC), modalidad adicional para RLE y RLEP (categorías A, B o C) que requieran una atención integral de mayor complejidad. Incluye criterios de inclusión basados en patologías específicas (escaras de grado III, traqueostomía, etc.) y un perfil de recursos humanos y materiales adicionales. En esos casos, se reconocerá un valor adicional del 80 % sobre el arancel de la Categoría A correspondiente.

Respecto de los costos, PAMI estipula la siguiente cobertura que reciben las RLE en un 100% por cada residente)¹⁵.

- Aranceles para RLE: A: \$1.500.000, B: \$1.950.000, C: \$2.400.000.

- Aranceles para RLEP: A: \$1.725.000, B: \$2.242.500, C: \$2.760.000.

3.e- Antecedentes y proyectos institucionales de las residencias de larga estadía seleccionadas

En esta sección se resumen algunas notas históricas de las instituciones y se incorpora una síntesis de los contenidos de sus proyectos institucionales, los cuales se revisan, evalúan y actualizan anualmente. Recordamos que en estos espacios residen y trabajan las personas mayores y los profesionales, quienes, con sus experiencias y miradas, nutren este estudio.

Instituto Gerontológico San Alberto

El Instituto San Alberto se encuentra ubicado en la calle Santa Fe S/N de la ciudad de Tañi Viejo, en la zona de pedemonte y a 16 km de la ciudad capital de la provincia. Es una residencia de larga estadía para adultos mayores, que depende de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social.

¹⁵ Aranceles para Residencias de Larga Estadía para Personas Mayores: IF-2025-854263449-INSSJP-DE/INSSJP-5 de agosto de 2025. Estos aranceles están adheridos a la Resolución N° 896/DE/23 (RESOL-2023-896-INSSJP-DE/INSSJP).

Fue fundado el 17 de julio de 1987 durante el gobierno de Fernando P. Riera, con la finalidad de dar albergue y atención socio-sanitaria a personas mayores vulnerables de diferentes localidades de la provincia. Durante los primeros años, la atención se centró en adultos mayores ambulatorios, los que recibían tratamiento médico y rehabilitación, y participaban de talleres apropiados a la edad.

A partir de 1994, realiza convenios con las obras sociales PAMI y PROFE, para que sus afiliados cuenten con el beneficio de la internación geriátrica. También se comenzó a brindar albergue a aquellos adultos en situación de vulnerabilidad y riesgo social, derivados de la —en ese entonces— Dirección de Jóvenes y Adultos Mayores.

En el año 2003, la dirección del Instituto quedó a cargo de un médico geriatra y a partir de allí se inició un proceso de cambio y transformación del paradigma vigente, con el fin de sustituir el concepto de asilar y medicalizar por el de una prestación gerontológica fundada en el derecho de los Adultos Mayores como personas capaces de autonomía y desarrollo.

Estas transformaciones de los Centros Residenciales, no traducen más que la demanda que la sociedad requiere, en función de la problemática dinámica y cambiante del colectivo al que atienden.

Hogar San Roque

La Sociedad de Beneficencia de Tucumán fue creada por decreto del gobernador Marcos Paz el 2 de junio de 1858. Es una Asociación Civil, sin fines de lucro que en sus orígenes estuvo liderada por Dorotea Paz Terán y Elmina Paz de Gallo y estaba compuesta por 20 mujeres que con trabajo y dedicación buscaron ayudar a niños, adolescentes y adultos en situación de vulnerabilidad. En la actualidad cuenta con 50 miembros, todas mujeres que continúan la labor social incorporando criterios profesionales en la gestión de las instituciones que aún conservan: el Centro de Día San Roque y los Hogares San Roque y Anselmo Rojo, que albergan a más de 200 señoras con distintas necesidades, brindando todo el apoyo necesario para llevar una vida digna. Los edificios cuentan con buenas instalaciones, no solo en bioseguridad, sino también en comodidad y atención, con servicios de profesionales capacitados para las necesidades del adulto mayor.

En particular, el Hogar San Roque fue donado por Don Alfredo Guzmán y Doña Guillermina Leston de Guzmán en el año 1943, con la finalidad de albergar y asistir a aquellas personas de avanzada edad que se encontrasen sin medios económicos, sin familia y en situación de abandono. El actual hogar se encuentra ubicado en la ciudad de San Miguel

de Tucumán, su entrada principal es por Av. Ejército del Norte al 1950, y cuenta además con dos entradas peatonales y vehiculares con estacionamiento, sobre la calle Venezuela¹⁶.

Por la entrada principal se accede a la sala de recepción, oficinas administrativas, biblioteca, vestuario y sanitarios para el personal. Sala de reuniones. El edificio se desarrolla en una planta alrededor de un gran jardín central parquizado. El mismo está rodeado de amplias galerías en donde desembocan siete salas o pabellones comunes La Sala N°1 y 2 con 22 camas cada uno, en boxes individuales con mesa de luz y ropero, la N° 3 con 9 habitaciones individuales con una cama mesa de luz y ropero y 2 habitaciones con dos camas, la N° 4 para personas semi postradas con equipamiento especial, con office de enfermería que sirve a esta y a la Sala N° 5, tanto la sala N° 4 y 5 cuentan con 19 camas y en boxes individuales, amoblados con mesa de luz pequeño placar, luz individual y timbre, la Sala N° 7 cuenta con 8 dormitorios con dos camas cada uno, amoblados con mesa de luz y ropero. Todas las salas cuentan con baterías de baños, cocina, lavadero, comedor, estar con aire acondicionado y TV con cable, baño de personal, galería y jardín.

También cuenta con espacio de enfermería General, de fácil acceso, que da a la galería principal, con dos consultorios, para Médico, Psicóloga y/o Nutricionista y salita de cuidados especiales con sanitarios propios. El salón de Usos Múltiples está amoblado con sillas y mesas y Home Theatre. Cuenta con salón de cocina amplio, revestido de cerámicos y con implementos industriales de acero inoxidable, espacio cocina central sectorizada para preparación de alimentos, depósito de víveres secos, depósito de artículos de limpieza, cámara frigorífica, sector de lavado. En la parte posterior se encuentra una casita “Sala Gianelli” con 4 dormitorios, cada uno con dos camas, placar, mesa de luz y silla. Comedor estar, con TV con cable y dos baterías de baños. Lavadero, salón amplio, equipado con máquinas industriales, sistema de agua especial y sala de guardarropas.

En el hogar conviven 150 mujeres. Más del 70% de las mujeres que residen allí son dependientes, y el 30% restante son autoválidas, quienes son cuidadas de forma personalizada por médicos, enfermeras, asistentes sociales, nutricionistas, sacerdotes, mucamas y expertas cocineras. Las residentes reciben cuatro comidas y sus colaciones diarias: desayuno, almuerzo, merienda y cena, preparadas especialmente para ellas. Todos los servicios y actividades son supervisados de forma permanente por las socias de la Sociedad de Beneficencia de Tucumán.

¹⁶ En 1897 la Sociedad de Beneficencia bajo la presidencia de Guillermina Lestón de Guzmán da apertura al Asilo San Roque, antecedentes del actual. Para conocer en detalle la actividad de la Sociedad de Beneficencia tucumana puede ampliarse en Margaría y Mohammad (2016).

Hogar El Vallecito

El Hogar El Vallecito, está ubicado en la Av. Monseñor Gregorio Díaz 514, de la localidad de Banda del Río Sali. Fundado el 17 de octubre de 2005, el hogar nació en un contexto en el que el cuidado de la tercera edad comenzaba a exigir más estándares de profesionalización, seguridad y calidez humana.

Constituye un hito en la habilitación provincial: el Hogar Vallecito no fue solo una residencia más, pues se convirtió en un referente legal e institucional al ser el primer geriátrico habilitado formalmente en la provincia para adultos mayores, con un total de 57 camas. Este logro marcó un antes y un después en la región, ya que:

-Estableció un estándar: fue la primera institución en cumplir con la totalidad de las normativas de salud, infraestructura y seguridad exigidas por las autoridades provinciales.

-Profesionalización: abrió el camino para que el cuidado de los ancianos dejara de ser visto como una tarea meramente asistencial y pasara a ser un servicio integral de salud y bienestar.

-Garantía de derechos: su habilitación brindó a las familias la tranquilidad de saber que sus seres queridos estaban en un lugar supervisado por personal capacitado y con condiciones edilicias óptimas.

El nombre "Vallecito" evoca cercanía, paz y un entorno acogedor, valores que han sido el norte de la institución desde aquel octubre de 2005. Desde sus inicios, su misión se centró en:

1. Dignidad: tratar a cada residente como un sujeto de derechos y fomentar su autonomía.
2. Integración: crear un ambiente familiar en el que el adulto mayor no se sienta aislado, sino que forme parte de una comunidad.
3. Excelencia médica: integrar servicios de enfermería y asistencia médica adaptados a la gerontología moderna.

Desde su creación hace más de dos décadas, el Hogar El Vallecito ha evolucionado junto con las necesidades de la población mayor. Su legado reside en haber sido la piedra angular de la red de cuidados formales en la provincia, demostrando que es posible conciliar el rigor de las normativas de salud con el amor y el respeto que los mayores merecen.

Hogar San José

El Hogar San José fue fundado en 1942 por la Congregación de los Hijos de la Inmaculada Concepción, cuyo supremo general era el padre Estanislao Pastori, con el objetivo de brindar asilo a hombres en situación de vulnerabilidad, lo que con el tiempo se amplió a mujeres y matrimonios. El edificio de estilo colonial, ubicado en la ciudad de San Miguel de Tucumán, fue una donación del Sr. Alfredo Guzmán y su esposa, Guillermina Lestón. Sito en la calle Saavedra 1630, contaba con galerías, fuentes de agua con peces de colores, hasta la época del dengue, una capilla ornamentada con vitrales y varios jardines que, con el tiempo, se cubrirían de rosales. Tiene capacidad para albergar a 150 personas con mobiliario incluido, baño con agua caliente y cocina a leña.

Los curas Azules, como eran llamados los religiosos de la congregación, realizaban un arduo trabajo para atender la gran demanda de adultos en situación de vulnerabilidad que pedían asilo, ya que el hogar subsistía de escasas donaciones y subsidios del gobierno. En el predio de gran tamaño criaban ganado bobino, porcino y aves de corral, que les proporcionaban leche, carne y huevos. También se plantaron árboles frutales que perduran en la actualidad, como paltas, naranjos, limoneros, mandarinos, ciruelos, durazneros, mango, higuera y vid. Se hicieron huertas y vendían platines.

Estos religiosos eran conocidos por la preparación de medicamentos naturales hechos de hierbas, los mismos era preparados por el hermano Bonifacio Beronesse, un gran estudioso de la naturaleza, con la colaboración del hermano Livio Inama. Entre sus productos se destacaban pomadas para las afecciones de piel, jarabes depurativos y antiparasitarios.

Con la firma del convenio con obras sociales, las que pagan un arancel por sus afiliados, se pudieron realizar obras de modernización, se instaló gas natural y se construyeron habitaciones con baños privados y agua fría y caliente. Al mismo tiempo, se profesionaliza la atención a los residentes y se contrata un equipo interdisciplinario: médico, psicólogo, trabajador social, enfermeras y personal auxiliar. Con el tiempo, se implementaron capacitaciones constantes para el personal, la organización por áreas y las asambleas, como espacios destinados al intercambio entre los residentes y los miembros del equipo interdisciplinario.

Proyectos institucionales

Los hogares geriátricos presentan anualmente sus proyectos institucionales a los organismos que los requieran, ya sea por convenio o conforme a las regulaciones vigentes. Los casos que componen la muestra son residencias sin asistencia psiquiátrica, es decir, en las que el seguimiento psiquiátrico se coordina externamente. El objetivo central es brindar una atención integral al adulto mayor mediante un enfoque interdisciplinario. El alcance del plan puede sintetizarse en la tríada: institución preparada, familia presente y profesionales especializados.

Con sus particularidades, presentan procesos que pautan una estructura de gestión similar; a saber:

1. Objetivos Estratégicos por Etapas

Las instituciones dividen el cuidado en tres horizontes temporales:

-Corto plazo (adaptación): se enfoca en el "síndrome de adaptación" (estimado en 3 meses). El ingreso se trata como una intervención en crisis. Se realiza una evaluación biopsicosocial (médica, psíquica, social y familiar) para elaborar un perfil del residente.

-Mediano plazo (estabilización): se busca alcanzar un estado óptimo de salud psicofísica, mejorar la autoestima y fomentar nuevos vínculos afectivos convivenciales. La rehabilitación implica el tratamiento y la estabilización a nivel somático (controles y tratamientos clínicos o de mayor complejidad) y psíquico.

-A largo plazo (calidad de vida): consolidación de la asistencia, integración social plena y mantenimiento de la autonomía durante el mayor tiempo posible.

2. Factores críticos en la institucionalización

Los proyectos institucionales anticipan y definen situaciones o riesgos que pueden dificultar la adaptación del residente. En general, redundan en:

-*Falta de honestidad*: cuando no hay claridad, ocultamientos y mentiras a la persona sobre su ingreso a la residencia. No es sencillo enfrentar esa situación, y la familia prefiere

a veces evitar la verdad, pensando que una vez adentro todo será más sencillo; otras veces, se les dice que estarán poco tiempo.

-Decisión unilateral: ausencia de consulta y consentimiento del residente sobre su ingreso; es habitual que sean los familiares los encargados de tomar la decisión. Si es la persona quien decide internarse por voluntad propia, es necesario evaluar cuidadosamente esa elección, ya que muchas veces enmascara situaciones depresivas que, más que elecciones, pueden ser pensadas como renunciadas a enfrentar la vida.

-Contexto negativo: agregan motivaciones y riesgos a considerar en el proyecto institucional; en general involucran situaciones vinculadas a:

-Enfermedades clínicas: los padecimientos clínicos figuran como primera causa de internación geriátrica. Durante las enfermedades o en la convalecencia, la capacidad de adaptación a nuevas situaciones está disminuida; familias y muchos profesionales sostienen que en los momentos difíciles que tienen que ver con la recuperación de procesos agudos o con el sostén de situaciones crónicas el geriátrico es lo indicado para superar la contingencia, esta creencia debe ser como mínimo cuestionada, acorde a nuevas investigaciones que nos muestran las imprevisibles evoluciones y los síntomas a menudo difíciles de catalogar que se desarrollan en los geriátricos complicando el cuadro de base.

-Mala relación familiar: el geriátrico es vivido como una cárcel o como una institución psiquiátrica, donde el viejo es abandonado para sacarse el problema de encima.

-Duelo: se observan internaciones geriátricas consecutivas al fallecimiento de uno de los miembros de la pareja y la imposibilidad de que el sobreviviente continúe viviendo solo.

-Problemas sociales: muchas veces se produce un desfase socioeconómico entre el ámbito del cual proviene el sujeto y la institución a la cual arriba. Algunos disfrutaban de situaciones más confortables o, por el contrario, otros no contaban con ciertos elementos de confort, lo cual incidirá también en la mayor o menor adaptación.

-Desarraigo: La institución geriátrica es un lugar al cual se entra, pero de donde no se sale; se debe considerar entonces la pérdida que significa el abandono del barrio y sus puntos de referencia.

La posibilidad de una buena adaptación a la institución estará determinada por la medida en que los factores de riesgo sean llevados a la mínima expresión posible, en una institución que reconozca la existencia de las dificultades como casi inevitables, con una familia que acompañe y no abandone a su viejo por fastidio o culpa, con cuidadores capacitados para recibir, acompañar y reconocer este pasaje y con profesionales especializados para implementar medidas terapéuticas adecuadas a nivel psicoterapéutico, psicofarmacológico y familiar.

3. Talleres y actividades de rehabilitación

En general se planifican actividades en las siguientes áreas terapéuticas:

Estimulación cognitiva: basada en el concepto de neuroplasticidad con el fin de retrasar la declinación de la memoria y funciones cerebrales.

Musicoterapia y teatro: se busca, a través de la expresión corporal y la comunicación, la reconexión del sujeto consigo mismo y con su entorno.

Laborterapia y educación física adaptada: se fomenta el movimiento para evitar el anquilosamiento, y se refuerza la sensación de utilidad mediante trabajos manuales.

Psicoterapia y socioterapia individual y grupal: permiten aliviar la angustia y ayuda a elaborar las pérdidas. Mejora la integración a la RLE y la convivencia. Se obtienen estímulos y modificaciones en los estados emocionales, los comportamientos y las actitudes del sujeto, de la familia y de la comunidad.

4. Roles del Equipo Interdisciplinario

Se establecen los objetivos y las funciones de cada disciplina, definiendo las expectativas del puesto y la secuencia de actividades para ordenar, diseñar e impartir. En general, se distinguen las tareas del médico clínico, del equipo de enfermería y del equipo multidisciplinario del área preventiva-social. Las actividades programadas para los enfermeros y asistentes terapéuticos están reguladas por normas y procedimientos escritos que rigen en los distintos servicios. Los cuidados de enfermería se planifican siguiendo los índices de valoración de Barthel y de Katz, lo que permite confirmar un estado de enfermedad, identificar los problemas prevalentes y potenciales, y así determinar su grado de autonomía. Es clave para establecer un plan de cuidados centrado en la persona.

5. Rol del Trabajo Social

Los proyectos institucionales, la referencia al Trabajo Social, se asocian con el vínculo interior-exterior. Focaliza su tarea en acciones de resocialización para evitar el aislamiento del residente, en la gestión familiar e intervención en redes comunitarias, mediante salidas programadas y la vinculación con otros grupos u organizaciones (centros de jubilados y vecinales, escuelas, espacios culturales, grupos religiosos y musicales, etc.).

6. Sistema de selección de personal

Algunos proyectos incorporan pautas para la selección de enfermeros, asistentes, mucamas y otras disciplinas mediante entrevistas, antecedentes curriculares y pruebas de actuación.

Capítulo 4

Las tendencias internacionales en el cuidado institucional de las personas mayores

La experiencia internacional en residencias de larga estadía (RLE) ha evolucionado significativamente en las últimas décadas, pasando de un modelo predominantemente hospitalario o asistencialista a enfoques que priorizan la autonomía, la calidad de vida y la integración comunitaria.

En América Latina, la experiencia con las residencias de larga estadía (RLE) se caracteriza por una transición acelerada. A diferencia de Europa, donde el envejecimiento fue gradual, en nuestra región el proceso ha sido mucho más rápido, lo que ha generado presión sobre los sistemas de seguridad social y los modelos tradicionales de cuidado.

Asimismo, un rasgo distintivo de la experiencia latinoamericana es que el cuidado sigue recayendo mayoritariamente en las familias, especialmente en las mujeres. Esto genera lo que los expertos llaman una “crisis de los cuidados” y tensiones ligadas al “familiarismo”. Efectivamente, la demanda de plazas residenciales aumenta porque las familias ya no pueden asumir el cuidado en el hogar debido a la inserción laboral femenina y a la reducción del tamaño de los hogares. Sin embargo, y en sintonía con el objetivo de esta investigación, persiste un estigma social en torno a la institucionalización, lo que a menudo retrasa el ingreso a la residencia hasta que la dependencia es muy severa.

A ello debe sumarse la informalidad y la fragmentación de la oferta de plazas. Al respecto, uno de los mayores desafíos en la región es la gran cantidad de residencias clandestinas o no habilitadas que operan al margen de los estándares de calidad. Ante estas circunstancias, se sugiere que el Estado no solo debe fiscalizar, sino también financiar y capacitar a las instituciones pequeñas para que alcancen los estándares mínimos, en lugar de simplemente clausurarlas. El abandono del modelo del hogar-asilo hacia residencias o espacios que recuperan el bienestar y la dignidad de los asistidos. La tradición del modelo del asilo que en América Latina ha predominado vinculado a la beneficencia o la caridad para personas en situación de indigencia, ha revertido la tendencia —impulsada, entre otros elementos, por la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos

de las Personas Mayores— regula la construcción de nuevos centros que respeten la autonomía con un sentido totalmente distinto al mero decurso del ciclo de vida. Es ostensible el avance en los manuales de acreditación que exigen estándares de calidad técnica y humana, lo que coadyuva a alejarse de un servicio de "hotelería" para centrarse en la atención centrada en la persona.

Por su parte, la crisis del COVID-19 aceleró cambios estructurales en la experiencia tanto a nivel local como internacional. Entre los que pueden identificarse como desafíos pospandemia, se destacan:

- Agravamiento de problemas previos (desempleo, crisis de cuidados, recortes en la asistencia a la dependencia) y la demanda de nuevas atenciones de urgencia.
- Concepto de sistemas híbridos: mayor coordinación entre el sistema de salud y el de servicios sociales (enfoque sociosanitario).
- Foco en la transparencia y el control: implementación de estándares de calidad internacionales que exigen, entre otros aspectos, auditorías externas y la participación activa de las familias en la gestión.
- La feminización de los cuidados ha ampliado el debate global sobre la mejora de las condiciones laborales de los cuidadores, un sector mayoritariamente femenino y a menudo precarizado.

4.a- Experiencias latinoamericanas

Varios países han desarrollado políticas públicas que sirven de hoja de ruta para la región.

Uruguay presenta el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), referente regional más avanzado en el camino hacia un cambio profundo en la concepción de las dependencias. Luego de la aprobación de la Ley de Cuidados N° 19.353/2015, se reconoce al cuidado como un derecho social. Esto significa que todas las personas en situación de dependencia tienen derecho a cuidados de calidad y que el Estado asume la responsabilidad de garantizar su prestación efectiva. El modelo comprende tanto acciones públicas como privadas que brindan atención directa. Se establecen regulaciones estrictas para las residencias y un sistema de subsidios para quienes no pueden costearlas. En base a la capacidad de pago de cada familia, se ofrecen subsidios totales o parciales para costear el servicio de teleasistencia domiciliaria, el costo de asistentes personales domiciliarios para cubrir un servicio de 80 horas mensuales o, según la necesidad, el costo del cuidado

permanente en establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM). En cualquier caso, es prestado por empresas y particulares registrados y acreditados en el sistema. Se acompaña de un programa que facilita el acceso al crédito a las instituciones privadas para proyectos de mejora de la calidad de sus servicios.

En el caso de Chile, este país ha reconocido jurídicamente el derecho al cuidado, creando el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados mediante la Ley 21.805/2026, cuyo ámbito de aplicación es el Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Esto probablemente promueva cambios a corto plazo. Mientras tanto, la atención a adultos mayores en Chile (60 años o más) se articula a través del SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor), que promueve el envejecimiento activo mediante clubes, centros de día y la protección de derechos. También supervisa los establecimientos de larga estadía para adultos mayores de carácter privado, asegurando el cumplimiento de estándares internacionales (especialmente en lo relativo a la estandarización de la infraestructura y la formación del personal técnico, con el fin de profesionalizar el rol del cuidador). Asimismo, desde la web del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, se puede acceder a la app Senior Advisor (iniciativa privada), que permite buscar y comparar residencias y cuidadores. Acompaña al sistema de salud público mediante atención gratuita en la red pública para mayores de 60 años, incluyendo prótesis, órtesis y tratamientos de alto costo, además de atención preferente y oportuna en salud (revisión de recetas, exámenes, consultas). Por su parte, los servicios incluyen centros de salud familiar (CESFAM), focalizados en la Atención Primaria de la Salud, controles de salud y programas domiciliarios de apoyo a personas con dependencia, así como el Instituto Nacional de Geriátrica, un centro especializado en Santiago para beneficiarios de FONASA que ofrece hospitalización, policlínico y unidades de neuropsicogeriatría, además de residencias, priorizando la autonomía.

Brasil, por su parte, a través del Estatuto de la Persona Idosa (Ley 10.741/2003), garantiza derechos fundamentales a las personas de 60 años o más. Su objetivo es proteger la vida, salud, educación, cultura, dignidad y convivencia familiar. Establece prioridad absoluta en atención y servicios públicos, especialmente para mayores de 80 años. Junto al Sistema Único de Salud (SUS) y al Sistema Único de Asistencia Social (SUAS), establece la cobertura y accesibilidad, lo que impone el desafío de una mayor articulación, así como superar las disparidades regionales en la calidad de atención. Las instituciones de larga estadía para ancianos (ILPI) en Brasil, conocidas como ILPIs (Instituições de Longa

Permanência para Idosos), son residencias destinadas a personas mayores de 60 años, con o sin dependencia, que no pueden vivir con su familia o requieren supervisión constante. Estas instituciones han experimentado un rápido crecimiento debido al envejecimiento de la población brasileña. Asimismo, según manifiestan asociaciones representativas del sector, el número de ILPIs en Brasil ha aumentado significativamente. A pesar de este crecimiento, la oferta pública es limitada; se estima que solo el 2% de estas instituciones son públicas, mientras que la mayoría son privadas o filantrópicas, reguladas y supervisadas por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) y por otras políticas nacionales que buscan garantizar una atención humana y segura. De acuerdo al censo del Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística de 2022, más de 160 mil personas viven en una ILPI. El informe sobre el “Proyecto Residencias para Adultos Mayores: Dignidad y Solidaridad de la Defensoría Pública Federal, indica que existen 6200 centros de atención a largo plazo registrados en Brasil. Por su parte, un estudio de la Universidad Federal de Paraná revela que las instituciones filantrópicas representan el 65,2%. Estas cifras evidencian la importancia de los centros de atención a largo plazo y cómo estas entidades cumplen su función social, a pesar de que muchas enfrentan dificultades financieras y operativas, especialmente aquellas que dependen de donaciones o alianzas con el sector público (según datos de la Unión Interestatal de Instituciones Benéficas, Religiosas y Filantrópicas de los estados de AC, AL, AP, AM, BA, CE, ES, GO, MA, MT, MS, PA, PR, PE, PI, RN, RS, RO, RR, SC, SE, TO e DF). A diferencia de las ILPIs, que se enfocan en el cuidado y la asistencia, en Brasil está tomando fuerza el mercado del "senior living", enfocado hacia alternativas de vivienda con más independencia para personas mayores con mayor poder adquisitivo.

Costa Rica, a través del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), ofrece un sistema de servicios orientados a hogares, establecimientos de carácter privado que administran fondos públicos, sin fines de lucro, donde residen personas adultas mayores en forma permanente y en los cuales se brindan servicios integrales, que incluyen no solo residencia, sino también servicios médicos y paramédicos, enfermería, rehabilitación en las áreas física y ocupacional, servicios de trabajo social, alimentación balanceada, estímulo mental, actividades recreativas, ocupacionales y culturales, apoyo espiritual y lavandería, con las adaptaciones necesarias y una distribución adecuada de la planta física; los Centros Diurnos (servicios organizados por la comunidad, con apoyo estatal y de responsabilidad multisectorial, para atender durante el día a personas adultas mayores, fundamentalmente personas independientes y de escasos recursos económicos o en riesgo social, brindando un

complemento a la vida familiar); y la Red de Cuidado (que se implementa a nivel local, en cantones o comunidades donde exista el interés y compromiso de diversos actores por conformar la estructura social necesaria para su ejecución).

En el caso del Perú, la respuesta pública sigue los lineamientos de la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030 (PNMPAM), como respuesta al problema público definido como la “discriminación estructural por motivos de edad contra las personas adultas mayores”. El rol del Estado en la prestación de servicios se centra en la acreditación y fiscalización de los Centros de Atención para Personas Adultas Mayores, públicos y privados, y de los Centros de Atención Temporal para Personas Adultas Mayores, públicos y privados, así como en el registro de las organizaciones de personas adultas mayores con representatividad nacional.

Paraguay, en cambio, representa uno de los países latinoamericanos con mayor porcentaje de cuidados de carácter informal, ya sean realizados por las familias o por la comunidad (Martínez Franzoni, 2007). Si bien mantenía una pirámide poblacional característica de la primera mitad del siglo XX, ha iniciado un proceso de envejecimiento. Las previsiones indican que para el año 2050 la población adulta mayor llegará a los 2 millones, lo que representará para ese entonces el 20 % de la población (Díaz, Escobar Carísimo y Domínguez, 2013). Con una estructura estatal menos desarrollada, se destacan acciones como la pensión alimentaria (25 % del salario mínimo) para mayores de 65 años en situación de pobreza, la mejora de los servicios médicos con orientación gerontológica que ofrecen instituciones públicas y privadas, y el Programa de Cuidados a Domicilio para personas con movilidad reducida. No obstante, el foco está puesto sobre las personas mayores que se encuentran en situación de abandono y escasos recursos, y aquellas que no pueden movilizarse para acceder a servicios de atención médica (<https://www.gerontologia.org/pais/paraguay/>).

En el caso de Colombia, el país se rige en la materia por: a) el Estatuto del Envejecimiento (Ley 1850/2017), que define normas de protección, tipifica el maltrato y garantiza el acceso a servicios de salud, vivienda y recreación; b) la Ley 1251/2008, que establece el marco normativo para la promoción, protección y defensa de los derechos de los adultos mayores; y c) la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que ratifica en 2022. El enfoque de atención es

predominantemente médico. Se promueve la valoración geriátrica integral, que no solo considera la enfermedad, sino también el entorno social, económico y familiar del adulto mayor con el fin de preservar su autonomía. Se acompaña con el programa Colombia Mayor, que distribuye un subsidio económico dirigido a personas desamparadas, sin pensión o en situación de extrema pobreza. Los destinatarios son mujeres a partir de los 54 años y hombres a partir de los 59 años (tres años antes de la edad típica de corte para el ingreso a la vejez), con un bono adicional de incremento para quienes superan los 80 años. Asimismo, se ofrecen los Centros de Bienestar del Adulto Mayor, que constituyen una de las principales soluciones para las personas en situación de vulnerabilidad. Funcionan como hogares en general, administrados por privados u ONGs, donde los adultos mayores reciben alojamiento, alimentación, atención en salud y actividades recreativas. Por su parte, quienes cuentan con algún ingreso o apoyo familiar pueden postular a subsidios de vivienda o de arriendo (Programa Mi Casa Ya), lo cual constituye una iniciativa de interés y marca una diferencia respecto de otros países. En cualquier caso, el demandante debe cumplir con las condiciones de elegibilidad que radican en ciertos estratos de ingresos clasificados según la base de datos poblacionales Sisbén IV, generalmente en los grupos A o B, además de demostrar una situación de vulnerabilidad. El Sisbén es fundamental, ya que define el nivel de prioridad y el tipo de ayuda al que las personas pueden acceder.

4.b- Experiencias internacionales

A nivel internacional, las principales tendencias y modelos que marcan la vanguardia se concentran de manera convergente con lo mencionado, con especial atención a:

- a) una atención centrada en la persona (ACP), en tanto enfoque que busca que la residencia no sea un centro sanitario sino un lugar de vida donde el residente mantenga el control sobre su rutina e iniciativas;
- b) la desmedicalización, tanto en lo que atañe a la indicación de los tratamientos centralizados en la figura de un médico, como en lo que respecta al entorno físico, procurando que sea lo más parecido a un hogar (uso de muebles propios, eliminación de uniformes clínicos, decoración no institucional);

c) la creación de unidades de convivencia: en países como España y los Países Bajos, las grandes residencias están cambiando hacia grupos pequeños (10-15 personas) con sus propios espacios y algunos de uso compartido, permitiendo una vida más íntima y personalizada.

No se trata de identificar un modelo único, sino de exhibir las distintas experiencias y las orientaciones políticas y tecnológicas que asumen, desde esquemas universales sostenidos por el financiamiento público y la incorporación de alta tecnología, pasando por una descentralización en viviendas de barrio, y el énfasis en el intercambio intergeneracional, o a través de entornos urbanos normalizados para personas mayores con deterioro cognitivo.

Por ejemplo, se observa que los países nórdicos de Europa lideran programas de servicios integrados. Su modelo se basa en la oferta de servicios públicos, financiados con presupuesto público, reduciendo el número de camas en residencias tradicionales para fomentar el “envejecimiento en casa” con apoyo tecnológico avanzado y dejando la institucionalización solo para casos de alta dependencia.

Países Bajos exhibe experiencias de interés. Por un lado, en Deventer, la residencia para personas mayores Humanitas ofrece alojamiento gratuito a los estudiantes. A cambio, estos se comprometen a dedicar al menos 30 horas mensuales a sus compañeros mayores de la residencia de la tercera edad. Considerada una solución beneficiosa para ambas partes, permite, por un lado, que los estudiantes tengan acceso a un alojamiento en un país donde los alquileres son muy elevados y, por otro, que el personal de la residencia cuente con ayuda en el cuidado de las personas mayores.

Por otro lado, está Hogeweyk, ubicada cerca de Ámsterdam. Se trata de una revolucionaria residencia geriátrica que ha inspirado proyectos similares en Francia (como el Pueblo de la Demencia en las Landas) y en Estados Unidos. Reconocida por redefinir el cuidado de los adultos mayores, está diseñada como un pueblo real para personas con demencia avanzada. Con 27 casas, un supermercado, un teatro y pubs, el modelo se enfoca en la libertad, la seguridad y la calidad de vida, lo que permite a los residentes vivir con normalidad mientras reciben cuidados especializados de manera permanente. Esta iniciativa busca asegurar: a) un entorno realista, diseñado para parecer un barrio holandés convencional, con calles empedradas, jardines y áreas de convivencia, lo que reduce la ansiedad y el estrés asociados a la enfermedad; b) un enfoque en el residente, ya que los pacientes no viven en un hospital, sino en casas pequeñas según sus estilos de vida y

preferencias (ej., culturales, religiosos, sociales), fomentando la autonomía; c) un cuidado especializado e invisible, en tanto que el personal de enfermería y cuidadores viste ropa de calle y se integra como parte del entorno, ofreciendo apoyo sin que se perciba como una institución; d) los residentes desarrollan actividades cotidianas como ir de compras, a la peluquería, visitar el bar o participar en actividades culturales, manteniendo rutinas diarias que mejoran su bienestar. Aunque parece un pueblo abierto, está diseñado para ser seguro y evitar que los residentes se extravíen.

En los Estados Unidos, el *Green House Project* propone viviendas pequeñas integradas en barrios comunes, alejadas del modelo del "gran edificio". El proyecto fue concebido inicialmente por Steve McAlilly, de la Iglesia Metodista en Mississippi, y por el geriatra William H. Thomas en 2003, con el objetivo de personalizar la atención a las personas mayores mediante el rediseño de los hogares de ancianos «desde cero» para brindar a los residentes más privacidad y control sobre sus vidas. Actualmente, se ha expandido por todo el país y continúa bajo el liderazgo de esta organización sin fines de lucro. Las plazas se financian con cargo a la Seguridad Social o mediante el pago del propio interesado. En estas casas, el personal no está jerarquizado de forma rígida; los cuidadores (llamados Shahbazim) se encargan de la cocina, la limpieza y el cuidado, lo que fomenta un vínculo familiar profundo. El modelo GH es un modelo registrado que se basa en tres valores: un verdadero hogar, una vida con sentido y un personal empoderado (*The Green House Project*, 2012). Estos valores se establecen mediante la construcción de pequeñas viviendas de estilo residencial ubicadas en los barrios de la comunidad. A menudo, estas pequeñas casas están afiliadas al hogar de ancianos fundador original —denominado hogar tradicional— que permanece abierto junto con su(s) hogar(es) *Green House*. El modelo GH se esfuerza por eliminar las expectativas asociadas a los roles tradicionales de los hogares de ancianos y evita toda terminología relacionada. Las casas albergan de 10 a 12 residentes, cada uno con una habitación privada con baño; comparten un espacio de vida central con cocina abierta, comedor y sala de estar, y acceso a un espacio al aire libre. Las comidas son preparadas en la cocina abierta por los cuidadores y se comparten en una mesa común, lo que promueve un espíritu de convivencia.

En países como Dinamarca, Alemania y Estados Unidos, se desarrollan experiencias conocidas como "*senior cohousing*". No es una residencia tradicional, sino comunidades autogestionadas en las que los adultos mayores tienen su vivienda privada, pero comparten

espacios comunes y servicios de cuidado. Este modelo previene la soledad no deseada y retrasa la necesidad de una residencia de cuidados intensivos.

En contraste con la perspectiva occidental, el cambio de posición en Corea del Sur es significativo. El respeto hacia las personas mayores ha sido uno de los principios fundamentales de la filosofía confuciana; en consecuencia, cuidar de los padres es un deber familiar. La atención institucionalizada se consideraba inapropiada hasta hace unas décadas, cuando se hizo necesario recurrir a los centros de cuidados a largo plazo. En la actualidad, la política gubernamental establece estas líneas de acción: servicios comunitarios administrados por las localidades, el cuidado a largo plazo de la seguridad social y el cuidado hospitalario a largo plazo (Ga, 2020).

Por su parte, Japón ilustra la incorporación de tecnología avanzada. Ha integrado robots sociales y exoesqueletos para ayudar al personal en tareas de cuidado y asistencia, mejorando la seguridad tanto del asistido como del personal asistente.

4.c- Mecanismos operativos y herramientas de gestión

Uno de los principales manuales que definen los estándares internacionales en la gestión de residencias de larga estadía para personas mayores es el de la CARF (*Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities*) anualmente actualizado, que coadyuva a identificar e implementar procesos de mejora continua. CARF International es una entidad independiente y sin fines de lucro dedicada a la acreditación de servicios de salud y servicios sociales, fundada en 1966 en los Estados Unidos. Su objetivo es promover la calidad, el valor y los resultados óptimos de los servicios a través de un proceso de acreditación de carácter consultivo y de servicios de mejora continua centrados en mejorar la vida de las personas a las que se atiende. Este manual establece los lineamientos para un enfoque de atención integral y holística que trasciende el mero cumplimiento de las especificaciones técnicas. Según este marco, la calidad organizacional solo es válida si tiene una consecuencia directa sobre la autonomía, la dignidad y la capacidad de elección de la persona mayor en su comunidad de cuidado.

Estos estándares se organizan en dos ejes estratégicos principales que buscan garantizar no solo la eficiencia administrativa, sino también un impacto directo en la calidad de vida de las personas mayores.

El manual de estándares de la CARF Aging Services Standards Manual (2026) es la referencia internacional fundamental utilizada para estructurar los procesos de calidad y

seguridad en centros residenciales y de día. Los ejes principales atienden las prácticas de atención y de gestión.

I. Prácticas centradas en la persona residente, donde se establecen estándares que buscan garantizar:

- que el servicio se adapte a las necesidades, deseos y derechos del individuo;
- la accesibilidad y continuidad de la atención;
- claros procesos de admisión, ingreso e integración;
- asegura la coordinación entre profesionales mediante el intercambio de información en cambios de turno y traslados;
- establece procedimientos médicos y administrativos para el alta y la derivación con instrucciones de seguimiento comprensibles;
- se establece que la organización es responsable de proteger la intimidad, los valores y las creencias de los residentes; se debe garantizar la confidencialidad de la información y el derecho al consentimiento informado, incluyendo el rechazo de tratamientos;
- evaluación y plan de atención individualizado: cada residente debe contar con una valoración interdisciplinaria inicial (salud física, cognitiva, psicológica y sociofamiliar) dentro de las 72 horas siguientes a su ingreso. A partir de esta evaluación inicial, se debe formalizar un plan dentro de los primeros 30 días, con objetivos terapéuticos revisables cada seis meses.

II. Prácticas de gestión de la organización que regulan la infraestructura operativa y el liderazgo necesario para sostener la calidad.

- gestión y mejora de la calidad: obliga al uso de indicadores de desempeño y a la implementación de un sistema de reporte de incidentes para prevenir eventos adversos (caídas, úlceras por presión, incontinencia, etc.);
- requiere la valoración anual de la satisfacción de residentes y familias a través de encuestas junto a un sistema formal de quejas y sugerencias;
- seguridad de las instalaciones: se deben implementar planes contra incendios y emergencias, protocolos para el mantenimiento de equipamiento médico y manejo de materiales peligrosos;
- infraestructura y confort: implica espacios accesibles, señalización clara y servicios que respeten la higiene y conservación de las pertenencias personales;

- formación del personal: se exige un programa de capacitación continua que asegure al menos 40 horas anuales por trabajador (30 en horario laboral y 10 fuera). La formación debe incluir temas específicos relacionados con los mayores, con el entorno laboral y el territorial;
- gestión de la información: establece el uso de un legajo único del residente (LUR) normalizado, legible y actualizado por todo el equipo interdisciplinario para garantizar la continuidad asistencial.

En el ámbito argentino, el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES) es una asociación civil sin fines de lucro, fundada en 1993, dedicada a evaluar y certificar la calidad y la seguridad en los centros de salud mediante estándares reconocidos internacionalmente (ISQua). Ofrece acreditación para hospitales, laboratorios y atención domiciliaria, con un enfoque en la mejora continua de la atención al paciente, tanto en Argentina como en países limítrofes. Se destaca el Manual para Centros Residenciales, elaborado en 2020. La organización tiene como objetivo elevar los estándares de calidad, seguridad y atención en las instituciones de salud, fomentando una cultura de mejora continua. Ofrece servicios de acreditación, es decir, evaluaciones externas que verifican si los centros cumplen con estándares de estructura, procesos y resultados. Asimismo, elabora manuales de acreditación específicos para distintos tipos de establecimientos. Ofrece capacitación continua, referida y actualizada a los estándares.

Por su parte, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados de Argentina (INSSJP-PAMI)—organismo rector de la atención al adulto mayor en el país—ha desarrollado su propio manual para residencias de larga estadía, aplicable a sus prestaciones.

Asimismo, la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) emite recomendaciones y avala modelos, programas y estándares para toda la región iberoamericana.

Localmente, las regulaciones se aplican en un marco de calidad híbrido, incorporando la rigurosidad técnica de los estándares internacionales (CARF) y su adaptación a la realidad operativa y normativa de las instituciones en Argentina y en Latinoamérica.

Capítulo 5

El Trabajo Social gerontológico en las residencias de larga estadía (RLE)

5.a- Base conceptual

Ya situada la importancia del campo de actuación y del Trabajo Social gerontológico en las páginas previas, en este capítulo se presentan las opiniones y visiones de los profesionales del Trabajo Social desde la perspectiva del puesto de trabajo. Recordamos que los trabajadores consultados desarrollan su labor en las RLE, donde se encuentran los residentes de la muestra, cuya indagación será presentada en el próximo capítulo.

En primer lugar, hay que señalar que el Trabajo Social es una disciplina científica que inicia el proceso de profesionalización a fines del siglo XIX y ha desarrollado conocimientos, habilidades y soporte científico hacia fines prácticos. Forma parte de las llamadas profesiones de cuidado (Abbott y Wallace, 1990), lo que implica un trabajo sobre los otros a partir de la manifestación de sus necesidades, con el objetivo del bienestar en el marco de normas y valores compartidos. Desde la perspectiva de la constitución del sujeto y del Estado modernos, implica una tarea de socialización con el fin de conformar un sujeto autorregulado y, al mismo tiempo, autónomo, mediante ritos generadores de prácticas tanto conformistas como liberadoras (Dubet, 2006).

Como profesión, se presenta como una práctica colectiva y compleja, cuyos resultados no dependen solamente del profesional, sino también del contexto local en el que se desempeña, de otros especialistas, de los programas y políticas existentes, así como, fundamentalmente, de los propios usuarios. El producto radica en la transformación de condiciones materiales y simbólicas individuales e intersubjetivas a partir de la tarea profesional, en sintonía con la finalidad de la institución en la que ejerce su labor.

Asimismo, Trabajo Social se constituye en una comunidad de sentido, lo que supone un universo simbólico compartido. Para alcanzar estas afinidades y convergencias, operan mecanismos de regulación profesional (Krmpotic, 2002), que cumplen funciones específicas en la construcción y sostenimiento de un núcleo identitario. Estos procuran alcanzar una identificación con un modo de pensar y de actuar profesional a través del papel que

desempeñan las organizaciones profesionales, las unidades académicas, los centros de estudio e investigación. Estas organizaciones procesan y aseguran: a) la permanencia de la profesión, tanto en lo que hace a su definición social como a los procesos y espacios del ejercicio profesional; y b) los contenidos teóricos, ideológicos y políticos que se despliegan y articulan en los discursos profesionales.

Como comunidad de sentido, la disciplina se presenta como un universo policéntrico, atomizado y disperso entre múltiples empleadores, universidades y prácticas especializadas, en función de los problemas que el profesional atiende.

Ahora bien, dentro de la comunidad de sentido se encuentran comunidades de práctica, que se desenvuelven en entornos particulares y desarrollan actividades específicas en función del sujeto y del objeto de la intervención profesional (Healy, 2001). El campo gerontológico es, en este sentido, una comunidad de práctica que reúne los conocimientos del trabajador social generalista y los de la especialidad gerontológica. La especialidad desarrolla así un habitus profesional que recrea las formas genéricas de la profesión en el campo de la especialidad, en el escenario de los servicios para personas mayores, donde diversos profesionales compiten por delimitar las demandas que se comparten en el proceso de intervenciones específicas. Esta es la arena en la que también se desarrollan las tensiones y dilemas entre lo técnico, lo ético y lo legal (Banks, 1997).

Las coordenadas generales del Trabajo Social en este campo de actuación incluyen la definición del envejecimiento como *“un proceso dinámico y multidimensional que opera a lo largo de la vida de los seres humanos y se encuentra influido por diversos factores endógenos y exógenos”* (Paola, 2021: 24). Constituye un proceso heterogéneo cuyo resultado son las vejeces. Por lo tanto, hay tantas vejeces y formas de envejecer como personas que atraviesan esta etapa evolutiva (Rovere, 2022). Las personas mayores no deben considerarse un problema social ni necesitar sobreprotección (Monk, 1997). Obliga, por lo tanto, a redimensionar la condición de dependencia que servirá de soporte para las respuestas institucionales.

Como señala Gonzalez (2017) la gerontología comienza a tener mayor preponderancia a partir de la segunda mitad del siglo XX cuando se incorpora una mirada integral y un enfoque multidimensional. *“La gerontología analiza el proceso de envejecimiento en todas sus dimensiones: biológica, psíquica, económica, política, educativa y social. Se trata del estudio de la vejez desde un enfoque interdisciplinario, siendo su propósito conocer el proceso de envejecimiento y la práctica profesional que permita mejorar la calidad de vida de los adultos mayores”* (Piña Morán, 2006: 4).

En el pasaje de la biología a la biografía de las personas y sus interacciones con el mundo social, cobra relevancia el aporte del Trabajo Social y de las ciencias sociales (Paola, Samter y Manes, 2011). Por lo tanto, el Trabajo Social gerontológico se encuentra relacionado con el fortalecimiento de los vínculos, el desempeño social y el desarrollo de los nuevos roles sociales que van a sustituir y compensar los previos de las etapas de vida anteriores (Monk, 1997).

Contiene una dimensión asistencial y terapéutica, así como una labor preventiva y promocional que fomenta el intercambio y la ayuda mutua entre las distintas generaciones, recursos y actores sociales. El reconocimiento de las personas mayores como sujetos de derechos busca, además, construir una representación distinta de la vejez en el imaginario social. La atención individualizada se acompaña de la intervención grupal, toda vez que ambas estrategias recuperan la biografía y confluyen en la acción sobre los aspectos cognitivos, sociales y culturales (Ludi, 2012; Llamas, 2011).

La comunidad profesional nacional ha reconocido la especialidad mediante cursos, programas de posgrado y eventos profesionales y científicos. En el espacio, tanto local como regional, la producción de material derivado del análisis de la práctica profesional y de la investigación científica es creciente y gana en robustez.

Por su parte, la alusión a un campo gerontológico coloca la cuestión interdisciplinaria en primer lugar. Diversos estudios internacionales demuestran la efectividad de los equipos interdisciplinarios que incluyen trabajadores sociales, para mejorar los cuidados y sus resultados en las personas mayores (Donelan et al., 2019; Steketee et al., 2017). Efectivamente, en los materiales relevados hallamos la descripción de actividades específicas en las que participan los trabajadores sociales para contribuir al mejor funcionamiento de los equipos, aunque también es cierto que no siempre se haya esclarecido el papel específico y único que desempeñan en la atención geriátrica integral (Hash et al., 2019; Kennedy et al., 2024).

El abordaje psicosocial e integral emerge como el enfoque predominante en la literatura especializada, tanto en la tarea en los centros de día como en la de las residencias de larga estadía. Como se expone en los materiales elaborados para el Diplomado Iberoamericano Políticas de Cuidado (2021)¹⁷, apoyar un enfoque integral supone considerar las siguientes dimensiones clave:

¹⁷ Destinado a personal directivo y técnico de centros de día y residencias de larga estadía para personas mayores en Argentina, organizado por ONU Mujeres, Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) y PAMI-Argentina

- los derechos de los residentes
- la personalización de espacios
- las familias
- el personal
- el entorno

Por ello, un paso fundamental es conocer a la persona mayor y el impacto de su ingreso en la institución. En segundo lugar, supone trabajar con los duelos y las pérdidas que suelen acompañar el ingreso a las residencias en momentos marcados por cambios disruptivos y pérdidas (hogar, amigos, roles, rutinas, objetos significativos), lo que produce padecimientos psíquicos. Es vital acompañar este proceso y generar estrategias que mantengan la continuidad de los vínculos significativos.

La labor profesional también implica ser capaz de responder a las manifestaciones del llamado síndrome de adaptación al geriátrico, como trastornos del sueño, de la alimentación, del humor y de la conducta, desorientación, etc., lo que requiere una escucha activa, sin minimizar los síntomas y atendiendo a su potencial expresivo. En las familias también ocurren procesos similares, en la medida en que sus miembros experimentan sentimientos ambivalentes: por momentos, alivio; en otros, culpa. En este proceso de adaptación a nuevos entornos y rutinas, la comunicación y el apoyo emocional son cruciales.

Las estrategias recomendadas focalizan en los siguientes aspectos:

- Habilidades sociales y comunicacionales de los residentes, fomentando la autonomía, las relaciones interpersonales, garantizando el derecho a la información y superando las barreras comunicacionales.
- Dinámicas de integración permiten ensayar espacios de participación, como asambleas, buzones de sugerencias y entrevistas individuales, para que los residentes expresen sus opiniones y necesidades.
- Historia de vida como herramienta para reforzar la identidad y el sentido de continuidad, otorgando valor a las experiencias pasadas.

-Personalización de los espacios, a fin de acercar rasgos de un ambiente hogareño con objetos personales significativos y orientadores (relojes, calendarios), y generar seguridad y sentido de pertenencia.

-Vínculos con la comunidad, tanto dentro como fuera de la residencia, a fin de ampliar las redes de apoyo y combatir estereotipos sobre la vejez.

-Perspectiva de género para reducir la incidencia de los estereotipos y visibilizar las particularidades y necesidades de cada persona.

-Equipo de trabajo, que sostenga una metodología interdisciplinaria, con formación permanente y reuniones periódicas de seguimiento y evaluación.

A partir de los antecedentes expuestos, el abordaje de la tarea profesional en esta investigación se ubicó en la gerontología como campo multidisciplinario y consideró el envejecimiento como proceso central de atención (ver cuadro N° 10 y gráfico N° 4). Otros conceptos incorporados interactúan con estos dos elementos básicos. Son considerados pilares para abordar el proceso de envejecimiento desde la perspectiva profesional del Trabajo Social, y así fueron presentados en las preguntas que ordenaron el cuestionario autoadministrado.

Nos referimos a:

- ✓ Envejecimiento activo
- ✓ Bienestar y cuidados
- ✓ Rol profesional en el campo gerontológico
- ✓ Intervención profesional en las RLE
- ✓ Capacitación específica
- ✓ Experiencia en la temática

Estas dimensiones sirvieron de guía para la elaboración de las preguntas del cuestionario y, posteriormente, de base para la codificación de las respuestas obtenidas.

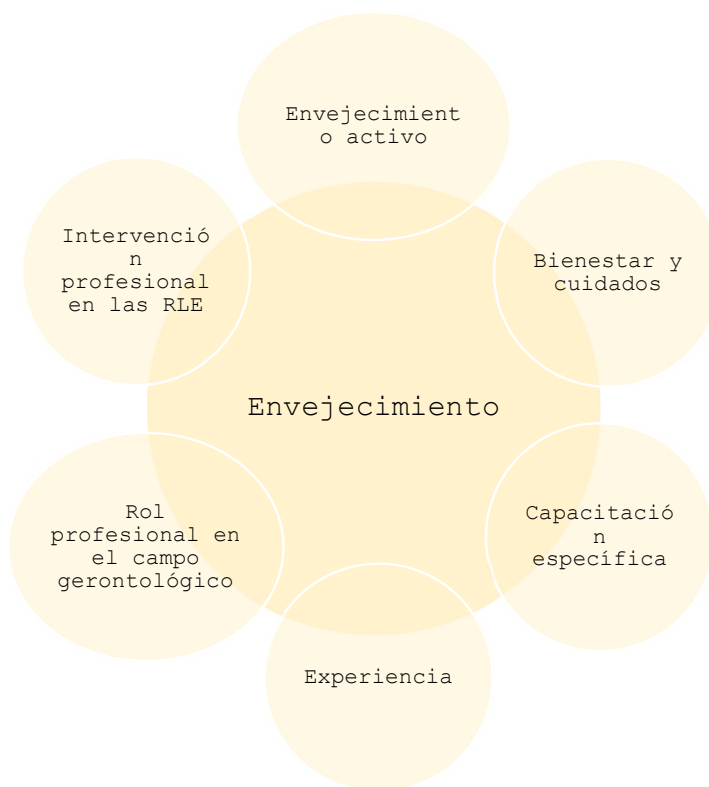
Cuadro N° 10. Factores, conceptos y flujos del campo gerontológico

Jerarquía	Eje Conceptual	Descripción del Flujo
Núcleo	Envejecimiento	Es el PROCESO central e inevitable.
Meta	Envejecimiento activo	Es el OBJETIVO central del proceso.
Resultado	Bienestar y cuidados	Es el FOCO de la intervención para alcanzar la meta.
Agente	Rol profesional en el campo gerontológico	Es la ACCIÓN de quien dirige la intervención.
Acción Específica	Intervención profesional en las RLE	Es la APLICACIÓN del Rol en un área concreta (Laboral).
Fundamento Teórico	Capacitación específica	Es la BASE formal para la acción.
Fundamento Práctico	Experiencia	Es la BASE vivencial y profesional.

Fuente: elaboración propia

Ahora bien, el modelo visualmente más dinámico que se presenta abajo (gráfico N° 4) enfatiza la interdependencia y la naturaleza holística del Trabajo Social gerontológico.

Gráfico N° 4. Dinámica del campo gerontológico



Fuente: elaboración propia

Los resultados del cuestionario autoadministrado dirigido a los trabajadores sociales en ejercicio en el universo de las RLE analizadas en esta investigación permiten profundizar en diversos aspectos reseñados y descubrir nuevos matices locales menos explorados. En los siguientes párrafos, cuadros y gráficos se presentan los resultados obtenidos. El análisis cualitativo se realizó con la ayuda del software NVivo 15.3.

5.b- Visiones y opiniones de las/os Trabajadores Sociales de las RLE

5.b-1. Perfil

Los ocho profesionales consultados conforman el universo de trabajadores sociales que laboran en las RLE de la muestra quienes, con disposición e interés, respondieron adecuadamente el cuestionario aplicado.

El cuadro N° 11 sintetiza el perfil de los respondentes. Puede observarse que los trabajadores sociales cuentan con al menos seis años de experiencia y formación especializada de distinto tenor, lo cual aporta fortalezas al proceso de trabajo. Por su parte, el papel de las direcciones de las RLE, es variable en lo que respecta a la promoción y viabilización de instancias de capacitación continua y, en algunos casos, con una atención incipiente. Este aspecto organizacional excede el alcance de este trabajo, mas debe considerarse como condición necesaria para la optimización de los procesos de trabajo y de la calidad de la atención.

Cuadro N° 11. Perfil de los profesionales respondentes

Profesional consultado	Tiempo en la posición actual en la RLE	Antecedentes de trabajo con personas mayores	Formación en la especialidad	Capacitación promovida por la institución
AS	17 años	Si, en otras residencias para mayores pertenecientes a la Sociedad de Beneficencia de Tucumán.	Cursos de actualización y congresos, ofrecidos por Universidades, la Sociedad de Geriatria y Gerontología, PAMI y la revista Margen.	Sí, contamos con una reunión mensual interdisciplinaria para evaluar integralmente a los residentes y a los postulantes nuevos.
NG	6 años	No, es mi primera experiencia.	Un curso de posgrado sobre el envejecimiento en la persepectiva de la educación física (UNT)	El curso de posgrado sobre envejecimiento que realicé fue motivado y financiado por la institución en la que trabajo. Sin embargo, no promueve otros espacios formativos.
BO	6 años	No trabajé con mayores anteriormente.	Curso y charlas impartidos por la Dirección de Adultos Mayores de la Provincia.	Si, se realizan capacitación interna con la coordinación de algunos de los profesionales.

VE	10 años	Sí, en la Dirección Provincial de Adultos Mayores. Se realizaban la admisión de casos, el abordaje interdisciplinario, el seguimiento, las gestiones, el trabajo en red, las tareas de promoción, etc.	Diplomatura en Atención Gerontológica Integral (DINAPAM). Cursos de actualización ofrecidos por organismos varios. (Sistemas progresivos de atención a mayores, Alzheimer, cuidados paliativos, herramientas recreativas, sexualidad). Tesis de grado sobre la temática.	Se realizan anualmente capacitaciones internas y se promueven otras actividades externas. En 2018 la institución desarrolló la 1° Jornada Interinstitucional “Abordaje Integral del Adulto Mayor en Instituciones Gerontológicas” de gran proyección.
RC	13 años	No	Cursos de actualización y jornadas (SIPROSA, Dirección de Adultos Mayores de la Provincia).	No
NS	8 años	No. Solo como practica pre-profesional en la formación.	Cursos de actualización (Colegio Profesional y UNT)	No
DA	13 años.	Si, en relación con el envejecimiento activo, pero no en una RLE.	Sí, cursos de actualización (Dirección de Adultos Mayores de la Provincia).	Sí, capacitaciones e instancias de ateneo desarrolladas por el equipo psicosocial de la RLE.
VA	8 años	Si, en el Programa Atención a Grupos Vulnerables (dimensión recreativa)	Si, cursos de actualización en salud en patologías del adulto mayor (UNT, Colegios profesionales y organismos no-gubernamentales)	Si, se propicia la capacitación en la dimensión de la salud más específicamente.

Fuente: elaboración propia, a partir de las expresiones de los respondentes.

5.b-2. Acerca del envejecimiento

En los respondentes predomina la referencia al envejecimiento como un proceso en constante evolución, en el sentido de que se envejece desde el nacimiento. Proceso natural e inevitable que produce modificaciones con el paso del tiempo de manera irreversible. En menor medida, se entiende como una etapa biológica, como un estado del cuerpo humano.

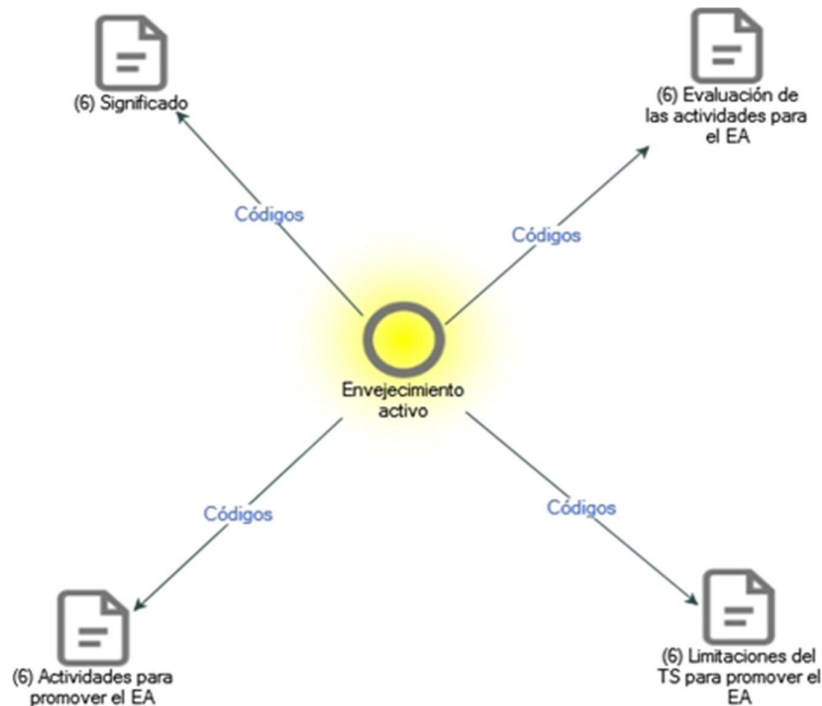
Sus características se centran en los cambios físicos, mentales, sociales y culturales, que implican una disminución de las capacidades de la persona y conllevan dificultades para desarrollarse en el entorno social.

Asimismo, entienden que el envejecimiento depende de cada historia de vida y está condicionado por factores sociales, económicos, políticos, sanitarios y culturales.

5.b-3. Envejecimiento activo

El concepto de envejecimiento activo (EA) se abordó a partir de las siguientes dimensiones de análisis (diagrama N° 1).

Diagrama N° 1. Codificación envejecimiento activo



Fuente: elaboración propia, a partir de las expresiones de los respondentes.

Respecto del concepto de **envejecimiento activo**, se hallaron similitudes, toda vez que se hace referencia explícita a la definición de la OMS. Los respondentes refieren al proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Se retoman los cuatro aspectos fundamentales: salud (física y mental), participación en la sociedad, seguridad y aprendizaje a lo largo de toda la vida. Expresa el ideal de personas activas mediante la participación en la toma de decisiones, así como en actividades culturales, económicas y sociales, ya sea individual o colectivamente, con énfasis en la autonomía. Subyace la presunción de que mantener activas las capacidades físicas o mentales de las personas permitiría evitar un deterioro temprano. Al mismo tiempo, este enfoque se superpone con la concepción tradicional de salud y bienestar biopsicosocial (Alma-Ata, 1978) y su relación con el concepto de calidad de vida.

Cuando se trata de reseñar las **actividades** que realizan en el marco del envejecimiento activo, resulta un ítem nutrido de respuestas enmarcadas en un proyecto sociopreventivo, que incentiven actividades que despierten en los residentes la creatividad y el protagonismo, y que los saquen de la pasividad.

Estas se resumen en las siguientes acciones y actividades: asistencia terapéutica individual, actividades personales y grupales dentro y fuera de la institución, talleres (recreativos, de lectura, de estimulación neurocognitiva y kinesiológica, artísticos, de movimiento, de cocina, de teatro, manualidades, educación física y música); otras vinculadas con el trabajo pastoral (fiestas, oraciones y devociones religiosas) así como festejos de cumpleaños y otras festividades, junto a encuentros intergeneracionales.

Asimismo, los profesionales articulan actividades con otras instituciones y/o grupos para favorecer la interacción de los residentes con el medio social, así como gestiones para el acceso a derechos (identidad, cobertura previsional, recursos materiales, atención sanitaria, etc.). No obstante, algunos respondentes señalan las limitaciones en la visión, como en la movilidad, las que restringen una participación plena en lo programado.

La **evaluación** que realizan los profesionales de estas ofertas es, en general, positiva, registrando una buena participación en las actividades, más entusiastas cuando se trata de salidas o fiestas, con un sentido de lo placentero, más atentos en gimnasia y menos en actividades musicales. También observan que es necesario incentivarlos de forma permanente para una mayor interacción grupal; esto es estimulante cuando participa todo el

personal de la institución. Aunque la participación disminuye a medida que envejecen, se menciona que, si bien puede tener un impacto positivo, el nivel de consulta sobre los gustos y preferencias de los residentes es bajo. Algo particularmente interesante ocurre en el postevento, cuando se conversa sobre la actividad y se rememora, activando la memoria a través del relato.

Para identificar las **limitaciones** que los trabajadores sociales enfrentan para llevar adelante la perspectiva del envejecimiento activo, las respuestas hacen alusión a los siguientes aspectos:

- Los derivados de la burocracia gubernamental y de la lógica institucional, de las negociaciones y del grado de apoyo de la dirección de las residencias.

- Las instituciones tienden a limitarse a la atención de salud y no se alinean con la visión del EA.

- Tiempo laboral que se vuelve escaso ante el conjunto de demandas y tareas profesionales, cuando muchas veces trabajamos solos.

- Prejuicios derivados del edadismo, de los estereotipos acerca de las personas mayores y de la discriminación

- Ausencia de capacitación sobre el envejecimiento; asimismo, no ser especialista en salud se percibe como una barrera que impide valorar con exactitud las limitaciones de los residentes y no permite discernir si la persona no quiere o no puede, de acuerdo con su estado o patología.

- Falta de recursos económicos para desarrollar actividades sociopreventivas; falta de medios de transporte para las salidas extrainstitucionales.

- Escasez de políticas públicas y de recursos a los que las personas mayores pueden acceder. Se asocia con la falta de una red municipal, provincial y hasta nacional, para poder llevar a cabo los postulados del EA.

La caracterización de las respuestas obtenidas en este punto se ofrece en la siguiente nube de palabras (gráfico N° 5).

Grafico N° 5. Nube de palabras en torno del envejecimiento activo (25 mas frecuentes)



Fuente: elaboración propia, a partir de las expresiones de los respondientes.

5.b-4. Rol profesional en el campo gerontológico

La cuestión del rol profesional en el campo gerontológico se aborda en dos sentidos: por un lado, se recopilan expresiones referidas a lo que efectivamente se realiza; por otro, se invita a incorporar rasgos que hagan al "deber ser profesional".

Objetivos y tareas

La práctica profesional se describe mediante tareas concretas que pueden visualizarse en el gráfico N° 6.

Gráfico N° 6. Nube de palabras en torno al rol profesional en las RLE (50 más frecuentes)



Fuente: elaboración propia, a partir de las expresiones de los respondientes.

Una de las referencias más recurrentes es la entrevista de admisión, que acompaña la elaboración de los legajos de cada nuevo residente, y la recopilación de la documentación que permita elaborar la historia clínica y seguir su evolución. Existe una temporalidad que luego se concreta en entrevistas de seguimiento a cada residente, cada tres meses o según el caso y sus requerimientos. Esto implica participar en reuniones interdisciplinarias, llevar a cabo el plan de atención personalizada de los residentes y brindar el soporte adecuado en cada caso.

El rubro gestiones y articulación con otras entidades es también relevante, y reúne trámites de distintos tipos: lo relativo a pensiones, renovaciones de D.N.I. y todo lo necesario para garantizar beneficios y derechos.

El profesional se ve a sí mismo como el nexo principal entre la familia y la institución; en la mediación entre las necesidades del residente, la familia, la institución y la comunidad, en la medida en que hay una mayor comprensión de los vínculos fuertes, así como de los debilitados o quebrados, pero significativos para el adulto mayor. La comunicación con la familia es primordial, procurando evitar que la relación se debilite o desaparezca tras el ingreso a la institución. La escucha es fundamental y se integra al acompañamiento en el proceso de la muerte junto a residentes y familiares.

También se destacan las tareas de planificación y coordinación de actividades grupales y salidas programadas, así como los horarios de visitas a los residentes, las reuniones y el trabajo con los voluntarios, con mención a la función de educación social. Asimismo, en las respuestas recopiladas, se destacan algunas manifestaciones de los profesionales que caracterizaron como tareas inespecíficas del rol, tales como:

-“Cuando ingresé a trabajar, no estaba especificado en ningún lugar mi rol, solo tenía las referencias que me dio la antigua licenciada, y sentía que muchas veces mis tareas iban. más allá de la especificidad profesional... en algunas actividades se debe cumplir con requerimientos que no son específicos desde mi profesión”

-“Hay veces en que hay que gestionar las sugerencias o reclamos ante el director para mejorar el nivel de calidad del hogar”

-“En ocasiones me siento sobrepasada porque hay actividades que realizo y que no son propiamente de mi trabajo, y en otras ocasiones siento que el

tiempo es muy reducido para tanto trabajo y algunas veces no cumplo como quisiera”

-“No existe claramente un proyecto plasmado sobre el rol profesional, por lo que observo este se fue construyendo con el tiempo y desde la experiencia de otros trabajadores sociales que pasaron por la institución”

“Realizamos otro tipo de tareas tales como llamados por solicitud de pañales, ropa, elementos de higiene, interconsultas médicas con especialistas, etc.”

Imagen del “deber ser” profesional

Los términos más utilizados en torno del deber ser profesional pueden visualizarse en el gráfico N° 7.

***Gráfico N°7. Nube de palabras en torno al deber ser profesional en las RLE
(25 mas frecuentes)***



Fuente: elaboración propia, a partir de las expresiones de los respondentes.

Las ideas asociadas pueden resumirse en fines e intenciones tales como:

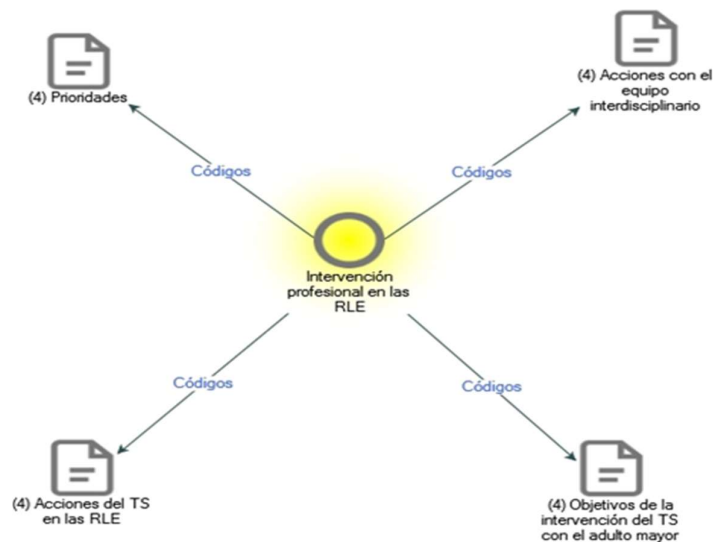
-“optimizar el proceso de envejecimiento a fin de que permita mejorar la calidad de vida”

- *“promover la inserción social y generar redes de soporte”*
- *“ser promotor de los derechos de las personas mayores”*
- *“funciones de atención directa como de atención indirecta que prevengan problemas”*
- *“realizar tareas asistenciales”*
- *“brindar información sobre sus derechos y sus deberes dentro de la institución”*
- *“promoción y respeto de los derechos del adulto mayor en los diferentes niveles de abordaje, ya sea, desde lo individual, lo familiar y en lo comunitario”*
- *“transmitir que no está solo, que la trabajadora social va a estar a su lado, acompañándole en este proceso”*
- *“dar seguridad, tranquilidad, escuchar, entender sus necesidades, tender puentes”*
- *“trabajar en la relación persona mayor – trabajador social – redes socio-familiares”*

5.b-5. Intervención profesional en las RLE

Esta descripción aborda las cuatro dimensiones cuyas respuestas fueron codificadas, como muestra el diagrama N° 2.

Diagrama N° 2. Codificación intervención profesional en las RLE



Fuente: elaboración propia, a partir de las expresiones de los respondentes.

Las respuestas referidas a las **acciones del trabajador social** en las RLE están pensadas y dirigidas fundamentalmente a los residentes y se presentan en primer lugar de recurrencia en las respuestas, mientras que las acciones con el equipo interdisciplinario, lo referido al planteo y revisión de los objetivos de intervención, y al modo de definir y justificar prioridades en la intervención quedan a la zaga, denotando un énfasis en la acción directa de la especificidad del Trabajo Social.

Como anticipamos, las referencias a las acciones del trabajador social/ en su relación con el residente son las más nutridas, aunque predominantemente instrumentales, de distinto tenor y menos profundas. Los textuales que siguen ilustran lo señalado:

-“se lo recibe, acompaña a su habitación, se les presenta a sus compañeros de sala, se le da tiempo a que se acomode y se le da por escrito el reglamento interno de la institución, escrita en letra grande y clara con horarios de comidas y actividades, así como también los lugares donde se desarrollaran las mismas. Además, se le da el horario en el que concurro a la institución y se pacta entrevista a los días de su estadía para ir evaluando su proceso de adaptación en la institución”.

-“Se evalúa al residente a través de su participación en espacios grupales: grupo de lectura y de música, así como también de las salidas tanto programadas como extra programáticas”.

-“Se realiza una entrevista más bien profunda donde se escucha su historia que es lo que lo motivó a ingresar en la institución, como está compuesta su familia, y se recaban los datos necesarios para la ficha de ingreso”.

-“Se realiza una investigación a partir de la entrevista con los familiares sobre los diferentes motivos del ingreso, las relaciones familiares, los intereses y expectativas que tienen cada uno al ingresar, conocer la particularidad del adulto mayor según la visión del familiar”.

-“Pasado un tiempo se hace la evaluación pertinente con el equipo interdisciplinario sobre la adaptación del residente y se ven puntos a trabajar si fueran necesarios”.

-“Se busca el contacto permanente con la familia para que no sea un corte brusco”.

-“Se realiza una entrevista de admisión, que nos permite un primer acercamiento a la trama de su historia de vida. Se realiza el informe social y uno integral de todas las profesiones. Estos informes se colocan en el legajo único del residente (LUR) y se actualiza según las características de cada caso (por lo general, en forma mensual o bimestral) ”.

-“Para el seguimiento de cada caso, se realizan entrevistas y observaciones al residente, visitas domiciliarias a sus redes de apoyo familiar”.

-“Se busca que la residencia sea lo más parecido a un hogar, tratando de flexibilizar algunas normativas institucionales”.

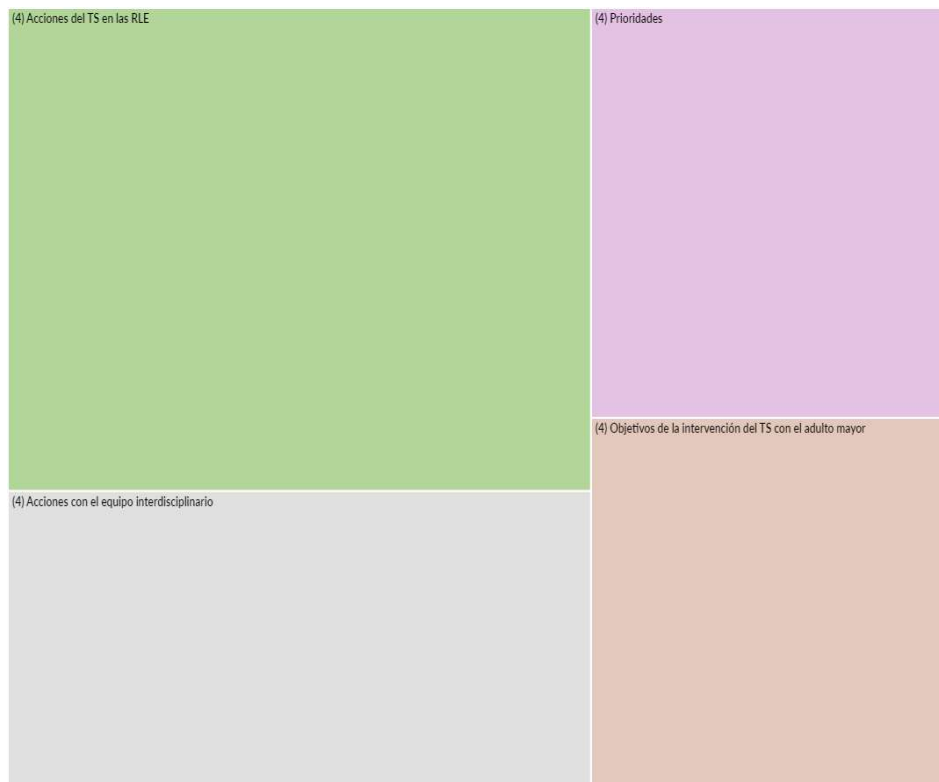
-“Como primera medida se realiza entrevista con las personas que acompañan al Adulto Mayor al Hogar, que serían los responsables del mismo

-familiares o referentes socio-afectivos-. En dicha entrevista se busca conocer los motivos de dicha intervención e historia de vida del residente. Los vínculos familiares del mismo y la existencia de posibles conflictos con algún miembro de la familia. Luego se procede a conocer al adulto mayor; se evalúa sus capacidades, su posibilidad de diálogo y su nivel de conciencia”.

-“En un primer momento se entrevista interdisciplinaria al adulto mayor solo, luego a la familia, después se trabaja de manera individual con el aspecto de responsabilidades familiares en cuanto elementos de higiene, ropa, cobro, días de pago, asistencia a controles médicos fuera de la institución, todo lo que implique acompañamiento familiar”.

El gráfico N° 8 permite visualizar el conjunto de referencias sobre este elemento. Las acciones propias de la disciplina se manifiestan con mayor frecuencia en las respuestas de los profesionales, mientras que las prioridades son las referencias menos presentes.

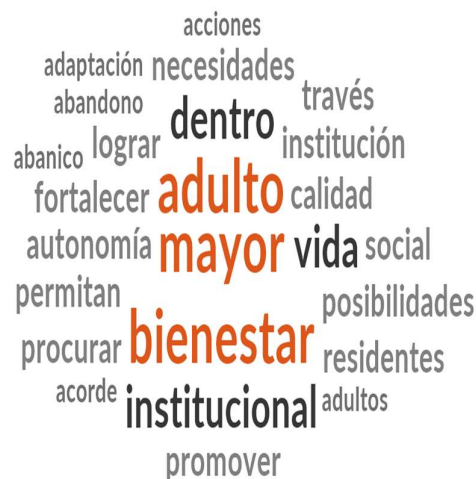
Gráfico N° 8. Mapa jerárquico de códigos sobre intervención profesional en comparación con el número de referencias



Fuente: elaboración propia, a partir de las expresiones de los respondentes.

Respecto de los **objetivos de la intervención del TS** con la persona mayor, las respuestas resumen el bienestar institucional como idea principal (gráfico N° 9). Hay un plano de básicos, de necesidades y de calidad, así como un horizonte de apertura de posibilidades de realización personal para las personas asistidas.

Gráfico N° 9. Nube de palabras en torno a los objetivos de la intervención profesional en las RLE (25 más frecuentes)



Fuente: elaboración propia, a partir de las expresiones de los respondentes.

La gramática remite a expresiones como: aportar herramientas para la autonomía e independencia; a lograr una mejor calidad de vida a través de acciones de carácter preventivo, formativo y asistencial; buscar el bienestar bio-psico-social de los residentes que funcione como medio de prevención en salud; contemplar el cumplimiento de sus derechos; procurar el bienestar integral desde el paradigma de los derechos humanos; procurar el mayor bienestar posible y la adaptación de los asistidos dentro del Hogar Geriátrico; procurar que los residentes tengan cubiertas sus necesidades tanto afectivas como materiales; mantener o fortalecer el vínculo afectivo existente con la familia responsable; promover el cuidado y asistencia institucional respetando la autonomía del adulto mayor; fortalecer los vínculos del adulto mayor con sus referentes socio-afectivos, con el fin de evitar el sentimiento de abandono que puede vivenciar la persona mayor al ingresar al ámbito institucional; y brindar un abanico de posibilidades que permitan atravesar la vida institucional de la manera más acorde a sus deseos de llevar la vejez.

En cuanto a las **acciones con el equipo interdisciplinario**, se recuperan algunas referencias que remiten al rol de coordinación de las reuniones del equipo, a la tarea de documentar las actas de reunión con la síntesis de los temas tratados. Se mencionan actividades regulares y rutinarias como reunirse para evaluar los casos de residentes una vez al mes y, por supuesto, incluir situaciones problemáticas emergentes, intercambiando información y acordando propuestas. Una planilla de Excel es el soporte en el que se registra este seguimiento anual.

Se mencionan otras actividades, como el trabajo en conjunto con la psicóloga o el profesor de educación física en algunos talleres y eventos recreativos, dentro o fuera del Hogar, así como la coordinación de capacitaciones.

Un ítem aparte es la comunicación con los familiares del residente respecto a sus necesidades materiales y todo aquello solicitado por médicos, enfermeros, asistentes geriátricos o por el propio adulto mayor. Asimismo, se da a conocer conflictos, problemas económicos y eventuales dificultades que pueda presentar la familia para cumplir con algunos de los requerimientos institucionales.

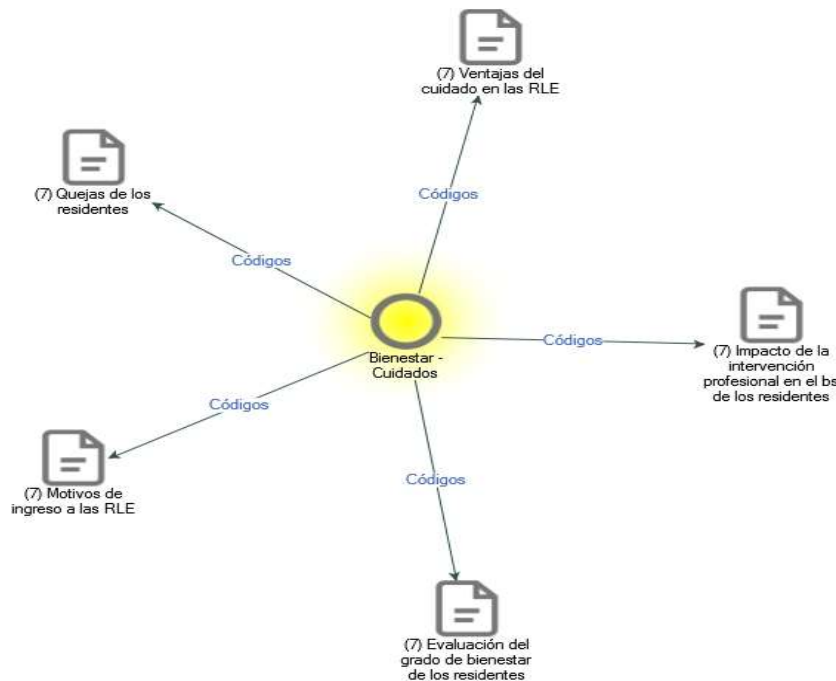
Si bien la frase *"dinamizador grupal y programador por excelencia"* busca resumir una cualidad del trabajador social, también se señalan algunos déficits vinculados con intervenciones que eran aisladas y fragmentadas, lo que impide la articulación de las miradas disciplinares.

La dimensión de las **prioridades** ofrece referencias de las más interesantes para el análisis del TS gerontológico: ayudar a resolver problemas situacionales; ofrecer consejería, dirección y apoyo; mantener a la persona anciana funcionando al máximo, aumentando su propia estima, la confianza en sí misma, su autonomía y fortaleciendo la identidad individual; que se sientan contenidos y a gusto en la institución; la integridad del adulto mayor; la participación en la toma de decisiones en algunas situaciones; propiciar una adaptación favorable en razón de sus miedos y expectativas; atender las patologías crónicas que pueden condicionar la autonomía del residente y las necesidades de asistencia por dependencia funcional.

5.b-6. *Bienestar y cuidados*

El abordaje de estas dos variables permitió profundizar en diversos aspectos de la vida cotidiana en el RLE y en las demandas que manifiestan los trabajadores sociales en su intervención profesional. La codificación se presenta en el diagrama N° 3.

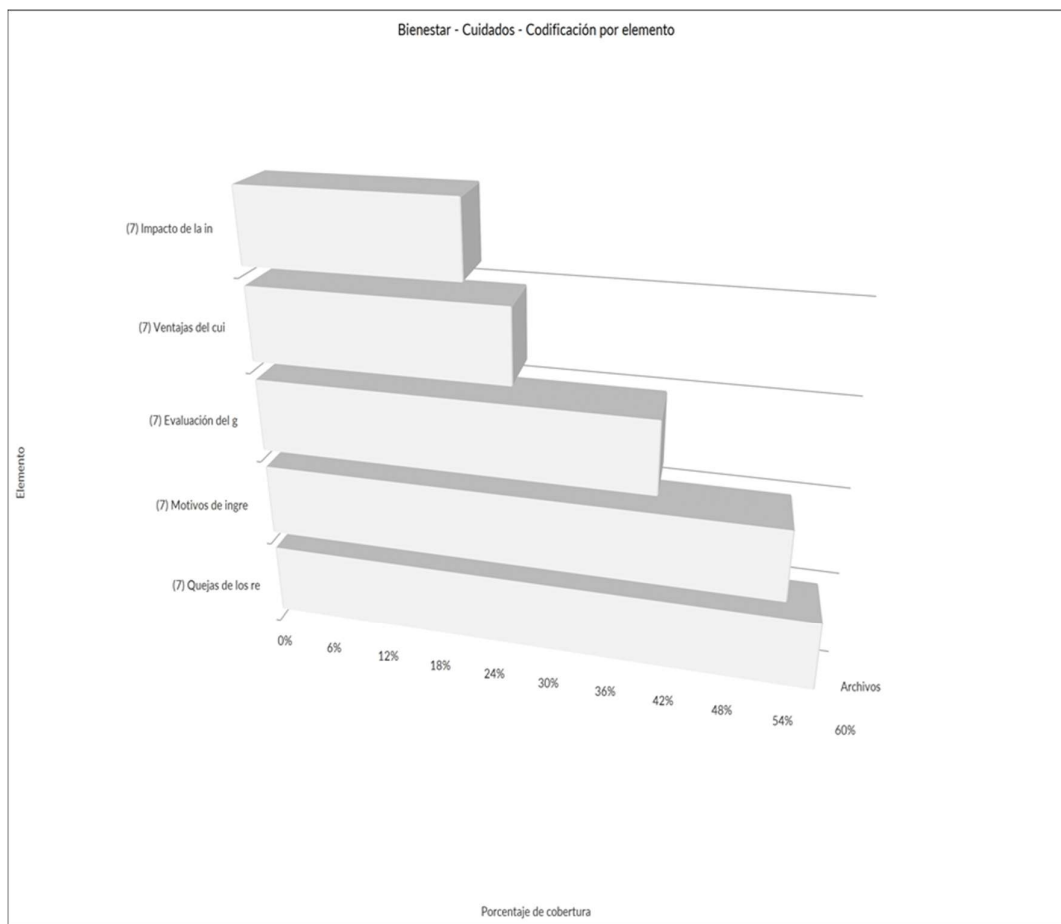
Diagrama N°3. Codificación bienestar y cuidados



Fuente: elaboración propia, a partir de las expresiones de los respondentes.

En cuanto al porcentaje de cobertura y recurrencia de referencias y expresiones de los respondentes (gráfico N° 10), el ítem "quejas de los residentes" es el que tiene mayor presencia en las respuestas, seguido de los "motivos de ingreso a las RLE". La menor cantidad de referencias se asocia a una "valoración del impacto" que en el bienestar de las personas mayores produce la intervención profesional, denotando una menor presencia del componente evaluativo y el reconocimiento de los logros o fallas en los procesos de intervención.

Gráfico N° 10. Bienestar y cuidados. Codificación por elemento



Fuente: elaboración propia, a partir de las expresiones de los respondentes.

Si desglosamos cada código, puede destacarse lo siguiente.

a) Entre los **motivos de ingreso a las RLE**, el aspecto más problemático es el valor de la decisión propia. En los casos de ingreso por propia decisión, a veces los profesionales se encuentran con emociones de arrepentimiento por la decisión tomada, lo que se refleja en las promesas de visitas y acompañamiento incumplidas por parte de sus familias. Los respondentes concuerdan en las siguientes situaciones como detonantes del ingreso a una RLE:

- falta de un lugar para vivir, situación de calle, dejaron sus casas para sus hijos o sobrinos, y costos de alquiler que exceden sus ingresos.

- conflicto generacional con el grupo familiar conviviente y falta de capacidad de cuidado en el contexto domiciliario.

-vulnerabilidad psicosocial.

-no estar solos, ausencia o debilidad de redes de apoyo familiar, necesidad de cuidados.

-se sienten un “estorbo” y deciden irse de casa para “no molestar a nadie”. “Soy una carga para mi familia, merecen vivir su vida”, es decir, por voluntad propia. Otros ingresan por decisión de familiares, junto a acciones de persuasión para conseguir algún grado de consentimiento, debido al estado de salud física y mental que requiere cuidado constante, y en algunos casos, derivación a otras instituciones.

b) En lo relativo a las **ventajas del cuidado que ofrecen las RLE**, estas se resumen en la visión de una atención integral adecuada a las necesidades particulares, pues cada persona es un ser único para la institución. Tienen en cuenta las particularidades según el grado de dependencia y los problemas de salud complejos del adulto mayor; cuentan con supervisión profesional y con personal especializado en mayores cuidados; tienen una relación cercana con el residente y compañía permanente.

Los respondentes también señalan que hay sentimientos opuestos: muchas veces, incluso estando en sus propios hogares al cuidado de una familia, aún así se sienten abandonados por múltiples motivos, y en el peor de los casos, fueron maltratados. A pesar de ello, es importante destacar que algunos residentes añoran su vida pasada, ya que resulta difícil verse institucionalizados.

c) En cuanto a la **valoración del bienestar** de los residentes y del **impacto percibido** de la intervención profesional, se presentan comentarios generales y difusos. No se manifiestan con claridad aspectos o factores que actúen como indicadores de impacto, lo que, en principio, debilita la posibilidad de evaluar los resultados. Resumidamente, se señala que, aunque la mayoría se siente satisfecha y busca felicidad y autorrealización, el bienestar varía según su situación al ingresar, el tiempo en la residencia y la atención recibida, incluida la intervención de psicólogos y trabajadores sociales.

Un respondente sugiere realizar una encuesta de satisfacción para obtener información más precisa sobre el bienestar de los residentes.

Asimismo, cuando los trabajadores sociales piensan en el impacto, remiten a los niveles de abordaje individual, grupal, familiar y comunitario, así como al acceso a sus derechos. Conceptos amplios, como elevar la calidad de vida de los residentes, se combinan con espacios de escucha y contención. Nuevamente aparece la mediación en la comunicación

Capítulo 6

La vida cotidiana en las residencias de larga estadía desde las vivencias de las/os residentes

En este capítulo, se invita al lector a transitar por una variedad de experiencias en la vida adulta de ocho residentes en RLE entrevistados, prestando atención al lenguaje, percepciones y sentimientos que presentan en sus narrativas. Sin duda, estas sólo reflejan algunos aspectos que los entrevistados han puesto en palabras, de modo que las apreciaciones que se desarrollan en este capítulo no deben considerarse descripciones íntegras de las historias de vida, sino apenas unos trazos que, desde la mirada del investigador y en el marco de los objetivos, han resultado particularmente sugerentes.

Los detalles técnicos de corte metodológico ya han sido presentados en el capítulo 2, y algunos elementos se incorporan en el anexo. En esta sección se presentan los principales resultados del análisis categorial del contenido de dichas narrativas.

El apartado se estructura en tres ítems: un resumen del perfil de los entrevistados, unos trazos biográficos y el análisis de contenido propiamente dicho.

Metodológicamente, recordamos que, después de proceder a la transcripción de las grabaciones, se empleó una codificación inicial que fue refinándose de manera iterativa a medida que se avanzaba en la lectura detallada de los dichos de los entrevistados. Esto permitió identificar nuevos códigos y conceptos, así como las posibles relaciones entre ellos. Se elaboraron notas analíticas para cada caso y se compararon entre sí. La codificación y el análisis cualitativo se realizaron con NVivo versión 15.3.

Se identificaron nueve núcleos emergentes, a partir de los cuales se organizaron las manifestaciones obtenidas en las entrevistas, en línea con los antecedentes y el marco teórico; a saber:

- convivencia en las RLE
- ingreso a la RLE
- diferencias casa-RLE
- organización del tiempo
- espacios y actividades

- salud
- sentimientos
- relación con los referentes principales
- comidas

6.a- Perfil de las/os entrevistados

El cuadro N° 12 resume las principales características de los entrevistados. En los párrafos siguientes se incorporan notas distintivas de cada historia de vida, a modo de contexto interpretativo de los dichos que se resaltan más adelante en relación a cada código.

Cuadro N° 12. Perfil de los residentes

Nombre ficticio	Edad (al tiempo de la entrevista)	Estado civil	Lugar de nacimiento	Descendencia	Formación- Empleo	Tiempo en la actual RLE
Rosita	80 años	Viuda	Santiago del Estero	6 hijos (1 fallecido)	Educación primaria y secundaria- Docente y empleada en fábrica familiar	9 años
Elena	65 años	Separada	Tucumán	2 hijos	Educación primaria- Servicio doméstico	5 años
Silvio	74 años	Separado	Misiones	4 hijos	Educación primaria- Personal civil en Elma (empresa naviera estatal)	7 años
Juan	70 años	Separado	Tucumán	4 hijos	Educación primaria- Mecánico de autos	6 años
Ernesto	70 años	Soltero	Tucumán	Sin hijos	Educación primaria y secundaria- Changas en servicios varios	8 años

Ofelia	78 años	Soltera	Tucumán	Sin hijos	Educación primaria y secundaria- Docente/Colaboradora en la empresa familiar/Ama de casa	6 años
Corina	82 años	Viuda	Tucumán	1 hijo	Educación universitaria incompleta- Empleada pública	7 años
Julia	85 años	Soltera	Tucumán	1 hijo	Educación primaria- Empleada en Supercoop/ ama de casa	5 años

Fuente: elaboración propia, a partir de las expresiones de los respondentes.

Satisfacción y gratitud fueron lo obtenido al cierre de las entrevistas, tal como se expresa en las siguientes transcripciones:

Le agradezco la charla... me gustó... espero que le sirva para su trabajo
(Juan)

Y gracias a usted, y espero que se haya quedado como aceptándome todo lo que yo le conté... y si otra vez nos quiere, nos necesita, nos busca (Julia)

¿Le ha gustado la charla? ¡Qué le parece! Que usted logre su tesis es lo único que me interesa, que le sea útil (Ofelia)

Me he sentido muy bien por esta conversación (Rosita)

Creo que ya te he contado toda mi vida... jaja (Silvio)

6.b- Pinceladas biográficas

Rosita refleja el rol de la mujer como responsable del cuidado de un hogar con descendencia numerosa y sostenida en su transmisión intergeneracional. Esa mirada generizada se observa cuando señala: *"Tenía una sola hija mujer. Es la que vive en Bariloche... Yo hubiera podido estar allí porque es mi hija mujer; los otros muchachos que están aquí son todos varones"*. Al quedarse en Tucumán, será Héctor (a falta de la hija mujer dada la distancia) quien aparezca como el referente familiar principal y quien administra sus recursos. Se había formado como maestra (de las profesionales aceptadas para las mujeres) y recuerda: *"ahí he trabajado dos años, en el colegio. Y después ha sido la época en que yo me casé y empecé a tener chicos. Y él no quiso que yo fuera más a trabajar porque había que dejar en manos de otras personas a los chicos"*. Asimismo, supo poner en palabras el valor de la comensalidad como estructurante de la vida en familia: *"Yo vivo pensando en comer en familia, como en la mesa del comedor que son cuatro personas. Pero escuche, no es familia"*. El ingreso a la RLE fue un asunto conversado con sus hijos como forma de resolver su soledad.

Elena proviene de una familia obrera, con hijos previos al matrimonio y luego una separación, y una vida de trabajo, austera y con restricciones. *"Después cuando me he separado ya quedé con mi hijo, y después he decidido venirme, porque tengo enfermedades... entonces, como no quiero tener un esclavo a la par mío, por mi problema de enfermedad, he decidido venir, yo he decidido venir acá"*. Con un padre albañil y madre ama de casa, expresa las vicisitudes de la vulnerabilidad social: *"Mi hijo trabajaba, mi hijo me ayudaba... Entonces ese era el otro problema que yo le decía, ya cada vez las cosas iban más caras, lo que yo cobraba no me alcanzaba y a pesar que éramos dositos, no nos alcanzaba... Además caminaba mucho para el colectivo, casi 20 cuadras, después ya se empezó a poner feo, por los robos... hay muchas cosas, que es por las que he decidido venir (con referencia a la RLE); y agrega: "me decían pero vos estas loca, bueno, estaré loca pero yo lo he decidido, mientras yo tenga conciencia voy a decidir"; y así marcando límites: "tengo una compañera, pero ella en su lugar y yo en el mío" (refiriéndose a la habitación que comparte en la RLE).*

Silvio era el menor de ocho hermanos de una familia de trabajadores rurales. Misionero, se vinculó desde muy joven a la navegación y desarrolló labores en ELMA hasta su retiro. Tuvo varias parejas en diferentes ciudades del país, en un relato matizado por afectos, engaños y desplantes amorosos durante sus largos viajes fuera de casa. De hecho, la última pareja lo llevó a Tucumán. Al separarse, residió en una pensión hasta que decidió integrarse a la residencia. *“Yo sigo en contacto con casi todos mis amigos de todos lados... por suerte, tengo este celular”*. Resultado de sus múltiples contactos e hijos, mantiene comunicación con todos ellos, aunque a la distancia. De una vida de puerto en puerto, echa ancla en la residencia mientras espera el resultado favorable de un juicio por accidente, del que espera recibir una suma de dinero que le permita iniciar un nuevo proyecto de vida.

Juan muestra una trayectoria caracterizada por un anclaje firme familiar y laboral. Tuvo cuatro hermanos, de los cuales solo cuenta con una hermana al momento de la entrevista. Su familia, de clase media, dedicada al oficio de la mecánica de autos. Se comportaban como familia extendida en la medida que abuelos, hijos, tíos ocupaban propiedades contiguas en el centro de San Miguel de Tucumán. En su caso, se casó, luego se separó y volvió a formar pareja... aunque, como dice: *“separado, bueno, aunque uno está casado para siempre, ¿no? Esa es la verdadera... nada más que tenía una petiza brava... Y a mí me gustaban todas, era muy salidor... Nada más que aquí no salgo casi”*. Juan agrega: *“siempre he tenido rebusque, he sido mecánico, he tenido carnicería, he tenido un taxi...y me saque la grande en el año 73 (con referencia a la lotería)”*. Sobre ese dinero comenta: *“la he tirado por la ventana, en joda... todo joda”*. Con cuatro hijos y siete nietos, la estabilidad económica generada por el trabajo acompañó una vida con vaivenes afectivos.

Ernesto nace en el Ingenio Azucarero Santa Ana y su historia refleja varias vicisitudes de la época: problemas en la inscripción civil de los nacimientos, ausencia de vínculo con su padre biológico, mujeres que ceden la crianza de sus hijos a otros familiares, en este caso mediante juicio de adopción por parte de sus abuelos paternos, hermanos biológicos y de crianza o “de papeles”, en otros aspectos. Desde sus cinco años es criado por *“mi abuelo, mi abuela, una hermana de papeles, que es mi tía, y después un hermano de papeles que es mi tío, y por supuesto un hermano que estaba en la foto que es mi papá”*. Asimismo, su padre/abuelo siendo él niño, le comenta: *“vos*

... sos hijo de la María, ella es tu mamá biológica... yo le dije que para mí ella no es mi mamá, para mí mis padres son ustedes... cuando la conocí a ella la traté como una señora amiga... yo por parte de ella tengo 11 hermanos más". Agrega Ernesto que, si bien *"los conozco a todos, pero qué pasa... no tengo relación, no hay un vínculo... ellos los respeto, los aprecio. Con lo que hizo mi abuelo y mi abuela por educarme... yo tengo otra crianza... una educación a la antigua"*. Cuando se vende la casa familiar tras el fallecimiento de sus padres, reside en una vivienda prestada de cuyos gastos él se hacía cargo. Hasta que ocurre un accidente doméstico: una caída en el baño con consecuencias que le impidieron tras ello movilizarse con facilidad y autonomía. Fue entonces que con su hermana/tía "de papeles" averiguan por su ingreso en el Hogar San Alberto.

Ofelia resume en su relato una historia familiar donde ella vive una vida atravesada por la exigencia del cuidado en una familia ensamblada por la necesidad. En el relato se refiere a sí misma en 3° persona como la "vieja" y —en igual forma— describe sus relaciones. *"(Su padre) Tenía una fábrica de mosaicos y bueno, esa situación es la que me daba mucha pena... verlo siendo una persona grande, habiendo tenido todo que tenga que seguir trabajando, gracias a mi padrino que fue su socio y lo dejó en la calle... verlo en esta situación... y no seguí estudiando, no, no. Me quedé a colaborar con él, en la casa, y a cuidar a mi mami que ya venía más o menos delicada de salud"*. Desde el fallecimiento de su papá (cuando ella tenía 30 años y tiempo antes, de su madre, a la edad de 19 años) hasta su ingreso a la RLE, evitó la soledad conformando un nuevo grupo familiar que incluía a un primo, su señora e hijos, es decir, sus sobrinos, quienes ocupaban la vivienda familiar. Uno de ellos, a quien Ofelia llama mi muñequita, es su sobrina Marcela, quien -al momento de la entrevista- tiene 51 años... *"esas cosas que a usted le nacen, el día que la traen, yo dije ella va a ser mi heredera... Así, me dije para mí"*. Siendo hija única y sin hijos propios compuso una red; preocupada siempre por el acompañamiento y la contención, ahora encuentra en Ligia (a quien describe como una niña de apenas 73 años) *"el sostén espiritual que tiene Marcela, la contención de mi muñequita"*.

Corina integra una familia acomodada de Tucumán, con una posición socialmente reconocida, recursos y vínculos con la política. Con cuatro hermanos ya fallecidos (dos por consanguinidad y dos hermanastros), transcurrió una vida sin

sobresaltos ni necesidades dada la injerencia de su padre, artista de la música, que además ocupó un alto cargo en el gobierno provincial. Ella también se desempeñó en distintos puestos del Estado nacional y provincial hasta su retiro. Se casa con un profesional, con quien tiene un hijo que actualmente reside en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, también en una buena posición económica. *“Mi marido era odontólogo... gracias a Dios hemos tenido un buen pasar... Nosotros hicimos la casa. Me acuerdo que él me trajo una arquitecta, había traído los planos, pero no definitivos, pues esperaba mi respuesta... Claro, la que decide las cosas es la mujer, es la que está”*. Su madre la insta a salir del mandato de género: *“A mí me dijo una cosa que no se me olvida... usted va a estudiar, va a estudiar, porque yo no quiero que usted esté metida en la cocina ni en el lavadero. Ella me decía... el estudio, el estudio, hija... con eso vas a tener quién te sirva, quién te atienda. Vos no te vas a lastimar los dedos, ni en la cocina, ni en el lavadero ni limpiando pisos”*. Tiene amigas que menciona por sus apellidos, matizados por la posición social. Una buena pintura de la proyección del poder, sintetizándola, en la vida personal y laboral, y recuerda: *“yo tendría que haber incursionado en esto que hace usted de trabajo social, porque he trabajado mucho con las áreas vulnerables, he trabajado con la gata Colombres Garmendia en la zona de La Costanera... Usted debe conocer esa Villa... no se podía entrar... no sabes lo que era antes, la caudilla de ahí es Rosa Rizo; digo que hasta me llamaban de la policía para que la acompañe porque a mí me conocían... ellos no se animaban a entrar... entonces pasaban por mi casa, me buscaban y yo buscaba al que manejaba y había uno, yo tenía el conocido, Parra. Y yo iba directamente a la casa de Parra y ahí conversábamos”*. Completa así su visión: *“mira, esto me regaló mi hijo, es una pulsera contra la envidia, porque a uno, aunque no lo creas, ¿no? Lo envidian, no sé qué mierda me envidian a mí... no sé, mira yo no le envidio a nadie, nada, cada uno tiene lo que puede y debe”*.

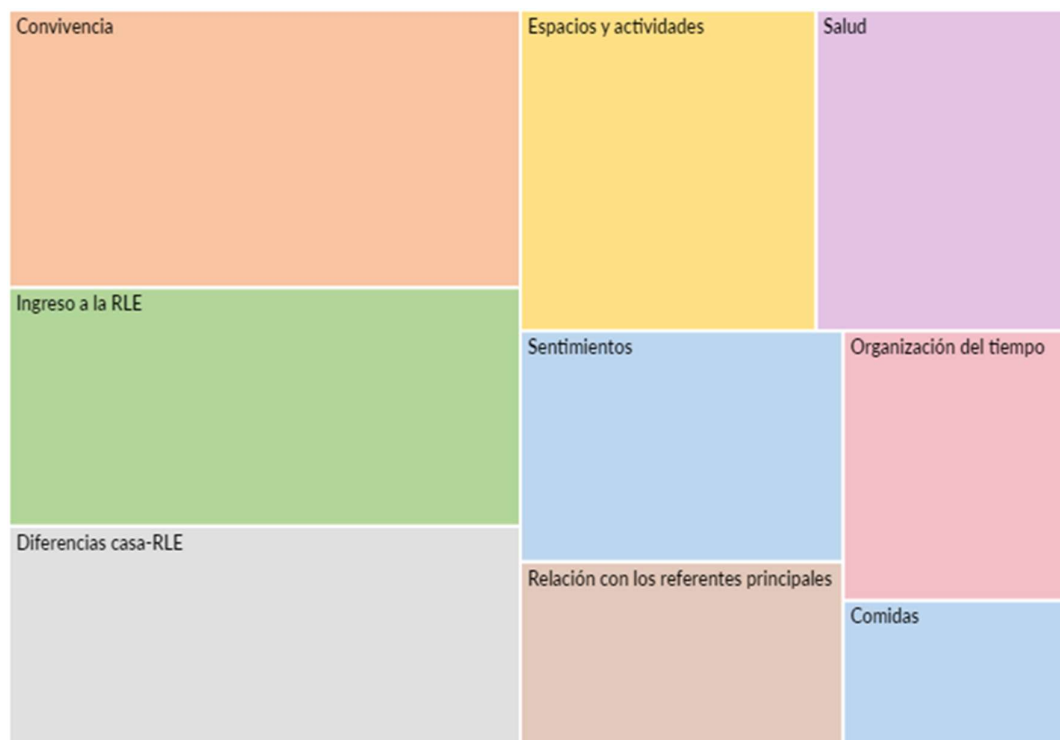
Julia nació en Aguilares, al sur de la provincia de Tucumán y vivió en una familia estable junto a dos hermanos ya fallecidos. Transcurrió su infancia entre los Ingenios Azucareros Mercedes y Santa Ana. Un conocido le propuso a su padre: *“¿querés ir a trabajar en un ingenio?, porque yo soy ingeniero y te podría dar una mano, allá tenés el hospital, un médico que te atiende gratis porque vas a ser empleado de ahí, y escuela donde Julia se educó. Ibamos a la escuela número 251 del mismo Ingenio, que era nacional, la escuela muy linda, había turno mañana y*

tarde, a la mañana íbamos sin desayunar porque nos daban el desayuno y recién a clase, y a la tarde ya iban todos comidos, pero le daban la merienda". Formó su familia, pero no se casó. Su pareja era un trabajador autónomo en el oficio de la soldadura eléctrica. Su único hijo es profesional al igual que sus dos nietas, "pero mi hijo está siempre presente, no me deja a veces que gaste". Su historia refleja una vida de trabajo, ascenso generacional, cuidados y esmeros para conseguir la casa familiar: "yo trabajaba para ayudar a mi marido porque no eran mucho los sueldos... entré a trabajar en la panadería del Supercoop. Y bueno, y así pudimos comprar el terreno entre los dos, poniéndonos y juntándonos"

6.c- Análisis de las narrativas

Como anticipáramos, la codificación en vivo realizada reunió en nueve códigos las expresiones de los entrevistados en función de los objetivos de investigación. La representación de cada código según la cantidad de referencias se muestra en el gráfico N° 12.

Gráfico N° 12. Mapa jerárquico de códigos emergentes en las narrativas en comparación con el número de referencias



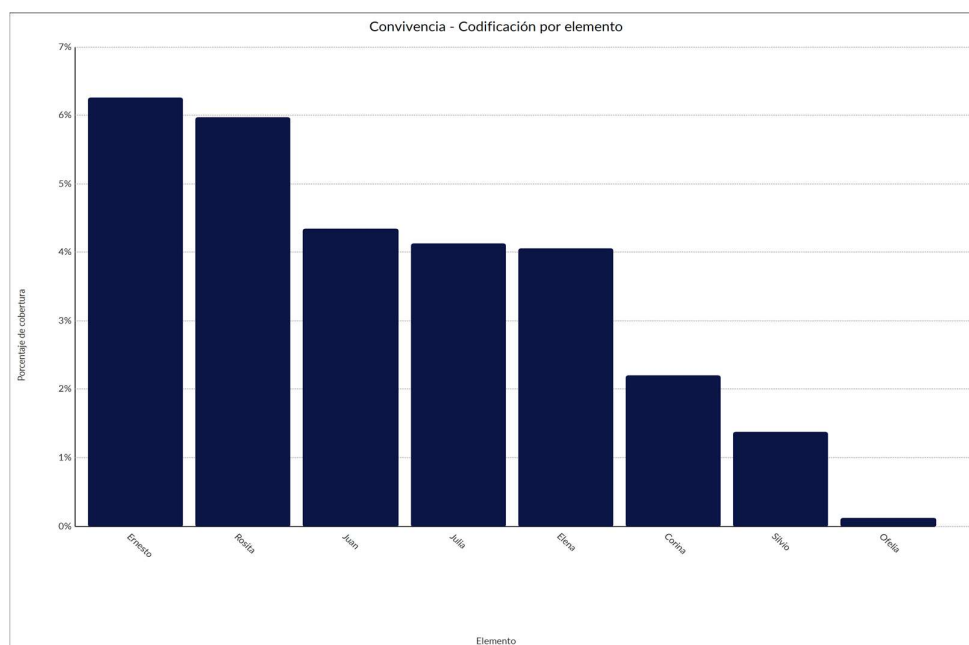
Fuente: elaboración propia, a partir de las expresiones de los respondentes.

Nótese que las referencias a las comidas y a la relación con los principales referentes, en general familiares, han ocupado menos tramos narrativos que las relativas a la convivencia, a los motivos de ingreso a la residencia y a las comparaciones entre la vida en el hogar y la vida en la RLE. Sin dudas, debe considerarse esta valoración a la luz de los objetivos de investigación. Se han realizado entrevistas semiestructuradas, de modo que las temáticas emergentes acompañan, en cierto modo, a las preguntas eje. No obstante, cada entrevistado ha dedicado un tiempo y un modo distinto a dichas preguntas. Por supuesto, siempre han contado con la posibilidad de plantear otros temas mediante una escucha atenta. Los relatos, en general, no han mostrado carga emotiva, salvo en unas pocas circunstancias; reacciones que se registran en las transcripciones que obran a disposición. Veamos a continuación cada código en detalle.

Convivencia

Como vemos en el gráfico N° 13, todos los entrevistados han mencionado esta cuestión. Ernesto, Rosita y Juan se destacan en sus comentarios, sobre todo en las relaciones con amistades, tanto dentro como fuera de la RLE.

Gráfico N° 13. Convivencia según casos



Fuente: elaboración propia, a partir de las expresiones de los respondentes.

Cuando se le pregunta a Ernesto si se ha hecho de nuevos amigos en la RLE, él comenta: *"Sí, sí... Yo con todos, no tengo drama, no tengo problema. Y yo ya le he dicho a doña Vero, la trabajadora social y a la directora, de aquí me van a correr... y me dicen ¿Por qué dice así? Claro, le digo, Doña si yo comparto como corresponde... no voy a hacer nada malo, le digo... pero usted sabe bien que a mí no me gusta la gente pícara, la gente canchera, la gente bobina... y soy de contestar porque no me gusta que moleste la gente. Pero si de mí depende yo me quedo acá... y un día vino la vice directora y me dice, Ernesto, ¿qué le gusta hacer?... Y yo si fuera por mí yo estaría trabajando, señora... y me dijo: ¿Y en qué le gustaría trabajar? le dije la parte de jardinería... si usted me da un machete, un hacha y una pala, dele por fija que yo le hago le hago el cantero de una planta... Me dice, bueno, entonces usted se va a mejorar y yo quiero que usted trabaje junto conmigo... y yo no tengo drama". Y agrega: "otra cuestión... las chicas que dan el mate cocido me dicen... Ernesto vos te animas a ayudar a darle el mate cocido a tus compañeros... Bueno, le digo... y eso hago porque me gusta ayudar a la gente".*

Rosita señala que se siente bien; sin embargo: *"no soy de, ¿cómo le puedo decir? Yo de buscar salir afuera, al patio. Soy más bien muy casera. Voy a hacer cosas que tenga que hacer ahí donde estoy, en la habitación. No de salir y estar en los bancos conversando porque no me gusta el hablar de nadie. Tengo una forma que todos me conocen aquí, que yo no molesto a nadie, no me gusta el lleva y trae, eso que se juntan todos y empiezan a hablar de los demás, no. Tengo amigas aquí. Tengo a Estrella, tengo a Marta. Después, las chicas que vienen por voluntariado, ahora han venido unas nuevas que ya van a empezar a venir más y que me han propuesto que, como yo tengo todas las revistas Selecciones que le digo me han propuesto hacer como un taller para hablar sobre los cuentos que traen las Selecciones y leerles a los demás. Y leerles en voz alta. Y que ellos después me lo cuenten conversando entre todos. Lo expliquen, a ver qué han entendido".* Rosita agrega: *"yo he tenido dos compañeras desde que he venido para acá, una se llamaba Lita y la otra se llamaba Olga Peral. Y las dos han muerto estando conmigo en la pieza, no conmigo adentro, sino que éramos compañeras. Se enfermaron y empezaron a deteriorarse... Yo iba viendo día a día, es algo terrible para uno... Y las he perdido a las dos (con angustia y llanto)".*

Juan se siente bien... *"bien porque tengo mis amigas, todas son amigas mías, las que están trabajando acá... todas, todas... Yo soy muy servicial, ayudo. Aquí hay cosas, por ejemplo, yo le voy a decir... a mí yo no me gusta ver sufrir; esa es una cosa que toda la vida he tenido mentalizado... yo aquí veo gente que sufre mucho... gente enferma ¿me entiendes? y no me gustan los gritos... aquí está el sordo... el ciego, Mario Molina que es atrevido, todos los días grita guasadas y a mí eso no me gusta, me pongo mal. Preferiría que algunos no se quejen tanto. La gente de acá me trata bien, yo me siento bien aquí, pero lo único que me molesta es eso, el grito, el sufrimiento que yo veo. Agrega: "aquí me encontré con un viejo conocido, hacía años que no lo veía y vino hace poquito él... debe hacer como 2 meses que llegó... él no tiene familia vió? Y vivía solo, Pedro se llama".*

"Amigas, si... aunque amiga, amiga no... acá amiga, amiga no hay, somos compañeras... yo a una amiga hasta mi cuenta bancaria le doy... pero yo me llevo bien con todas... esta que se asomó recién es la molesta de la sala... me da una lástima porque pobrecita, ya tiene 90 años, ha nacido en el 35; hoy día lloraba porque había perdido los lentes y los había dejado abajo, estaba sentada con otras señoras y menos mal que le han guardado los lentes; es cleptómana también, ya le han secuestrado cosas de otras en su habitación... pero bueno dicen que es una enfermedad" señala Corina.

En el diálogo con Elena, ella comenta: *Sí, sí, tengo... pero no soy de muchas amigas tampoco. Se le consulta si los amigos los hizo aquí, en la RLE. No, no, eso tengo desde que yo era soltera, amigas mujeres tengo, no amigos. Y agrega: "tengo una compañera, pero ella en su lugar y yo en el mío... No hay habitación para una sola, hay siempre habitaciones compartidas... Se comparte la habitación, el baño". "Aquí sí tengo amigos, pero de hola y chau, así más en común, no". Y advierte: "que los compañeros sean menos metidos".*

Julia menciona: *"aquí la gente es muy buena, todas las que viven, por lo menos en la sala, en el piso que yo estoy, somos muy compañeras, nos tenemos respeto. Sí, por ahí hay una que por ahí amanece cruzada, pero es normal... todos tenemos nuestros días... me he hecho amigos acá en el hogar. Yo no tengo problemas con nadie, nunca he cambiado palabra y si no me ha gustado algo entiendo que cada uno tiene*

la manera de ser. La convivencia es medio delicada, pero gracias a Dios acá yo nunca he sentido que se ha peleado nadie a los gritos o hiriendo". Interpretando tus dichos, se le consulta si la vida en la residencia era más o menos como lo esperaba: "sí, pero te digo que hay diferencia con el Anselmo Rojo... allá es otra gente que vive, ¿viste? Y son muy compañeras, hacen comida cuando no quieren comer lo que llevan de acá. Poníamos plata y hacíamos asados, los hacía Gustavo el profe de gimnasia".

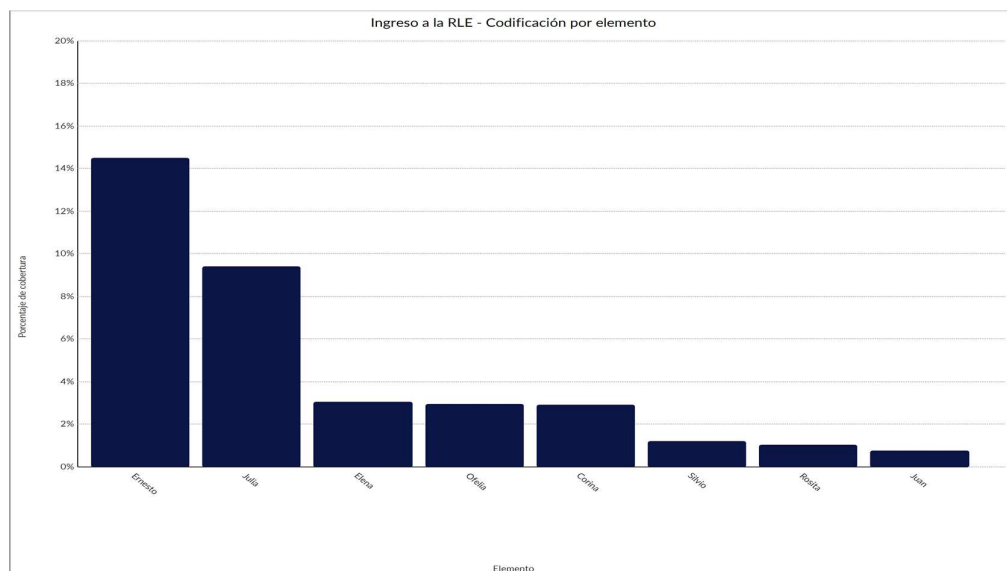
Ofelia, por su parte es escueta: *"amigos no; amistad no hay... si compartir".*

Silvio por su parte comenta: *"mira, la verdad que yo estoy bien, porque me llevo bien con todos y tengo un buen carácter con todos y nunca tuve problema acá con nadie, así hasta ahora gracias a Dios. También sigo en contacto con casi todos mis amigos de todos lados... por suerte tengo este celular. Acá también he hecho amigos".*

Ingreso a la RLE

El gráfico N° 14 muestra que todos los entrevistados también han hecho alguna mención al respecto, siendo Ernesto y Julia quienes se destacan. La indagación procuraba ahondar en las razones y en el proceso de toma de decisiones respecto a la entrada en una residencia de larga estadía, procurando reunir elementos referidos a quienes participaron en la decisión y en qué contexto ésta se produjo.

Gráfico N°14. Ingreso a la RLE según casos



Fuente: elaboración propia, a partir de las expresiones de los respondentes.

El relato de Ernesto es detallado: *“Vivía en un lugar que me prestaban, yo pagaba la luz y otros gastos, ponía para la comida... hasta que un día sin querer voy al baño a bañarme y me resbalo, al caerme me golpeo la espalda y la cabeza, se me hizo un coágulo y me operaron... y ahí le ha dicho el flaco a mi hermana mire, que Ernestito está mal, que está internado. Tenía como 56 años y no estaba bien... no podía caminar... era un 20 de diciembre cuando me operaron para sacarme el coagulo... y ahí mi amigo claro ya no me podía cuidar todo el tiempo, ni mi hermana y entonces averiguaron por el San Alberto y fueron a verme de aquí ... el señor me hizo un montón de preguntas las cuales yo las respondí a todas... y ahí me dice Ernesto, te vamos a hacer una pregunta, estaba con la señora que era una asistente social, ¿te animas a ir vivir en San Alberto? Y le digo, ¿yo puedo responder con otra pregunta? Sí, me dice. ¿Qué me da el San Alberto a mí? Y me contesta: mira, San Alberto te va a dar todo... vas a tener médico, vas a tener tu pieza, te van a lavar la ropa, vas a comer, vas a tener las cuatro comidas: desayuno, almuerzo, merienda y cena... Y vamos a tratar de sacarte una pensión por discapacidad. Claro que yo dije que si quería...”* “Para mí es como una experiencia nueva y me han dicho que me iban a ayudar, a dar una mano... Y todas esas cosas que me ha dicho el doctor, el psicólogo está saliendo como corresponde. Además, en donde yo vivía ya no podía continuar... el muchacho me dijo que a la casa la tenían que arreglar para hacer el taller... y tenía razón... yo he visto que yo era una molestia y le dije si no te preocupes, flaco. Entonces me fui a la casa de mi hermana... ella tiene tres hijos grandes y el marido había fallecido... pero claro después de 5 años de que falleció ella se puso en pareja de nuevo... entonces pensé yo estoy molestando acá y ahí fue cuando me fueron a ver el psicólogo de aquí que le conté... Yo le he dicho... mira, Rosa, si yo soy una molestia mejor me voy al San Alberto. Entonces ella me dijo... no es que vos sos una molestia, Ernesto, si no es que vos tenés que comprender que tengo el derecho a seguir con mi vida”. Preguntado por la disposición de su otro hermano, Ernesto responde: *“No, porque yo ya quería hacer la mía, tanto tiempo uno ha estado solo... viviendo por su cuenta que no... también los hijos de mi hermano me dijeron ¿por qué no te venís conmigo?... No quiero les dije”*.

Julia relata: *“Y bueno... después que murió mi mamá yo quede sola en la casa, y no quería vivir con mi hijo porque el matrimonio tiene que vivir solo. Si no hay otra opción, tendríamos que vivir con los hijos, pero yo al tener esa jubilación y PAMI*

tenía otra opción y he decidido ingresar a un Hogar; primero fui al Anselmo Rojo, ahí he estado 6 años, pero cuando cumplí los 80 me dijeron que no me podía quedar ahí... en ese lugar no había tantos empleados es para personas que se manejan totalmente solas. Entonces me preguntaron si quería pasarme al San Roque, obvio no era obligación, pero la otra opción era irme con un familiar... y yo les dije no, yo no quiero vivir con mi hijo mientras me alcance". Agrega: "Y no, sola es feo vivir, porque uno ve los diarios y sale que en el barrio han asaltado a personas porque estaban solas... Vos viste, entonces me enteré del Anselmo Rojo. Yo ya vivía sola, hacía 6 años estaba sola viviendo y encima vivía en una esquina y yo que no tenía la pared de allá del vecino... me costó un montón cerrar, pero lo cerré... pero después empezó a cambiar, ¿viste? me daba miedo. Tenía muy buenos vecinos, me decían Julia, duerma tranquila... el vecino tenía una sodería. Y después ya tenía la calle y lo compré al terreno porque me lo vendió re barato. Si no, no hubiera comprado una esquina porque es más insegura. Claro, cuando estaba mi mamá... y ya cuando estuve sola, decidí vender la casa porque era muy grande para mí. Mi hijo ya estaba casado. Yo no quería vivir con ellos, que viva su vida ... Y me compré en la Coronel Zelaya un departamentito, ese no lo vendimos, ese está alquilado. Me vine al hogar por no vivir sola... los años han cambiado, hoy te matan por una moneda... me empezó a dar miedo. ¿Sabes cómo la tenía a la esquina yo? llena de plantas de rosa, de flores del tiempo y tenía un fondo hermoso... había señoras que les gustaban las plantas y se paraban... Mira lo hermoso que estaba que todavía las tienen la gente que ha comprado"

Por su parte Corina comenta que "yo siempre he tenido quien me acompañe, tenías las empleadas. Tampoco iba a fastidiar a mi amiga María Rosa que vive ahí por el pasaje Bascary en Yerba Buena". Y agrega: "el que decide todo es mi hijo... todo, todo. Yo no me sentía bien en la casa... estaba sola, sola, sola... y que te roban y te roban... era una mejor opción para mí. Además, me llaman cuatro a cinco veces por día de Buenos Aires y yo también los llamo... a la mañana me llaman y yo a media mañana lo hablo a la oficina. Yo no conocía acá y no me imaginaba nada... yo hago caso todo lo que mi hijo me dice"

En el caso de Elena, "yo vivía en el barrio Smata... con mi marido y mi hijo... Después cuando me he separado ya quedé con mi hijo, y después he decidido venirme,

porque tengo problemas de enfermedades... entonces, como no quiero tener un esclavo a la par mío por mi enfermedad, he decidido venir... yo he decidido venir acá”.

Juan, por su parte, explica: *“no la Cecilia (en referencia a su hija), ella decidió y me ha dicho de este lugar que era lindo, que era hermoso. Bueno, al pelo yo me vine... pero yo tenía ganas de salir a trabajar”*

Ofelia, en su particular relato en tercera persona, comenta: *“porque el doctor Hugo González le dijo muy bien a mi muñequita (en referencia a su sobrina Marcela), no puede vivir más sola. ¿Por qué? Yo pienso que con una persona que estuviese a la mañana y no toda la mañana, con tres horas que esté, para la vieja (en referencia a ella misma) era suficiente... Que la ayude a levantar, que le dé una enjuagada y nada más. Pega una escobillada porque es un pañuelito de 35 m² el lugar, no necesita 3 horas de limpieza”*. Interpretando una preferencia por quedarse en su casa, Ofelia asiente: *“¿y qué le parece?... pero hay que disponer de unas buenas chirolas...cosa que no hay porque la vieja no dispone más que de esos 23000 pesos, de los cuales son para comer cuatro o cinco, otros dos o tres que son la obra social que da PAMI y vaya restando... no me alcanzaba para pagar a una persona que vaya un rato, no hay con qué abonar... La espalda de la vieja no tiene con qué abonar... Y no estoy por cargarle más carga todavía a los chicos. No. No. Con que se preocupen está más que suficiente, señorita”*.

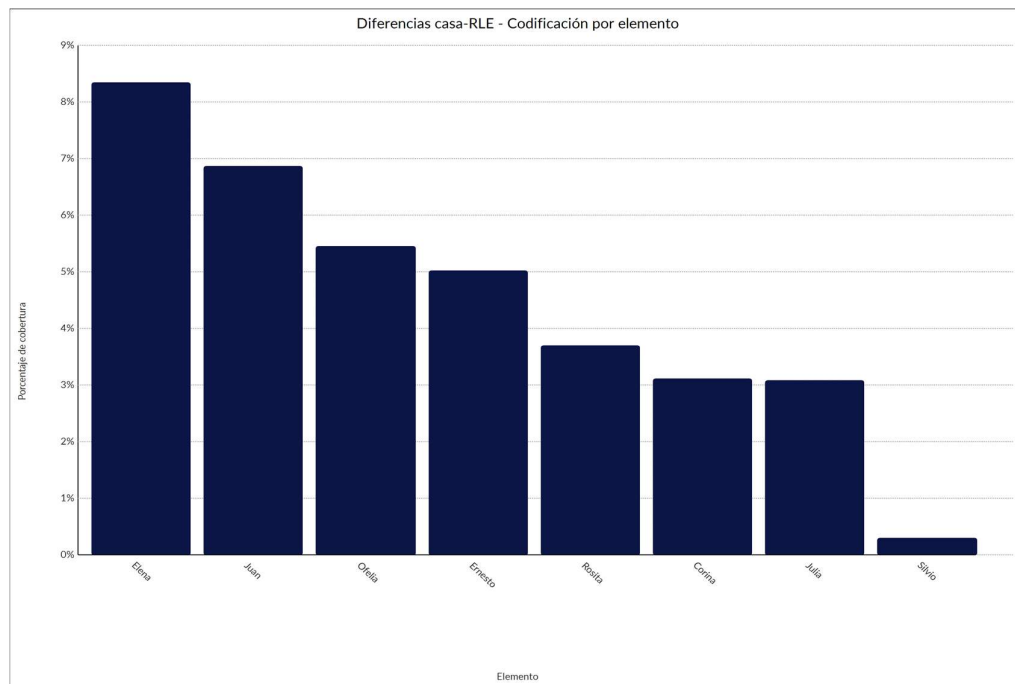
Rosita en cambio relata: *“yo le pedí a mi hijo que quería estar con personas que sean de mi edad para poder compartir. Y él buscó y le gustó acá. Lo he charlado con mis hijos”*

Silvio refiere a una persona: *“sí como le decía... esta señora me trajo a conocer y me ayudó con los papeles que tenía que hacer en el PAMI; a mi me pareció bien y vine acá, me tocó un compañero de pieza espectacular. Ya no podía pagar el alquiler, me aumentaba el alquiler y se me hacía mucho”*.

Diferencias entre la casa y la RLE

En el balance entre la casa y la RLE, todos los entrevistados opinaron, salvo Silvio, quien fue muy escueto al respecto. El gráfico N° 15 muestra las referencias. Elena y Juan son los más activos.

Gráfico N° 15. Diferencias entre la casa y la RLE según casos



Fuente: elaboración propia, a partir de las expresiones de los respondentes.

Elena menciona algunas ventajas al vivir en la RLE: *“sí, porque si yo no me puedo bañar, me bañan... si yo no puedo ir al comedor, o no puedo levantarme a recibir el desayuno, la merienda, la comida, me la traen... Tampoco cocino, antes cocinaba, ahora ya no cocino”* lo que la hace sentirse mejor. *“Yo no sabía como iba a ser, nunca había visitado tampoco un hogar... yo esperaba que me cuiden, por mi estado, y eso sí hacen. El tema es que uno tiene que acostumbrarse a un ritmo de vida distinto. Por supuesto que notas diferencias, porque yo no puedo abrir la puerta y salir a la calle en cualquier horario... hay que pedir permiso... avisar... Tengo un horario para irme y un horario de vuelta, pero sigo eligiendo vivir acá”*

Juan compara: *“y bueno, yo he estado acostumbrado a estar en una casa, airosa, a salir; entonces acá me siento atado porque no se puede salir... pero yo me*

siento, digamos, bien, porque la doctora B. es bárbara. Las chicas son bárbaras, como que hay una confianza tremenda... La doctora es un amor... la Camila es un amor. Si nos cuidan, nos toman la presión... yo soy hipertenso, entonces yo pido que me tomen, yo me siento, yo conozco el síntoma que yo tengo, me duele la nuca, todas esas cosas. Yo solo en la pensión no recibía cuidados... y cuando estaba en mi casa, estaba mi sobrina, pero se iba a su casa a la tarde y yo me quedaba solo en la noche". Agrega: "somos tres los que estamos en la pieza y siempre yo haciendo las cosas... los otros no pueden, yo tengo todo, tengo los pies, puedo caminar, tengo eso a favor...hay diferencia, porque aquí realmente tengo gente, gente amiga que son buenos conmigo...la Rosita, por ejemplo, ella me hizo que yo sea el que le voy a dar agua a la gente"

Corina relata, "me siento maravillosamente... Pero me enferma porque, aunque cada uno vive como quiere, Gabriela, pero no concibo que estén en la cama todo el día (con referencia a otras residentes de la sala). "Bueno, la casa es la casa, lógicamente, pero mi hijo está controlando con WhatsApp todo, ¿has visto?... yo trato de vivir el presente y de proyectar el futuro. No me quedo en el pasado, el pasado ya fue, hay que vivir el presente, pensar qué se puede hacer para más adelante... Ahora lo que me tiene preocupada es el CI Atlas". Al consultar a que se refiere, Corina explica: "es un planeta que está con un cometa atrás y están circundando muy cerca el planeta Tierra... Si... no está en muchas coordenadas, y si roza con la Tierra, pues imagínate, algún rasguño nos va a hacer"

Ernesto por su parte señala: "hay una manera muy especial... no es que yo me considere una persona especial, en el sentido de que tanto de parte de doña Vero o doña Carla, la doctora que es también directora de San Alberto, siempre hola Ernesto, cómo te va... a las 7 yo voy a fisioterapia, porque yo quiero volver a caminar como corresponde. Aquí todos son amables, los pacientes, los muchachos que están de guardia, los que están de noche... hay una buena relación. Lo único que uno se siente medio alejado de los demás ¿comprende? Acá tengo todo... uno extraña a las personas... pero en sí, acá está todo bien... para mí está todo bien... Ahora acá hay muchos que se creen exclusivos en el sentido que pretenden que les den todo lo que se les ocurre, quiero pan con mermelada o con dulce... y yo les digo, ¿y por qué no compras vos? quieren que todo, el Estado lo traiga".

Julia reconoce que: *"en la casa estamos con la familia, y la convivencia en mi familia ha sido y sigue siendo excelente... ni entre parientes me acuerdo que alguien se haya peleado. No son de juntarse mucho, pero se visitan y tienen contacto por teléfono, por celular ahora. Aquí estoy muy acompañada; aparte de noche andan las chicas, las enfermeras, preguntando, te golpean con toda su suavidad... abuela está bien, no necesita nada, no le duele nada... yo les digo... mira, si yo tengo algo y Dios me da lugar a que yo las tenga que llamar y decirle mira, me he despertado con dolor de cabeza... te llamo... bueno me dicen... sí, ellas dos veces pasan, a la 1 de la mañana y después a las 3:30 vuelven".*

Ofelia en el mismo sentido señala: *"y aquí siempre hay gente, no estamos solos, hay dos médicas... la niña que la presentó a Ud., la Dra. B, pero ella no fue quien me recibió el primer día, me recibió la doctora S fue un día jueves 20. Yo estaba en un cuarto enfrente y veo asomarse esta niña con su estetoscopio, capaz que sea médico esta chica pienso... cuando se retira, la llamo y me presento... ah, sí me dice, yo vengo lunes, miércoles y viernes y la doctora S. martes y jueves... ella es su médico, me dice... y le pregunto ¿Usted tendría algún problema de hacerse cargo de esta vieja?... me dice si claro como que no, pero es empezando una dama, una excelente profesional, da unas clases de anatomía, pero de aquellas magistrales. Aclara que: "yo tengo de los depósitos de viejos una experiencia poco grata, no acá en Tucumán, en Córdoba... Con la abuela de mi Marcela, o sea, mi tía; mi tío pagaba el mejor geriátrico del Cerro de las Rosas en Córdoba. Ahí estaba mi tía... le sirvieron el almuerzo, macanudo, ¿lo habrá comido?... nadie miro... merienda... cuando van a servir la cena... ahí estaba ella, al pie de la mesa, tensión cadavérica. ¿Cuántas horas tenía de que había partido? Nadie se dio cuenta y era el mejor geriátrico de Córdoba... entonces, esas experiencias son las que a usted le hacen tener un concepto de los depósitos de viejos". Respecto de las diferencias: "si claro, en la casa hay libertad... aquí no hay libertad, no va hacer lo que a usted le parezca, hay normas que cumplir, horarios... Es que tiene que ser así, si no las cosas no funcionan".*

Rosita remite a su hijo: *"con Hectitor, que es el que me atiende acá... Héctor Rodolfo se llama... Yo quería compañía de mi misma edad porque yo estaba acostumbrada a conversar ahí, la señora de la par u otras más allá. Todas eran de mi edad. No eran chicas solteras ni nada... Entonces yo quería algo así, para tener*

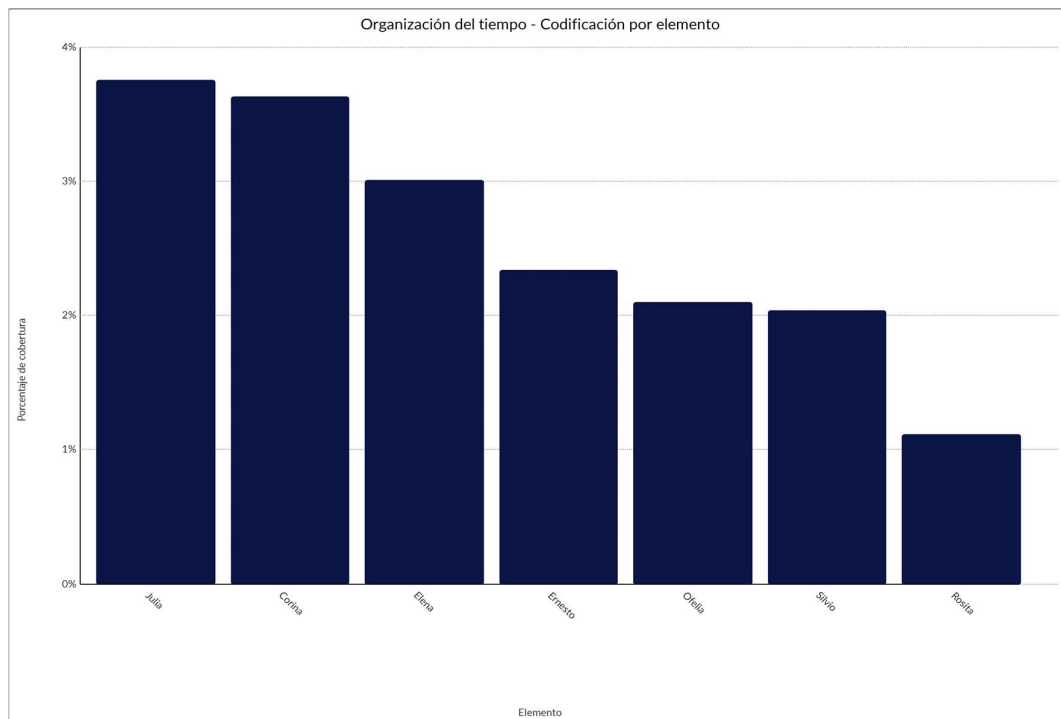
amistad. Yo vivo pensando en comer en familia, como en la mesa del comedor que son cuatro personas. Pero escuche, no es familia...igual me gusta acá. Si hubiese estado mi viejo vivo, yo querría que estemos juntos hasta el final en la casa, pero como no es así...”

Silvio resume en pocas palabras: *“y acá está muy tranquilo, no te haces problema por nada... muy tranquilo”*

Organización del tiempo

Las referencias a este código son parejas; todos los entrevistados tuvieron algo que decir, lo cual es un aspecto que atraviesa a los residentes y es propio de un orden institucional. Si bien en los propios hogares también hay rutinas establecidas, estas pueden percibirse como más ajenas al estilo de vida. Julia, Corina y Elena han sido las más activas en este punto (gráfico N° 16).

Gráfico N° 16. Organización del tiempo según casos



Fuente: elaboración propia, a partir de las expresiones de los respondentes.

Corina: *“acá sirven el desayuno a las 9 y pico, yo como me levanto temprano me hago con la pava eléctrica, me hago mi tacita de té, tengo té, tengo saquitos de mate cocido, tengo saquitos de la manzanilla, tengo mi leche de la lechera que es*

hermosa, tengo todo; lo único que yo no puedo consumir es la galleta... porque las galletas tienen más grasa que el pan... Yo me hago las tostaditas. Luego, algunas duermen la siesta. Yo no, pinto, pinto. Hoy día me ha visto la señora de G. me dice... qué preciosidad. Le digo, falta todavía, no está terminado... Después a la tarde nos dan la merienda, y también hay días que son los talleres a la tarde, de educación física son tres días a la semana, de artes un día a la semana. Y después de música que sería hoy viernes, pero no tuvimos porque la profe está rindiendo... ella me habló al celular para que avise a la gente que no iba a venir... Yo la aprecio mucho porque es una muy buena persona”.

Elena por su parte, refiere que ya se acostumbró, “pero a mí aquí me cuesta, porque acá tienes un horario para todo... tenés un horario para levantarte, un horario para bañarte, un horario para el comedor; ya a las 7 o 7,30 estás en cama... pero ya me acostumbré”.

Ernesto relata: “yo por ejemplo desayuno y ya empezamos, por ejemplo, voy a fisioterapia, me dedico a caminar ahí. También la profesora me da unas tres o cuatro hojas, me las llena de ejercicio de física, de matemática. Y soy como ya le dije, soy bueno, y hago y hago ejercicio, y ahí en eso ya pasa la mañana. Almorzamos y después me recuesto un rato; a la tarde ya preparo el mate para conversar, charlar con los muchachos de acá”.

Julia refiere: “Y bueno... la verdad que las empleadas cuando vienen, ellas limpian así nomás el salón hasta que nosotros desayunamos, pero tampoco vamos a levantarnos a las 10 de la mañana porque las chicas limpian todo el piso y tienen su trabajo; nos levantamos, desayunamos y yo ya no me vuelvo a acostar... únicamente que haga mucho frío, pero cada una limpiamos la habitación. Después de desayunar a veces de mañana viene alguien y charla con nosotras ahí en la galería. No deja de andar gente... y yo me bajo ahí y bueno... me hecho compinche con una abuela igual que yo y charlamos. Después de almorzar se van a la cama, aunque yo no duermo la siesta, pero me voy adentro porque no queda nadie; pero siempre hay una revistita, aunque sea vieja para leer”.

Ofelia lamenta: *“no puedo realizar nada, no camino... me levanto en el segundo turno porque a las 6 de la mañana no me van a levantar, ¿qué sentido tiene estar sentada ahí desde las 6 de la mañana hasta las 12,30 o 13, que es el almuerzo, los primeros tiempos la pierna era un sifón de tanto estar sentada... así que me levanto siete o siete y media; después desayunamos tipo ocho, ocho y media de acuerdo a la tarea que tengan los chicos; después ya nos vamos a conversar con esta señora Antonia al patio hasta que limpian el comedor y volvemos ahí. Pero mire cómo es... la vida a usted le pone personas que se hacen cargo de usted sin pedir... desde el momento que la vieja cae aquí, esta señorita vive pendiente de la vieja, pero pendiente...”*

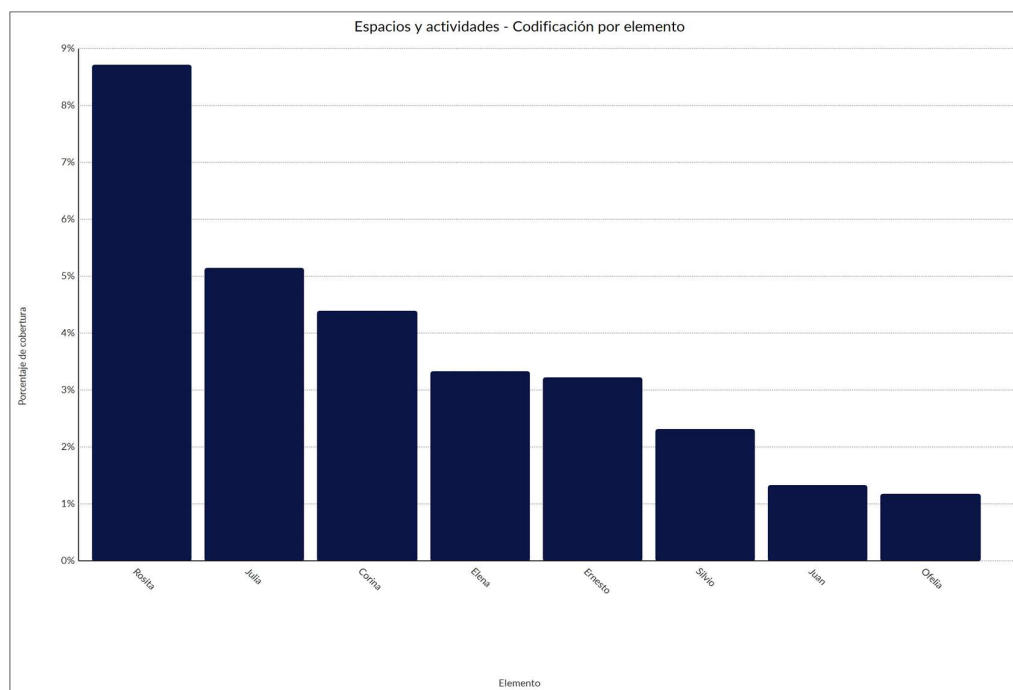
Rosita refiere a sus pocas salidas de la RLE: *“yo soy la que no quiere ir... porque yo vivo en la espera de mi hijo y de mis nietos aquí”*

“Yo me levanto a las 7 de la mañana... Antes de las 7 ya va la enfermera, te toma la presión y me deja un medicamento que tengo que tomar. Y ahí yo me levanto, me higienizo y tengo la pava eléctrica, ahí me preparo y me tomo un mate cocido o tomo un mate, mate amargo. Y lo único que voy al comedor yo es al mediodía porque desayuno en la pieza y no soy de merendar; no como nada ni en la habitación. Para la cena tampoco al comedor... en mi habitación me preparo un mate cocido con tortilla o con un pancito y esa es mi cena” (Silvio)

Espacios y actividades

En este punto todos también tuvieron algo para decir, aunque Rosita se explayó con más comentarios (gráfico N° 17).

Gráfico N° 17. Espacios y actividades según casos



Fuente: elaboración propia, a partir de las expresiones de los respondentes.

Rosita trata de explicarse: “¿cómo le puedo decir? Para poder conversar yo también, no es que les voy a leer y me voy a ir... Para que también en mí quede algo... de cada una, de cómo es, si son sinceras, si entienden, porque hay que leerles con puntos, coma, con signos de admiración, con signo de pregunta, todo. Y agrega: “aquí vienen chicas de voluntariado de distintas partes. Vienen los sábados a veces delegaciones de otras capillas para hacer un almuerzo, un encuentro, hay veces que son muy lindos los almuerzos, como el último que han hecho aquí para el día del abuelo. Este, han hecho pollo, arrollado de pollo, empanada, torta... y para todos traen. También hay gimnasia... pero no voy a gimnasia porque pierdo en el tejo; lo último que hacen es jugar al tejo, se hace una fila, así... estamos sentados uno a la par del otro. Y los cosos de los tejos están ahí y nos toca acertar el aro, en pirámides chiquitas así, o si no que lo pisen al pie del tejo, al pie del ¿Cómo se llaman esos que ponen para los autos? ...eso los conitos... y estamos ahí y empiezan de aquí para allá los verdes y de allá para acá los azules. Entonces, ¿qué pasa? Cuando empieza desde allá el equipo verde quiere que todos los que aciertan mucho para ganar... Así que cuando usted la erra y pierde, ahí se ponen serios. Después de gimnasia, salimos todos a recorrer el hogar y a la parte de atrás... ha habido un tiempo que hemos hecho

los cuadraditos de tejidos a lana, que yo tengo dos mantitas chicas... cuadritos que después se los une y se hacen frazadas, pero han dejado ya de hacer porque, no van muchas para aprender. Solo las que ya saben... yo he tejido eso, pero yo sabía tejer a dos agujas, ya sabía de antes".

Corina comenta que: "a nosotros nos dan la comida y la sala nuestra es de autoválidos... Así que yo lavo mi ropa, limpio mi pieza, a mí me gusta mucho la pintura. Después leo mucho, y me gusta jugar, por ejemplo, el Rumi, el buraco. También voy a los talleres... los lunes tenemos arte, después tenemos gimnasia, yo no voy a gimnasia porque tengo el bypass ahí en el páncreas, pero voy a música. A nosotros nos visitan mucha gente de distintos grupos. Y bueno, trato de participar en todas las actividades; por ejemplo, cuando vienen grupos musicales, hacen que yo les dé la bienvenida... soy como la presentadora, la Tete Custarot... es que tengo facilidad de palabra. También se hacen paseos también y festejos... Agrega: "yo soy la que pongo la mesa... pongo los cubiertos, los vasos, los saleros, el agua, el pan, todo. Llevo las bandejas porque arriba en la cocina se preparan las bandejas para el personal que está a la tarde acá abajo, entonces yo traigo las bandejas. Yo siempre colaboro y eso me mantiene activa"

Elena señala que: "ahora no estoy haciendo nada... porque algunas veces salgo. Aparte la profesora que venía algunas veces tenía que hacer otras cosas, la de los talleres donde se pinta... yo sí los hacía, sí he pintado mucho tiempo; también hay un profesor de gimnasia... también vamos a fisioterapia, donde ahí están empezando ese ejercicio ahora".

Ernesto por su parte, describe: "hay festejos de todo tipo, de cumpleaños de todos... un día se juntan varios cumpleaños y se festeja; ahora esta semana se hace y ahí están dos muchachos que siempre andan juntos conmigo... Rivera que es un petizo que comparte la misma pieza donde yo estoy y Álvarez... los changos me hacen broma: che que Álvarez y Rivera son marido tuyo, me dicen ¿por qué les digo? Y me dicen porque vos compartís todo con ellos... las golosinas que te dan a vos después se las das a ellos... y les digo, compadre yo he sido siempre así y ustedes me han conocido como soy, lo que tengo comparto".

Juan comenta: *"viene la profesora de música, gimnasia también... algunos no hacen porque muchos están en silla de ruedas, algunos hacen con los brazos nomás y antes de la cuarentena había festejos de cumpleaños y venían los familiares; una vez fuimos a un paseo en Horco Molle ... una reserva creo que era"*

Julia indica: *"algunos días hay pintura... te dan una hoja con el dibujo que vos elijas para pintarlo y te lo va dejando ahí; yo lo hago, aunque tengo visión de un solo ojo, pero me doy maña porque peor es quedarme encerrada pensando... también hay música y gimnasia los jueves... yo voy a todo lo que hacen... no me quedo... me gusta bailar... me encanta... Sí, con mi marido íbamos a Asociación Mitre, no todos los sábados, porque no daba el bolsillo, pero íbamos a bailar ahí con otros dos matrimonios y unos primos de él que también estaban casados... éramos asiduos de Asociación Mitre. Acá también hay fiestas, siempre hacemos. En una hemos acá bailado la pollera amarilla... Nos hemos hecho pollera amarilla y todo, hemos bailado. Pero claro, no te dejan salir sola... si querés ir al súper tenés que llevar a alguien... pero tenés que pagarle al acompañante. También te controlan la presión día de por medio, sí hay enfermería"*

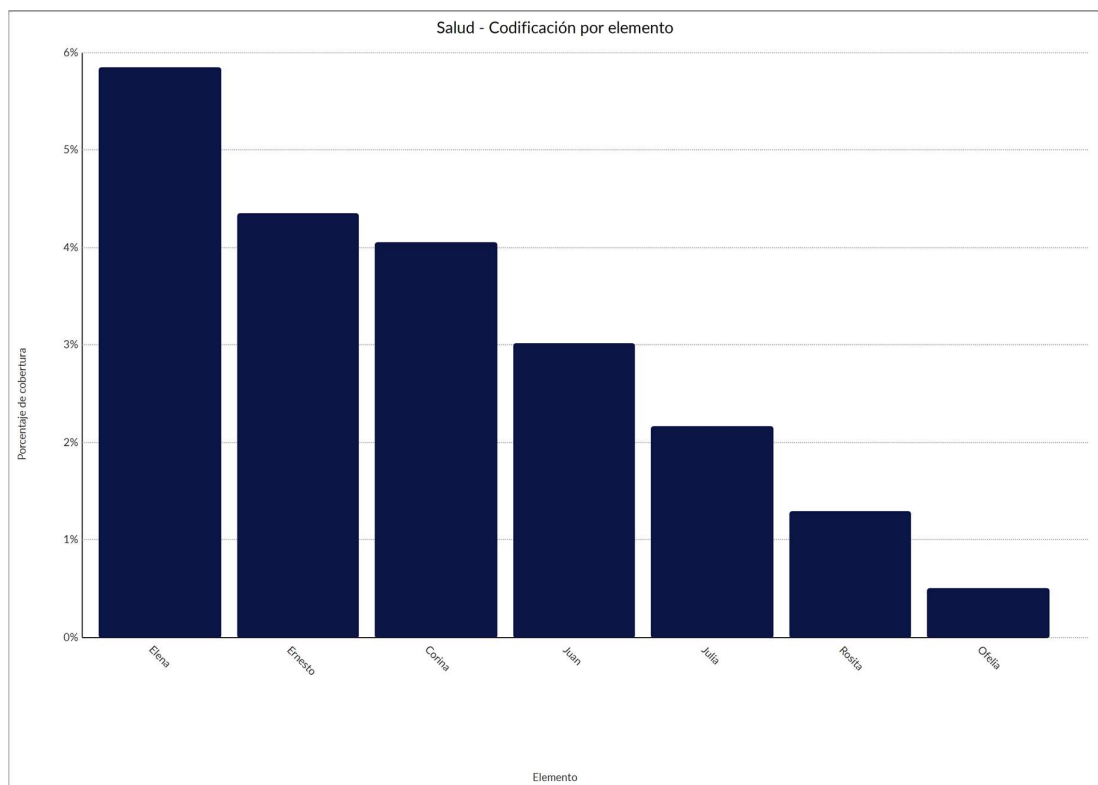
Ofelia señala: *"hacen educación física dos veces a la semana; viene una niña que tiene una hermosa voz, viene P., que también los entretiene a los viejitos... hace el taller de canto. Y del de educación física... Porque la doctora B., me dice ella que ha pedido a Pami una persona para rehabilitación y que iba a venir... el tres de este mes ha hecho 90 días. Y capaz que para el otro bisiesto vengan... si es que respiramos todavía"*

Silvio: *"yo salgo, camino por acá, salgo a caminar después, otras cosas no hago, gimnasia no puedo hacer por el problema de las piernas, pero viene un profesor, los martes y jueves creo... también hacen fiestas, el sábado hay una fiestita... Ahí asadoooo...(riendo feliz) No sé esta por qué motivo es... a veces se festejan los cumpleaños cada tres meses, más o menos; y no sé si el sábado este será de los cumpleaños... ponemos cada cual, ponemos algo, 350 pusimos cada uno ahora, porque esta caro todo"*

Salud

Elena, Ernesto y Corina fueron los que más se refirieron a sus diagnósticos médicos y malestares, entre los siete respondientes que aportaron a este ítem (gráfico N° 18).

Gráfico N° 18. Salud según casos



Fuente: elaboración propia, a partir de las expresiones de los respondientes.

Corina explica: *“tengo un problema de páncreas, en julio me enfermé muy feo... primero me vino una neumonía bilateral la que ha tenido el Papa... he superado eso, estaba con respirador; todo. Inmediatamente, empecé con la vesícula, me han hecho una resonancia magnética, tomografía, ecografía, de todo y han descubierto que la zona de riesgo mío es el páncreas. Pero resulta que yo me hice una operación estética hace unos años y me pusieron una malla entonces no me podían operar por fuera sino la cirugía tenía que ser por dentro. Y así me han operado, me han puesto el bypass al lado del páncreas. También recuerda: “cuando mi marido se accidentó y se murió tuve un colapso nervioso... Claro, no estaba mi marido, mi hijo se había casado, estaba en Buenos Aires, yo sola. Por más que tengas servicio doméstico, te roban todo... a mí me han robado de todo... y cuando tuve ese colapso mi hijo me ha*

puesto en el IPPI para que yo supere el colapso nervioso. Cuando superé el colapso nervioso mi hijo habló acá, me entrevistaron... y aquí estoy”.

Elena comenta: “hasta que he decidido venir aquí, por mi problema de enfermedad, yo estoy operada del pulmón cinco veces... y tengo problemas de hueso... algunas veces no me puedo levantar, no me puedo parar, ahora, gracias a Dios, estoy bien, entonces no quería un esclavo a la par mío. En los pulmones se hace pleura... ya tengo medio, cuarto de pulmón tengo del izquierdo, cada vez me sacan más porque se infecta. Aquí tenemos médicos, enfermeros y eso es bueno porque yo soy una persona muy macanadora con mi enfermedad, soy muy jodida. También hay psicólogo aquí, pero yo no lo veo”.

Ernesto resume: “según el médico clínico yo no tengo estabilidad en la pierna ni en la mano... la mano llega hasta ahí nomás... pero si yo agarro la lapicera escribo bien, tengo el lujo y el gusto de haberme recibido de bachiller en el Nacional y aparte soy muy bueno, muy bueno, en física, química y matemática... entonces, ¿qué pasa? firmo muy bien, pero hay cosas que ya no puedo hacer... no puedo abrir una canilla, no puedo agarrar un cuchillo y un tenedor para cortar, entonces, ¿qué pasa? Yo por eso me siento inútil... por eso hago ejercicios aquí, es como rehabilitación, aquí hay un salón para eso... yo por eso siempre digo que le debo todo a San Alberto, hasta la pensión me ayudaron a sacar... lo único que ahora, uno extraña los amigos, la familia”

Juan relata: “lo único que he tenido yo es un ACV... eso fue a los 63 más o menos... He salido, ¿no? He salido perfectamente. Ahí yo estaba solo, mi sobrina, la hija de un hermano que ya murió me cuidaba entonces... Yo le hecho poner un negocito en el taller que estaba ahí mismo en la casa, para no quedar ella en la calle, la hemos traído para ahí, vivía conmigo, ella vende todo tipo de cosas, incienso, perfume, detergente, lavandina... yo ya no trabajaba en el taller... trabajaba mas en el taxi. Aquí en el hogar se está bien”.

Julia refiere: “yo nunca había sentido malestar... que no podía caminar, nada... esto del marcapaso me vino así de la nada, estaba almorzando un día domingo y me desvanecí, pero no perdí conocimiento... yo ya estaba viviendo acá en el hogar,

y bueno, la llamaron a la presidenta, la presidenta llamó al médico y el médico, es un médico clínico que hay acá, él no estaba errado en lo que opinó: es el corazón Julia... entonces lo llamaron urgente a mi hijo y me llevó al instituto de cardiología y ahí me internaron”.

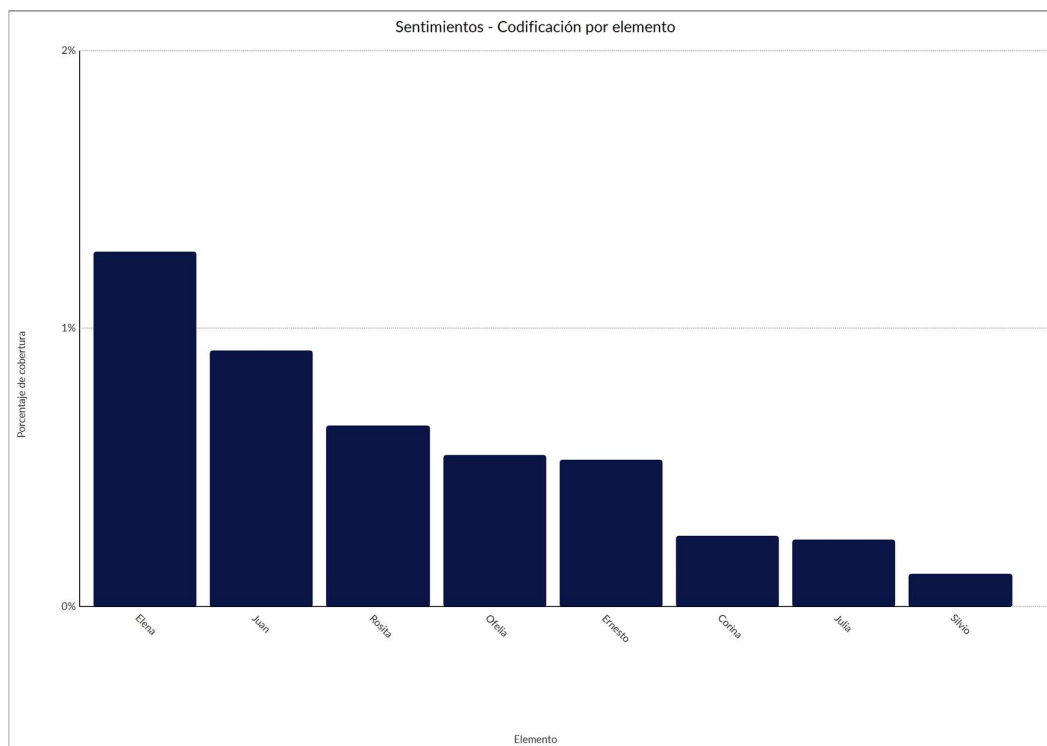
Ofelia relata: “eran las 8 de la mañana, me voy a bañar, se me produjo un ACV y al piso y ahí me fracturé la cadera...también hace más de 20 años que tengo ese problema de tiroides, hipotiroidismo”

Rosita lamenta: “yo me quiero acordar ¿por qué me quedé en silla de ruedas... y de la silla de ruedas yo salí después caminando con el andador, porque yo tengo andador... No estoy en silla todo el día... Ahora me han traído en silla de ruedas para verla a ud, pero yo voy al comedor, voy a todas partes con el andador”

Sentimientos

Las expresiones emotivas y sentimentales han sido reducidas, brindando pocos matices para ahondar en este plano. Elena y Juan se expresaron más en este sentido (gráfico N° 19).

Gráfico N° 19. Sentimientos según casos



Fuente: elaboración propia, a partir de las expresiones de los respondentes.

“Sí, sí, me siento bien, sí... aparte, yo soy una persona que me gusta estar más sola, no me gusta estar con gente, prefiero estar sola” (Elena)

“Tengo un montón de amigas yo, que me hablan por teléfono” (Corina)

“Y lo más importante es que me siento muy cómodo aquí... aquí está todo muy bien” (Ernesto)

“¡Amigos sí, tengo un montón! Pero se han ido todos... la mayoría han muerto. El hogar está bien... hay gente enferma y vieja... yo no soy viejo todavía... yo me siento joven” (Juan)

“Si alguien se queja, no sé por qué... estoy muy acompañada” (Julia)

“¿Qué va a ir una a experimentar de vuelta en virtud de qué? No tiene sentido... la vieja está más que bien acá... cargarle a Marcela una semejante carga de estar pendiente de la vieja” (Ofelia)

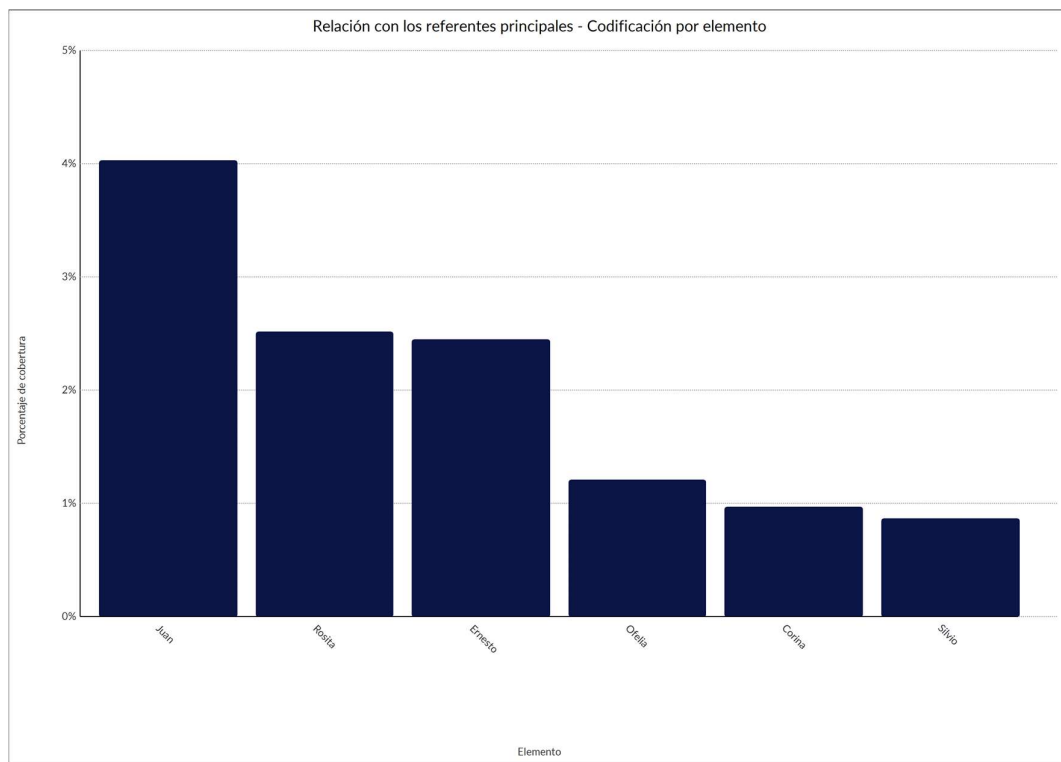
“Me da no sé qué que yo tenga siempre que pedir a alguien que me ayude para que cruce por ahí, o que me ayude a bajar o subir... no quiero molestar” (Rosita)

“Sí, sí... me acostumbré bien, sí” (Silvio)

Relación con los referentes principales

Juan, Rosita y Ernesto introdujeron comentarios sobre sus relaciones, básicamente circunscritas a sus hijos. En este código hay referencias a seis de los entrevistados (gráfico N° 20).

Gráfico N° 20. Relación con los referentes principales según casos



Fuente: elaboración propia, a partir de las expresiones de los respondentes.

Juan refiere: *“y por ahí la Solana me la enoja... cuando le pido... porque está peleada con ella, ¿no? Dice, papá yo no puedo hacer nada. porque se me enoja conmigo. Y bueno, así estamos, por ejemplo, ahora yo necesito los documentos, ¿ve? y no me los quiere dar y mando a buscar con un chango amigo porque no puedo salir...no me quiere dar documentos ni la tarjeta del PAMI”*. Se le invita a pensar que él tiene que disponer de todas sus cosas...*“por supuesto, le voy a pedir a la asistente social que la llame y que le pida mis cosas... eso estaba pensando. Es mi hija... porque le saco el poder a ella, porque hace mal las cosas, yo le he dicho que ya no soporto esto... yo no puedo andar que mándame plata, que quiero comer una comida especial, o sea una empanada una cosa así... si quiero comprar gaseosa, porque no tomo vino... y no la puedo hacer entender”*

Rosita comenta: *“los muchachos que están aquí (en referencia a Tucumán) todos son varones. Pero estoy con uno que me atiende maravillosamente y trabaja y*

trabaja en la farmacia La unión. Él me alcanza todas las cosas, todas las cosas que yo necesito, lo que sea. Cuando viene colabora si tiene que pagar cuentas, el cable”.

Ernesto comenta: *“sí, sí, mi hermana viene a verme, pero como le digo, yo lo único que quiero es verla a ella y charlar, conversar un rato y ya está... si ella me trae caramelos, galletas... bueno al pelo. Pero como le digo lo que yo prefiero es verla y conversar con ella, y le dije que en algún momento la voy a ir a visitar yo... me contestó... cuando vos quieras, llámame y decime tal día quiero y yo te busco en el auto y pasás medio día”.*

Ofelia comenta que mantiene contacto con su sobrina Marcela y su familia: *“justo venía ella, venía Alvarito, el mayor y Lulú, una perrita que compraron hace dos meses, un primor la perrita... Así que bueno, los he visto 10 minutos, me trajo los pañales, los medicamentos... a veces la mocosita viene y me lleva a la casa la suegra, ha sido para el día del padre del año anterior”. Asimismo, menciona a una amiga del barrio y de la fábrica de su padre, "bueno, solo esta niña que le mencioné, Marisa, la que me está cuidando las perritas".*

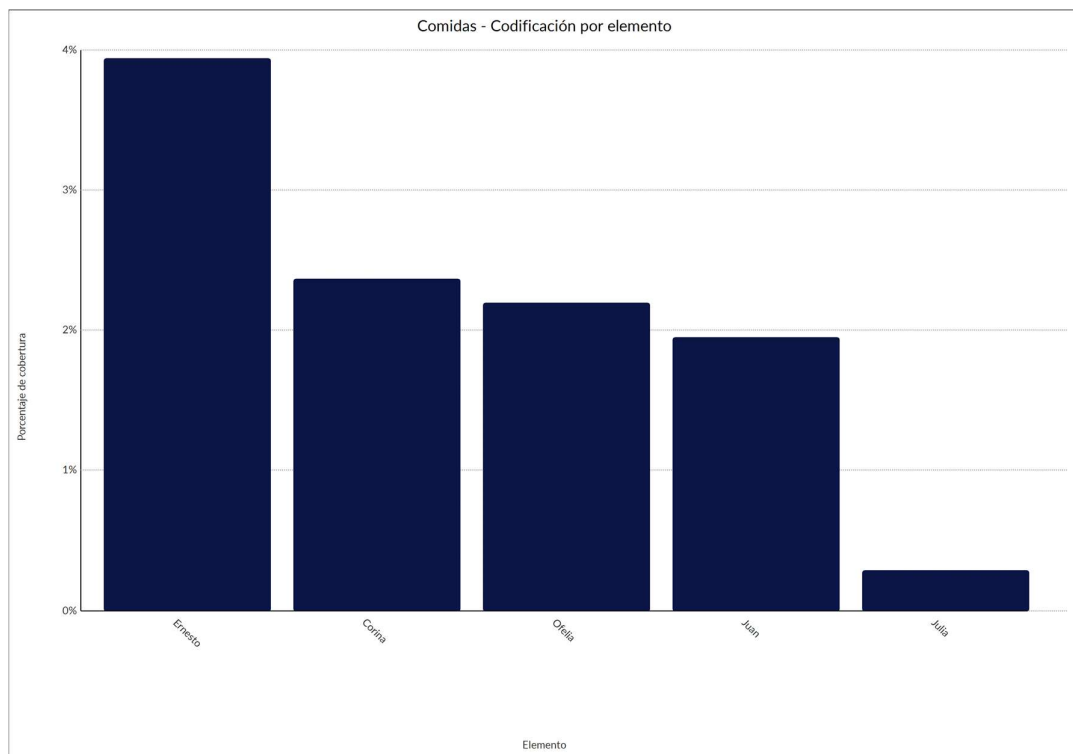
Corina señala: *“mi hijo me ha dado una consigna, no te mezquinas con nada... compra lo que necesites y quieras... Pero no quiero saber que vos te andes privando de algo. Me visita a fin de año y después viene para mi cumpleaños... los 7 de Julio, viene dos veces al año”*

Silvio rememora: *“todos los años me iba a Misiones... y los veía (en referencia a sus hijos) ... a mi mujer no la he visto nunca más, pero con mi hijo sí y mi hija. Ellos siempre me están llamando”*

Comidas

Este aspecto ha sido el menos mencionado por los entrevistados, lo que evidencia una cuestión secundaria respecto de la vida diaria en las RLE. Ernesto ha sido el más preocupado por este tema, sobre el que solo cinco de los ocho residentes consultados hicieron comentarios (gráfico N° 21).

Gráfico N° 21. Comidas según casos



Fuente: elaboración propia, a partir de las expresiones de los respondentes.

Ernesto comenta: *“Eh, la comida ¿cómo le puedo decir? hay cosas que tienen que cambiar... doy mi opinión, no puede ser que en el transcurso de la semana se repita los platos. Por ejemplo 3 o 4 veces a la semana hay guiso, no hay variación, también dan mucha tarta de zapallito, polenta con salsa... a veces se repiten dos o tres veces a la semana las bananas de postre... pero bueno... no quiere decir que no haya comida al fin... Los ñoquis ... una vez cada tanto... ¿y cómo se llama? Un buen plato de kipi como corresponde con queso... eso no lo hacen, tampoco el choclo rallado... humita... eso nos gustaría. Pero aclaremos una cosa, señora, que aquí somos muchos... aparte según ellos todo depende del Estado el mantenimiento y los gastos”*

Corina describe: *“sí, sí, la comida es buena, sí, la comida es buena. Pero yo trato de cuidarme. Porque... una que tengo el asunto del páncreas que me ha dicho la doctora del sanatorio Sarmiento y el doctor Esteban y el doctor Ruiz, bueno, todos los doctores que me han visto, nada de grasa, nada de frituras. Hay dieta aquí, pero hay distintas comidas. Por ejemplo, me ofrecen sfijas... yo esa masa no la puedo*

comer... saco la masa y como lo de adentro... La pizza no la puedo comer porque tiene levadura. Entonces, hay cosas que yo puedo comer y hay cosas que no puedo comer, pero gracias a Dios yo me conformo".

Juan comenta: "aquí le dan de comer bien, todo... yo más o menos le diría que he engordado... Aquí he engordado, pero un montón, ¿no? con 83 kg vine yo acá y ahora tengo 110; pasó que yo estaba acostumbrado a comer verdura y poquito... yo no puedo comer acá lo que yo quiera, porque la comida es única... es la misma para todos... aquí me dan la comida, son lindos los estofados, todo, son riquísimos, pero realmente yo necesito hacer una dieta"

Julia afirma: "sí... la comida de primera, te dan desayuno, almuerzo, merienda y cena"

Ofelia: "muy bien... pero hay algo... porque le deben poner algo para la conservación a la carne molida, porque todos los alimentos que hacen en base a carne molida tienen el mismo sabor, para mí es intolerable... polenta, pasteles... yo pregunto antes ¿tiene carne molida? Y si tiene... no gracias". Consultada respecto de la variedad de preparaciones, "sí, sí tienen, tienen una buena gastronomía. Si algo no me agrada, así de simple... no voy a comer"

Capítulo 7

El Trabajo Social gerontológico en la producción de bienestar

7.a- Contrastando visiones

Las percepciones y visiones de los profesionales y residentes consultados, que comparten un mismo espacio de cotidianidad, nos ofrecen rasgos de un horizonte común, de una experiencia en la que entrecruzan intencionalidades, criterios y valores diversos. Cada sujeto de investigación, desde su perspectiva, ha destacado aspectos que caracterizan sus vivencias y prácticas. Los más sobresalientes para los objetivos de este estudio pueden resumirse en los siguientes puntos. Estos aluden a una presencia narrativa con énfasis en diferentes temas:

a. Nótese que en las entrevistas a residentes las referencias a las comidas y a la relación con los principales referentes, en general familiares, han ocupado menos tramos narrativos que las relativas a la convivencia, a los motivos de ingreso a la residencia y a las comparaciones entre la vida en el hogar y la vida en la RLE. En contraste, los trabajadores sociales consultados han señalado situaciones que se categorizaron en el ítem de quejas, en las que el tema de las comidas resultó relevante. En estos respondentes, las cuestiones relativas al ingreso a la RLE, decisión y apoyo familiar, sobresalen respecto de aquellas referidas a la convivencia, rutinas y actividades.

b. En las respuestas referidas a las acciones del trabajador social en las RLE, sobresalen aquellas dirigidas directamente a los residentes y, en menor medida, las referidas al trabajo en equipo interdisciplinario, así como a las prioridades en la intervención. La acción directa está planteada con verbos en infinitivo (se hará a futuro), sin detalle de la práctica concreta.

c. En lo referente al bienestar y a los cuidados, las quejas de los residentes muestran mayor presencia narrativa, las cuales además se canalizan a las direcciones de las

residencias, mientras que lo vinculado al impacto de la acción profesional muestra el menor registro narrativo.

d. El énfasis en la relación con los familiares no solo expresa una de las tareas básicas asignadas al Trabajo Social, sino también un punto de apoyo que refuerza aquello que en los antecedentes se cuestiona: el acendrado familiarismo. Hay un esfuerzo profesional que se sustenta en la presunción de familia con roles diferenciados y capacidad de cumplimiento de sus responsabilidades, junto -por cierto- a una cierta idealización. Efectivamente, Offe (1995) ya había advertido que lo que denominó supuestos productivistas del bienestar no se verifican de manera generalizada en la población. En consecuencia, es un error planificar políticas que presuman que todos viven en familia, que cada familia cuenta con al menos un proveedor que cubra sus necesidades y que comparten la misma moral familiar, que luego se proyecta hacia una solidaridad comunitaria y societal. Esa relación básica de la sociedad moderna entre familia, trabajo y cuidados pierde fuerza, especialmente en el modo de vida urbano. Por ende, la noción de inserción social, en tanto opuesta al aislamiento que sufren los mayores por las razones ya expuestas en los capítulos iniciales, no debe reducirse al sostenimiento y la revitalización del vínculo con la red de parentesco consanguíneo.

e. También es posible considerar que la relación entre el residente y su familia no se corta al ingresar a un centro. Estas creencias y prejuicios sobre la ruptura familiar carecen de base científica y conllevan efectos negativos significativos en la percepción sociocognitiva de los centros, los mayores y los cuidadores. En todo caso, este vínculo está determinado en parte por el estado de salud físico y psíquico de la persona mayor, por la ayuda que los familiares le han prestado y por los sentimientos que estos pueden presentar: amor, culpa, apoyo afectivo, responsabilidad de devolver los cuidados, etc. (Buendía y Riquelme, 1997).

f. El punto anterior invita a revisar el concepto profesional de los vínculos no familiares. Por momentos, el vincularse se percibe como una obligación, más o menos sutil, que se espera que los residentes cumplan. En varios tramos narrativos, los entrevistados aludieron a una decisión de preferir no vincularse o hacerlo a su modo, estableciendo diferencias entre compañeros de residencia, amigos y familia. Las relaciones se resignifican “como en familia” (Robles-Silva, 2024). En este sentido, se vuelve necesario dejar que las relaciones fluyan, en lugar de instar a que se establezcan. Además, los vínculos pueden ser fuertes o débiles, más armónicos o conflictivos, con altibajos emocionales en su transcurso,

más distantes o muy presentes cara a cara, y no por ello resultar menos significativos en las experiencias personales.

g. Las historias de vida, aunque en número limitado, retratan aspectos clave y fascinantes de la historia argentina. Sin haberlo buscado, fueron capaces de mostrar diversos aspectos de interés para comprender estas vejeces: la clase social, el peso del nivel de instrucción escolar, la cultura familiar y el género, la movilidad social, empleos públicos y privados que caracterizaron una época (la vida en los Ingenios Azucareros, ELMA la empresa naviera estatal, los puestos en el gobierno nacional y provincial, el relevante rol cooperativo que supo tener el Supercoop), así como los derroteros que derivan de la irrupción de la enfermedad y la dependencia. Estas permiten visualizar el valor del concepto de curso de vida (que desplaza al de ciclo vital) y su anclaje histórico y personal.

h. Finalmente, llama la atención que los residentes identifiquen al PAMI con un servicio del Estado, lo que implica falta de claridad respecto a un tipo de prestación como resultado de una contribución previa al sistema, es decir, de un derecho de contraprestación en lugar de una donación gratuita (al menos desde la visión del asistido). Aspecto importante cuando se trata de ubicar al sujeto (de derechos) en el ejercicio de la ciudadanía.

En síntesis, estos señalamientos advierten sobre requerimientos para una mejor sincronización del servicio profesional con las necesidades y expectativas de los residentes en las RLE. Los hallazgos evidencian la necesidad de una estrategia distinta con el objeto de conocer más a fondo a los usuarios del servicio en las RLE (residentes y familias), como parte del trabajo en la convivencia residencial. Si bien, la interacción con el exterior (familia, comunidad, instituciones) es una dimensión clave para el Trabajo Social, se observa un rol menos desarrollado de la disciplina como parte del equipo interdisciplinario, con foco en la dimensión relacional como parte del proceso de integración al nuevo hogar.

7.b- Cuidados progresivos e impacto en el bienestar

Como ya analizamos, la noción de sistema o cuidados progresivos de atención supone un *continuum* de servicios que parte de los centros de día y de la atención en domicilio con un predominio de los servicios preventivos, pasa luego por las residencias para aquellos con nivel de dependencia leve o moderada, hasta las residencias de larga estadía de cuidados especializados, las cuales constituyen el último eslabón de la cadena de servicios

de atención. Estas últimas se distinguen según la capacidad institucional para atender los casos de dependencia severa y la necesidad de atención personal intensiva y especializada las 24 horas del día.

Este es un esquema operativo basado en la valoración de la dependencia, con una secuencia que se fundamenta en las necesidades de apoyo para las actividades de la vida diaria. Sin embargo, este modelo teórico, si bien consistente, presenta algunas limitaciones prácticas: por un lado, el equipo profesional debe contar con la capacidad técnica para evaluar adecuadamente la dependencia funcional e instrumental de la persona. Por otro lado, hay que notar que — tras una adecuada evaluación del caso — hay muchas zonas del país donde resulta imposible cumplir con esta progresión por falta de centros específicos de atención. Esta condición no hace más que reflejar la fragmentación del sistema de atención a la dependencia que mencionamos al comienzo de este trabajo. La preeminencia de las Obras Sociales como principal fuente de cobertura en el caso de Residencias para personas mayores, se sostiene en la existencia de una vida laboral aportante a la Seguridad Social de manera relativamente estable, en tanto expresión del acuerdo capital-trabajo originado a mediados del siglo XX. Lo que hace presumir que, en el corto plazo, los problemas de cobertura y de asistencia especializada se agudizarán a la par que se consolida la informalidad laboral en el país.

Al respecto, la lectura de la situación de Márquez Herrera (2022) es crítica. La autora entiende que, si bien el Estado se compromete a salvaguardar los derechos de las personas mayores, en realidad es subsidiario en el reino del mercado. El acceso a servicios para los mayores depende de la capacidad económica de quienes pueden vincularse al Sistema de Seguridad Social; las otras personas, en algunos países, la gran mayoría de la población, tendrán que conformarse con programas de beneficencia replanteados en el marco del actual neoasistencialismo que ofrece programas sociales de protección con subsidios bajos, o servicios sociales básicos como alimentos, alojamiento, servicios de salud, medicamentos o ayudas técnicas. Asimismo, la autora entiende que tanto la Convención como otros instrumentos jurídicos, presentan la corresponsabilidad como un principio, con el que el Estado compromete a la familia y la comunidad en el cumplimiento de sus obligaciones. La estrategia promovida por el neoliberalismo se ha ido instalando gradualmente en el lenguaje cotidiano y en los escenarios institucionales ligados al envejecimiento.

En cualquier caso, este *continuum* se ve atravesado, además, por las condiciones particulares de cada sujeto y sus variaciones en el tiempo: edad, condición médica, redes de contención y situación socioeconómica. Precisamente, el modelo continuo de cuidados

busca acompañar al individuo a lo largo de las distintas etapas de la dependencia mediante servicios que respondan a sus necesidades. La planificación local, de proximidad, parece ser la más indicada. No obstante, en la Argentina solo algunas provincias han desarrollado áreas especializadas de atención a la vejez, aunque con presupuestos en general insuficientes para prestar servicios de cuidado. Si bien la rectoría nacional se ha mostrado históricamente necesaria y no siempre exitosa, resulta subóptima para adaptar el esquema a las particularidades regionales y locales.

Las residencias de larga estadía presentan una ubicación claramente urbana, al igual que el perfil mayoritario de sus residentes. Los cuidados progresivos responden mejor a valores y estilos de vida urbanos, como lo evidencia la posición de las RLE analizadas en el contexto tucumano. En las ciudades más pequeñas, al interior de departamentos y provincias, el cuidado familiar continúa siendo la solución principal. Este punto debe considerarse como otro objetivo de indagación y remite a la cuestión de la accesibilidad a los servicios socio-sanitarios en general.

A pesar del escaso avance plagado de eufemismos para algunos investigadores; de unas herramientas útiles propulsoras de cambios de enfoque para otros, los instrumentos internacionales son un marco relevante tanto para la implementación de políticas públicas como para el seguimiento y el reclamo jurídico. Así, Sorinmade et al. (2025) recuperan premisas de la ONU referidas a la "Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030", y proponen tres acciones clave:

a) cambiar la narrativa, que constituye un primer paso cultural. El texto sugiere que, si una cultura respeta a sus mayores, la discriminación disminuye. Se debe reemplazar la idea del envejecimiento como una "bomba de tiempo demográfica" por verlo no como una carga económica, sino como una oportunidad y una fuente de valor, especialmente en economías informales y asociada a la tarea de cuidados;

b) fortalecer políticas con enfoque de derechos, es decir, centradas en la persona, no solo en la enfermedad. Integrar la tecnología (IA y telemedicina) de forma ética, cerrando la brecha digital y protegiendo a los mayores de estafas o algoritmos discriminatorios;

c) fomentar la colaboración global e intersectorial, pues el envejecimiento es un desafío que cruza fronteras y sectores de política pública en las que salud, vivienda, educación y servicios sociales se ven comprometidos.

En relación con la progresión del bienestar, se recupera el texto clásico de Knapp (1990) para comprender que la producción de bienestar supone alcanzar objetivos finales e intermedios que vienen determinados por el nivel y las modalidades de combinación de los *inputs*, es decir, de los recursos tangibles, pero particularmente de los intangibles — disposición, capacidades, actitudes— en el caso de los servicios sociales. Alcanzar los objetivos asistenciales previstos en la planificación institucional implica resultados que deben compararse tanto entre individuos como entre períodos de tiempo. El logro en materia de bienestar supone un proceso dinámico, una medida de flujo, de tendencia. Las intervenciones no responden a necesidades transitorias, sino, por todo lo antedicho, a deficiencias prolongadas en el bienestar y a deterioros progresivos.

Valorar el grado de bienestar implica dos vectores: intensidad y duración. La intensidad en el bienestar objetivo y subjetivo va a variar a lo largo del proceso de integración a las RLE. El impacto es probablemente más adverso al momento del ingreso a la residencia, cuando los residentes pueden mostrarse desorientados y vulnerables; sin embargo, este efecto adverso puede ser más pronunciado en el caso de no recibir asistencia alguna y puede ser menor a medida que el residente logre ajustarse al nuevo entorno.

Sin embargo, no podemos anticipar con certeza plena en qué momento de ese proceso de integración a la residencia cada sujeto efectivamente alcanzará su máximo. Un proceso de evaluación buscará considerar el plus, es decir, el efecto neto de la intervención asistencial (ya sea del área médica, psicológica, de enfermería o de trabajo social) a partir de los objetivos e indicadores de éxito previstos.

La producción de bienestar se define entonces como el efecto diferencial que genera la combinación de los recursos materiales, profesionales, técnicos, el entorno y el estilo de vida. Asimismo, hay que señalar que no es posible medir el bienestar sin errores, los que surgirán inevitablemente a causa de las fluctuaciones y de las particularidades individuales. Además, el proceso de obtención de los datos siempre interfiere en alguna medida en las percepciones de los sujetos observados. Finalmente, la valoración de la duración e intensidad es posible mediante el seguimiento a lo largo del tiempo.

7.c- Matriz de impacto del Trabajo Social

En términos generales, puede afirmarse que el Trabajo Social "humaniza", le pone rostro e identidad a los protocolos técnicos que implementan las disciplinas del área médica, asegurando que el residente sea tratado como una persona con historia y derechos, en lugar de un paciente con necesidades clínicas. Por lo tanto, el papel del trabajador social gerontológico debe concebirse como parte de un equipo de trabajo. En este sentido, una primera aproximación se presenta en el cuadro N° 13.

En parte, estos presupuestos han sido señalados por los profesionales respondentes; no obstante, otros aparecen de forma tímida o quedan fuera de la mirada profesional.

Cuadro N° 13. Esquema básico de coordinación interdisciplinaria

Fase	Área Médica y Terapia	Área de Enfermería	Área de Trabajo Social
<i>Inicial/Recepción</i>	Evaluación bio-psíquica	Recepción y acogida	Abordaje inicial del residente y familia. Intervención en crisis.
<i>Evaluación diagnóstica</i>	Diagnóstico de capacidades, identificación de patologías susceptibles de rehabilitación, apoyo psicofarmacológico y coordinación con especialistas externos.	Valoración funcional para establecer autonomía del paciente (aplicación de escalas Barthel y Katz)	Perfil del residente: historia de vida, intereses, gustos y roles previos a fin de "personalizar" su estancia.
<i>Seguimiento/rehabilitación</i>	Talleres de estimulación y rehabilitación según perfil	Implementación del plan de cuidados	Red de contención: Disposición y acondicionamiento de vínculos con otros residentes, referentes y familiares

Fase	Área Médica y Terapia	Área de Enfermería	Área de Trabajo Social
<i>Meta final</i>	Estabilización: lograr un estado psicofísico óptimo.	Autonomía: mantener o recuperar la autovalidez.	Pertenencia: lograr que el hogar sea su nuevo "grupo de referencia".

Fuente: elaboración propia

Desde ese encuadre, el trabajador social tiene un rol fundamental tanto en las adecuaciones iniciales como en todo el proceso de integración al nuevo espacio de vida. Proceso que no se cumple de cualquier manera, sino atendiendo a los conceptos de envejecimiento activo, cuidados progresivos, identidad, protagonismo en las decisiones y autonomía; aspectos que se resumen en el cuadro N° 14. El profesional, junto al equipo interdisciplinario, no solo "anota datos", sino que analiza científicamente la experiencia del residente para mejorar los planes de cuidados y los protocolos de actuación.

De importancia no menor es el proceso de preingreso a las residencias objeto del estudio, que en ocasiones comienza mucho antes: desde la toma de decisiones, tanto individuales como familiares, la comunicación a los demás, la tramitación burocrática de la solicitud, la permanencia en la lista de espera, la comunicación oficial de que le corresponde una plaza y sus gestiones, etc. Es un momento especialmente crítico debido a la incertidumbre, las dudas y la problemática previa que determinan la necesidad de ingreso, todo lo cual genera estrés. Estas cuestiones fueron mencionadas en varias entrevistas por residentes y por los profesionales, al momento de su ingreso a la RLE. El momento implica las vicisitudes propias de la coordinación interinstitucional, una dimensión que también debiera considerarse en el proceso de integración.

Cuadro N° 14. Rol del Trabajo Social en el proceso de integración a la RLE

Proceso	Acción Principal	Objetivo Final
Integración	Mediación familia-residente; residente-residente y residente-equipo tratante y dirección de la RLE	Minimizar el trauma del ingreso y el desarraigo. Insertarse en nuevo centro de vida.
Seguimiento/ Rehabilitación	Fomento de redes sociales	Evitar el "hospitalismo" y el aislamiento social.
Calidad de vida	Reinserción comunitaria	Proyectarse como ciudadano activo, participe de sus grupos de referencia.

Fuente: elaboración propia

En la trayectoria que presentan los cuadros N° 13 y 14 se incorporan factores como la influencia del estilo de vida, del entorno y del estrés, que pueden acelerar o detener el deterioro psicofísico. Este horizonte conceptual también es bien propio del Trabajo Social. En la labor profesional no basta con dar información, sino con acompañar en el proceso de solicitud e ingreso. La persona mayor debe sentir que el recurso o apoyo ofrecido y disponible es útil y adecuado. Se trata de distinguir entre lo real y lo percibido por el sujeto. Una sencilla pregunta como: ¿siente usted que tiene a alguien a quien acudir como un referente? puede revelar aspectos esenciales, pues, aunque tenga una familia numerosa y presente, el residente puede sentir que no lo apoyan, por lo que su nivel de estrés será como el de alguien que está solo. La mediación del trabajador social y su acción terapéutica colaboran en gestionar angustias y rechazos y en fortalecer la red de apoyo emocional. Hay algo así como un acompañamiento "paso a paso", especialmente para aquellos más vulnerables.

Veamos más en detalle cada momento del proceso:

La **integración** a la RLE puede presentar lo que en la literatura se conoce como síndrome de adaptación. El ingreso no es un trámite administrativo, sino una crisis vital. Actualmente, la cuestión no se centra en analizar sus efectos positivos o negativos, sino en estudiar los procesos y variables influyentes y en buscar estrategias para optimizar el proceso, disminuyendo y compensando los aspectos negativos y las dificultades, y aumentando los positivos y las oportunidades que se ofrecen (Leturia Arrazola, 1999).

Mientras el área de Enfermería, por ejemplo, se ocupa de la estabilización clínica, el Trabajo Social aborda la crisis de identidad y de pertenencia. Ello implica operar para mitigar el desarraigo, identificando factores de riesgo (pérdidas recientes, mala relación familiar previa, desajuste socioeconómico, desarraigo geográfico) y reconociendo el nivel de conciencia de la situación (lúcido, confuso, que niega la realidad).

Su rol es transparentar el proceso para que el ingreso no sea vivido como un "abandono" o una "cárcel", sino como una nueva etapa vital. En simultáneo, puede trabajar con el grupo familiar para transformar la percepción de "abandono" en una de "acompañamiento". Cuando el ingreso es "engañoso", sincerar la situación es la única forma de frenar el deterioro clínico que suele seguir a una traición familiar. El objetivo es transformar la internación como evento traumático en un proceso de adaptación controlado. La validación del esfuerzo familiar y la gestión de expectativas son acciones importantes en esta fase. Se trata de que la familia comprenda, desde el primer día, que el ingreso es un proceso profesional y no un abandono.

Asimismo, participar en la evaluación biopsicosocial inicial es clave para recuperar aspectos fundamentales del perfil del nuevo residente, asegurando que su historia social (sus antiguos trabajos, puntos de referencia, hábitos y roles) sea respetada y utilizada para organizar sus actividades en el hogar.

Es fundamental que el residente sienta que ha ingresado a una institución que reconoce su crisis vital y cuenta con profesionales capacitados para acompañar este pasaje. Si entendemos el propio ingreso como estresor, esto es, como un evento vital, un suceso puntual que implica cambios importantes en la vida de las personas, exigiendo del organismo un esfuerzo de adaptación y ajuste excepcional (Holmes y Rahe, 1967) tal vez se expliquen algunas de las situaciones problemáticas que el propio ingreso genera y puede pensarse algunas estrategias a seguir.

Comprendido esto, para el Trabajo Social puede resultar oportuno apelar a un modelo de intervención en crisis como una opción dentro de las propias teorías de intervención social. Pensado como una opción dentro de las intervenciones breves, dirige la atención del

plan hacia la prevención. Payne (1995) menciona a Golan (1978) como una de las autoras que mejor articuló los fundamentos teóricos de la intervención en crisis. El planteo parte de la relación entre hechos estresantes (pérdidas, amenazas, retos, etc.) que dan lugar a respuestas, síntomas y a una secuencia de factores, algunos de los cuales se interpretan como desencadenantes. La intervención se realiza en términos de una integración basada en:

- a) la corrección de la percepción cognitiva mediante una comprensión más completa de los hechos y sus alternativas;
- b) el manejo de los sentimientos, lo que supone su validación, liberación de la carga emocional y efectos de reconocimiento y dominio; y
- c) el desarrollo de nuevas formas de pensamiento, de comportamientos y actitudes frente a los problemas.

El cuadro N° 15 sugiere una guía básica para el diagnóstico familiar inicial, que puede incorporarse como instrumento en las primeras acciones que acompañan el pre-ingreso e ingreso de un nuevo residente.

Cuadro N° 15. Guía de entrevista para un diagnóstico familiar inicial

Los primeros encuentros debieran ofrecer un espacio confiable que permita validar las emociones (miedo, enojo, angustia) y crear condiciones para un sinceramiento gradual.

1. Objetivo: detectar si el ingreso fue forzado o se realizó bajo engaño.

Para la familia:

¿Qué explicación técnica o familiar le dieron al residente sobre su llegada aquí?

¿Él/ella participó en la elección de este hogar o fue una decisión tomada por los hijos/cónyuge?

"¿Se le informó que la estancia es permanente o se le dijo que era 'por unos días'?"

Para el Residente:

¿Qué entiende usted que va a suceder en este lugar?

¿Cómo se siente respecto a la decisión que tomó su familia?

2. Objetivo: conocer el perfil biopsicosocial (capacidades remanentes)

Historia de Vida:

¿A qué se dedicaba en su etapa activa? ¿Qué habilidades manuales o intelectuales destacaba en él/ella?

¿Qué actividades le daban sentido a su día antes de este cambio (lectura, música, jardinería, charlas)?

Vínculos:

¿Quién es su referente afectivo real? (No siempre es el que paga la cuota)

¿Quién es la persona que mejor lo/la calma en momentos de angustia?

"¿Cómo era la convivencia en casa antes de venir? (detectar vínculos nocivos o particularmente conflictivos)

3. Objetivo: Minimizar la pérdida de identidad (Puntos de Referencia)

Entorno Social:

¿De qué barrio viene? ¿Tenía rutinas fuera de la casa (ir al club, a la iglesia, al almacén)? ¿Participaba de grupos y actividades?

¿Qué objetos personales trajo consigo que tengan un alto valor emocional?"

Expectativas:

(A la familia) ¿Qué esperan que logre el residente en la RLE en una primera etapa?

Fuente: elaboración propia.

Durante el **seguimiento**, una evaluación del logro alcanzado en la integración del residente a la RLE puede incorporar los siguientes criterios básicos (cuadro N° 16). En caso contrario, habrá que revisar la existencia de otros factores clínicos no detectados; de factores familiares en tanto una influencia negativa o abandono; como el ajuste en la intervención y el plan de cuidados pautado.

Cuadro N° 16. Seguimiento del proceso de integración a la RLE

Criterio de Evaluación	Observaciones
Aceptación del centro de vida	¿Reconoce el hogar como su lugar de residencia actual?
Vínculos afectivos	¿Ha iniciado nuevos vínculos con pares o personal?
Uso de capacidades remanentes	¿Mantiene su autovalidez en función de su potencial físico?
Conexión familiar	¿La relación familiar es estable y continente?

Fuente: elaboración propia.

De alguna manera, se trata de reconocer en qué medida el residente acepta la rutina del hogar y disminuyen los episodios de angustia por el desarraigo, si se han estabilizado los parámetros biológicos (sueño y apetito), si se identifica por nombre a algunos compañeros y cuidadores, y si la familia ha podido cumplir con el régimen de visitas pactado. Algunos de estos indicadores se encuentran en los relatos de los residentes entrevistados. El tiempo promedio de estadía ha mostrado una adecuación a las rutinas propuestas, mas también sus propios ajustes al respecto.

Estos indicadores positivos permiten avanzar en una participación activa en las actividades y talleres propuestos, así como en la posibilidad de reconocer el valor de los espacios terapéuticos individuales o grupales donde conversar y trabajar miedos y emociones.

En la fase de **estabilización y vinculación**, se espera el aprovechamiento de las capacidades remanentes y el desarrollo de un sentido de pertenencia, así como la asunción de roles y pequeñas responsabilidades acordes con el grupo. Sentirse "parte de" distingue un

indicador de calidad de vida, y también se asocia al bienestar y la satisfacción. No ocultar los deterioros ni las dificultades más en el entorno vital de orientación y asistencia.

En las respuestas de los trabajadores sociales se evidenciaron con claridad las actividades relacionadas con sus incumbencias y responsabilidades, pero las menciones a un trabajo colaborativo estuvieron ausentes.

Por un lado, bajo el concepto de redes sociales, surge de manera distintiva el rol orientado a una institución como sistema abierto: estas incluyen las redes familiares en sentido amplio, así como las redes sociales y comunitarias, organizando salidas al mundo exterior y trayendo la comunidad al hogar (escuelas, grupos musicales, centros vecinales). En este plano, un conjunto de menciones apareció en las respuestas.

Respecto del trabajo colaborativo, si bien la idea de interdisciplinariedad estuvo presente, no se reflejó en la mención a acciones concretas. Convengamos que estas pueden ser lideradas por Trabajo Social o por otras disciplinas presentes en las RLE. Para el caso, el trabajador social puede colaborar para que la rehabilitación no quede solo en el movimiento físico o en el ejercicio mental, sino que se traduzca en una integración real. Talleres de musicoterapia o de teatro tienen fines específicos, pero desde la perspectiva del Trabajo Social implican la creación de espacios para la formación de vínculos afectivos entre los residentes, procurando una resocialización que impida el deterioro por aislamiento.

Es decir, cualquier actividad puede ser un canal que habilite grupos de pertenencia. La mejora del trabajo interdisciplinario depende de que la información no quede estanca, sino que circule mediante un flujo constante. Por ejemplo, el área de enfermería puede detectar durante la higiene una conducta de aislamiento o de falta de motivación. El trabajo social analiza si esto se debe a un conflicto con la familia, a un duelo no resuelto o a un problema de convivencia en la RLE. El área médico-psicológica comparte su parecer, ajusta la terapia o el taller. En el mismo sentido, el trabajador social puede compartir sus observaciones en torno a los principales indicadores de alerta, como son: la negativa absoluta a la alimentación o higiene, la desorientación témporo-espacial aguda (no presente al ingreso) y la agitación psicomotriz persistente por el desarraigo.

En síntesis, en el caso de los tipos de RLE analizadas, la intervención profesional debe estar orientada a un enfoque de prevención social y rehabilitación, donde el objetivo no es solo la custodia del anciano, sino su recapacitación funcional. Se busca que el residente recupere sus roles activos y no sea un sujeto pasivo del cuidado.

Diversas experiencias institucionales con talleres de todo tipo (de aprendizaje, de memoria, expresivos, reflexivos, de multiestimulación, de recreación) y comunitarias, además de demostrar su eficacia en la optimización del envejecimiento, constituyen ámbitos propicios para la detección temprana y la derivación oportuna, así como para el armado de redes de apoyo y el trabajo con las familias, operando de este modo como verdaderos recursos sociosanitarios promotores de salud y preventivos de patologías (mentales, entre otras).

Conclusiones

El proceso de envejecimiento poblacional es un fenómeno demográfico que caracteriza el siglo XXI y está impulsado por el aumento de la esperanza de vida y la disminución de las tasas de natalidad. Al mismo tiempo, los cambios familiares y en los estilos de vida explican una disminución del cuidado familiar tradicional. En este contexto, la necesidad de una asistencia integral a las personas mayores se convierte en una prioridad ineludible que presenta tanto oportunidades como desafíos, no solo desde una perspectiva humanitaria, sino también como un imperativo para la sostenibilidad de sistemas de salud y de protección social robustos y adaptables a los cambios.

En este contexto, el propósito de este trabajo redundó en un mejor conocimiento sobre el cuidado institucionalizado de las personas mayores, tanto en sus aspectos favorables como en sus puntos críticos, desde una perspectiva interventiva del Trabajo Social. El objetivo general de la tesis procuró reconocer las limitaciones y potencialidades del cuidado residencial de personas mayores en una provincia del noroeste argentino, como las condiciones y desafíos del quehacer profesional del Trabajo Social en el marco de un envejecimiento activo.

En cuanto a las limitaciones del estudio, estas han derivado de la naturaleza no probabilística de la muestra, como del carácter semiestructurado de las entrevistas y autoadministrado del cuestionario dirigido a los trabajadores sociales. El propio perfil del investigador, expuesto a los fines del consentimiento para participar de la indagación, introdujo sesgos, generando expectativas de rol tanto en los mayores residentes como en los colegas trabajadores sociales. Para la investigación futura, sería deseable ampliar la base empírica y combinarla técnicamente con otros instrumentos de abordaje, tanto individuales como grupales.

En presencia de una cultura y perfil familiarista que ha mantenido el sistema de políticas sociales en la Argentina, se puso a prueba la opinión generalizada de que, en la vejez, el cuidado familiar es un bien preferente al cuidado residencial. Las narrativas de los residentes, así como de los trabajadores sociales, han mostrado diversas facetas del bienestar en las RLE analizadas, entre ellas la toma de decisiones, el consentimiento y el trabajo profesional atendiendo a la crisis vital del ingreso, factores clave de los hallazgos.

Argentina es uno de los países más avanzados de la región en materia de políticas y programas de atención a la dependencia. Los derechos de las personas mayores están consagrados en la Constitución Nacional, mientras que el país ratificó en 2017 la “Convención Interamericana sobre la protección social de los derechos humanos de las personas mayores” de 2015. No obstante, el avance que estos instrumentos jurídicos representan, los principios de protección y corresponsabilidad se aplican en la Región bajo un enfoque neo-asistencialista que reafirma diferentes intereses, creando barreras y dificultando el efectivo goce de los derechos humanos de las personas en su vejez.

En el caso de la prestación de servicios de cuidado a largo plazo en instituciones para personas mayores en Argentina, los ciudadanos dependen fundamentalmente de la Seguridad Social contributiva. El sistema no cuenta con un marco regulatorio nacional unificado para el funcionamiento y la fiscalización de dichos establecimientos, lo que se traduce en una dispersión normativa provincial. A su vez, la Obra Social PAMI concentra la mayor capacidad de cobertura nacional, desbalanceando el conjunto del mercado prestacional: el sector privado los realiza en menor cuantía, de manera directa e indirecta en la prestación de servicios a través de organizaciones con y sin fines de lucro, muchas de las cuales venden sus servicios directamente al PAMI y a otras Obras Sociales. Las familias y comunidades, por su parte, participan en el sistema de atención a la dependencia tanto como proveedoras como compradoras de cuidados, lo que implica una sobrecarga para la mayoría de la población.

Desde el punto de vista conceptual, la tesis reunió diferentes aportes disciplinarios que dan cuenta de un cambio de enfoque para analizar el envejecimiento, pasando de un modelo orgánico-biológico del envejecimiento y la discapacidad a uno biopsicosocial, en el que el entorno juega un papel fundamental. Sin embargo, el modelo dominante aún pesa en la gestión de las vejez con una interpretación centrada en las patologías. Incluso en ocasiones, aun en enfoques de avanzada, cuando se habla de prevención y de factores de riesgo psíquicos y sociales, se piensa desde las condiciones de patología, desde el daño ya instalado.

Recordemos que, en el pasado reciente, si se llegaba a pasar los 60 años, el tiempo que quedaba estaba signado por la enfermedad, el retiro, el descanso. Lo esperable en el campo de lo psi era la demencia, y en el ámbito psicosocial, las depresiones como efecto del maltrato social. La mirada tendía a escindir la normalidad y la patología, lo preventivo y lo asistencial, las teorías (Erikson con su teoría del ciclo vital, Fromm o Kohut en las llamadas teorías del yo, y otros autores cognitivistas o conductistas) y el abordaje profesional. Luego,

con la delimitación de la gerontología —primero la geriatría y luego la gerontología social— llegamos a finales del siglo XX con la teoría del curso de la vida y las ciencias del envejecimiento, en una conjunción de orientaciones como la cognitiva, el psicoanálisis y el sistémico, junto con los desarrollos de las neurociencias y el enfoque psico-neuro-inmuno-endocrinológico (PNIE). En este sentido, la investigación sobre el envejecimiento debe mantenerse abierta. Si hoy en día la percepción de la vejez está marcada por convenciones sociales, culturales y emocionales, la ciencia también produce constantemente nuevos hallazgos en los que la biología resulta un marcador relevante. La mirada binaria está agotada. Entre lo biológico y lo cultural se mueven la variabilidad interpersonal y la plasticidad, dos factores que hoy en día forman parte del continuo proceso de adaptación en el curso de la vida.

Asimismo, se ha hecho referencia a un cambio del paradigma de la atención reactiva al del bienestar proactivo. Este carácter proactivo se desprende de lo comprobado en las historias de vida recogidas: cómo los procesos biológicos van construyendo entramados con los procesos sociales y subjetivos. El cuerpo, a diferencia del organismo, es una construcción subjetiva en tanto que hábitat de la identidad. Esta construcción abarca la vida entera, incluyendo los avatares del envejecimiento. Se trata, entonces, de ver a un sujeto envejeciente y cómo va construyendo, a lo largo de su historia particular, su envejecimiento, incluyendo cómo trata su cuerpo y cómo arma su entorno. Es decir, como un sujeto proactivo.

Conceptos como el envejecimiento activo, la discapacidad y la dependencia funcional han sido fundamentales en el análisis del proceso de trabajo en las RLE, lo que ha aportado nuevos indicios para seguir investigando en los contextos locales de práctica. Se considera necesario profundizar en las culturas institucionales, destacando la importancia de analizar la sinergia entre las tendencias nacionales y las realidades microsociales. La indagación en un espacio subnacional ha sido fructífera y permite visualizar las particularidades de la Argentina. En ese sentido, la investigación es un aporte a la mirada regional: entender cómo una provincia del NOA se inserta en las tendencias globales y regionales, enfrentando sus propias particularidades culturales y económicas.

En el diálogo con los residentes, ha quedado claro que sus vivencias reflejan aspectos significativos de sus experiencias de vida, tanto en sus hogares como en las residencias de larga estadía que los acogen actualmente. En las RLE hallan un transcurrir del tiempo más relajado en la medida en que las necesidades básicas están resueltas, reconociendo y aceptando la relación que existe con los miembros de sus familias; ante enfermedades

cuentan con alguien que pueda cuidarlos. Hay un grado de satisfacción reflejado en el consentimiento para continuar en las RLE. Claro que ello no excluye que, al mismo tiempo, se perciban aspectos negativos vinculados a una movilidad más reducida, a ver empeorar su enfermedad, a no poder realizar ciertas cosas y a la amargura que ello conlleva, a la soledad, a la muerte, al escaso acompañamiento del Estado y de la sociedad. Sus opiniones también permitieron concluir sobre la necesidad de una mejor sincronización del servicio profesional con las necesidades y expectativas de los residentes de las RLE.

Los trabajadores sociales, por su parte, presentan enfoques *aggiornados* al desarrollo actual del campo gerontológico, con la necesidad de pasar de los conceptos a la acción. El fomentar, optimizar, brindar e integrar, presentes en sus objetivos, deben convertirse en actos profesionales, con una metodología e indicadores de éxito que habiliten la evaluación concurrente y ex post. Asimismo, se ha advertido que la mejora de la calidad del servicio social gerontológico enfrenta diversos obstáculos que pueden agruparse en factores conceptuales, metodológicos, estructurales y coyunturales.

Se han identificado algunas reticencias conceptuales y metodológicas ligadas a la incorporación consistente de nueva terminología y a la estandarización de procesos, ya que pueden afectar la atención individualizada, así como a la falta de práctica evaluativa en la sistematización de datos y procesos y en el análisis de sus resultados. En cuanto a los factores de índole estructural y coyuntural, pueden asociarse a deficiencias operativas y burocráticas, a la brecha tecnológica, a la falta de coordinación y de trabajo en red. En algunos casos, la precariedad laboral es una realidad preocupante: los profesionales enfrentan contratos inestables, falta de formación continua y una alta carga de trabajo. Esto deriva en riesgos psicosociales que afectan negativamente tanto la calidad del servicio como la continuidad de la atención. En términos macro, los ajustes en el presupuesto público como en las prioridades de política pública inciden negativamente en un sistema de seguridad social anclado en la fortaleza del Estado en sus distintos niveles de gobierno.

Se ha demostrado que el rol del trabajador social se ha ampliado hacia la mediación familiar, la gestión integral de los casos en el proceso de institucionalización, tanto en lo que respecta a la culpa familiar, a los efectos de la vida en las residencias o a la apertura de la institución hacia la comunidad.

Se registra una potencialidad de trabajo poco explorada que permita superar el plano de la gestión y la asistencia para avanzar hacia una intervención transformadora y terapéutica con los residentes. En ese sentido, se han desarrollado en el trabajo matrices de análisis y guías prácticas que dan cuenta de la gama de opciones que el trabajador social gerontológico

y los servicios sociales pueden ofrecer desde el criterio del envejecimiento activo (salud, seguridad y participación), tanto en el ámbito estatal, lucrativo como en el del tercer sector.

El rol del Trabajo Social en las residencias de larga estadía es el de un articulador estratégico. Su función no es administrativa, sino terapéutica y mediadora, actuando como el "puente" que conecta al residente con su pasado (familia), su presente (el hogar) y su entorno (la comunidad). La fase del pre-ingreso emerge con un peso significativo que conduce hacia procesos de integración exitosos. Se requieren servicios de consejería y asesoramiento especializados para ello. La intervención más eficaz no es la que simplemente ofrece recursos, sino la que transforma el apoyo disponible en apoyo percibido y en bienestar sentido por los usuarios.

Complementando lo anterior, se argumentó que la tarea en el campo gerontológico es inescindible de la interdisciplinariedad. Sin la diversidad de miradas que aportan las diferentes disciplinas sobre el envejecimiento, no se pueden cumplir las premisas teóricas y metodológicas asumidas. Sin embargo, ello es más que una típica reunión mensual entre colegas en una residencia de larga estadía o en un servicio social de orientación y gestión. Es más que un intercambio de información sobre un caso o una derivación.

Se vincula con la noción de abordaje integral, mencionada recurrentemente. La integralidad incluso excede a los equipos profesionales, pues incorpora a todos los actores que desempeñan funciones en los servicios para mayores y que, para los residentes—como he podido conocer durante el trabajo de campo—pueden resultar figuras relevantes en el día a día institucional. El equipo debe trabajar para que el residente pase de ser un "objeto de cuidado" a un "protagonista de su nueva vida".

El modelo analítico que ha orientado la interpretación de los datos empíricos se asienta en un esquema de atención centrado en la persona y proactivo, que no solo trata enfermedades, sino que también promueve el bienestar y la independencia. La especialidad del Trabajo Social Gerontológico presenta una exigencia de capacitación teórica y metodológica, y constituye un aporte sustantivo a los equipos profesionales en residencias de larga estadía.

El horizonte es por momentos desafiante y en otros, confuso: *"en lo fundamental, nada o muy poco ha cambiado en la realidad de las personas en su vejez. Empezando por el imaginario social, en el que, a pesar de jugar con todo tipo de eufemismos, se mantiene viva la imagen de una vejez inservible y estorbosa"* dirá Márquez Herrera (2022: 39). En contrapartida, en una reciente carta al editor, Hamler y English (2025) analizan el envejecimiento y el Trabajo Social en una plutocracia en auge. Describen un escenario

global percibido desde la pandemia de COVID-19 como menos estable, menos seguro y menos bueno. Sin embargo, afirman que los trabajadores sociales están bien preparados para ello, incluso con las corporaciones tecnológicas influyendo en las decisiones políticas: *“El futuro no está escrito, no existe el destino, sino lo que nosotros mismos nos forjamos”*.

Referencias bibliográficas

- Abbott, P., y Wallace, C. (1990). *The sociology of the caring professions*. The Falmer Press.
- Abramovich, V., y Pautassi, L. (2009). El enfoque de derechos y la institucionalidad de las políticas sociales. En V. Abramovich y L. Pautassi (Comps.), *La revisión judicial de las políticas sociales: Estudio de casos*. Del Puerto
- Aguirre, R. (2011). *Información y conocimientos para la incidencia política y la definición de la política de cuidados en Uruguay* [Ponencia]. 46° Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional para la Mujer de América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- Aizen, R. (Comp.). (2003). *Temas de Gerontología Social*. Dirección General de Tercera Edad, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Alemán Bracho, C. (2013). Políticas sociales para personas mayores. *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, (9), 7–25. <https://doi.org/10.24965/gapp.v0i9.10082>
- Alonso, V., y Marzonetto, G. (2019). *El cuidado de personas con dependencia: Diagnóstico de situación y oferta de servicios estatales para adultos mayores y personas con discapacidad en la Argentina* (Documentos de Trabajo CIEPP, N.º 102). Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas.
- Anderson, R. (1992). *The aftermath of stroke: The experience of patients and their families*. Cambridge University Press.
- Andrés, H., y Gastrón, L. (1979). Críticas a la teoría del desapego: El hospital de día como una alternativa de integración. *Revista Española de Gerontología y Geriatria*, 14(5).
- Aranco, N., Bosch, M., Stampini, M., Azuara Herrera, O., Goyeneche, L., Ibararán, P., Oliveira, D., Reyes Retana Torre, M., Savedoff, W. D., y Torres Ramirez, E. (2022). *Envejecer en América Latina y el Caribe: Protección social y calidad de vida de las personas mayores*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0004287>
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P., y Medellín, N. (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). <https://doi.org/10.18235/0002891>
- Aranco, N., y Sorio, R. (2019). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay*. Banco Interamericano de Desarrollo.

<https://publications.iadb.org/es/envejecimiento-yatencion-la-dependencia-en-uruguay>

- Arcidiácono, P., y Bermúdez, L. (2020). La Pensión Universal para el Adulto Mayor en Argentina: ¿Hacia una protección universal o focalizada? *Revista de Estudios Sociales*, (72), 45–58.
- Arias, C. J. (2015). *La intervención del Trabajo Social en el campo gerontológico*. Espacio Editorial.
- Arias, C. J., Roqué, M. L., y Fassio, A. (2015). *Residencias de larga estadía para adultos mayores en Argentina: Relevamiento y evaluación*. Asociación Latinoamericana de Gerontología Comunitaria (ALGEC).
- Arza, C. (2017). Inclusión, prestaciones básicas y (des)igualdad: La distribución de la protección económica en la vejez en cuatro países de América Latina. *SaberEs*, 9(1), 69–89. <https://doi.org/10.35305/s.v9i1.154>
- Aylwin, N., y Solar, M. O. (2003). *Trabajo social familiar*. Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Baltes, P. B., y Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes y M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press.
- Banks, S. (1997). *Ética y valores en Trabajo Social*. Paidós.
- Batthyány, K. (2007). Género y cuidados familiares: ¿Quién se hace cargo del cuidado y la atención de los adultos mayores en Montevideo? Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.
- Batthyany, K. (Ed.). (2015). *Los tiempos del bienestar social: Género, trabajo no remunerado y cuidados en Uruguay*. Doble Clic.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo*. Paidós.
- Belando Montoro, M. R., y Scarlet, M. (2016). Políticas de envejecimiento: ¿Un dilema sin resolver? *Revista sobre Envejecimiento*, 23(4), 151–155.
- Berger, P., y Luckmann, T. (1997). *Modernidad, pluralismo y crisis de sentido*. Paidós.
- Briones Peralta, M. Á., Pardo García, I., y Escribano Sotos, F. (2021). Políticas públicas de cuidados de larga duración: Residencias para mayores, calidad del servicio y atención de calidad. *International Review of Economic Policy*, 3(1), 76–98. <https://doi.org/10.7203/IREP.3.1.21251>

- Brody, E. (1995). Prospects for family caregiving: Response to change, continuity and diversity. En Kene y Penrod (Eds.), *Family caregiving in an aging society: Policy perspectives*. Sage Publications.
- Buchanan, A. (2009). Política y práctica social basada en la evidencia: ¿Una nueva ideología o un imperativo de Derechos Humanos? *Revista Trabajo Social*, (76), 7–16.
- Buendía, J., y Riquelme, A. (1997). Residencias para ancianos: ¿solución o problema? En *Gerontología y salud: Perspectivas actuales*. Biblioteca Nueva.
- Cabero, L. (2019). Calidad de vida en el curso de la vida: Una mirada gerontológica. *Revista Electrónica de Trabajo Social*, (19). <https://trabajosocial.udec.cl/wp-content/uploads/2023/08/REVISTA-TS-UDEC-19-2019.pdf>
- Calvo, L. (2004). Socioterapia gestáltica: Una propuesta de abordaje profesional orientada al Trabajo Social del nuevo milenio. *Revista Margen*, (33). <https://www.margen.org/suscri/margen33/calvo.html>
- Caplan, G. (1980). Teoría de la crisis. En *Principios de psiquiatría preventiva*. Paidós.
- Casas Torres, G., y Zamora Carrillo, E. (Comps.). (2021). *Evidencias internacionales de Trabajo Social en Gerontología*. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Cecchini, S., Filgueira, F., Martínez, R., y Rossel, C. (Eds.). (2015). *Instrumentos de protección social: Caminos latinoamericanos hacia la universalización*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2010). *La hora de la igualdad: Brechas por cerrar, caminos por abrir*. Santiago de Chile.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2016). *Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: Conceptos, metodologías y casos prácticos*. Santiago de Chile.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Inclusión y derechos de las personas mayores*. Naciones Unidas.
- Cerrutti, M., y Maguid, A. (2011). *Familias divididas y cadenas globales de cuidado: La migración sudamericana a España* (Serie Políticas Sociales N° 163). CEPAL.
- Chaparro Díaz, L., Carreño Moreno, S., y Arias-Rojas, M. (2019). Soledad en el adulto mayor: Implicaciones para el profesional de enfermería. *Revista Cuidarte*, 10(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.633>.

- Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities. (2026). *Aging services standards manual*.
- Cummings, E., y Henry, W. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. Basic Books.
- D'Alessandro, M., O'Donnell, V., Prieto, S., Tabbush, C., y Zanino, C. (2020). *Los cuidados, un sector económico estratégico: Medición del aporte del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado al PIB*. Ministerio de Economía de la Nación.
- Danel, P., Sala, D., Casas Torres, G., y Piña Morán, M. (2022). *Debates disciplinares del Trabajo Social en el campo gerontológico*. Universidad Nacional de La Plata.
- De Souza Minayo, M. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, 6(3), 251-261.
- Di Carlo, E., Dartizio, R., e Ibañez, V. (2002). *La construcción social de la familia*. Paideia; Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Di Doménico, M. L., y Quintero, M. (2019). Trabajo Social Gerontológico en América Latina: Desafíos contemporáneos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*, 17(2), 88–105.
- Díaz, I., Escobar Carísimo, A. y Domínguez, L. (2013). *Derechos humanos en Paraguay 2013*. Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay.
- Donelan, K., Chang, Y., Berrett-Abebe, J., Spetz, J., Auerbach, D. I., Norman, L., y Buerhaus, P. I. (2019). Care management for older adults: The roles of nurses, social workers, and physicians. *Health Affairs*, 38(6), 941–949. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00030>
- Dubet, F. (2006). *El declive de la institución. Profesiones, sujetos e individuos en la modernidad*. Gedisa.
- Durán Heras, M. A. (2003). *El trabajo no remunerado y las familias*. Organización Panamericana de la Salud.
- Durán Heras, M. A. (2006). Dependientes y cuidadores: El desafío de los próximos años. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, (60), 57-74.
- Ellis-Hill, C., y Payne, S. (2001). The future: Interventions and conceptual issues. En S. Payne y C. Ellis-Hill (Eds.), *Chronic and terminal illness: New perspectives on caring and carers*. Oxford University Press.
- Esping-Andersen, G. (1993). *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Alfons el Magnánim.

- Esping-Andersen, G. (1999). ¿Burócratas o arquitectos? La reestructuración del Estado de benefactor. En *Europa presente y futuro del Estado de Bienestar: El debate europeo*. Miño y Dávila.
- Esping-Andersen, G., y Palier, B. (2011). *Los tres grandes retos del Estado del bienestar*. Ariel.
- Fantova, F. (2014). *Diseño de intervenciones sociales: Guía para profesionales de los servicios sociales*. CCS.
- Fassio, A. (2018). *Gestión de servicios para personas mayores: Una mirada desde el Trabajo Social*. Miño y Dávila.
- Fernández Lorca, M. B. (2023). Familismo, obligaciones filiales y género: Representaciones socioculturales del cuidado de personas mayores en Chile. *Ciudadanías: Revista de Políticas Sociales Urbanas*, (13).
- Fraser, N. (1994). After the Family Wage: Gender equity and the welfare state. *Political Theory*, 22(4), 591-618. <https://doi.org/10.1177/0090591794022004003>
- Ga H. (2020). Long-Term Care System in Korea. *Annals of geriatric medicine and research*, 24(3), 181–186. <https://doi.org/10.4235/agmr.20.0036>
- García-Ortiz, L., y Pérez-López, M. (2021). Ética y Trabajo Social en la atención a la dependencia. *Cuadernos de Trabajo Social*, 34(1), 159–174. <https://doi.org/10.5209/cuts.69854>
- Gascón, S. (2011). *El Trabajo Social con personas mayores: Una perspectiva de derechos*. Paidós.
- Gascón, S., y Redondo, N. (2014). *Calidad de los servicios de largo plazo para personas mayores en América Latina*. Proyectos de Protección Social; Banco Interamericano de Desarrollo.
- Gené-Badia, J., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Puig, L. O., y Jiménez, E. L. (2016). Social isolation and loneliness: What can we do as Primary Care teams? *Atención Primaria*, 48(9), 604. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>
- Glucksmann, M., y Lyon, D. (2006). Configurations of care work: Paid and unpaid elder care in Italy and the Netherlands. *Sociological Research Online*, 11(2), 25-39.
- Golan, N. (1978). *Treatment in crisis situations*. Free Press.
- González, C. C. (2017). La intervención social en el campo gerontológico. *Conciencia Social: Revista Digital de Trabajo Social*, 1(1), 82-96. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/18434>

- Grossman, C. (2013). El derecho de los adultos mayores a ser cuidados: Perspectiva sociojurídica. En L. Pautassi y C. Zibecchi (Coords.), *Las fronteras del cuidado: Agenda, derechos e infraestructura*. Biblos
- Hamler, T. C., y English, S. J. (2025). El futuro no está escrito: Envejecimiento y trabajo social en una plutocracia creciente. *Journal of Gerontological Social Work*, 1–3. <https://doi.org/10.1080/01634372.2025.2588157>
- Hash, K. M., Berg-Weger, M., Stewart, D. B., y Elliott, D. P. (2019). Social work's participation in the geriatric education centers educational evaluation: A brief report. *Journal of Applied Gerontology*, 38(3), 406–411. <https://doi.org/10.1177/0733464816681151>
- Healy, K. (2001). *Trabajo Social: Perspectivas contemporáneas*. Ediciones Morata y Fundación Paideia.
- Heaton, J. (1999). The gaze and visibility of the carer: A foucauldian analysis of the discourse of informal care. *Sociology of Health & Illness*, 21(6), 759-774.
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4.^a ed.). McGraw-Hill.
- Herrera Gómez, M., y Castón Boyer, P. (2003). *Las políticas sociales en las sociedades complejas*. Ariel.
- Holmes, T. H., y Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218.
- Huenchuan, S. (2013). El cambio de paradigma: la consideración del envejecimiento como un asunto de derechos humanos. En V. Montes de Oca (Coord.), *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento* (pp. 561–598). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Huenchuan, S. (2013). *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe: La hora de la protección pública y el cuidado*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Huenchuan, S. (2014). *Políticas públicas y sistemas de cuidado en América Latina: Lecciones aprendidas y desafíos pendientes*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Huenchuan, S. (Ed.). (2009). *Envejeciendo, derechos humanos y políticas públicas*. CEPAL.

- Huenchuan, S. (Ed.). (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el desarrollo sostenible: Perspectiva regional y de derechos humanos*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Ibañez, V. (2023). Desafíos actuales al saber de Trabajo Social: miradas hacia la intervención con familias. En V. Yañez (Comp.), *Derroteros del Trabajo Social contemporáneo: Sobre la construcción de saberes*. Editorial Beatrix. <https://editorialbeatrix.com/#publicaciones>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2024). Dossier estadístico de personas mayores 2024. Buenos Aires.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP - PAMI). (2020). *Residencias cuidadas: Guía de recomendaciones para los equipos de trabajo de las Residencias de Larga Estadía*. Gobierno de la Nación Argentina. https://www.pami.org.ar/pdf/residencias_cuidadas_f.pdf
- Instituto Técnico para la Acreditación de Centros de Salud. (2020). *Manual para centros residenciales*.
- Jelin, E. (1994). Las familias en América Latina. En *Familias Siglo XXI*. Ediciones de las Mujeres N° 20.
- Knapp, M. (1990). *La economía de los servicios sociales*. Escuela Universitaria de Trabajo Social/Euge.
- Knopoff, R., y Oddone, J. (1991). *Dimensiones de la vejez en la sociedad argentina*. Centro Editor de América Latina.
- Krmpotic, C. (2002). La identidad profesional frente a los nuevos datos de lo social. *Revista Regional de Trabajo Social*, (26), 54–61.
- Krmpotic, C. (2009). E pur si muove: En búsqueda de un nuevo patrón familiar (o las dificultades para aceptar el mestizaje). En M. De Martino (Comp.), *Infancia, familia y género: Múltiples problemáticas, múltiples abordajes*. Cruz del Sur.
- Krmpotic, C. (2010). Cuidados paliativos y experiencia de enfermedad: Razones para una refocalización del cuidar. *Scripta Ethnologica*, 32, 29-44.
- Krmpotic, C. (2011). La concepción de sujeto en la trama de la política social. *Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas*, 12(101), 31-47.
- Krmpotic, C. (2020). Aportes seleccionados de la teoría social para interpretar la experiencia de familia. En M. De Martino (Coord.), *Trabajo Social con familias: Dilemas teórico-metodológicos, éticos y tecno-operativos* (pp. 63–81). Universidad de la República; INAU; IIN. <https://doi.org/10.47428/978-9974-0-1795>

- Krmpotic, C., Barrón, V., y De Ieso, L. (2012). Notas en torno a la construcción de la demanda de cuidados en la intervención socio-sanitaria. *Debate Público: Reflexión de Trabajo Social*, 2(4), 81-92.
- Krmpotic, C., Mitjavila, M., y Saizar, M. (Eds.). (2013). *(Sub)culturas profesionales, poder y prácticas en salud*. Miño y Dávila
- Krmpotic, C., y Ponce de León, A. (2017). Diez enunciados para pensar la identidad profesional en Trabajo Social: Una invitación al debate internacional en los albores del siglo XXI. *Cuadernos de Trabajo Social*, 30(1), 135–147.
- Lalive d'Epinay, M. (1999). ¿Cómo definir la edad muy avanzada? Criterio de edad cronológica o edad sociofuncional. En *Año gerontológico* (Vol. 13). Glosa.
- Lehner, M. P., Cirino, E., Martín Palomo, M. T., Findling, L., y Venturiello, M. P. (2023). Lógicas de atención para personas mayores: Un análisis comparado de las políticas de cuidados en Argentina y España. *Ciudadanías: Revista de Políticas Sociales Urbanas*, (13)
- Leturia Arrazola, F. J. (1999). El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34(2), 105-112. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-el-proceso-adaptacion-centros-residenciales-13011672>
- Leturia Arrazola, M. (2012). Modelos de alojamiento para personas mayores: Orígenes, evolución y tendencias. En Fundación Caser (Ed.), *Modelos de gestión de calidad en la atención a las personas con dependencia* (pp. 45–68). Caser.
- Leturia Arrazola, M. (s. f.). *Los sistemas de calidad y herramientas de evaluación de los servicios residenciales y su relación con el modelo de atención*. Fundación INGEMA-Instituto Gerontológico MATIA.
- Leturia Arrazola, M., e Yanguas Lezaun, J. J. (2001). *La planificación de la intervención en residencias de personas mayores*. Caritas Española.
- Levesque, J. F., Harris, M. F., y Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, Artículo 18 . <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Lewis, J. (2001). The decline of the male breadwinner model: Implications for work and care. *Social Politics*, 8(2), 152-170.

- Llamas, C. F. (2011). Trabajo social para la tercera edad. *Documentos de Trabajo Social: Revista de trabajo y acción social*, (49), 204-219 .
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4111475>
- Lopes Machado, S. S. (2008). *O legado das avós e os bens do cuidado: Estudo sobre família, gerações e redes sociais em bairro popular de Belém/PA* [Tesis de doctorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro].
- Lorente Molina, B. (Ed.). (Año). *Transformaciones del Estado social: Perspectivas sobre la intervención social en Iberoamérica*. Miño y Dávila.
- Ludi, M. (2005). *Envejecer en un contexto de (des)protección social: Claves problemáticas para pensar la intervención social*. Espacio Editorial.
- Ludi, M. C. (2012). *Envejecimiento y espacios grupales*. Espacio Editorial.
- Luy, M., y Minagawa, Y. (2014). Gender gaps—Life expectancy and proportion of life in poor health. *Health Reports*, 25(12), 12-19.
- Marco Navarro, F., y Rico, M. (2013). Cuidado y políticas públicas: Debates y estado de situación a nivel regional. En L. Pautassi y C. Zibecchi (Coords.), *Las fronteras del cuidado: Agenda, derechos e infraestructura*. Biblos.
- Margaría, S., y Mohammad, M. G. (2016). Beneficencia pública y patrocinio: El caso de la Sociedad de Beneficencia de Tucumán. En C. S. Krmpotic (Coord.), *La protección social sin Estado: De la hospitalidad a la asistencia social*. Espacio Editorial.
- Márquez Herrera, A. M. (2022). La protección de derechos de las personas viejas en el marco de la corresponsabilidad y el neoasistencialismo. En G. Casas Torres y M. Piña Morán (Coords.), *Evidencias internacionales de trabajo social en gerontología: El ámbito comunitario* (pp. 38-57). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Martín García, M. (2012). Trabajo social con personas mayores: Teoría y práctica del Trabajo Social Gerontológico. *Servicios Sociales y Política Social*, (98), 9-34.
<https://www.serviciosocialesypoliticassociales.com>
- Martinelli, M. L. (1997). *Servicio social: Identidad y alienación*. Cortez.
- Martínez Franzoni, J. (2007). Regímenes de bienestar en América Latina: Consideraciones generales e itinerarios regionales. *Revista Centroamericana de Ciencias Sociales*, 2(2). FLACSO.
- Martínez Franzoni, J., y Voorend, K. (2013). Desigualdades de género en los regímenes de bienestar latinoamericanos: Mercado, política social y organización familiar de los cuidados. En L. Pautassi y C. Zibecchi (Coords.), *Las fronteras del cuidado: Agenda, derechos e infraestructura*. Biblos.

- Martínez Pizarro, S. (2020). Síndrome del cuidador quemado. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 13(1), 97-100.
- Max Agüero, E. (2005). *Interrogantes y desafíos para la intervención en Trabajo Social Familiar: La investigación en el marco de la nueva cuestión social* [Ponencia]. I Foro Familia, Trabajo Social e Investigación, San Miguel de Tucumán, Argentina.
- Max Agüero, E., Bejarano, I., y Ortiz, G. (2009). El adulto mayor en Jujuy: Avatares e impacto social del envejecimiento poblacional. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy*, (37), 307-315.
- Mechanic, D. (1995). Sociological dimensions of illness behavior. *Social Science & Medicine*, 41(9), 1207-1216. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00025-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00025-3)
- Milosavljevic, V., y Tacla, O. (2007). *Incorporando un módulo de uso del tiempo en las encuestas de hogares: Restricciones y potencialidades* (Serie Mujer y Desarrollo N.º 38). CEPAL.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2021). *Reglamento para Residencias de Larga Estadía: Anexo 1 (Directrices de Organización y Funcionamiento)*. Gobierno de la Nación Argentina.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2022). *Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)*. Boletín Oficial del Estado.
- Minoldo, S. (2018). *Envejecer protegidos: ¿Una utopía?* Universidad Nacional de Córdoba; Miño y Dávila.
- Minoldo, S., y Peláez, E. (2017). Retos del envejecimiento para la protección social de la vejez: Reflexiones desde Latinoamérica. *Papeles de Población*, 23(93), 9-58. <https://doi.org/10.22185/24487147.2017.93.021>
- Monk, A. (1997). *Actualización en gerontología*. Asociación Argentina de Gerontología.
- Montaño, S. (2010). El cuidado en acción. En S. Montaño y C. Calderón (Coords.), *El cuidado en acción: Entre el derecho y el trabajo* (Cuadernos de la CEPAL N.º 94, pp. 41-68). CEPAL.
- Montes de Oca, V. (Coord.). (2013). *Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Montorio, I., e Izal, M. (1997). La vejez con éxito: Pero, ¿por qué las personas mayores no se deprimen más? *Revista de Intervención Psicosocial*, 6(1), 53-75.

- Nemerovsky, J. L., y Rubin, R. K. (Comps.). (2021). *Recomendaciones para Residencias de Larga Estadía (RLE)*. Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátría (SAGG). https://sagg.ar/wp-content/uploads/2021/09/Recomendaciones_RLE_Feb_2021.pdf
- Neugarten, B. (1970). Dinámica de la transición desde la mediana edad a la vejez. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 4.
- Neugarten, B. (1999). *Los significados de la edad*. Herder.
- Nudelsman, S. (2021). *El peritaje social en gerontología: Herramientas para la intervención forense*. Biblos.
- Oddone, J. (1995). Sociología de la vejez (discusión teórica desde una perspectiva latinoamericana). *Revista Mundial de Sociología*, (1), 59-75.
- Oddone, J., y Salvarezza, L. (2001). Caracterización psicosocial de la vejez. En *Informe sobre tercera edad en la Argentina 2000*. Secretaría de Tercera Edad y Acción Social.
- Offe, C. (1995). Un diseño no productivista para las políticas sociales. En R. Lo Vuolo (Comp.), *Contra la exclusión: La propuesta del ingreso ciudadano*. CIEPP; Miño y Dávila.
- Officer, A., Thiagarajan, J. A., Schneiders, M. L., Nash, P., y de la Fuente-Núñez, V. (2020). Ageism, healthy life expectancy and population ageing: How are they related? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3159. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093159>
- OIT, UNICEF, PNUD, y CIPPEC. (2018). *Las políticas de cuidado en Argentina: Avances y desafíos*. Organización Internacional del Trabajo. https://www.ilo.org/buenosaires/publicaciones/WCMS_635285/lang-es/index.htm
- Oliveri, M. L. (2020). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). <https://doi.org/10.18235/0002891>
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: Un marco político. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 37(S2), 74-105.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Informe sobre la salud en el mundo 2004: Cambiemos el rumbo de la historia*. https://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf?ua=1
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). *Década del envejecimiento saludable en las Américas (2021-2030)*. Organización de los Estados Americanos.
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Barreras de acceso a los servicios de salud para las personas mayores en la Región de las Américas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57355>

- Palma-Ayllón, E., y Escarabajal-Arrieta, M. D. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22-25. <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>
- Paola, J. (2021). Trabajo Social con personas mayores (Aportes de la intervención y la investigación al campo gerontológico). En G. Torres y E. Carrillo, *Evidencias internacionales de Trabajo Social en Gerontología*. Universidad Autónoma de México.
- Paola, J. P., Danel, P. M., y Manes, R. (Comps.). (2012). *Reflexiones en torno al Trabajo Social en el campo gerontológico: Tránsitos, miradas e interrogantes*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Paola, J. P., Penas, L., Fernández, M. P., Pérez, O., Martínez, L., y Demarco, M. (2003). *Construyendo el trabajo social con adultos mayores: realidad y análisis de los Centros de Día*. Editorial Espacio.
- Paola, J., Samter, N., y Manes, R. (2011). *Trabajo Social en el campo gerontológico: Aportes a los ejes de un debate*. Espacio Editorial.
- Pautassi, L. (2010). Cuidado y derechos: La nueva cuestión social. En S. Montaña y C. Calderón (Coords.), *El cuidado en acción: Entre el derecho y el trabajo* (Cuadernos de la CEPAL N.º 94, 69-92). CEPAL.
- Pautassi, L. C. (2018). El cuidado: De cuestión problematizada a derecho. Un recorrido estratégico, una agenda en construcción. *Revista de Derechos Humanos*, (9), 181–203.
- Pautassi, L. C. (2023). *Nuevas familias, nuevos cuidados: Cómo redistribuir el cuidado dentro y fuera de los hogares del siglo XXI*. Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA).
- Pautassi, L., y Zibecchi, C. (Coords.). (2013). *Las fronteras del cuidado: Agenda, derechos e infraestructura*. Biblos.
- Payne, M. (1995). *Teorías contemporáneas del Trabajo Social*. Paidós.
- Peacock, J. (2001). *The anthropological lens: Harsh light, soft focus*. Cambridge University Press.
- Peláez, E., y Minoldo, S. (2021). What should guarantee pensions systems designed with a human rights approach? En L. J. García-Calderón (Ed.), *Handbook of Active Ageing and Quality of Life* (pp. 220–235). Springer.
- Perez Rebour, I. (2001). *Hospital de Día. Metodología de inserción social*. Espacio Editorial.

- Peve, A., y Spinelli, H. (2021). Los cuidados progresivos de pacientes como política hospitalaria: Su implementación en EEUU, 1953-1969. *Cuadernos Médico Sociales (Chile)*, 61(1), 7-16.
- Piña Morán, M. (2006). *Trabajo social gerontológico: Investigando y construyendo espacios de integración social para las personas mayores* [Ponencia]. 33.º Congreso Mundial de Escuelas de Trabajo Social, Santiago, Chile. <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/PonenciaMarceloPinaMoran.pdf>
- Piña Morán, M. (2006). Trabajo social gerontológico: Investigando y construyendo espacios de integración social para las personas mayores. *Rumbos TS. Un espacio crítico para la reflexión en Ciencias Sociales*, (1), 13–30. <https://revistafacso.ucentral.cl/index.php/rumbos/article/view/203>
- Ponce de León, A., Amaro, S., y Ferreira, D. (Coords.). (Año). *El peritaje en el Trabajo Social y la defensa de los derechos*. Nova Praxis.
- Pope, C., Ziebland, S., y Mays, N. (2000). Qualitative research in health care: Analysing qualitative data. *BMJ*, 320(7227), 114-116. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7227.114>
- Quintero Velásquez, Á. M. (2007). *Diccionario especializado en familia y género*. Lumen-Hvmanitas.
- Raya Diez, E., y Caparrós Civera, N. (2014). Del objeto de estudio para la intervención en Trabajo Social. *Azarbe, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, (3), 173–179. <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/198521>
- Redondo, N. (2023). *Calidad de atención en residencias de larga estadia para personas mayores: Instrumento para medir calidad con enfoque de Derechos Humanos*. CONICET.
- Redondo, N., y Garay, S. (Eds.). (2012). *El envejecimiento en América Latina: Evidencia empírica y cuestiones metodológicas*. Asociación Latinoamericana de Población (ALAP).
- Robles Silva, L. (2005). La relación cuidado y envejecimiento: Entre la sobrevivencia y la devaluación social. *Papeles de Población*, 11(45), 49-69.
- Robles-Silva, L. (2024). “Como en familia”: Relaciones sociales en centros comunitarios. *Revista Estudios Feministas*, 32(1). <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2024v32n191188>

- Robson, C. (2002). *Real world research: A resource for social scientists and practitioner-researchers*. Blackwell Publishers.
- Rodrigues, M. (2002). *Sociologia das profissões*. Celta Editora.
- Rodríguez Enríquez, C. (2012). La cuestión del cuidado: ¿el eslabón perdido del análisis económico? *Revista de la CEPAL*, (106).
- Rodríguez Rodríguez, P. (2013). *La atención centrada en la persona en los servicios de atención a la dependencia*. Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Rodríguez-Rodríguez, V., Rojo-Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., Prieto-Flores, M. E., Rojo-Abuín, J. M., y Forjaz, M. J. (2017). Active Ageing Index: Application to Spanish regions. *Population Ageing*, 10(1), 25–40. <https://doi.org/10.1007/s12062-016-9144-4>
- Rondón García, L., y Taboada González, M. (Coords.). (Año). *Voces para la ética del Trabajo Social en tiempos trémulos*. Paraninfo.
- Roqué, M. (2023). Las políticas de cuidado a la vejez en Argentina desde la perspectiva de los Derechos Humanos: El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI). *Ciudadanías: Revista de Políticas Sociales Urbanas*, (12), 1–25.
- Roqué, M. L. (2023). Las políticas de cuidado a la vejez en Argentina desde la perspectiva de los Derechos Humanos: El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI). *Ciudadanías: Revista de Políticas Sociales Urbanas*, (12), 1–25.
- Roqué, M. L., y Fassio, A. (Coords.). (2012). *Gerontología comunitaria e institucional*. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.
- Roqué, M., y Fassio, A. (2015). *Residencias de larga estadía para adultos mayores en Argentina: Relevamiento y evaluación*. Ministerio de Desarrollo Social; Universidad de Buenos Aires.
- Rovere, J. (2022). Trabajo Social en el campo gerontológico: Una experiencia de dispositivo grupal. *Plaza Pública*, 15(28), 116-127.
- Rowe, J. W., y Kahn, L. (1987). Human aging: Usual and successful aging. *Science*, 237(4811), 143-149.
- Sánchez Salgado, C. (2000). *Gerontología social*. Espacio Editorial.
- Sánchez-Castillo, M. (2020). Intervención social con familias y personas mayores en contextos de vulnerabilidad. *Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, (31), 45–62.

- Santi, M. F. (2016). *Ética de la investigación en ciencias sociales: Un análisis de la vulnerabilidad en la investigación social* (Serie Theses). Globethics.net.
- Schutz, A. (1974). *Estudios sobre teoría social*. Amorrortu.
- Silberman, P., López, E., García Argibay, S., Skoumal, G., Socio, D. D., y Maskaric, M. E. (2022). Programa de residencia en cuidados progresivos basado en actividades profesionales confiables. *Investigación en Educación Médica*, 11(44), 46-57.
- Sorinmade, O., Elugbadebo, O., y Peisah, C. (2025). Ensuring dignity in an ageing world: Improving care through a human rights approach. *Academia Mental Health and Well-Being*, 2(4). <https://doi.org/10.20935/MHealthWellB8053>
- Sousa, P., Caria, T., y Almeida, J. L. (2020). Consciência identitária dos propósitos e meios do Serviço Social: Resultados de um estudo empírico dos assistentes sociais. *Cuadernos de Trabajo Social*, 33(2), 297–312. <https://doi.org/10.5209/cuts.64409>
- Stake, R. E. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Ediciones Morata.
- Steketee, G., Ross, A. M., y Wachman, M. K. (2017). Health outcomes and costs of social work services: A systematic review. *American Journal of Public Health*, 107(S3), S256–S266. <https://doi.org/10.2105/ajph.2017.304004>
- Strauss, A., y Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology: An overview. En N. K. Denzin y Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 273–285). Sage Publications.
- Strejilevich, M. (1993). *Apuntes para una historia*. INSSJyP-PAMI.
- Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Paidós.
- Tisnés, A., y Salazar-Acosta, L. M. (2016). Envejecimiento poblacional en Argentina: ¿Qué es ser un adulto mayor en Argentina? Una aproximación desde el enfoque de la vulnerabilidad social. *Papeles de Población*, 22(88), 209–233.
- Vázquez, O. (2013). Investigar para fortalecer la dimensión política del Trabajo Social: De la sistematización de la práctica a la investigación. En A. J. Olalde Altarejos e I. López Ruiz de Azúa (Coords.), *VI Jornada de Trabajo Social, Investigación y Trabajo Social: Dialogando desde la intervención* (pp. 51–57). Universidad del País Vasco.
- Vélez Restrepo, O. L. (2003). *Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas*. Espacio Editorial.
- Vélez Restrepo, O. L. (2003). *Reconfigurando el Trabajo Social: Perspectivas y tendencias contemporáneas*. Espacio Editorial.

- Wong, R., Peláez, M., Palloni, A., y Markides, K. (2024). Institutional care in Latin American countries: The importance of fostering public information and evaluation strategies. *Pan American Journal of Public Health*, 48, e140. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.140>
- Yañez Pereira, V. R. (2016). *El Trabajo Social en contextos de alta complejidad. Tomo II*. Espacio Editorial.
- Ynoub, R. (2014). *Cuestión de método: Aportes para una metodología crítica*. Universidad Nacional de México.
- Yuni, J. A. (2011). *La vejez en el curso de la vida*. Encuentro Grupo Editor.
- Zolotow, D. M. (2002). *Los devenires de la ancianidad*. Lumen-Hvmanitas.

Anexos

Anexo 1. Guía de entrevista a residentes

Esta guía de entrevista es parte de la investigación “**Cuidado de personas mayores y Trabajo Social gerontológico en residencias de larga estadía de la Provincia de Tucumán (Argentina)**” que la Lic. María Gabriela Mohammad lleva adelante en el marco del Doctorado en Ciencias Sociales. Antes de iniciar el dialogo con los adultos mayores se indicaron los objetivos y características de la investigación en la que se inscribe, los beneficios que reportará la información que se obtenga, el carácter voluntario, el tratamiento anónimo y la confidencialidad de los datos, señalando las personas responsables y formas de contacto. Se utilizó un formulario de consentimiento informado que fue rubricado por cada entrevistado.

Entrevista N^a.....

GUÍA DE ENTREVISTA ADULTOS MAYORES

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Nombre

Edad

Estado civil

Donde nació

Donde pasó su infancia

Donde vivió de adulto

Escolaridad y formación para el trabajo

CONDICIONES DE VIDA ANTES DE INGRESAR A LA RESIDENCIA

CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS

- A) ¿Dónde vivía?
- B) ¿Cómo era la vivienda?
- C) ¿En qué trabajó antes de jubilarse?
- D) ¿Le resultaba suficiente su ingreso para satisfacer sus necesidades?
- E) ¿Recibía asistencia económica?

ESTADO DE SALUD Y ATENCION

- A) ¿Cómo se sentía?
- B) ¿A dónde concurría para atenderse?
- C) ¿Le resultaba fácil el acceso?

APOYO SOCIAL Y REDES

- A) ¿Cómo está constituido su grupo familiar?
- B) ¿Con quien vivía?
- C) ¿Tenía amigos cercanos?
- D) ¿Cómo ocupaba el día?
- E) En caso de necesitar ayuda o cuidados, ¿A quién recurría y a quién le hubiera gustado recurrir? (distinguir ayuda instrumental y afectiva)

CONDICIONES DE VIDA DESDE QUE INGRESO A LA RESIDENCIA

- A) ¿Hace cuánto que vive en el hogar?
- B) ¿Por qué ingresó a la residencia?
- C) ¿Cómo se siente viviendo aquí?
- D) ¿Cómo transcurre su día?
- E) ¿Qué cuidados recibe?
- F) ¿Recibe atención médica y de otros profesionales?
- G) ¿Tiene amigos en el hogar?
- H) ¿Con qué expectativas ingresó al hogar?
- I) ¿Es lo que esperaba?
- J) ¿Qué diferencia siente entre vivir aquí y cómo vivía antes?
- K) ¿Cambiaría algo del hogar?

Anexo 2. Cuestionario a trabajadores sociales

Esta guía autoadministrada y de carácter anónimo, es parte de la investigación **“Cuidado de personas mayores y Trabajo Social gerontológico en residencias de larga estadía de la Provincia de Tucumán (Argentina)”** que la Lic. María Gabriela Mohammad lleva adelante en el marco del Doctorado en Ciencias Sociales. Tiene por objeto reconocer limitaciones y potencialidades del cuidado residencial de adultos mayores en una provincia del noroeste argentino, en el marco de un envejecimiento activo; y de qué manera ello interpela al quehacer profesional del Trabajo Social. La información vertida es confidencial, y durante su análisis será preservado el anonimato de los respondentes. ¡Gracias por sus reflexiones!

Cuestionario N°.....

Cuestionario autoadministrado a Trabajadores Sociales

1. Experiencia en la especialidad

- 1) ¿Cuánto tiempo hace que trabaja en la Residencia?
- 2) ¿Trabajo con adultos mayores en algún otro ámbito?

2. Capacitación

- 3) ¿Recibió o recibe alguna formación específica en relación a adultos mayores?
- 4) ¿De qué tipo? Posgrado- especialización- cursos de actualización- etc.
- 5) ¿Ofrecidos por Universidades, Organismos gubernamentales o Colegios Profesionales?
- 6) ¿Desde la institución en la que trabaja se crean espacios de formación o capacitación en la temática?

3. Rol Profesional en el Campo Gerontológico

- 7) ¿Cómo describiría su rol/ función en la Residencia?
- 8) ¿Cómo define la residencia el rol/función profesional (según proyecto institucional)?
- 9) ¿De qué manera cree que debería ser el rol/ función profesional en el campo gerontológico?

4. Intervención Profesional en Residencias de Larga Estadía

- 10) ¿Cuál es el objetivo de su intervención profesional con el adulto mayor?
- 11) ¿Qué aspectos prioriza para determinar el modo en que llevara a cabo la intervención?
- 12) ¿Cómo lleva a cabo la intervención? Describa las acciones que realiza desde el primer contacto con el caso y como realiza el seguimiento del mismo.
- 13) ¿Realiza intervenciones con el grupo familiar del residente? Describa las acciones que lleva a cabo.
- 14) ¿Sus intervenciones se realizan desde un equipo interdisciplinario? ¿Cuál es su rol en el mismo?
- 15) En el actual contexto atravesado por la situación de emergencia sanitaria, ¿tuvo que modificar el modo de intervenir? ¿En qué sentido?

5. Envejecimiento

- 16) ¿Cómo define al envejecimiento?
- 17) ¿Cuál es su visión del Adulto Mayor?
- 18) ¿Cómo cree que el adulto mayor es visto por otros profesionales y/o trabajadores de la residencia?

6. Envejecimiento Activo

- 19) ¿Conoce la concepción de envejecimiento activo y lo que este postula?
- 20) ¿Qué actividades se llevan a cabo en la residencia a los fines de promover el envejecimiento activo?
- 21) ¿Quiénes participan de la planificación de las actividades que se proponen a los adultos mayores?
- 22) ¿Qué aspectos se tienen en cuenta a la hora de definir qué tipo de actividades se programan?
- 23) Teniendo en cuenta el nivel de participación de los residentes en las actividades propuestas, ¿qué evaluación hace de las mismas?
- 24) Teniendo en cuenta los postulados del envejecimiento activo y las acciones que se realizan en pos del mismo, ¿Qué limitaciones cree que tiene la profesión para promover el envejecimiento activo?
- 25) ¿Qué aportes se pueden hacer desde la profesión para la promoción del envejecimiento activo?

26) ¿Considera que las medidas preventivas (tendientes al aislamiento social) que debieron tomarse en el actual contexto afecta al sostenimiento del envejecimiento activo o implica un retroceso en torno a sus postulados?

7. Bienestar/Cuidados

27) ¿Cuáles visualiza Ud. que son los motivos por los que los adultos mayores solicitan el ingreso a la residencia?

28) ¿Ud. cree que los cuidados que reciben los adultos mayores en la Residencia son mejores que aquellos que aquellos que recibe en el domicilio?

29) ¿Cómo evalúa el grado de bienestar en los adultos mayores que viven en la residencia?

30) ¿Recibe quejas de los residentes? Especifique cuales o sobre qué temas o situaciones.

31) ¿Considera que sus intervenciones contribuyen al bienestar de los residentes? ¿De qué forma?

Anexo 3. Cuestionario a trabajadores sociales

Matriz de datos

Dimensiones de análisis	Respuestas de los profesionales
Experiencia en la temática	¿Cuánto tiempo hace que trabaja en la Residencia? AS: Trabajo en el Hogar desde mayo de 2007 hasta mayo de 2011 y desde febrero de 2012 hasta la actualidad. NG: Trabajo en la Residencia hace un año y un mes. BO: Trabajo aproximadamente once meses en la Residencia de AM. VE: Trabajo hace cinco años y medio en la residencia de larga estadía. RC: En la Residencia estoy hace 9 años. NS: 2 Años y 9 meses DA: Trabajé desde el año 2013 VA: Hace tres años, que entre a trabajar en la residencia ¿Trabajó con adultos mayores en algún otro ámbito? AS: Si, lo hice en otras residencias para ancianos pertenecientes a la Sociedad de Beneficencia de Tucumán. NG: No, esta es mi primera experiencia en el trabajo con adultos mayores. BO: No trabaje con adultos mayores en otro ámbito. VE: Sí, trabajé en la Dirección de Adultos Mayores de la provincia un año, aproximadamente. Se realizaba admisión de casos, abordaje interdisciplinario, seguimiento, gestiones, trabajo en red, tareas de promoción, etc. RC: No. NS: No. Solo practica pre profesional en comedor para adultos mayores

	DA: Había trabajado previamente en otros ámbitos, pero relacionados al envejecimiento activo, no en el ámbito de RLE. Esto pensando que en las RLE generalmente centran su trabajo en las situaciones de dependencia funcional. VA: Sí, trabaje con adultos mayores en el Programa Atención a Grupos Vulnerables, desde el ámbito recreativo (Radio para adultos mayores)
Capacitación específica	¿Recibió o recibe alguna formación específica en relación a adultos mayores? AS: Si he participado de varias capacitaciones sobre la temática: cursos de actualización, jornadas, congresos, ofrecidos por Universidades, por sociedad de Geriatria y Gerontología, por PAMI y por la revista Margen que ofrece cursos a distancia de actualización. NG: Si, realice un curso de Posgrado sobre la temática de vejez y envejecimiento una mirada desde educación física y disciplinas a fines, ofrecido por la Universidad nacional de Tucumán y Facultad de Educación física BO: Antes de ingresar a la institución no contaba con formación específica en adultos mayores, sin embargo, al ingresar a trabajar en esa área, realice cursos y charlas llevadas a cabo por la dirección de adultos mayores de la provincia VE: Como antecedentes, comunico que realicé mi trabajo final de tesis de grado sobre adultos mayores institucionalizados. Participé como disertante en Congresos realizados en provincias como, por ejemplo, Mendoza, San Juan y Tucumán. Me capacito constantemente, pues la gerontología es una disciplina que me apasiona. Hice una Diplomatura en Atención Gerontológica Integral dictada por la DINAPAM, y numerosos cursos de actualización, como, por ejemplo, sobre Sistemas progresivos de atención de

	personas mayores, Alzheimer, Cuidados Paliativos, Herramientas socio-recreativas para la atención a personas mayores, Sexualidad y vejez, entre otros. Ofrecidos por organismos gubernamentales de la provincia y de la nación y no gubernamentales como fundaciones, y Colegios Profesionales (Psicólogos). RC: Si recibí capacitaciones en años anteriores: cursos de actualización, jornadas, charlas, etc. Por lo general organizadas por organismos gubernamentales como ser el SIPROSA, el Ministerio de Desarrollo Social con la Dirección de Adultos Mayores. NS: Cursos de Actualización, organizados por Colegio Profesional y UNT. DA: Sí. En el ámbito de la RLE se llevaban a cabo capacitaciones acerca del cuidado y deterioro cognitivo, éstas eran articuladas con instituciones especializadas en el tema, como por ejemplo Dirección de Adultos Mayores de la provincia de Tucumán. Así también, se realizaban capacitaciones e instancias de ateneo desarrolladas por el equipo psicosocial de la RLE. VA: Si desde el ámbito universitario, en concurrido a varios foros de capacitación, que fueron ante proyectos de la ley 27360; como así también cursos en el área de salud dirigidas a la atención a patologías propias del adulto mayor. ¿De qué tipo? Posgrado- especialización- cursos de actualización- etc. ¿Ofrecidos por Universidades, Organismos gubernamentales o Colegios Profesionales? ¿Desde la institución en la que trabaja se crean espacios de formación o capacitación en la temática? AS: Si, es un constante desafío, desde 2012 se implementó una reunión mensual interdisciplinaria para evaluar integralmente a los residentes que se encuentran ya en la
--	--

	residencia y los postulantes, incluso se trata de un espacio para aunar criterios y manejar un mismo lenguaje en cuanto a los conceptos. Con espacios para que cada área pueda exponer su quehacer profesional y ver la manera de trabajar en equipo, en forma interdisciplinaria. NG: El curso de posgrado sobre vejez y envejecimiento que realice fue motivado y arancelado por la institución donde trabajo, fue una forma que la institución me brindo para conocer un poco sobre esta temática y comenzar a indagar sobre el trabajo con adultos mayores, pero en la institución no se crean espacios formativos para realizar capacitaciones sobre esta temática. BO: Es un objetivo de la residencia en realizar capacitación a los trabajadores sobre diferentes temáticas vinculados a los adultos mayores. Según la temática que se elige previamente, se define quien será el responsable en coordinarlo, es decir, la doctora, los enfermeros, etc. VE: En el Instituto donde trabajo se realiza, anualmente, capacitaciones internas sobre la temática y se promueve la participación en capacitaciones que se llevan a cabo fuera del establecimiento. En el año 2018, se desarrolló la Primera Jornada Interinstitucional “Abordaje Integral del Adulto Mayor en Instituciones Gerontológicas”, organizada por el Instituto donde trabajo, lo que generó gran adhesión al ser la primera vez que se realizaba un evento de este tipo en la provincia, lo que posibilitó el intercambio de experiencias en el abordaje con personas mayores en residencias de larga estadía. RC: No NS: No DA: Sí. Como ya se mencionó, principalmente para emprender espacios de formación se empleaba el dispositivo de ateneo.
--	---

	VA: Si, sobre todo capacitaciones en la temática, apuntado a la salud más específicamente.
Rol Profesional en el Campo Gerontológico	¿Cómo describiría su rol/ función en la Residencia? AS: Entrevista de admisión. Relevamiento social pertinente a nivel individual, familiar, grupal, institucional y comunitario, para lograr el conocimiento de los diferentes contextos donde transcurre la vida cotidiana del beneficiario, de índole: laboral, habitacional, económica, cultural, recreativa, de relaciones sociales u otras, con el fin de establecer objetivos de tratamiento social, determinando prioridades y alternativas, en especial sobre la base de los aspectos positivos (potenciales actuales) del paciente, de su grupo familiar y de la comunidad en casos puntuales. Elaboración de los legajos de cada nuevo residente. Entrevistas de seguimiento a cada residente cada tres meses. Coordinación de actividades grupales y salidas programadas: se busca coordinar actividades de ocio. Información y Asesoramiento al beneficiario, y al grupo familiar respecto de las legislaciones relacionadas a la que se encuentran en vigencia, sus alcances y limitaciones. Gestión de cambios de pensiones, renovaciones de D.N.I y todas aquellas gestiones necesarias para garantizar sus derechos. Asesorar y orientar al residente y a sus familias en todo aquello que soliciten. Coordinación con otras entidades en todo aquello que represente los intereses de los residentes: hospitales, entidades privadas, etc. Fomentar la integración y participación de los residentes en la vida del centro y, a la vez, evitar que se produzca un alejamiento con el entorno y la familia. Controlar que todos los residentes participen de los servicios que ofrece la residencia y asegurarse que se tiene conocimiento de dichos servicios. Realizar, conjuntamente

	con el resto del equipo, el Plan de Atención Personalizada interdisciplinario de los residentes dando el soporte adecuado en cada caso. En caso de defunción de un residente, contactar con los familiares e iniciar todos los trámites burocráticos para proceder a su traslado. Promover las relaciones con la familia y con la comunidad. Planificar y organizar conjuntamente con la Dirección, una adecuada distribución de horarios de visitas a los residentes, favoreciendo la promoción. Realizar el acompañamiento en el proceso de la muerte de los residentes y familiares, de actividades conjuntas de los residentes con las familias tanto individual como colectivamente, y definir un Programa de Voluntariado como función de soporte a los residentes y acción complementaria a la acción familiar. Participar en las reuniones del equipo interdisciplinar o multidisciplinar, representando la atención psico-social del residente y la familia en todos sus aspectos. NG: Al principio no sabía cómo definir el rol profesional en una residencia ya que en muchas ocasiones no sabía qué funciones cumplía en el hogar, porque cuando ingrese a trabajar no estaba especificado en ningún lugar solo tenía las referencias que me dio la antigua licenciada, y sentía que muchas veces mi rol iba más allá de mi especificidad profesional porque en algunas actividades que se organizan desde la instituciones se debe cumplir con requerimientos que no son específicos desde mi profesión. Pero desde mi especificidad profesional estos son algunos puntos que se trabajan en la institución: Planificación y organización de actividades para los residentes mediante la programación de objetivos, que logran la participación, recreación y motivación de los residentes. Realizar los informes sociales de cada adulto mayor que vive en el hogar y se actualiza cada tres meses, en caso de una situación específica que deba ser
--	--

	informada inmediatamente se labra un acta y luego se adjunta esa información en los informes. En el momento del ingreso se realiza la entrevista pertinente para conocer la situación del residente. Pero primeramente es evaluado por la enfermera y el director yo realizo la entrevista luego que ellos le dan el ingreso. Después se realiza seguimiento para evaluar su adaptación. Realizo algunas gestiones que son necesarias, así como comunicación con las familias, para informar si el residente necesita algo, o comunicación con la familia para hacerlos partícipes de algunas actividades sociales, siempre tratando que el vínculo no se corte al ingresar en la institución. Escucha permanente de los residentes que necesitan comunicarse siempre están buscando estos espacios de contención (en esto veo que es poco mi tiempo en el hogar porque no logro cumplir algunas metas ya que son pocas las horas laborales). Buscar alternativas para fomentar la integración y la participación de los residentes nuevos dentro del hogar y ayudar a la relación entre la familia y su entorno para que no se produzca un alejamiento brusco. Reuniones interdisciplinarias donde desde el área social se seleccionan cinco residentes para evaluar además se plantean algunas problemáticas no resueltas y luego redacto el informe de esa reunión interdisciplinaria, se realiza con el equipo de profesionales del hogar un plan de atención personalizada a cada residente, de esta forma cada adulto mayor está atendido de la mejor forma posible. En ocasiones intento gestionar las sugerencias o reclamos ante el director para mejorar el nivel de calidad del hogar. Trabajo en conjunto con otros profesionales, realizando distintos talleres de aprendizaje y recreación para los residentes. Articulo con otras instituciones visitas pertinentes o salidas hacia esas instituciones para realizar alguna actividad relevante para los residentes y las instituciones. Reuniones y trabajo en equipo
--	--

	con los voluntarios que participan en el hogar. Planificaciones anuales de actividades y diagnóstico poblacional para enviar a PAMI. Para finalizar creo que desde mi rol profesional en el hogar busco el bienestar de cada residente y que tenga una buena calidad de vida, logrando que se respeten sus derechos y sean cumplidos, pero en ocasiones me siento sobrepasada porque hay actividades que realizo y que no son propiamente de mi trabajo, y en otras ocasiones siento que el tiempo es muy reducido para tanto trabajo y algunas veces no cumplo como quisiera. BO: Podría definir como planificación y organización de las actividades desarrolladas en la residencia, es decir, los talleres que se desarrollaran, las capacitaciones a los trabajadores, seguimiento de las tareas realizadas por los trabajadores, comunicación con los familiares en responder a las necesidades de los adultos mayores, recopilar la documentación para elaborar su historia clínica y seguir su evolución. También, podría definir como un rol de mediador entre el adulto mayor y su familia, asimismo, entre el adulto mayor y la residencia. VE: Mi rol/función en la residencia es de educadora social, en el sentido de promover en las personas mayores un mejor posicionamiento, en lo que respecta a reconocer sus derechos y luchar por ellos, revalorizando, de esta forma, su autonomía y autodeterminación. Dejando de lado, prácticas que tienden a verlo como un objeto de cuidados en vez de sujetos de derechos. Se acompaña todo este proceso. Se gestiona y facilita el acceso a recursos que satisfagan sus necesidades básicas. Para ello, se trabaja en red con otros organismos del medio social. Y se planifica las distintas actividades que forman parte de su vida en la residencia, respetando su voluntad, sus deseos, sus gustos y preferencias, teniendo en cuenta, además, los distintos perfiles de acuerdo a sus
--	--

	capacidades psicofísicas. Se trabaja en equipo, no sólo interdisciplinario, sino también considerando otros servicios, como, por ejemplo, de atención directa (auxiliares gerontológicos) que son fuente rica de información. Como trabajadora social, también cumplo función de mediar entre la persona mayor y su entorno, social, familiar y comunitario. Desde el ingreso de un adulto a la residencia, se toma contacto con su situación socio-familiar y sanitaria, planteando un abordaje integral del caso. Se realizan seguimientos. Todo queda plasmado en un legajo único. Se realizan acciones de asistencia para la supervivencia y de promoción de derechos. Es decir, se le brinda el acompañamiento a lo largo de su vida, hasta en el proceso de muerte. RC: Mi función dentro de la Institución está centrada en dos ejes: uno siendo el nexo principal entre familia – Institución. Otro con los residentes propiamente dentro del Hogar con actividades tales como: coordinar reuniones del equipo interdisciplinario y/o actividades como fiestas de cumpleaños, días festivos (fiestas patrias, día de la madre, del padre, primavera, carnaval, etc.). Organizar salidas extra institucionales: salidas al centro de S.M. Tucumán, fiesta de los abuelos, expo Tucumán, y otras que se vayan sumando. Coordinar las visitas externas que ingresan a la Institución: Colegios, Iglesias, Municipio de B.R.S. Realizar Informe Social, diagnóstico social y tratamiento social al ingreso de cada paciente con una actualización de forma anual de cada uno. NS: El rol del profesional en Trabajo Social en las residencias es fundamental para obtener una concepción integral del Residente. Dicho Rol se caracteriza por: Realizar entrevistas a las personas involucradas en el caso (familiar o no familiar), incluido el Residente si estuviera en condiciones apropiadas
--	--

	para comunicarse. Comprender el tipo de relaciones (vínculos debilitados o totalmente quebrados) con los miembros de la familia, o terceras personas que se encuentren vinculadas con la situación actual del Adulto Mayor. Actuamos como mediadores entre las necesidades del Residente, la familia y la institución. Se planifican actividades para mantener a los Residentes conectados con el exterior, y especialmente para mantenerlos activos tanto a nivel mental como físico. Coordinar reuniones interdisciplinarias para tratar casos concretos que se presentan con alguna complejidad, con el fin de acordar modalidad de intervención. Es fundamental la evolución en las respectivas carpetas para dejar constancia de la intervención llevada a cabo con cada paciente. DA: En cuanto al rol/función en la RLE giraba básicamente en torno a 2 cuestiones: Articulación con obras sociales de los residentes y Fortalecimiento de los vínculos familiares con el fin que el grupo familiar acompañe el proceso de ingreso y permanencia del adulto mayor en la RLE. VA: El rol de TS, en la residencia es de admisión dentro del equipo interdisciplinario, de intermediario entre la familia del adulto mayor y la residencia, de gestor en cuanto actividades recreativas con el equipo interdisciplinar en lo recreativo inter e intra institucional. ¿Cómo define la residencia el rol/función profesional (según proyecto institucional) AS: Según el Proyecto Institucional que ayude a redactar, las funciones del Trabajador social son: Entrevista de admisión. Relevamiento social pertinente a nivel individual, familiar, grupal, institucional y comunitario, para lograr el conocimiento de los diferentes contextos donde transcurre la vida cotidiana del beneficiario, de índole: laboral, habitacional, económica, cultural, recreativa, de relaciones
--	--

	sociales u otras, con el fin de establecer objetivos de tratamiento social, determinando prioridades y alternativas, en especial sobre la base de los aspectos positivos (potenciales actuales) del paciente, de su grupo familiar y de la comunidad. Elaboración de solicitud de prestación que se envía a la Obra Social para solicitar la autorización correspondiente. Coordinación de actividades de registro y archivo de legajos que contengan la documentación de los beneficiarios. Información y Asesoramiento al beneficiario, y al grupo familiar respecto de las legislaciones relacionadas a los adultos mayores que se encuentran en vigencia, sus alcances y limitaciones. NG: No existe claramente un proyecto plasmado sobre el rol profesional, por lo que observo este se fue construyendo con el tiempo y desde la experiencia de otros trabajadores sociales que pasaron por la institución, pero como mencionaba en la respuesta anterior la institución busca el mejor desempeño de cada profesional, y desde mi especificidad profesional está muy relacionado a lo que la institución requiere. Puedo desarrollar mucho de lo aprendido en la carrera. En este sentido la residencia es coherente con mi rol función, aunque como decía anteriormente son muchos requerimientos para las horas de trabajo. BO: Define como le profesional encargado de llevar un seguimiento del residente, en su adaptación a la institución y la interrelación con sus pares. VE: La residencia donde trabajo cuenta con un equipo interdisciplinario integrado por médicos geriatra y gerontólogos, psicóloga, trabajadoras sociales, nutricionista, enfermeros, kinesióloga, psicopedagoga. Cada uno, desde su saber, aporta para brindar un servicio integral a las personas mayores que residen en el Instituto. El Trabajo Social en el equipo es una pieza fundamental para la atención integral de
--	---

	las personas mayores, no sólo por su conocimiento en lo social sino también por su gran compromiso en la reivindicación de derechos. RC: En el proyecto institucional el trabajador social dentro de la Institución está incluido como nexo fundamental entre Institución – Familiar – Residente. También como elemento fundamental dentro del equipo terapéutico preventivo psico – social. NS: Para la Institución, por un lado, somos el nexo fundamental con la familia del adulto mayor. Los acuerdos o normas de la institución son comunicadas por medio de los Trabajadores Sociales ya que consideran que poseemos las herramientas apropiadas para mediar, principalmente en pos del bienestar del Residente. Por otra parte, también nos define como coordinadores de todas las actividades que se lleven a cabo tanto dentro como fuera del Hogar. Gestionamos recursos para llevar a cabo dichas actividades. DA: La RLE ubicaba el rol/función del Trabajador Social a partir de la noción de servicio social y esta generalidad llevada a ubicar el rol/función en una serie de actividades meramente administrativas. VA: Dentro del proyecto institucional, el rol del TS., es fundamental para el desarrollo del adulto mayor dentro de la institución; forma parte de un gran equipo de profesionales, para el bienestar del adulto mayor en la institucional y de la institución misma. Rol de coordinador, facilitador, articulador, mediador, reitero, dentro de un equipo de psicólogos, médicos clínicos, psiquiatras, etc. ¿De qué manera cree que debería ser el rol/ función profesional en el campo gerontológico? AS: Según el CELATS, en TRABAJO SOCIAL GERONTOLÓGICO La gerontología analiza el proceso de envejecimiento en todas sus dimensiones: biológica,
--	---

	psíquica, económica, política, educativa y social. Se trata del estudio de la vejez desde un enfoque interdisciplinario, siendo su propósito optimizar el proceso de envejecimiento a fin de que permita mejorar la calidad de vida obtenida durante el ciclo de vida por ello es el centro de atención de nuestra práctica profesional la promoción de nuevos estilos de vida, inserción social y la socialización que genere redes de soporte para los adultos mayores. NG: El profesional del trabajo social debe ser promotor de los derechos de las personas mayores debe velar por los derechos de las personas y proporcionar alternativas para que estos se cumplan, El paradigma de derechos en el campo de la gerontología se fue consolidando en las últimas décadas. Este fue evolucionando con el tiempo y se logró ganar más terreno en esta temática. Antes el sujeto no era reconocido como titular de derecho sino como el beneficiario de las acciones de beneficencia y/o asistencia, pero hoy se puede hablar de sujeto pleno de derecho pienso que ahí debe gestarse el rol mediante actividades que desarrolle para hacer cumplir estos derechos, Centrándome en el rol del trabajador social con los adultos mayores, deben comprender tanto funciones de atención directa como de atención indirecta debemos ejecutar función que previene problemas, realizar actividades que promuevan al adulto mayor fomentando su participación activa, también realizar tareas asistenciales si así requiriere el caso, brindarles información sobre sus derechos y sus deberes dentro de la institución. BO: Considero que el rol del trabajador social en el campo gerontológico tiene que ver con ser estrategia en diferentes niveles de abordaje, ya sea, desde lo individual, lo familiar y en lo comunitario, pensando siempre en la promoción y respeto de los derechos del adulto mayor.
--	--

	VE: Pienso que nuestra intervención profesional debe ir por encima de los recursos sociales públicos o privados que se puedan tramitar. El transmitir que no está solo, que la trabajadora social va a estar a su lado, acompañándole en este proceso, es nuestra principal labor dentro de la intervención con mayores: dar seguridad, tranquilidad, es escuchar, es entender sus necesidades, tender puentes y de alguna manera hacerle ver que nosotros como profesionales estamos a su lado, tanto para la persona mayor como para sus redes de apoyo, en un trabajo conjunto: persona mayor – trabajador social – redes socio-familiares. RC: El rol del T.S. debe ser puramente asistencial junto al residente las horas que se permanece dentro de la Institución. (lo que quita espacio con el paciente es el hecho de otro tipo de tareas que se realizan tales como: llamados por solicitud de pañales, ropa, elementos de higiene, IC, etc.) NS: El rol del Trabajador Social, considero debería estar enfocado en el bienestar general del Adulto Mayor, con el fin principal de mejorar la calidad de Vida del mismo. Lo Principal está en realizar un abordaje interinstitucional e interdisciplinario. Con ello, me refiero a que, si el Adulto Mayor se encuentra en un Hogar Geriátrico, los Trabajadores sociales de las diferentes instituciones intervenimos desde antes de su ingreso al Hogar (Puede ser profesional de la Dirección de Adultos Mayores, o del INSSJP), quienes evalúan la situación contextual del Adulto mayor y su admisión al Hogar. Una vez que ingresa, la profesional del Hogar interviene con el fin principal de que la estadía del Residente sea lo más agradable posible, y la internación sea una posible solución a otros problemas, que no logran ser resueltos, y que implican un riesgo para el Adulto Mayor. Una vez internado se contiene al Residente con actividades que lo mantengan activos mental y físicamente, pero por otro
--	--

	lado se debe continuar interviniendo con los responsables (familiar o no) del adulto mayor. Se debe tener en cuenta la existencia de algunos casos complejos que requieren un abordaje interinstitucional ya sea, por problemáticas que presente las familias responsables o por problemáticas propias del Adulto Mayor, por ej. Residentes con problemas étlicos. Por otra parte, dentro del Geriátrico se debe realizar un abordaje integral del Residente, para garantizar el bienestar general del mismo. Es fundamental para garantizar los Derechos del Adulto Mayor la existencia de un Estado presente en cuestión de políticas públicas tendientes a la protección específica de este grupo de la sociedad que por pertenecer a la 3era edad se considera “población de riesgo”. DA: El rol/función en el campo gerontológico debería estar orientado a la promoción del enfoque de envejecimiento activo con el fin de garantizar los derechos, el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores. VA: De la manera antes descriptas, no veo otro modo de trabajar si no es en articulación con otras profesiones, la realidad de cada Hogar también va determinando el espacio que ocupamos. Poder coordinar las actividades de la vida diaria, inter e intra instiucional del adulto mayor, es un factor muy importante, conociendo la particularidad de cada residente, sobre todo.
Intervención Profesional en Residencias de Larga Estadía	¿Cuál es el objetivo de su intervención profesional con el adulto mayor? AS: El objetivo general propuesto es: Aportar herramientas que permitan al Adulto Mayor lograr algo más en el orden de su autonomía e independencia, dentro de sus posibilidades, que redunde en lograr una mejor calidad y condición de vida durante su estadía en la institución a través de acciones de carácter preventivo, formativo y asistencial. Para lo cual me

	propuse como objetivos específicos: 1) Potenciar la independencia personal y la autoestima de los residentes a través de actividades tendientes a promover una vejez activa. 2) Procurar el bienestar bio-psico-social de los residentes como forma de prevención en salud, a través de la coordinación interdisciplinaria de actividades socio-preventivas. 3) Reforzar los vínculos consanguíneos con sus familiares y amigos para evitar la fragmentación de los mismos por la institucionalización. - NG: El objetivo que vengo trabajando en el hogar y creo que es un objetivo desde mi intervención profesional hacia el adulto mayor es buscar el bienestar bio-psico-social de los residentes para garantizar una buena calidad de vida y que a la vez funcione como medio de prevención en salud, y Aportar herramientas que permitan al Adulto Mayor mantener y avanzar en su autonomía e independencia dentro de sus posibilidades, implicando así una mejora en su condición de vida durante su estadía en la institución a través de acciones de carácter preventivo, formativo y asistencial. BO: El objetivo de mi intervención es contemplar el cumplimiento de sus derechos. VE: El objetivo de mi intervención profesional es contribuir al bienestar integral de los adultos mayores que residen en el Instituto, a través del desarrollo de funciones de índole, social, cultural, recreativa, etc., desde el Paradigma de los DDHH. RC: El objetivo de la intervención fundamentalmente es conocer la realidad del residente, saber porque esta institucionalizado, como es la relación que tiene o tuvo con sus familiares (si los tiene), y procurar el mayor bienestar posible y la adaptación de los mismos dentro del Hogar Geriátrico. Procurar que los residentes tengan cubiertas sus necesidades tanto afectivas como materiales.
--	---

	NS: El principal objetivo de la Intervención es promover el bienestar del Adulto Mayor dentro de la institución. Para ello, es fundamental satisfacer sus necesidades básicas, para lo cual el personal de la institución debe realizar su deber, y por otro lado los responsables del Residente deben cumplir con sus obligaciones básicas otorgando los recursos materiales que se requieren. Es ahí donde intervengo como Trabajadora Social trabajando con la familia para hacer cumplir con su deber, y así tratar de evitar el “abandono” o “des-ligue” del responsable hacia los Residentes. También se trata de mantener o fortalecer el vínculo afectivo existente con la familia responsable. Y se interviene cada vez que se presente un problema o conflicto interfamiliar que pueda desestabilizar el bienestar del Residente. DA: El objetivo de la intervención giraba en torno a 2 cuestiones principales: Promover el cuidado y asistencia institucional respetando la autonomía del adulto mayor y Fortalecer los vínculos del adulto mayor con sus referentes socio-afectivos, con el fin de evitar el sentimiento de abandono que puede vivenciar la persona mayor al ingresar al ámbito institucional. VA: El objetivo, del trabajo con el adulto mayor es brindarle un abanico de posibilidades que le permitan al mismo, realizar y atravesar su vida institucional de la manera más acorde a sus deseos de llevar la vejez. Teniendo en cuenta desde la escucha (entrevistas) sus posibilidades físicas, psicológicas, sociales y familiares, dentro del contexto de encierro. ¿Qué aspectos prioriza para determinar el modo en que llevara a cabo la intervención? AS: La problemática del adulto mayor implica características personales, familiares y comunitarias, así como también las
--	---

	opiniones que este grupo etario posee sobre su vida, su familia, la institucionalización y sobre las políticas públicas pensadas para ellos. Ángela María Quintero Velásquez manifiesta que: La intervención del trabajador social consiste en permitir a la persona/ sujeto desarrollar sus capacidades, ayudarlo a modificar su situación y finalmente ayudarlo a resolver sus problemas.» Según Eugenia Guerrini en la revista Margen Edición N° 57 - marzo 2010 “La vejez. Su abordaje desde el Trabajo Social”: La intervención en este sector poblacional no debe estar focalizada hacia cambios en la personalidad del anciano, sino a ayudarlos a resolver problemas situacionales; el profesional debe mediar para hacerlos útiles tal como son, debe estar disponible para ofrecer consejería, dirección y apoyo. La acción del profesional puede ir dirigida al individuo, su familia o su comunidad. La prioridad debe ser mantener a la persona anciana funcionando al máximo, aumentando su propia estima, la confianza en sí misma, su autonomía y fortaleciendo la identidad individual. En fin, el rol principal del profesional trabajador social debe ser ayudar al viejo, al anciano, al adulto mayor a mantener niveles óptimos de funcionamiento dentro de sus limitaciones. NG: Los aspectos que priorizo son el bienestar de los adultos mayores. Que se sientan contenidos y a gusto en la institución. Qué ellos participen manifestando lo que necesitan para poder trabajar sobre sus necesidades sentidas y sobre todo que se construya en conjunto entre ellos y yo para que se encuentren satisfecho con lo que se trabaja, el aspecto más importante es focalizar al adulto mayor como sujeto pleno de derechos. BO: Cuando llevo a cabo la intervención priorizo la integridad del adulto mayor y su participación en la toma de decisión en algunas situaciones.
--	---

	VE: Los aspectos que priorizo para determinar mi intervención es mantener al máximo su independencia y autonomía. RC: El primer aspecto que tengo en cuenta cuando ingresa es realizar una contención efectiva ya que se encuentran de pronto en un lugar nuevo, extraño y con gente desconocida. Propiciar una adaptación favorable. A los que ya tienen una internación prolongada se prioriza que su estadía sea lo más cálida posible y que cuenten con el apoyo y sostén de la familia. NS: Lo principal a tener en cuenta es que cada caso es diferente, y depende de: la historia de vida, las relaciones establecidas con los responsables, la existencia o no de conflictos, los haberes percibidos de la jubilación del Adulto Mayor. En base a ello se establecen las exigencias con las que debe cumplimentar la familia responsable, tanto desde lo material, como desde lo afectivo. Por otra parte, también se actúa en base a la lucidez del Residente, la cual se la enmarca dentro del Nivel 1, 2 o 3, siendo el último el nivel más bajo de lucidez. En base a ello se planifican las actividades tendientes a mantener activos a los Residentes. Finalmente, las necesidades varían a lo largo del tiempo. DA: Los aspectos que se tienen en cuenta para la intervención son los siguientes: Trayectoria biográfica del adulto mayor, Historia familiar del adulto mayor, Vínculos del adulto mayor con sus referentes socio-afectivos, Patologías crónicas del adulto mayor que pueden condicionar su autonomía, Necesidades de asistencia por dependencia funcional, Nivel o grado de deterioro cognitivo. VA: Se prioriza al adulto mayor, sus miedos, sus expectativas, se trabaja articulada mente teniendo como objetivo el bienestar del adulto mayor, que atraviese su vida institucional de la manera más armónica posible.
--	---

	¿Cómo lleva a cabo la intervención? Describa las acciones que realiza desde el primer contacto con el caso y como realiza el seguimiento del mismo. AS: Una vez que el adulto mayor ingresa a vivir a la residencia se lo recibe, acompaña a su habitación, se les presenta a sus compañeros de sala, se le da tiempo a que se acomode y se le da por escrito el reglamento interno de la institución, escrita en letra grande y clara con horarios de comidas y actividades, así como también los lugares donde se desarrollaran las mismas. Además, se le da el horario en los que concurro a la institución y se pacta entrevista a los días de su estadía para ir evaluando su proceso de adaptación en la institución. En el primer mes se lo entrevista seguido, se lo invita a los espacios coordinados desde el área pensados para lograr mayor acercamiento y empatía entre los residentes para que su adaptación sea lo más amable posible. Además, se mantiene entrevista con sus familiares para que acompañen el proceso de adaptación del residente. Una vez adaptado, las entrevistas individuales se mantendrán cada 3 meses, sin desmerecer que si el residente necesite el espacio se le brinde. Además, se evalúa al residente a través de su participación en espacios grupales: grupo de lectura y de música, así como también de las salidas tanto programadas como extra programáticas que se realicen durante la estadía del residente. NG: En el momento de un nuevo ingreso se realiza la entrevista pertinente para conocer la situación del residente. Luego Se realiza una entrevista más bien profunda donde se escucha su historia que es lo que lo motivó a ingresar en la institución, como está compuesta su familia, y se recaban los datos necesarios para la ficha de ingreso. Se escucha brindándole todo el tiempo para que él se puede expresar. Luego terminado de la entrevista se invita a conocer la
--	--

	institución y se le presenta ocasionalmente a los residentes que se encuentren en el patio, más adelante cuando ya ingresó se hace una presentación formal. Se da a conocer los horarios en los que el trabajador social se encuentra por si necesita cualquier cosa desde el área. Pasado un tiempo se hace la evaluación pertinente con el equipo interdisciplinario sobre la adaptación del residente y se ven puntos a trabajar si fueran necesarios. Pasada alguna semana se lo visita o se llama a la oficina para conversar y ver cómo se siente así se va evaluando la adaptación con sus pares y se trabaja sobre sus dudas y miedos. Se busca el contacto permanente con la familia para que no sea un corte brusco. Y se realiza intervenciones específicas en caso de que el residente lo requiera o haya tenido algún problema. Desde el área se busca la mayor participación posible en las actividades sociales, pero siempre respetando su decisión. BO: La intervención inicia en el proceso de admisión, se realiza una investigación a partir de la entrevista con los familiares sobre los diferentes motivos del ingreso, las relaciones familiares, los intereses y expectativas que tienen cada uno al ingresar, conocer la particularidad del adulto mayor según la visión del familiar. Luego, continúo indagando sobre su vida conversando con el adulto a través del seguimiento en su estadía, conocer sus estrategias de relacionar con los demás residentes, conocer su visión sobre los vínculos familiares, sus gustos en actividades recreativas y sus expectativas en su ingreso a la residencia. Siempre teniendo en cuenta su salud mental o física. VE: En primer lugar, se realiza una entrevista de admisión, que nos permite un primer acercamiento a la trama de su historia de vida. Se realiza el informe social y uno integral de todas las profesiones. Estos informes se colocan en el legajo único del residente (LUR) y se actualiza según las
--	---

	características de cada caso (por lo general, en forma mensual o bimestral). Para el seguimiento de cada caso, se realizan entrevistas y observaciones al residente, visitas domiciliarias a sus redes de apoyo familiar. De acuerdo al perfil de cada residente, se planifica las acciones tendientes a satisfacer sus necesidades para garantizar su bienestar bio-psico-social. Y se busca que la residencia sea lo más parecido a un hogar, tratando de flexibilizar algunas normativas institucionales, en ciertas ocasiones. RC: Cuando ingresa un residente, el Director Médico de la residencia designa al equipo interviniente de allí se toma contacto con el residente. Personalmente desde mi área el primer acercamiento es mediante charlas informales, tratando de conocer y brindar confianza a la persona, “dejarlo hablar” de esta manera voy recopilando información para realizar el informe social de ingreso. Dicho procedimiento se lleva a cabo según sea el estado de salud - enfermedad y de las condiciones clínicas en las que se encuentre el mismo, ya que muchos de nuestros pacientes se encuentran totalmente demenciados o postrados en una cama. Los encuentros subsiguientes se dan a través de talleres, actividades lúdicas o festivas con el predominio siempre del dialogo y el contacto cara a cara con los mismos. NS: Como primera medida se realiza entrevista con las personas que acompañan al Adulto Mayor al Hogar, que serían los responsables del mismo. En dicha entrevista se busca conocer los motivos de dicha intervención e historia de vida del Residente. Los vínculos familiares del mismo y la existencia de posibles conflictos con algún miembro de la familia. Luego se procede a conocer al adulto mayor, se evalúa sus capacidades, su posibilidad de diálogo y su nivel de conciencia, si ésta es óptima lo principal es establecer la confianza entre Residente y Profesional, para que se sienta
--	---

	contenido en el nuevo ámbito. Paulatinamente se lo comienza a integrar en los talleres propuestos por el equipo terapéutico, para mantenerlos activos en alguna actividad, mientras se continúa evaluando sus capacidades. Posteriormente se comienza a evaluar el actuar de la familia responsable del Residente, si son presenciales o no en el Hogar, si se presentan como conflictivos o no con el personal de la institución, si son continentes con el Adulto Mayor. Se evalúa la relación con el Residente. Para conocer toda esta información en muchas ocasiones es fundamental la existencia de “informantes claves” que puedan brindar información sobre los hechos ocurridos durante mi ausencia en el Hogar. Luego, en reuniones interdisciplinarias se intercambia información con los diferentes profesionales para llevar a cabo una adecuada intervención. Finalmente, cada intervención que se realice, varía de acuerdo a las necesidades que vayan surgiendo. DA: Las acciones que se realizan con los casos eran las siguientes: Entrevista de admisión con adulto mayor, Entrevista de admisión con familiares o referentes socio-afectivos, Entrevistas de seguimiento con adultos mayores y referentes socio-afectivos, Observación participante en la dinámica institucional y Diseño y participación en talleres socio-preventivos en la RLE VA: En un primer momento se entrevista interdisciplinaria al adulto mayor solo, luego a la familia, después se trabaja de manera individual con el aspecto de responsabilidades familiares en cuanto elementos de higiene, ropa, cobro, días de pago, asistencia a controles médicos fuera de la institución, todo lo que implique acompañamiento familiar; se trabaja de manera individual con la familia, también se realizan reuniones grupales de familiares de los adultos mayores(en
--	---

	esta instancia se logran algunos vínculos entre familias de adultos que comparten habitación). ¿Realiza intervenciones con el grupo familiar del residente? Describa las acciones que lleva a cabo. AS: Si, desde el primer día, dado que uno de los requisitos es que haya un referente familiar para el ingreso del postulante a la institución en calidad de residente permanente. Se les aclara las funciones de la familia en la institución, sus responsabilidades para con el residente y la institución, el cual se le entrega por escrito. Las entrevistas con la familia se realizarán según el caso lo requiera. Además, la institución cuenta con la Fiesta de la Familia en el mes de octubre, con la idea de fomentar los lazos del residente con su familia, de la familia con la institución y de las familias entre sí. NG: Si se realizan intervenciones donde la familia participe por ejemplo los cumpleaños que se festejan de cada residente, se llama a la familia y se invita a participar de este festejo, esta actividad les gusta mucho a los residentes porque comparten con sus seres queridos, pero en este tiempo de cuarentena como no puede haber contacto directo con la familia lo que se hace es llamar a las familias para que envíen un obsequio a los residentes con alguna tarjeta o carta es algo que los entusiasmó bastante. Otra actividad con las familias es en octubre el día de la familia donde se invita a participar de la cena a todas las familias de los residentes es una cena show un momento agradable para compartir. Otras intervenciones son en el caso de que los responsables o familia no cumpla con los requerimientos de la institución o las necesidades del residente, lo que se hace en este caso es citar al familiar y llevar a cabo una reunión para que asuma su responsabilidad labrando un acta de lo que se trató en esa reunión. Otras intervenciones con la familia son en el caso de
--	---

	algún paseo si hay alguna familia que desee participar se los invita a hacerlo. Desde mi rol trato de fortalecer el vínculo familiar de los residentes estando siempre dispuesta ante los requerimientos de ambas partes. BO: La intervención con el grupo familiar tiene que ver en conocer sus vínculos y si existe alguna relación debilitada, en lograr la re-vinculación entre ellos. Permitir que la comunicación esté presente, indirectamente a través de la solicitud en el cumplimiento de las necesidades, es decir, tener motivos para ir a la residencia y a la vez conversar con los mismos. Luego se Invita a participar en eventos sociales. Sin embargo, no se desarrolla una intervención deseada que requiera mayor participación de los familiares, por ejemplo, en realizar talleres en conjunto, debido a los horarios disponibles. VE: Sí se realiza intervenciones con la familia y demás redes de apoyo del residente, a través de entrevistas, visitas domiciliarias, talleres, reuniones, etc. Se busca fortalecer el vínculo y que las relaciones se mantengan, pese a la distancia, facilitando el contacto entre los residentes y sus afectos. Se realizan jornadas de convivencia y se promueve la participación de la familia en las distintas actividades socio-recreativas y culturales que se llevan a cabo en el Instituto. RC: Con el grupo familiar existe un contacto en forma constante. Al ingreso del paciente y en el transcurso de 7 días de su estadía se cita al familiar responsable y se realiza entrevista adonde se dialoga acerca de la dinámica familiar, de los derechos y obligaciones que tienen para con el paciente y con la Institución. Se realiza informe social de ingreso. Luego el contacto con el familiar es vía telefónica o con entrevistas planificadas según el caso lo requiera. NS: Si. Como siempre específico depende del caso. Hay familias que no presentan mayores dificultades a la hora de
--	---

	asumir su responsabilidad y contener al Residente. En esos casos, la intervención es menor, no resulta necesario entrevistas específicas. Por lo general solo se brinda información de las necesidades o algún asesoramiento que se requiera, y se realizan invitaciones a eventos recreativos para acompañar al Residente dentro del Hogar. Pero hay otros casos complejos, Residentes con amplios vínculos familiares, y donde existen conflictos entre los diferentes miembros. En esos casos considero fundamental realizar entrevista con las partes en conflicto por separado para especificar que los problemas internos no deben desestabilizar el bienestar del Residente. Es fundamental no preocupar al Residente con dichos problemas. En ocasiones se deben establecer días de visita para cada parte, se especifican responsabilidades, etc. Cada vez que se presente un problema y sea necesario, se realizan citas en la Institución. En las mismas y depende del tema a tratar puede estar presente más de un profesional (médico, psicólogo, etc.) DA: Sí. Se desarrollan las siguientes acciones: Entrevistas con referentes socio-afectivos de manera individual, Entrevistas con todos los miembros de grupo familiar o referentes socio-afectivos, Fomentar la participación de los referentes socio-afectivos en las actividades desarrolladas en la RLE, Contactos telefónicos con los referentes ante ciertos eventos inesperados en la estadía del adulto mayor (caídas, golpes, entre otros). VA: Si se realizan intervenciones mensuales, semanales si amerita el caso, reuniones entre todas las familias de los residentes, y reuniones entre las familias y los residentes (estas se realizan tres veces al año para fortalecer los vínculos entre las familias, los residentes y la institución)
--	---

	¿Sus intervenciones se realizan desde un equipo interdisciplinario? ¿Cuál es su rol en el mismo? AS: Si, entendiendo que de la mejor manera que se puede brindar una atención integral a los residentes es a través del trabajo interdisciplinario. Soy la coordinadora, junto con la dirección, de las reuniones grupales y la responsable de documentar las actas de las reuniones. Como soy la de mayor carga horaria junto con la jefa de enfermeros vamos evaluando los casos de residentes a evaluar por mes, dejando espacio por si surge algún caso que requiera de atención extraordinaria. NG: El equipo interdisciplinario se reúne una vez al mes para evaluar cinco residentes desde cada área y luego ver algunas situaciones problemáticas a resolver de otros residentes que no eran los que se evaluarían ese mes. Mi rol en el mismo es enviar al equipo cuales son los residentes que se van a evaluar cada mes, para ello trabajo desde una planilla Excel donde están todos los residentes y se va siguiendo un orden para que a lo largo del año todos sean evaluados, luego en esa reunión lo que hago es tomar nota de cada tema tratado para luego realizar el informe de la reunión con los aportes de cada profesional. En cada nueva reunión se lleva el informe del mes anterior, se abre la reunión con la lectura del informe y se observa si se resolvieron las situaciones tratadas, luego cada profesional firma el informe. En otras ocasiones trabajo en conjunto con la psicóloga o el profesor de educación física algunos talleres mi rol en esta actividad es formular dicha actividad en un plan de acción donde todos participen y se llevan a cabo las actividades con el otro profesional en conjunto. BO: Dentro del equipo interdisciplinario el rol tiene que ver en coordinar las capacitaciones, la comunicación a los familiares sobre las necesidades materiales que necesita el
--	--

	adulto, solicitado por los doctores, enfermeros, asistentes geriátricos o por el adulto mayor. VE: Sí, se trabaja en equipo interdisciplinario y con otros servicios no profesionales, pues se busca generar acciones conjuntas para y por los residentes. En cada reunión o ateneo, cada profesión asume un rol protagónico, pero, por cuestiones organizativas, cada reunión debe ser comandada por una disciplina, no sólo por la Dirección del Instituto. Aunque, por lo general, el Trabajador Social tiene a ser el dinamizador y programador por excelencia. RC: El equipo interdisciplinario preventivo psico social está compuesto por: Trabajador Social - Psicólogo – Profesores de Música, Educación Física, Laborterapia. Se realizan actividades grupales y también particulares de cada área en particular. El rol del T.S. es coordinar el equipo y las actividades que se realizan en forma grupal. NS: Si. Cuando ingresa un caso, se busca que en la primera reunión con la “familia responsable” esté presente más de un profesional. Pero ello depende de la disponibilidad del momento del ingreso. En otras ocasiones, se busca coordinar con cita previa con otro profesional, que generalmente pertenece al área de psicología. Por otra parte, se realizan reuniones interdisciplinarias para que cada profesional exprese su modalidad de intervención en un caso específico. Se intercambia información, y se realizan propuestas para solución de problemas. Mi rol, como Trabajadora Social, en una reunión interdisciplinaria es brindar información acerca de la situación familiar de un caso. Explico la existencia de conflictos, la situación económica y las posibles dificultades que pueda presentar la familia para cumplir con algunos de los requerimientos institucionales. Por otra parte, coordino las reuniones en las que se organiza los eventos recreativos que se llevaran a cabo dentro o fuera del Hogar.
--	---

	DA: Sí, el trabajo se llevaba a cabo en el marco del trabajo interdisciplinario. Sin embargo, las intervenciones eran aisladas, fragmentadas y no permitían la articulación de las miradas disciplinares. El rol ya se mencionó en la respuesta a la pregunta 7. VA: Las intervenciones se realizan interdisciplinario en una primera instancia y luego se continua de manera individual, promover el bienestar del adulto mayor dentro de la institución será siempre nuestro eje como trabajador social. En el actual contexto atravesado por la situación de emergencia sanitaria, ¿tuvo que modificar el modo de intervenir? ¿En qué sentido? AS: Si, se activó el protocolo de intervención establecido por el COE de la provincia a fin de preservar la salud de los residentes, considerados población de riesgo. Se suspendieron las actividades grupales y salidas recreativas. Se suspendieron las visitas familiares y las salidas de los residentes, así como el ingreso de voluntarios y de toda persona no esencial para la institución. Se trabaja coordinadamente con el equipo de enfermería para reforzar las medidas de higiene, reforzando desde el área social con cartelerías alusivas. NG: Si, se modificó bastante. Por ejemplo con la familia y su participación en algunas actividades con los residentes, lo que se hace es llamar a la familia por ejemplo para los cumpleaños y pedirle que envíen algún regalo o tarjeta u carta pero que de algún modo este presentes ese día, también realizar video llamadas con los familiares para que los residentes tengan contacto con la familia sobre todo de aquellos residentes que no tienen celular o crédito para hacerlo, se buscan siempre estrategias para satisfacer este tipo de necesidades. Al comienzo de la cuarentena otra actividad
--	---

	llevada a cabo era ir a los cajeros automáticos a realizar el cobro de algunos residentes que no tenían un familiar que pueda hacerlo por ellos. Constantes capacitaciones al personal del instructivo que envía PAMI, estas capacitaciones la realizamos en conjunto con la jefa de enfermeras para darlas a todo el personal y algunas cosas se sociabilizan con los residentes. Otras actividades que se llevan a cabo desde el área son los talleres recreativos estos se incrementaron en este tiempo para que los residentes no sufran demasiado el encierro, sino que puedan dispersarse, y estar activos. BO: En el contexto actual se modificó la modalidad de las capacitaciones, en estos meses se llevó a cabo a través de la comunicación telefónica (grupo de WhatsApp) donde se comparte documentos sobre la situación sanitaria, la modalidad de intervenir utilizando los elementos de protección y los cambios que se realizan. Al estar suspendidas las visitas y salidas externas, se realiza comunicación a través de video llamadas con los familiares que permite verse entre ellos. VE: Dado el actual contexto de emergencia sanitaria, sí se modificó, en cierta forma, el modo de intervención, pues hubo que amoldarse a la realidad que nos toca vivir actualmente. En un principio, se tuvo que colaborar en la atención directa a los residentes, como, por ejemplo, asistirlos en la alimentación e higiene de su habitación, debido a que la residencia tuvo que licenciar a algunos agentes. Pero, paulatinamente, se pudo reorganizar el Instituto para paliar la falta de personal. Varias gestiones quedaron suspendidas porque hay organismos que no se encuentran atendiendo al público. Se realizan talleres con los residentes, pero en grupos minúsculos, respetando la distancia recomendada. En estos talleres se les facilita información sobre la prevención del COVID-19 y también se llevan a cabo actividades de ocio. Se
--	---

	los contiene, principalmente, pues esta situación genera estados de angustia y ansiedad por la incertidumbre y por no poder salir ni recibir visitas de sus familiares y amigos. Se los mantiene en contacto a través de llamadas y videollamadas no sólo con sus afectos sino también con grupos de la comunidad que acostumbran a visitarlos. La intervención con familiares se realiza por medios tecnológicos. Se acompaña y se brinda aportes a la Dirección en la confección de Protocolos de Prevención en el Instituto. Junto a personal de Salud y Salud Mental, se brinda un espacio de contención a los demás agentes para evacuar dudas sobre la pandemia y generar una escucha activa para sostenernos mutuamente y poder afrontar esta situación. RC: Actualmente el trabajo es totalmente diferente ya desde que comenzó el periodo de cuarentena a nivel nacional yo no ingreso al Hogar Geriátrico dado las medidas de precaución y cuidados que se debe tener con los adultos mayores que se tomaron desde la Institución. Mi trabajo es vía telefónica, video llamadas tanto con los pacientes y especialmente con los familiares para que cumplan con sus obligaciones cotidianas. NS: Si. El cambio fue casi radical. Mi asistencia al hogar es Nula. Debiendo estar “presente” telefónicamente para conocer cuáles son las necesidades de los Residentes. Por este medio, se trata de conocer los problemas presentados en el hogar, donde el principal fue la escasez de los elementos de higiene básicos para los Residentes, ya que los responsables dejaron de proveer. Este fue el principal problema a resolver. Intervengo telefónicamente con los responsables para indicar la modalidad que lleva a cabo la Institución, pero sobre todo especificando la importancia de evitar la circulación de personas en el hogar ya que los Residentes son el Mayor grupo de riesgo, pero que igualmente deben cumplimentar
--	---

	con las necesidades básicas del Residente para evitar la descompensación. Por otra parte, también se realiza videos-llamadas grupales con el Director y otros profesionales para acordar la modalidad de intervención, definir prioridades, etc. DA: No me desempeñé en ámbitos de RLE durante el período de la emergencia sanitaria. Sin embargo, creo que este fenómeno si hubiera impactado en la intervención y en la forma de llevarla adelante. VA: Si, se modificó la intervención; la familia no acompañó a los sanatorios a realizar los estudios de algunos adultos, fueron acompañados por un personal de enfermería, y en casos de internación de primer nivel se derivaron a sanatorios al adulto solo.
Envejecimiento	¿Cómo define al envejecimiento? AS: Según Eugenia Guerrini en la revista Margen Edición N° 57 - marzo 2010 “La vejez. Su abordaje desde el Trabajo Social”: el envejecimiento es un proceso en constante evolución, en tanto que la vejez es una etapa más de la vida, al igual que la niñez, la adolescencia. Cuando preparaba mi tesis de grado recuerdo haber leído que se envejece desde el nacimiento. NG: El envejecimiento es un proceso que vive toda persona y que no se puede detener en el tiempo, en la mayoría de los casos las personas que transitan esta etapa se encuentran más vulnerables, porque pueden enfermar con mayor facilidad. BO: Considero al envejecimiento como un proceso en el ser humano que tiene lugar durante su vida caracterizado por los cambios físicos, mental, social y cultural. VE: Como un proceso natural, en el que se dan distintos cambios y que se desarrolla desde que nacemos hasta que morimos.

	RC: Envejecimiento es un conjunto de modificaciones que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los seres vivos, siendo la vejez un ciclo vital de las personas con ciertas características propias de los individuos que se producen por el paso del tiempo. NS: Es un estado del cuerpo humano al cual se llega en lo que llamamos la Tercera Edad. Es propio de los Adultos Mayores. Este envejecimiento puede variar de persona a persona. Depende mucho de la historia y calidad de Vida que haya desarrollado la persona. Este envejecimiento es tanto mental como físico. Implica una disminución en algunas capacidades de la persona, lo cual conlleva a una mayor dificultad para desarrollarse en el entorno social. Esto convierte a la persona en un ser más vulnerable que el resto de la sociedad, y por ello incluso se encuentra dentro del grupo de personas de riesgo. Es un proceso inevitable en la vida de las personas, y es fundamental aclarar que no se trata de una enfermedad, sino de una etapa de la vida. DA: El envejecimiento es un proceso natural, un proceso irreversible que atraviesa a todo ser humano. Sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma manera, ya que el fenómeno del envejecimiento se encuentra condicionado por una serie de factores sociales, económicos, políticos, sanitarios, culturales, entre otros. VA: Una etapa biológica de la vida, que requiere otros cuidados y otras formas de intervenir, no limitando sino ampliando las posibilidades de participación del adulto mayor. ¿Cuál es su visión del Adulto Mayor?
--	--

	AS: El adulto mayor, en los casos que llegan a la residencia se pueden distinguir de acuerdo a las siguientes variables: si llega por su propia voluntad o si ingresa por situación de vulnerabilidad psicosocial, esta última se puede deber a que es ingresado por un referente o familiar debido a que no tiene vivienda o el lugar en donde residía no era óptimo para su estadía. En el primero de los casos es un adulto mayor activo, independiente, autónomo para tomar decisiones y que ha llegado a la residencia buscando un lugar para residir, ampliar su grupo de pares, dado que, por lo general, la gente con la que solía relacionarse- en su gran mayoría- ha fallecido. En este caso el mayor desafío será que se adapte a las normas de convivencia de la institución, costando sobre todo su adaptación a los horarios de entrada y salida de la misma. En el segundo caso el desafío es mayor porque hay que evitar que el residente entre en depresión, dado que debe adaptarse a un lugar nuevo, en una edad en la que requiere mayor apoyo para aceptar todos los cambios que la vejez implica sumándole las características y normas de la institución, aquí es donde su grupo de pares y su familia jugaran un rol fundamental para que la transición sea lo más cálida posible. Otra variable a tener en cuenta es el género, a juzgar por la experiencia, las mujeres tienen mayor capacidad de adaptación a la edad que atraviesan, dado que ocupan su tiempo productivamente: tejiendo, bordando, pintando, ocupándose del jardín, colaborando con la capilla y, hasta se inscriben en club de adultos mayores para realizar actividades, viajes y ampliar su grupo de pares. En el caso de los varones, a juzgar por la experiencia, una vez que se jubilaron no saben qué hacer con su vida, entonces se sientan en el sillón de las galerías a ver los días pasar... no tienen, en su gran mayoría, iniciativa propia por realizar actividades, les cuesta sumarse a las propuestas de la institución, pero una vez
--	--

	que logran salir de su estado de confort suelen disfrutarlo al máximo. NG: Mi visión de un adulto mayor, es una mirada de respeto hacia una persona con mucha experiencia y aprendizajes que nos brindan desde su transcurso a lo largo de los años, me interpela a pensar que es una persona con los mismos derechos que todas las personas pero que por su condición estos derechos muchas veces son vulnerados. BO: Mi visión sobre el adulto mayor son personas cargadas con estereotipos y prejuicios, donde es necesario en la actualidad ir rompiendo con esas ideas para evitar, desde la profesión intervenciones donde pierden el eje de sus derechos y sobre todo perder de vista su autonomía y capacidades. Es decir, el adulto mayor son personas que continúan un proceso de aprendizaje de su vida a los nuevos cambios que les atraviesa particularmente. VE: Como un sujeto de derechos. RC: Para mi Adulto Mayor es una persona de edad avanzada que atravesó varias etapas de su vida, cada uno con su historia de vida particular y con la experiencia que esto conlleva. Son receptores de toda mi admiración y amor y es por eso que hace muchos años trabajo en una Institución geriátrica. NS: Adulto mayor considero a la persona mayor a los 60 años de edad. Su condición es variable según el estado físico y mental en el que se encuentre. Ser adulto mayor no implica ser una persona enferma, aunque si se considera que están en mayor vulnerabilidad que el resto de los miembros de una sociedad. En esta etapa de la vida considero fundamental mantener a la persona en actividad, tanto física como mental para evitar el estancamiento y/o deterioro por falta de estimulación.
--	---

	DA: Los adultos mayores o personas mayores son sujetos de derecho. En tanto sujetos de derecho, cuentan con autonomía, derechos, obligaciones y potencialidades. VA: Es una pregunta muy generalizada, lo tomo más de la perspectiva de los residentes. Su visión es mas de obstaculizar en la vida diaria de sus hijos o grupo familiar. ¿Cómo cree que el adulto mayor es visto por otros profesionales y/o trabajadores de la residencia? AS: Esta pregunta va a depender de la formación de preconceptos y funciones que tengan los demás trabajadores de la institución. Si ven que la institución es solo su obligación laboral no se permitirán relacionarse mucho con los residentes, sumado a que, si no han tenido una experiencia enriquecedora con un adulto mayor cercano en el seno de su familia, la relación con los residentes será aún más distante. También están aquellos que se encariñan mucho con algunos residentes y cuando estos mueren no saben cómo canalizar el dolor, entonces establecen una muralla con los nuevos para evitar sufrir. En torno a esto es que a partir de 2015 se propuso brindar capacitaciones al personal de servicios generales que coadyuven a que su lugar de trabajo sea más placentero y que incluya como mantener el buen trato en la línea del respeto por el otro: la misma se extendió a mucamas, personal de lavandería, mantenimiento y cocina. En cuanto a los profesionales, a mi modo de ver, las reuniones interdisciplinarias mensuales ayudan a mantener el objetivo: que los residentes, durante su estadía, tengan una elevada calidad de vida, manteniendo una atención integral. Para lograr esto se ha transitado mucho y todavía hay mucho por trabajar. NG: La visión en el hogar de los adultos mayores para los profesionales es como la visión que describí anteriormente
--	---

	una visión de respeto por el cumplimiento de sus derechos. Para otros trabajadores del hogar también es una visión de respeto, pero muchas veces se escuchan algunos comentarios de manera despectiva sobre la vejez y también tonos de resignación pensando que son sus últimos años de vida de esos residentes y que no se puede hacer más de lo que se hace por ellos. BO: A partir de las observaciones en los tratos, algunos trabajadores consideran al adulto mayor como una etapa de la niñez o ser tratados como abuelos a todos, sin tener en cuenta en primer lugar que no todos tienen nietos, segundo que no son sus abuelos y tercero tener en cuenta su identidad, llamar por su nombre. Al ser tratados como niños o abuelos, el trabajo en ellos cambia al minimizar sus capacidades. VE: Pienso, que hay aún una tendencia en algunos agentes a verlo al adulto mayor como objeto de cuidado, asexual, sin proyectos... Es decir, coexisten ideas del viejo paradigma que tienden al prejuicio y a la infantilización. No obstante, se observa que, paulatinamente, y con capacitaciones de por medio, estas ideas de viejismos son cada vez menos, pero se debe continuar trabajando para que las mismas desaparezcan y no sean un obstáculo en la atención que se le brinde a la persona mayor. RC: NO RESPONDE NS: En general, en la institución el adulto mayor es considerado un ser bio-psico-social. Pero cada profesional acentúa su qué hacer en la especialidad que le compete. En la Residencia, la mayoría de los casos presenta enfermedades crónicas que dejan expuesta la condición vulnerable del Adulto Mayor. Son vistos como personas vulnerables que necesitan de ayuda casi permanente. DA: La visión acerca del adulto mayor o personas mayores no sólo está condicionada por el imaginario social, muchas
--	--

	veces está condicionada por la disciplina desde dónde se interviene, por lo tanto, no se puede generalizar. Más allá de esto muchas veces es visto como un ser humano dependiente que al ser dependiente no cuenta con capacidades ni autonomía. VA: El adulto mayor es visto en la institución, como sujeto de derecho capaz de realizar las actividades que se proponga dentro de las ofertas de actividades que ofrece la misma.
Envejecimiento Activo	¿Conoce la concepción de envejecimiento activo y lo que este postula? AS: Envejecimiento activo es un concepto definido por la OMS como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia. El envejecimiento hace referencia a cuatro aspectos fundamentales: Salud (física y mental), Participación en la sociedad, Seguridad, Aprendizaje durante toda la vida. NG: Si, de hecho, en la planificación anual se puso como objetivo buscar el bienestar bio-psico-social de los residentes para garantizar una buena calidad de vida. Una mirada global del residente intentando mejorar la autonomía, su salud y su productividad. BO: Conocí la concepción en las charlas que he participado y plantea como un proceso que optimice su bienestar completo, principalmente como lo nombra, ser personas

	activas, en el cual participe de actividades cotidianas, en la toma de decisiones, en actividades culturales, económicas y sociales, ya sea individualmente o colectivamente. VE: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al envejecimiento activo como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. RC: La OMS define envejecimiento activo el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados. Los pilares del envejecimiento activo son: Salud física y mental. Participación en la sociedad. Seguridad. Aprendizaje. NS: Si. El envejecimiento activo considero debería ser una de los principales objetivos de un establecimiento geriátrico. Actuar en base a este concepto es fundamental para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. El envejecimiento activo implica mantener activas o latentes las capacidades físicas o mentales de las personas y de ésta manera evitar el temprano deterioro. Es fundamental la participación de los Residentes. DA: Sí. Se entiende como un proceso que busca optimizar las condiciones sanitarias, de seguridad y participación con el fin de mejorar la calidad de vida y bienestar de las personas a lo largo del proceso de envejecimiento.
--	---

	VA: Si, conozco la concepción de envejecimiento activo, por esto se planifican en equipo todas las actividades individuales, familiares e institucionales. ¿Qué actividades se llevan a cabo en la residencia a los fines de promover el envejecimiento activo? AS: Desde el año 2012 la institución cuenta con un Proyecto Socio-preventivo el cual consta de un cronograma de actividades pensado para promover el envejecimiento activo, el mismo está realizado en un afiche y pegado en la oficina del área social en la que cuenta con actividades, frecuencia y responsables de las mismas. Los objetivos y metodología de trabajo se detallan a continuación: OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 1. Lograr elevar la calidad de vida del residente a partir de la asistencia terapéutica individual, la cual apuntaría en dos direcciones: Elaborar situaciones vitales, según cada historia personal y Propiciar el surgimiento motivacional necesario para realizar actividades personales y grupales dentro y fuera de la institución. 2. Crear talleres con actividades recreativas acorde a las posibilidades de los residentes, tendientes a favorecer la integración entre ellos mejorando, así, la calidad de las relaciones sociales. 3. Buscar que las actividades ayuden a los residentes a descubrir el valor de la solidaridad. 4. Incentivar actividades que despierten en ellos la creatividad, el protagonismo, para sacarlos de la pasividad que el rol de “residentes” los colocó. METODOLOGIA DE TRABAJO: Todas las semanas hay un espacio en donde se reflexiona sobre: Rosario diario, coordinado por los mismos residentes de lunes a sábado a las 18:30hs durante todo el año. Taller de Lectura durante el mes de febrero a las 16.30 a cargo de la residente Rosita Giménez, bajo la supervisión de la trabajadora social. Fiesta de cumpleaños el último sábado de cada mes a partir del mes de
--	--

	marzo. Responsable comunidad religiosa. Trabajo pastoral con los seminaristas: actividades recreativas y religiosas, todos los sábados de marzo a noviembre de 10 a 12, encargado comunidad religiosa. Misa: sábados a las 19:00 hs y domingo a las 10:00 hs. responsable comunidad religiosa. Procesión Santo patrono San José a las 17:00hs y misa el 19/03/2015. Responsable comunidad religiosa. Taller Cognitivo se llevará a cabo el 1º martes de cada mes a partir del mes de marzo a noviembre (03/03; 07/04; 05/05; 02/06; 7/07; 04/08; 01/09; 06/10 y 03/11) a las 10:00 hs a cargo de la lic. en psicología. Talleres socio-preventivo los días miércoles y viernes de marzo a diciembre. Responsable Lic en trabajo social. Asamblea: 04/03, 01/04, 06/05, 03/06, 01/07, 05/08, 02/09, 07/10, 04/11, 02/12 responsable trabajadora social. Taller artístico los días miércoles de marzo a abril: 11/03, 18/03, 25/03; 01/04, 08/04, 15/04, 22/04 y 29/04 a las 09:00hs a cargo de voluntarios. Taller de Movimiento: miércoles y jueves durante los meses de mayo, junio y julio a las 09:30hs a cargo de enfermeras. Taller de cocina: los días martes durante los meses de mayo, junio y julio a las 17:00 hs. responsable personal de cocina. Fiesta del abuelo durante el mes de agosto. Semana Montiana: responsable comunidad religiosa 22/09 misa inicio semana a las 19:00 hs. 26/09 Fiesta de la familia 11 hs. 30/09 Olimpiadas 09:00 hs. Taller Montiano. 02/10 Misa de cierre de Semana. Taller de Baile durante los meses de octubre, noviembre y diciembre los días jueves a las 16:30 a cargo de Aux. de enfermería. Procesión y Misa Inmaculada Concepción a las 18:00 hs el 08/12/2015. Responsable Hno. Comunidad religiosa. Fiesta de cierre de año. Responsable comunidad religiosa. Cena de navidad y año nuevo. Responsable comunidad religiosa
--	--

	NG: Para desarrollar un envejecimiento activo, desde la institución se intenta proporcionar a las residentes oportunidades para que puedan ser independientes, para que gocen de buena salud física y mental y para que sean productivos. Asimismo, se busca que disfruten de una mayor seguridad y comodidad, fomentando el bienestar y creando entornos ambientales propicios y favorables, los objetivos trabajados para esto: 1. Aportar herramientas que permitan al Adulto Mayor mantener y avanzar en su autonomía e independencia dentro de sus posibilidades, implicando así una mejora en su calidad y condición de vida durante su estadía en la institución a través de acciones de carácter preventivo, formativo y asistencial. 2. Mejorar la calidad de vida del residente a partir de la asistencia terapéutica individual, la cual apuntará a dos direcciones: Elaborar situaciones vitales, según cada historia personal. Propiciar el surgimiento motivacional necesario para realizar actividades personales y grupales dentro y fuera de la institución. Incentivar actividades que despierten en ellos la creatividad, el entusiasmo y el protagonismo en su vida cotidiana. Generar espacios grupales para que los residentes compartan, se favorezca su integración mutua y se afiancen los vínculos sociales. Fortalecer los vínculos sociales de los residentes con sus familiares y/o amigos para evitar la fragmentación a causa de la institucionalización. Articular actividades con otras instituciones y/o grupos que favorezcan la interacción de los residentes con el medio social. BO: Actualmente se realizan actividades de educación física y de música, debido a la situación sanitaria se realizó actividades cognitivas, luego se propuso ver películas, pero no fue una actividad aceptada por los adultos mayores, por lo cual no se desarrolló. La particularidad del grupo con el cual trabajo, son personas que desean ver televisión o utilizan su
--	--

	estado de salud como respuesta de no poder realizar la actividad, por ejemplo, no tienen buena vista o poca movilidad en sus manos, por lo cual, resulta difícil para mí, hablando desde mi persona, en poder incentivar a participar o que demanden actividades recreativas. VE: Las actividades que se llevan a cabo para promover el envejecimiento activo en la residencia, son las siguientes: Gestiones para el acceso de derechos (identidad, cobertura previsional, recursos materiales, atención sanitaria, etc.). Asambleas donde participan con voz y voto. Planificación acorde a sus necesidades y preferencias. Ejecución de talleres socio-recreativos. Facilitar la participación de los residentes en la comunidad, fortaleciendo las actividades intergeneracionales. RC: No responde NS: En la institución se realizan talleres trimestrales por parte de cada profesional del equipo preventivo social. Aparte de dichos talleres que se realizan día a día, se organizan eventos recreativos dentro del Hogar. Por lo general tiene que ver con celebración de fechas especiales, cumpleaños, Navidad, Fin de año, Carnaval etc. Desde que comienza la organización de determinado evento se los hace participar a los Residentes incluso en la toma de decisiones. Esta es la actividad que considero tiene mayor efecto activo. DA: La mayoría de las actividades que se realizaban en la RLE estaban orientadas a mejorar las capacidades funcionales y a evitar el avance del deterioro cognitivo. Estos a través de talleres de estimulación neurocognitivas y kinesiológicas. VA: Se realizan encuentros intergeneracionales, entre los residentes y una institucional con trabajo de adicciones juveniles (hasta se realizó obra de teatro con actores residentes del hogar y de la clínica). Se permiten salidas de
--	--

	los residentes durante la semana con acompañantes terapéuticos o familiares a realizar talleres de oratoria, pintura (talleres dictados por la UNT); fotografías entre otras. Dentro de la institucional se dictan talleres de teatro, manualidades, gimnasia, y se realizan festejos de cumpleaños, fiestas del día de ella madre, padre, fiestas patrias (pequeños actos), salidas al circo, etc. ¿Quiénes participan de la planificación de las actividades que se proponen a los adultos mayores? AS: Las actividades son definidas por el equipo interdisciplinario, en función a los intereses de los residentes que cada uno va indagando y a los objetivos que cada profesional se propone conseguir con los mismos. NG: En la mayoría de las veces la planificación del área social las hago sola, pero en ocasiones solicito a la jefa de enfermería alguna opinión o información del algún residente en particular con respecto a ciertas actividades ya que ella tiene mayores conocimientos de residentes y además va todos los días al hogar conoce bastante la realidad cotidiana. Esta profesional fue de gran ayuda cuando ingrese porque me brindo información valiosa para trabajar. Otras actividades se planifican con el equipo interdisciplinario o algún profesional en particular. BO: La planificación de las actividades fue pensada por las autoridades de la residencia en conjunto con las demás profesiones, los talleres que permanecen. Luego las actividades son pensadas en ayudas con los trabajadores o se consulta a los adultos mayores, pero al no recibir demanda por parte de ellos o aceptación a las actividades, no continúan con su desarrollo.
--	---

	VE: En la planificación participa el equipo interdisciplinario y el personal de atención directa (auxiliares gerontológicos) en forma conjunta con los residentes. RC: Participan los integrantes del equipo interdisciplinario. Los talleres lo planifican cada área en forma individual (música, educación física, etc.) y se los renueva cada 3 meses. Las actividades grupales se las planifica de manera conjunta. NS: Los profesionales implicados en la planificación son: Trabajadores Sociales, Psicólogos, Profesores de música y de Educación Física. DA: Cada uno de los profesionales diseñaba las actividades para los adultos mayores, éstos últimos no tenían participación en la definición de las mismas. VA: Las actividades de salidas y festejos son planificadas en equipo interdisciplinario. ¿Qué aspectos se tienen en cuenta a la hora de definir qué tipo de actividades se programan? AS: A la hora de definir las actividades nos basamos en los cuatro pilares definidos por la OMS sobre envejecimiento saludable: Salud (física y mental), Participación en la sociedad, Seguridad, Aprendizaje durante toda la vida. NG: El primer aspecto es ver si a los residentes le va a gustar ese tipo de actividad por lo que se les consulta muchas veces si desean participar. Otro aspecto es que a actividad incluya a todos ya sean auto válidos o semindependientes que puedan participar todos es importante. Otro aspecto es contar con los medios para poder realizar ciertas actividades se busca en algunas oportunidades benefactores que colaboren. Otro aspecto es ver los objetivos de las actividades que puedan dejar alguna enseñanza y sean espacios de recreación para los residentes. En estas actividades lo que se trata de ver es que los residentes tengan interacción con los demás logrando una
--	--

	participación social, que ellos puedan llevarse un aprendizaje de las actividades y a la vez se sientan seguros de enseñar sobre sus conocimientos-vivencias-experiencias. BO: Se tuvo en cuenta su salud física y mental, que permita estar activos. Luego se tiene en cuenta sus emociones, es decir, observar sus estados de ánimos en los días. VE: Los aspectos que se tienen en cuenta para definir el tipo de actividades que se programan, son los siguientes: Preferencias de los residentes, Capacidad psicofísica, Disponibilidad de recursos. RC: Se tiene en cuenta el estado salud enfermedad y el estado cognitivo de cada paciente. Los talleres y/o actividades se separan al momento de planificar y al momento de ejecutarlos en tres niveles de participación. Nivel I: residentes independientes. Nivel II: residentes semi dependientes. Nivel III: residentes dependientes y por lo general con deterioro cognitivo global. NS: Para planificar los talleres de cada área se tiene en cuenta las capacidades de los Residentes y se los divide en niveles 1, 2 y 3. Los eventos especiales y la actividad a realizar dependen de la fecha que se quiere resaltar. Para llevarlo a cabo se debe tener en cuenta los recursos con los que se cuenta, el tiempo con el que se comienza a planificar, las posibilidades de participación de los Residentes, la presencia de la mayor cantidad de profesionales posibles. DA: Generalmente para la programación de actividades se tenían en cuenta el grado de dependencia funcional y el grado de deterioro cognitivo de los residentes. VA: Se tienen en cuenta sobre todo la movilidad para las salidas fuera de la institución, los permisos familiares, y sobre todo la adhesión de los residentes a las actividades.
--	---

	Teniendo en cuenta el nivel de participación de los residentes en las actividades propuestas, ¿qué evaluación hace de las mismas? AS: Los residentes participan en su gran mayoría. En general hay buena aceptación de las actividades que se proponen. Participan en mayor número cuando se trata de salidas o fiestas. NG: En el hogar hay buena recepción de las actividades que se llevan a cabo y la participación la mayoría de veces es de un buen número, pero lo que pude observar es que a medida que los residentes envejecen les cuesta participar porque se sienten cansados o limitados para caminar o estar más tiempos activos, pero se trata de motivar y ayudar que todos participen de las actividades buscando alternativas inclusivas para los mismos. BO: Las actividades no son obligatorias, por lo cual, las participaciones según lo manifestado por los adultos mayores, lo realizan por su salud, les gusta realizarla o porque son las actividades que se proponen. Hay mayor participación en actividad de gimnasia y menor participación en música, ya que, en este último, han manifestado que no tienen buena visión para jugar a la lotería o no tienen buena escucha. Por lo tanto, al no ser obligatoria la participación algunos prefieren ver televisión o descansar en sus habitaciones. VE: Se promueve la participación de los residentes en las actividades que les resulten placenteras, ya sea que la misma sea en forma pasiva o activa. Por lo general, se observa que gran parte de las acciones que se realizan logran su implicancia e interés, aunque hay un grupo de residentes que demuestra apatía hacia las mismas, por lo que se debe seguir trabajando cambiando la modalidad o tipo de actividades para lograr su involucramiento
--	--

	RC: Las actividades que se realizan por lo general tienen una gran aceptación y un alto nivel de participación: Nivel I: los residentes pertenecientes a este nivel responden en forma positiva a los talleres que se planifican ya que comprenden y responden a las consignas dadas mostrando entusiasmo y predisposición a las actividades propuestas. Nivel II: también las actividades que se proponen tienen un acatamiento positivo ya que se observa satisfacción por el contacto con las personas del grupo. En general es necesario estimularlos y motivarlos en forma permanente para mayor interacción grupal. Nivel III: en este nivel se trabaja generalmente con técnicas de intervención en forma asistida y personalizada. En su mayoría los residentes están presentes en cada encuentro, pero sus intervenciones son esporádicas y en la medida que sus posibilidades se lo permiten. Se cuenta en algunos casos con el apoyo de los residentes especialmente del nivel I. NS: Por lo general las actividades recreativas, que implican celebración de fecha especial tienen mayor incidencia en los Residentes. Se los observa activos, alegres, dispuestos a participar, y se los motiva por medio de música, baile y comida. Pero la realización de estos eventos tiene su complejidad especialmente por los recursos que se requieren. En ocasiones solo se cuenta con la colaboración económica que los familiares responsables puedan otorgar. En los días posteriores a la celebración el evento tiene repercusión en los Residentes, activando la memoria, la capacidad de relato, etc. DA: Si bien las actividades eran convocantes no contaban con la opinión de los residentes. Por lo tanto, tenían impacto positivo, pero desconocían los gustos y preferencias de los residentes. VA: La adhesión siempre es multitudinaria, inclusive con los que no son auto válidos, para las actividades participa todo el
--	--

personal de la institución, o en su gran mayoría, todos forman parte.

Teniendo en cuenta los postulados del envejecimiento activo y las acciones que se realizan en pos del mismo, ¿Qué limitaciones cree que tiene la profesión para promover el envejecimiento activo?

AS: Al depender de una institución depende de las negociaciones con quienes dirigen y del apoyo que brinden, dado que, si de repente hay que gestionar todo, coordinar todo, sin posibilidades de contar con un equipo a quien delegar, además de cumplir con las otras actividades inherentes, se torna muy complejo poder sostenerlo. No hay formación sobre el envejecimiento en sí, la formación es autodidacta.

NG: La profesión muchas veces se ve limitada por la mirada social hacia los adultos mayores hay cierta discriminación por motivos de edad, estas ocasionan prejuicios. La profesión debe trabajar para hacer valer los derechos de los adultos mayores quitando ese sesgo negativo que tiene las personas por el hecho de ser “viejos”. Los organismos en los que se trabajan (instituciones) muchas veces no responden a la mirada de envejecimiento activo y solo se limitan a la atención de salud para los adultos mayores dejando de lado otros aspectos importantes para responder a los pilares del envejecimiento activo, en esto el TS se ve limitado cuando debe responder a las necesidades de la institución que son diferentes a las que propone el envejecimiento activo. Otra limitación que tiene la profesión para promover el envejecimiento activo es la falta de formación en las universidades sobre estos temas.

BO: Pienso que las limitaciones para la profesión tienen que ver con la lógica institucional, luego con las características de

	la salud de los adultos mayores y por ultimo las particularidades de cada profesional individual. VE: Considero que hablar de envejecimiento activo en personas mayores, que fueron desposeídas de varios derechos, como, por ejemplo, de una vivienda, motivo por el cual ingresaron a una residencia de larga estadía, resulta paradójico. Si bien, desde el trabajo Social se trabaja para lograr el acceso a los derechos, y se promueve con el resto del equipo que la internación no sea para siempre, se presentan obstáculos (propios de la burocracia gubernamental) que limitan nuestro accionar. RC: Las limitaciones que encuentro en la Institución es por lo general la falta de recursos económicos para las actividades socio preventivas. Falta de un medio de movilidad para las salidas extra institucionales. NS: En general, al no ser especialista en Salud, no podemos conocer con exactitud la limitación que puede tener un Adulto Mayor, No conocemos lo que realmente puede hacer o no de acuerdo a su estado de salud y/o patología, Por ende, en algunos casos no resulta algo sencillo diferenciar cuando un paciente no hace algo porque no quiere o porque no puede. Sólo podemos distinguir aquellas complejidades que están a la vista. Nuestra principal limitación en la Residencia tiene que ver con el tiempo laboral, y la amplia gama de deberes que conlleva nuestra profesión. Ya que la misma va desde entrevistas con familiares y con Residentes, llamados telefónicos para solicitar elementos básicos para el Residente o para conocer problemas que presenta la familia, evolución en las respectivas carpetas, reuniones interdisciplinarias. En nuestra intervención cada día es diferente especialmente si se presentan problemáticas urgentes. Por ello algunos días pueden no realizarse este tipo de actividad, ya que se debieron atender otros problemas que se consideran urgentes.
--	--

	DA: La profesión encuentra algunos obstáculos para promover este enfoque: Los estereotipos acerca de las personas mayores. La discriminación por la edad avanzada. La noción de falta de capacidad y potencial del adulto mayor. La noción que sostiene que las personas mayores al encontrarse en la última etapa del ciclo vital y fuera del mercado laboral no aportan nada y son una población residual. La escasez de políticas públicas y recursos a los que pueden acceder las personas mayores. VA: La falta de una red municipal, provincial y hasta nacional, para poder llevar a cabo los postulados; imagínese poder articular entre todos los hogares un encuentro de adultos mayores con actividades deportivas, literarias, teatrales, de talentos. No sería maravilloso, como suelen hacer el ministerio de educacional. Si bien promovemos el envejecimiento activo con los recursos muy limitados, muchas veces trabajamos solos. ¿Qué aportes se pueden hacer desde la profesión para la promoción del envejecimiento activo? AS: Creo que el aporte fundamental es ayudar al adulto mayor a mantener niveles óptimos de funcionamiento dentro de sus limitaciones durante su estadía en la institución, teniendo en cuenta los pilares que marca la OMS sobre el envejecimiento activo. NG: Mayor formación sobre este tema, que los profesionales conozcan y puedan desarrollar mejores alternativas en el trabajo con adultos mayores tomando de base esta visión de envejecimiento activo. Trabajos en equipo con profesionales (TS) de otras instituciones donde se construya en conjunto nuevas formas de intervenciones promocionando el envejecimiento activo y desde esta postura realizar nuevas
--	---

	capacitaciones al personal de cada residencia, o sea formarnos para luego formar a otros. BO: Desde la profesión se puede proponer el modo de intervención, es decir, en el momento de planificación de las actividades reconocer sus autonomías, sus capacidades, sus particularidades y sus derechos, que permita aumentar la autoestima y fortalecer su identidad. Además, acompañado con intervenciones en las relaciones familiares y con la comunidad. VE: Desde la profesión se debe seguir propulsando el acceso de las personas mayores a sus derechos, y trabajar fuertemente de manera interinstitucional en el desarrollo de propuestas legislativas que faciliten recursos que les permitan vivir dignamente. Fortalecer espacios de participación plena que les permita a los adultos mayores interpelarse sobre su rol en la sociedad, adquiriendo mayor protagonismo en la toma de decisiones. RC: Trabajar con estrategias de intervención que tiendan a la plena integración del residente al Hogar. Promover la comunicación entre pares y la interacción social y grupal. Que la familia se integre a las actividades de la Institución. NS: Desde el Trabajo Social se podría brindar información a modo de capacitación para todo el personal (profesionales y no profesionales) de la Residencia respecto a éste término, con el fin de promoverlo y resaltar la importancia del envejecimiento activo como un punto que no debe dejar de estar presente en la intervención que realicen tanto los profesionales o no profesionales en la vida cotidiana de los Residentes. Por otra parte, a nivel general, sería oportuno desarrollar un proyecto tendiente a desarrollar el envejecimiento activo, brindando las herramientas necesarias para el mismo. Visibilizar en la sociedad este término ya que hay muchos adultos mayores que no están residencias y que
--	---

	se encuentran bajo el cuidado de sus familiares, quienes posiblemente desconocen este factor fundamental en los gerontes. DA: Se podrían promover, por un lado, campañas de promoción de los derechos de las personas mayores y por otro lado, campañas orientadas a la erradicación de la cosmovisión acerca del adulto mayor como objeto de protección que invisibiliza las capacidades y potencialidades de las personas mayores. VA: Podemos seguir aportando al envejecimiento activo: promocionando la salud física y mental, fortalecer las redes sociales, gestionar recursos, promocionar la autonomía y el bienestar del adulto mayor. ¿Considera que las medidas preventivas (tendientes al aislamiento social) que debieron tomarse en el actual contexto afecta al sostenimiento del envejecimiento activo o implica un retroceso en torno a sus postulados? AS: Es una situación nueva para todos, con pruebas y errores, creo que es cuestión de encontrarle la vuelta a cada situación y buscarle la mejor solución posible dentro del contexto. NG: Al inicio de las medidas tomadas en este aislamiento social me resonaba mucho el tema de que “Hay que prevenir posibles caso” trabajar para cuidar a nuestros adultos mayores, buscar y no cansarnos de repensar alternativas para que ellos se encuentren contenidos y estabilizados. Desde la institución se busca constantemente que los residentes no se sientan “aislados” y por ellos se organizan talleres, y actividades que puedan ayudar en la sociabilización entre ellos y con el personal, también se busca mayor atención en la salud mental y física donde los residentes se sientan cuidados, desde otras áreas se trabaja sobre su “protagonismo” donde ellos tomen decisiones y sean
--	--

	hacedores de su historia pero siempre en el contexto del protocolo y el aislamiento social, en donde vi un retroceso es en algunos residentes que no pueden ver a sus familias en especial a sus nietos, y esto es importante muchas veces no basta con una videollamada creo que es necesario el contacto un abrazo, otro retroceso que vi es que la mayoría al ser autovalidos salían constantemente de la institución a realizar sus trámites y ahora se sienten limitados en esto, y no les gusta verse reducidos a que otros hagan por ellos, en esto si veo un retroceso, ya que se limitan estas salidas y los hacen menos activos. BO: Debido a la situación sanitaria actual, considero que afecta en la falta de participación en la comunidad y de realizar salidas externas con sus familiares. Sin embargo, no debe implicar un retroceso a sus postulados, sino, de replantear actividades que permita ser desarrolladas en la residencia y permita un envejecimiento activo y evitar aislamiento entre ellos o la comunicación con sus familias, evitar una baja autoestima que puede llevar a depresión. VE: Considero que, en cierta forma, las medidas preventivas tendientes al aislamiento social en el actual contexto de emergencia sanitaria, afectan el sostenimiento del envejecimiento activo, porque su libertad se ve afectada por no poder salir del instituto. RC: Si bien esta todo paralizado sin poder realizar efectivamente las actividades antes mencionadas, No considero que sea un retroceso sino al contrario porque se está priorizando la salud y cuidando tanto a los pacientes como también al personal que los asiste, familiares y a la sociedad en general. NS: Si, definitivamente afecto llevar a cabo el envejecimiento activo. Hubo un tiempo en el que gran parte del equipo terapéutico dejó de asistir a la Residencia. En esos períodos
--	---

	los Residentes no tenían actividad. Dependían exclusivamente de la atención brindada por el personal de enfermería. Se priorizó otro aspecto fundamental de la salud, que se consideró como urgente para evitar el contagio del COVID 19, ya que los adultos mayores se encuentran en el grupo de personas de mayor riesgo. DA: Si bien no me desempeñé en RLE durante la medida de ASPO, considero que esta medida impactó positivamente en la preservación de la salud de las personas mayores; pero a su vez impactó negativamente en la subjetividad de las personas mayores al profundizar la situación de aislamiento y soledad que pueden llegar a sentir en su estadía en el contexto de la RLE. VA: Significo un retroceso psicológico terrible de los adultos mayores, porque en su gran mayoría estuvieron pensando en sus familias, generando en muchos casos, ansiedad y angustia generalizada.
Bienestar/Cuidados	¿Cuáles visualiza Ud. que son los motivos por los que los adultos mayores solicitan el ingreso a la residencia? AS: Puede ser porque no tiene un lugar para vivir y los alquileres exceden sus ingresos. Por incompatibilidad generacional con su grupo familiar conviviente. Por situación de extrema vulnerabilidad psicosocial. NG: Hay diferentes motivos, pero el que más vi fue en el que los adultos quedaron sin su vivienda: Algunos ya no podían alquilar, otros porque dejaron sus casas para sus hijos, o sobrinos y otros para no estar solos, y finalmente hay quienes se sienten un “estorbo y decidieron irse de casa”. BO: Los adultos mayores que solicitan ingresar a la residencia, son aquellas personas que permanecen solas en sus hogares o consideran no ser un problema para sus hijos. Sin embargo, la mayoría ingresan por pedidos familiares

	debido a su salud física y mental que requiere cuidado constante y los familiares no puede cumplir con sus necesidades, entonces los adultos mayores aceptan la realidad. VE: Hay varios motivos por los que se produce el ingreso a la residencia: Situaciones de calle por no poseer vivienda ni recursos suficientes para sostener un alquiler, Ausencia o debilidad de redes de apoyo familiar, Necesidad de cuidados que no pueden ser provistos por su familiar. RC: En la Institución que trabajo las internaciones en su mayoría son solicitadas por la familia, amigos, otras instituciones, etc. Son escasos relatos de residentes que solicitaron la Institucionalización. En este momento recuerdo 2 relatos (mujeres) y ambas coincidían en que son solteras, no tienen hijos, vivían con familiares con los que no había una buena convivencia y por voluntad propia y en común acuerdo decidieron que lo mejor era buscar un Hogar geriátrico para SIC ... “No molestar a nadie”. NS: En mi caso, fueron muy pocos los Residentes que solicitaron por voluntad propia el ingreso a la residencia. Pero en esos casos son Adultos mayores que tienen conciencia de la situación que atraviesan, y de sus dificultades para lograr tener una adecuada calidad de vida. Reconocen que en algunos casos necesitan de atención especiales, además de que no poseen una casa propia donde vivir, y que estarían “mejor” en una residencia. Por otra parte, la mayoría de los Residentes son llevados por familiares u otras personas que explican los motivos por los cuales no pueden ser atendidos en sus hogares por ellos mismo. Algunos de ellos poseen enfermedades de base que requieren atención permanente y especializada. Otros Residentes, fueron convencidos de su ingreso. Considero importante aclarar que en algunos casos los Residentes se arrepienten de la decisión tomada, ya que
--	---

	los familiares que prometieron cierta atención y presencia en la institución, con el paso del tiempo se fueron incumpliendo. DA: En el caso de la RLE donde me desempeñé, principalmente los motivos del ingreso a la institución son por falta de capacidad de cuidado en el contexto domiciliario. VA: El gran motivo que lleva al adulto mayor a ingresar a una residencia, son las típicas frases, “soy una carga, para mi familia”, “merecen vivir su vida, sin que yo sea una carga” ¿Ud. cree que los cuidados que reciben los adultos mayores en la Residencia son mejores que aquellos que aquellos que recibe en el domicilio? AS: Eso dependerá del residente, pero creo que nuestra residencia se encuentra equipada para brindar una atención integral adecuada a las necesidades que presenten los adultos mayores alojados en la misma. NG: Si, la verdad es que el cuidado que se le da a cada adulto mayor es bueno, y la mirada que se tiene es que cada persona es un ser único para la institución. Se trata de cuidar a cada residente y cubrir sus necesidades y demanda. Si bien hay casos que manifiestan que están mejor en la residencia que en sus hogares (esos casos en la mayoría sufrían maltratos o estaban en situación de calle) hay otros residentes que añoran su vida pasada, ya que es difícil verse institucionalizados. BO: Los cuidados que reciben en la residencia son mejores teniendo en cuenta el grado de dependencia del adulto mayor, es decir, es conveniente la supervisión de un profesional para las personas que requiere mayor cuidado en su salud física o mental, que lo realice un familiar, en el cual deberá recibir información si lo desearían realizar y su tiempo completo dedicado a su cuidado. VE: Pienso que hay familias que no siente en condiciones de brindar cuidados a una persona mayor que presenta
--	--

	problemas de salud complejos, por ejemplo, por ello se acude a solicitar el ingreso a una institución pues en el ámbito domiciliario la situación se torna difícil. En el domicilio también se puede recibir cuidados, siempre y cuando la familia cuente con conocimiento para atender a una persona mayor que dependa de asistencia de un tercero para realizar las acciones básicas de la vida diaria, o que se disponga de un cuidador domiciliario que colabore en esta atención. RC: Depende el caso de cada uno, pero en su mayoría y conociendo la historia de vida del residente yo creo que hay muchos que estando institucionalizados tienen mayores cuidados, tienen comida y compañía permanente. NS: En la mayoría de los casos sí. Porque se tratan de personas que poseen ciertas enfermedades que requieren de atención especializada. Por otra parte, muchas veces y estando en sus propios hogares y al cuidado de una familia aun así se sienten abandonados por múltiples motivos, y en el peor de los casos fueron maltratados. Todo depende de la historia de vida del Residente y de los vínculos establecidos con su familia. Además, en el Hogar se cuenta con personal especializado. Pero también existen casos en los que el Residente se encuentra mejor estando con sus familias, siempre y cuando éstas puedan contenerlo. Por ejemplo, en períodos vacacionales del responsable o licencia en sus respectivos trabajos que le permiten atender al Adulto Mayor. En estos casos es fundamental el vínculo entre ellos. Debe existir una relación cercana con el Residente. DA: Con respecto a esto considero que el cuidado que se recibe en la RLE es un cuidado especializado, pero no individualizado. Por lo tanto, no se podría hablar de mejor cuidado en un contexto y un peor cuidado en el otro. El ingreso a RLE implica pasar de un cuidado exclusivo/individual en el domicilio muchas veces poco
--	---

	especializado a un cuidado colectivo especializado en la RLE. Ambos contextos son alternativas válidas donde podemos encontrar aspectos positivos y negativos para cada uno de estos tipos de cuidado. VA: Si, estoy segura que los cuidados que reciben en la residencia en que me encuentro son muchos mejores que recibirían en la familia. Se hace un abordaje integral del adulto bio- socio- económico- familiar. ¿Cómo evalúa el grado de bienestar en los adultos mayores que viven en la residencia? AS: Debería poder realizar una encuesta de satisfacción para contar con datos más certeros, pero en general creo que es los residentes se encuentran bien en la institución y nos encontramos trabajando permanentemente para lograr mantener un estado de bienestar adecuado. NG: La mayoría de los residentes se encuentra satisfecho, creo que cada persona busca su felicidad, autorealizarse buscan el buen vivir y ellos en la residencia tiene un buen vivir ya que lo que la residencia trata de darles es una buena calidad de vida donde se sientan seguros y felices siendo cada uno protagonista de su historia. BO: Evalúo el grado de bienestar teniendo en cuenta su alimentación, los cuidados de su salud (mediación e higiene), el lugar físico de sus habitaciones, participación en las actividades, la relación con los demás residentes y sus estados de ánimos en general. VE: Por lo general, los adultos que residen en el Instituto se encuentran bien, y reciben los cuidados que requiere para su bienestar. RC: Esta respuesta la relaciono mucho con la anterior ya que considero que muchos de ellos tienen una mejor calidad de vida dentro del Hogar que con sus propias familias.
--	--

	NS: El bienestar de los Residentes es muy variable, depende mucho de las condiciones en las que ingresan, del tiempo que llevan en la residencia, y especialmente de las atenciones que brinda el “Responsable Familiar”. Porque no toda la responsabilidad está en el Hogar, sino también en la persona (familiar o no) que lo lleva. En la mayoría de los casos el Residente ha mejorado su Bienestar notablemente desde que ingresó al hogar, especialmente en lo que refiere a Salud. Una vez que se fue recuperando algunos de ellos comienzan a tomar conciencia del lugar en el que se encuentran y comienzan a solicitar regresar con sus familiares. Aquí es en donde mayor contención se brinda el Residente a través de las diferentes actividades – talleres, y a través de la intervención específica del psicólogo y Trabajador social. DA: En la RLE donde me desempeñé se brindaba cuidado y atención especializada que me permiten evaluar el grado de bienestar como positivo. VA: Los calificaría con un ocho. ¿Recibe quejas de los residentes? Especifique cuales o sobre qué temas o situaciones. AS: Si y se elabora actas de las mismas que son elevadas a la dirección para su conocimiento e intervención adecuadas. Hubo una época que se quejaban mucho del trato de la cocinera hacia ellos, de forma despótica; o de las mucamas, por lo que se trató de resolver el tema con el jefe de personal para poder brindar charlas al personal sobre como relacionarse con los adultos mayores y la importancia de mantener el respeto, no solo exigirlo. NG: Si, algunas quejas son de algunas peleas o discusiones entre pares, es decir a algunos les cuesta la convivencia, sobre todo en este tiempo de aislamiento social, el estar “encerrados” en el hogar hace que estas situaciones sean
--	---

	reiteradas. Otras quejas son con respecto a uno de los personales de administración ya que muchas veces no se sienten con un buen trato de esta persona hacia ellos. Esto se trabajó en varias oportunidades. Otras de las quejas es que les gustaría variar en comidas (esto viene mayormente de las personas diabéticas ya que tienen un régimen estructurado y les cuesta seguirlo). BO: Las quejas que recibí fueron en relación a la comida, siempre desde las mismas personas, que solicitan que sea condimentadas o con más cantidad de sal. Sin embargo, se les explica que la comida tiene que ser saludables para todos y además en sus hogares eran ellas quienes cocinaban. También, se quejaron por la estadía de personas con demencias que altera la tranquilidad o interrumpe conversaciones de los demás residentes. VE: Si se reciben quejas de los residentes, las cuales quedan plasmadas en un libro de quejas que tienen a su disposición. La mayoría de las quejas se deben a problemas en la convivencia con sus pares o por cierta atención insuficiente o precaria que reciben por parte de algunos servicios. RC: Si recibo quejas de los residentes tales como: La calidad y la variedad de los alimentos que reciben, ya que los menús (almuerzo, cena) se repiten habitualmente. La falta de afecto desde lo familiar ya que en su mayoría las visitas que reciben son escasas y las salidas terapéuticas con la familia también. Algunos de los pacientes expresan la imperiosa necesidad de estar en sus casas, sin entender porque los llevaron y porque están institucionalizados. Les cuesta adaptarse a las normas de la Institución: estar cansados de la rutina diaria que impone el cumplimiento de horarios para las comidas, acostarse, levantarse, el baño diario. No poder decidir la habitación en la que dormir o con quien compartirla.
--	---

	NS: Si. La principal queja que presentan es sobre la comida. Algunos refieren que la carne es poca y casi siempre es carne molida, o que la comida esta sin sal. También suelen quejarse que en ocasiones el postre no alcanza para todos los Residentes. Por otra parte, también suelen demandar que las familias responsables no se presentan en la institución, especialmente cuando deben dejarle dinero. Muchos de los Residentes desean tener el manejo absoluto de todo su dinero, lo cual de acuerdo a las normas de la institución no es posible, ya que si se pierde la institución no se responsabiliza. Entonces se acuerda ir dando al Residente de a poco para así cuidarlo mejor. Por otra parte, también se quejan por sus compañeros de habitación o porque algo les molesta de otro Residente, ante ello se trata siempre de mediar e implementar soluciones. Finalmente, y en menor medida refieren des – atención por parte de los enfermeros. DA: Sí. Cuando me desempeñé en la RLE se recibían quejas, éstas principalmente referidas a los menús diarios y a los vínculos con el personal de cuidado. VA: Si se reciben quejas referidas sobre todo a los elementos personales (peine- toallas- golosinas entre otros) que utilizan otros residentes. También las quejas de las visitas de los familiares a los residentes, la falta en la semana si el adulto desconoce porque la ausencia de su familia al día de la visita. ¿Considera que sus intervenciones contribuyen al bienestar de los residentes? ¿De qué forma? AS: Si es lo que intento, por eso planifico mis intervenciones a nivel individual, grupal, familiar y comunitario teniendo siempre como eje elevar la calidad de vida de los residentes durante su estadía en la institución. NG: Si, es importante el rol del trabajador social en una institución, lo veo a menudo cuando me esperan en los días
--	--

	en los que concurro a la residencia para comentarme alguna situación problema que necesitan resolver y muchas veces no se animan a charlar con otros profesionales, desde el área social se busca estos espacios de escucha y contención que dieron sus frutos. Las intervenciones con respecto a nivel grupal comunitario y familiar son propias desde mi especificidad y se busca trabajar en estos niveles para construir en estas intervenciones una mejor calidad de vida. Hacer cumplir los derechos de los residentes también es un aporte desde nuestra profesión y muchas veces somos voces de quienes les cuesta hablar. BO: Considero que contribuyen al bienestar en la medida que intervengo en la comunicación con los familiares, que estén presentes todas las semanas, o conversar de diferentes temas con los residentes, de supervisar que sus necesidades estén satisfechas. VE: Considero que la intervención del Trabajo Social contribuye fundamentalmente en el bienestar de los residentes, pues se trabaja porque los mismos accedan a sus derechos que como seres humanos les corresponden, respetando su autonomía en independencia. RC: Si me considero fundamental en el bienestar de los residentes ya que es evidente el grado de confianza y gratitud que me demuestran en sus acciones, en sus dichos, en las solicitudes que me realizan confiando en que les puedo dar una solución a lo que me solicitan o sino simplemente brindando escucha y contención en forma permanente NS: Si. Con los Residentes que están conscientes de su situación y me reconocen como trabajadora social se acercan porque saben que puedo ayudarlos cuando tienen algún problema o necesidad. Suelen hacerme sus diferentes pedidos y presentan sus quejas con confianza. Algunos reconocen que puedo llamar a los familiares y brindarles lo que necesiten
--	--

	siempre y cuando se considere oportuno. Otros, simplemente expresan su simpatía con mi persona y muestran agrado en las charlas informales que se presenten. En fin, todas las intervenciones que se realizan están orientadas a otorgar o mantener el bienestar del Residente. DA: Considero que mis intervenciones contribuyeron, aunque sea mínimamente en el bienestar de los residentes. Principalmente los residentes destacaban que podían ser escuchados en el espacio de las entrevistas individuales y esto para las personas mayores en el contexto institucional es muy valioso. VA: Si creo que es muy importante en las intervenciones de los TS., en los residentes sobre todo en la escucha y los pedidos individuales que no son escuchadas en el contexto de la convivencia.
--	---