

## Diálogo como estrategia de programas institucionales en geriátricos

María Cristina de los Reyes\*

Mariana Buzeki

### Resumen

El presente trabajo intenta explicar y describir el fenómeno de la internación geriátrica privada en la ciudad de Mar del Plata, a partir de un estudio cualitativo.

Esta descripción es el resultado de observaciones y entrevistas realizadas en los establecimientos en los que transcurre este tipo particular de institucionalización, así como de la revisión bibliográfica que conforma el marco conceptual de la investigación que se desarrolla en el proyecto *Diálogo de perspectivas en la internación geriátrica*.

Entendemos por diálogo un tipo de relación social que compromete a todos los actores sociales que participan en ella (individuo, familia e institución), teniendo en cuenta que se encuentra en la base de nuestras prácticas lingüísticas, lógicas, éticas y políticas, como el mejor instrumento de que disponemos para reconocer respuestas aceptables, soluciones viables y acuerdos racionales.

Una de las funciones más importantes del diálogo consiste en establecer en las discusiones un cierto grado de confiabilidad y coherencia, que permita a todos los participantes entregarse a un intercambio abierto. Dado que el diálogo supone un compromiso con el proceso mismo de intercambio comunicativo, entre los distintos niveles de intervención geriátrica, consideramos de fundamental importancia la creación de un clima de participación abierta de cualquiera de los actores intervinientes, para mejorar la calidad de vida de los ancianos institucionalizados.

Palabras claves: Diálogo - Instituciones geriátricas - Participación

### The dialogue as a strategy of nursing homes. Institutional programmes

#### Abstract

This work by means of a qualitative study tries to explain and describe the phenomenon of the private nursing home interment in Mar del Plata city.

This description is the result of interviews and observations performed in those places where this institutionalization happens; and of the literature review which is included in the research framework developed in the project: *Perspectives dialogue in the nursing home interment*.

We understand as a dialogue the kind of social relationship involving every social actor participating in it- individual, family, and institution-, bearing in mind it is on the basis of our linguistic, ethical and political practices as the best tool we have to recognize proper answer, possible solutions and reasonable agreements.

One of the most important functions of the dialogue consists of setting a certain degree of reliability and coherence in the arguments enabling every participant to perform an open interchange.

As the dialogue assumes a commitment with the communicative- interchange process among the different levels of nursing-home interment; we believe it is essential to create an open participation-atmosphere for any intervening actor so as to improve the institutionalized elderly people's life quality.

Key Words: Dialogue - Nursing homes - Participation

### Introducción

La institucionalización de larga estadía de ancianos (ILE) es un fenómeno en crecimiento en nuestro país, y adquiere especial relevancia en la ciudad de Mar del Plata, con un porcentaje del veinte por ciento de mayores de sesenta años sobre la población total, y entre ellos, un dos por ciento residiendo en establecimientos geriátricos. Como en el país, pero en mayor medida que en otras ciudades, los mayores de sesenta años representan una proporción superior al siete por ciento de la población total, fenómeno que se denomina "envejecimiento poblacional", en tanto los mayores de setenta y cinco años, en relación al conjunto de los mayores de sesenta años, conforman un sector en crecimiento, proceso que se denomina como "envejecimiento del envejecimiento". (Oddone, 1998)

Estas características demográficas convierten

frías estadísticas en problemas sanitarios, sociales, familiares, económicos, legales y políticos. En relación a los primeros, la posibilidad de la ocurrencia de patologías crónicas e invalidantes es mayor en edades avanzadas, con sus consecuencias de pérdida de la autonomía, aislamiento y exclusión social para los ancianos (Caballero, 1998). Los diversos problemas que afectan a los cuidadores familiares (conflictos familiares y laborales, problemas económicos y debilitamiento de la red de apoyo familiar y social entre otros) hacen frecuente la aparición de enfermedades físicas y psicológicas. (de los Reyes et al., 2000, Florez Lozano et al., 1997, Matusevich, 1998)

En relación a los cuidadores formales, especialmente el personal de atención directa de los ancianos en geriátricos, el agotamiento físico y psicológico produce desmoralización y rigidización de la tarea, en un contexto organizacional en el que sus voces no son escuchadas, ni

\* Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Av. Colón 2567. P. 8 Dpto. A. (7600) Mar del Plata. Argentina. Teléfono 0223-4933511. E-mail: delosrey@mdp.edu.ar

sus puntos de vista incluidos en la toma de decisiones. (Botella, 1991, Cifuentes Cáceres et al., 1992)

Entre los factores que contribuyen a incrementar la ILE se destacan: a) Longevidad mayor de la población, y aparición de patologías crónicas e invalidantes de difícil recuperación, b) dificultades para el cuidado de ancianos con diferentes grados de dependencia en el hogar, por la ausencia de infraestructura edilicia y recursos humanos capacitados a domicilio, c) reducción del núcleo familiar y menor disponibilidad de tiempo de las mujeres que trabajan, tradicionalmente a cargo del cuidado de familiares enfermos.

A pesar de los factores citados, la decisión de internar a un anciano es resistida por la mayoría de los familiares, que prolongan los cuidados en domicilio más allá de sus posibilidades para hacerlo en forma adecuada, aún cuando los profesionales relacionados con la atención de la salud muestran la evidencia de la necesidad de cuidados especializados (Sánchez Salgado, 2000). En esta resistencia influyen factores psicosociales relacionados con la imagen prevaleciente de los geriátricos como “depósitos”, “lugar de abandono”, “antesala de la muerte” y “negocio” (de los Reyes, 2001, Stefani, 1992); categorizaciones y prejuicios acerca de las familias que tienen ancianos institucionalizados, derivados de la imagen dominante en relación a geriátricos, y condicionamientos de género que conducen a las mujeres a asumir toda la responsabilidad por el cuidado de los ancianos.

La resistencia inicial continuará más allá del ingreso del familiar, produciendo en mayor o menor medida distanciamiento del geriátrico. Es en relación a este distanciamiento familiar, a las prácticas homogeneizantes e inductoras de dependencia de los residentes –entre otros efectos de la institucionalización para los ancianos–, y a la desmoralización del personal de atención directa, que centraremos nuestro análisis. Los fenómenos citados son abordados desde los aportes del construccionismo social, acerca del diálogo como filosofía y práctica participativa, para la construcción de espacios en los que la diversidad de perspectivas pueda expresarse, y se acuerden estrategias comunes de afrontamiento de los problemas.

#### *Diálogo, diversidad de perspectivas y metodología cualitativa de investigación*

Basándonos en los aportes del interaccionismo simbólico (Blumer, 1962), la fenomenología social (Taylor y Bogdan, 1986), la hermenéutica (Gadamer, 1988), el construccionismo (Ibáñez, 1995, Gergen, 1996) y la concepción del diálogo coincidente con estos enfoques (Burbules, 1993), adoptamos la metodología cualitativa de investigación como la más adecuada para interpretar, comprender y describir los procesos sociales implicados en la ILE

Mediante entrevistas abiertas, observaciones, talleres participativos y la interpretación de la bibliografía específica, nuestro objetivo es aproximarnos a la complejidad de relaciones y significaciones que construyen esas relaciones, no dando nada por supuesto en el encuentro con los participantes de la investigación, posibilitando la emergencia de los temas que son relevantes para cada uno de los actores de esta realidad, e indagando sobre otros cuya relevancia ha sido construida como tal por los

investigadores.

Reconocemos nuestro posicionamiento previo a la investigación, que supone la vulnerabilidad de los ancianos en relación a sus derechos a la autonomía, la atención sanitaria y la satisfacción de necesidades materiales indispensables para una mejor calidad de vida. También presuponíamos la vulnerabilidad de la familia, en tanto no es reconocida como participante de la organización que establece las rutinas y normas de cuidado de los ancianos.

A estos supuestos, construidos en la experiencia biográfica de los investigadores, se enlazan conceptos y teorías que interactúan –dialogan, como analizaremos más adelante– con las perspectivas de los actores de la internación geriátrica. Institución total (Goffman, 1988), inducción a la dependencia (Muchnik, 1984), nuevo viejismo (Daichman, 1998), patologías del cuidador (citadas anteriormente), modelo psicosocial (Zolotow, 2002) y ciclo de ruptura familiar (Botella, 1991) son algunos de estos conceptos.

En relación al diálogo, se ha señalado que “es un fenómeno del discurso, es una práctica, sensible al contexto y a propósitos que varían” (Crowel, 1990; Swearingen, 1990, en Burbules, 1993, p. 30). Las características de participación abierta de los intervinientes, espíritu de descubrimiento, exploración e interrogación en las que la pregunta tiene una importancia fundamental –en tanto se desecha todo dogmatismo y se dejan en suspenso las propias convicciones (Gadamer, 1988, en Moralejo, 1998), así como el interés en el punto de vista del otro y el respeto por la diferencia, han sido y son principios que guían el encuentro de los investigadores implicados en los proyectos de investigación referidos a la ILE en entrevistas con familiares, ancianos, empleados, profesionales y propietarios de los geriátricos.(1)

#### *El diálogo como estrategia de programas institucionales*

El análisis de entrevistas a familiares y representantes (2) del geriátrico –incluimos en el concepto de “representantes” a empleados, profesionales y propietarios–, nos aproxima a la diversidad de perspectivas en un contexto complejo y contradictorio.

La complejidad está relacionada, entre otros factores, con la indefinición de objetivos de los geriátricos (de los Reyes, 2002), la escasez y contradicción de la normativa vigente relacionada con el control de los establecimientos y sus consecuencias en la calidad asistencial de los mismos (Dabove, 1999, de los Reyes, 2001), la inexistencia de capacitación gerontológica entre los cuidadores formales, y las condiciones de salud de los residentes que requieren recursos materiales y humanos adecuados para su atención. En una investigación realizada en la ciudad entre dieciocho hogares geriátricos, un sesenta y ocho por ciento de los residentes eran dependientes en diversos grados, y de ellos, un ochenta y uno por ciento padecían deterioros cognitivos o demencias (Pássera et al., 1998). Los factores citados, al mismo tiempo que describen la complejidad, señalan la necesidad de un diálogo que permita potenciar los recursos de los participantes en la ILE, sin desconocer la necesidad de suscitar el interés de toda la ciudadanía en la formulación de políticas sociales dirigidas a la promoción de la salud y el bienestar de los adultos mayores.

Nos interesa en este trabajo destacar el papel

del diálogo como estrategia para el diseño de programas institucionales,<sup>(3)</sup> que promuevan la creación de un clima de participación abierta por parte de todos los actores intervinientes, para mejorar la calidad de vida de los ancianos institucionalizados.

El análisis de los dichos de los entrevistados muestra la ausencia de diálogo entre los diversos tipos de actores, especialmente entre familiares de residentes, por un lado, y propietarios, profesionales y cuidadores de atención directa (asistentes geriátricas, auxiliares de enfermería y enfermeros), por el otro. La ausencia de diálogo refiere tanto a la falta de encuentro, –por no existir espacios deliberadamente creados para el mismo–, como a la inexistencia de condiciones para la ocurrencia de un diálogo genuino.

En relación a la falta de encuentro, no existe como actividad planificada por la conducción de los establecimientos ningún espacio que posibilite dicho encuentro con los familiares. En los establecimientos en los que el trabajador social es contratado por exigencias de la obra social de jubilados, el familiar tiene un referente para conversar determinados problemas, pero los encuentros son ocasionales, debido fundamentalmente a la carga horaria reducida por la que se encuentra contratado el profesional. De parte de los propietarios, esta contratación es muchas veces resistida o descalificada. Entre los establecimientos de la ciudad que no tienen convenio con la obra social de jubilados (que reúnen dos terceras partes del total) no existe contratación de profesionales del trabajo social, psicólogos u otros profesionales de las ciencias sociales, lo cual demuestra el escaso interés de los propietarios por mantener una relación continua con los familiares, que tenga en cuenta los principios del diálogo.

Al crear un espacio de encuentro con familiares, el mismo debe reunir las condiciones que posibilitan el diálogo genuino. Nos referimos a principios que caracterizan el diálogo como una forma particular de comunicación, tales como la participación, el compromiso y la reciprocidad de los interactuantes (Burbules, 1993). Afirma Burbules: “Tiene que haber cierto nivel de reciprocidad que ligue a los interlocutores en una relación mutua de interés y respeto (la relación reconocerá plenamente las diferencias), y una posibilidad real de que cada uno de los afectados participe en la discusión”. (op. cit., p. 55)

Aún en el caso de estimar la conveniencia de encuentros con los familiares, los mismos se limitan, como en este caso, a resolver problemas de los representantes del geriátrico, especialmente los propietarios, relacionados con el financiamiento de la actividad o con la preservación de las rutinas impuestas por el establecimiento. Si bien ambos aspectos pueden contribuir a la atención adecuada de los residentes, la participación de las familias debiera estar planificada también desde ellas mismas y sus preocupaciones, no sólo para resolver las que presentan problemas a los representantes del geriátrico. Al respecto, expresaba el médico de un establecimiento privado con perfil médico-asistencial y una población de residentes de elevado nivel socioeconómico:

“Nosotros tenemos una vez por mes un espacio para citar diferentes familias para conversar, familias polémicas, o por ejemplo, una familia que no trae la medicación, entonces se la cita”. (M, 50).

Algunos dichos que revelan distanciamiento en relación a los familiares por parte de diversos cuidadores formales fueron:

“Un problema que me tiene abatida es el familiar, que no entiende la enfermedad del paciente...” (auxiliar de enfermería, F., 48)

“Otros familiares, la gran mayoría no vienen a verlos...” (asistente geriátrica, F., 32)

“...la familia viene y los deja “bueno acá está y te lo dejo, yo te pago pero hacete cargo vos” (propietaria, F., 52).

“Si el paciente no sabe al ingresar que va a quedarse por largo tiempo trato, o sea, le digo al familiar que trate de decirle a la persona, porque la mayoría no les dice..., me parece que debe tener mucho que ver con la culpa de los familiares de internar a alguien, por más de que a veces están desbordados, que no pueden, que su situación laboral, que su situación familiar, que no saben...de hecho hacerse cargo de una persona dependiente que ya necesita ayuda para muchas cosas, lo ven como una salida pero no, no saben muy bien cómo...” (trabajadora social, F., 32).

La diferencia de perspectivas o comprensiones acerca de la situación de los familiares entre la auxiliar de enfermería, la asistente, la propietaria y la trabajadora social se corresponde en estos dichos con las diferencias de roles y formación. Así, a la construcción de un diálogo genuino entre los cuidadores y familiares, se suma la necesidad del diálogo entre cuidadores formales con diferentes trayectorias e intereses, no en función de eliminar las diferencias, sino de crear nuevas significaciones y ampliar las propias perspectivas.

Pero también se encuentran divergencias entre los cuidadores que desempeñan un mismo rol, especialmente si se comparan los de diferentes establecimientos. Existe hasta cierto punto una cultura organizacional que condiciona las perspectivas de sus actores, y se observan posicionamientos diferentes frente a diversos problemas, según los establecimientos. Mientras los representantes de un geriátrico tienden a señalar diferencias de participación entre los familiares que no culpabilizan a los que menos participan, los representantes de otros establecimientos tienen mayoritariamente expresiones hostiles para referirse a familias ausentes.

Por otra parte, en el discurso de los cuidadores formales entrevistados, hay indicios de prácticas favorables a la construcción del diálogo. Los dichos citados de la trabajadora social demuestran comprender la perspectiva del recién ingresado y las circunstancias que dificultan afrontar a los familiares de un anciano, que ingresa al geriátrico la realidad de una institucionalización prolongada. Está presente en este intento de instalar el diálogo, el principio de reciprocidad o disposición a comprender, que se intenta a través de la conversación.

Pero estas perspectivas no encuentran eco en otras voces, ni pueden potenciarse a través de programas institucionales. El diálogo no adquiere continuidad (op. cit: p. 96), y por lo tanto, no es un diálogo genuino, en el que la reciprocidad requiere al mismo tiempo de participación y compromiso. “Lo que sustenta al diálogo en el tiempo no es solamente el intercambio vivo acerca del tema en cuestión, sino cierto compromiso con el interlocutor, un compromiso que acaso no precede al diálogo sino que surge sólo poco a poco en el espíritu del compromiso”. (op. cit., p. 41)

En este sentido, son necesarios acuerdos para

que el diálogo cumpla la función de “establecer en la discusión un grado de confiabilidad y de coherencia que permita a los participantes entregarse con confianza a un intercambio abierto”. (op. cit., p. 41)

En cuanto a los participantes, la bibliografía sobre la ILE analizada hace referencia en general a la necesidad de establecer espacios participativos de los actores de un mismo rol: empleados, profesionales, ancianos y familiares (Botella, 1991, Cifuentes Cáceres et al., 1992, Rodríguez Rodríguez, 1999). Pero escasamente se encuentran referencias a la necesidad de encuentro entre actores diferentes. El papel del propietario tampoco ha sido analizado como parte integrante de la organización, mientras que su participación real en la vida de la misma no sólo afecta a la asignación de recursos humanos y materiales, sino especialmente a la construcción de la cultura organizacional.

Los espacios de encuentro en la vida de los establecimientos que tienen convenio con la obra social de jubilados y los de mayor nivel económico –en el resto sólo se realizan actividades sociales o recreativas–, se limitan a las siguientes actividades:

- a) Reuniones mensuales del equipo interdisciplinario, integrado por los profesionales contratados, sin integrar al resto del personal. Se realizan en los geriátricos que tienen convenio con la obra social de los jubilados, por la normativa que obliga a su realización, y en muy pocos establecimientos sin convenio, pero con recursos elevados provenientes del aporte de los residentes y sus familias. Las reuniones suelen limitarse a una hora reloj, pero dejan insatisfechos a los profesionales según sus propios dichos, porque además no participa de estas reuniones el propietario, y escasamente el director médico.
- b) Reuniones de los médicos o del supervisor de enfermería, cuando este existe, con el personal enfermero y asistentes, con el objetivo de capacitar internamente en aspectos médicos y enfermeros. La contratación de enfermeros diplomados se limita a los geriátricos que tienen convenio con el PAMI y a los de cuotas elevadas.
- c) Reuniones sociales con familiares y residentes para festejar cumpleaños colectivos de estos últimos, por períodos variables, que van desde una vez al mes, hasta una vez cada tres meses.
- d) Reuniones o salidas recreativas y talleres destinados a residentes.

La evaluación de la atención varía entre familiares y ancianos; actúan como condicionamientos de dicha evaluación, entre otros factores, características socioeconómicas y socioculturales, el estado de salud del residente, el tiempo transcurrido de cuidados en el hogar y la salud de los cuidadores familiares, así como la experiencia del familiar en relación a la internación geriátrica. Los reclamos que emanan de las entrevistas realizadas, no siempre manifestados a los representantes del geriátrico, se relacionan con la falta de personal y su escasa capacitación, la despersonalización e imposición de normas o rutinas, y la tendencia a desalentar la movilidad e independencia de los residentes. (de los Reyes, 2000, Zolotow, 2002)

Afirma Burbules: “El hecho que los participan-

tes no sean iguales en conocimientos, experiencia o inteligencia no disminuye las posibilidades del diálogo, al contrario, en muchos casos explica que los participantes se hayan visto llevados a establecer una relación”. (op. cit., p. 54)

Pero no es el contexto de la ILE tradicionalmente constructor de diálogo, por las características de los establecimientos, en los que se presta un servicio normalmente destinado a personas de edad avanzada con diversos grados de dependencia y con redes familiares debilitadas o ausentes. Estos factores originan una asimetría en las relaciones, en las que los responsables del geriátrico deciden la calidad de los servicios y la organización de los mismos, mientras que el anciano en condiciones de elegir, y los familiares de los que no pueden hacerlo, no tienen capacidad para evaluar lo que se les ofrece.

La asimetría también se produce entre familiares y representantes del geriátrico, por disponer estos últimos de contacto prolongado, y control de todas las actividades del anciano.

El sentimiento de incompetencia que originan entre los cuidadores familiares cuidados prolongados en el hogar, y la imposibilidad de continuar con los mismos, se reforzarán en el contacto con los representantes del geriátrico, condicionados estos últimos por rutinas rígidamente establecidas para la atención.

El familiar en este contexto no es escuchado cuando reclama, y las salidas al conflicto frecuentemente son el distanciamiento del geriátrico o el cambio de establecimiento.

El personal de atención directa a los residentes sufre en grados variables no sólo condiciones de trabajo desfavorables, por los bajos sueldos y la sobrecarga de tareas, sino especialmente por la ausencia de supervisión idónea, y de capacitación en geriatría y gerontología.

Sobre el tema se expresaron cuidadoras de atención directa y familiares entrevistados:

“No me he capacitado en vejez por falta de plata, me gustaría estudiar auxiliar de enfermería y poder saber qué hacer cuando se te descompensa un abuelo, me gustaría saber qué hacer porque a veces te abatatás...”. (asistente geriátrica, F., 35)

“No sé nada de vejez, si tuviera la oportunidad haría algo” (asistente geriátrica, F., 28).

“Un día quise dar vuelta a una abuela para acomodarla y pegó un grito y yo no sabía si la había lastimado o no, y te sentís mal” (asistente geriátrica, F., 38).

“Nunca estudié porque nunca me lo ofrecieron y no conocía adonde ir, sería bueno ver los diferentes abuelos, porque uno es de una manera y el otro no, y sería bueno poder entender a los familiares” (asistente geriátrica, F., 50).

“Pero la gente hace lo que puede... la señora que los cuida es una señora de barrio, buena, sin ninguna experiencia, que le gustan los viejos y tiene cariño... Terminan funcionando el personal como los viejos... Sin contención, porque otra de las cosas es... personal no especializado y sin contención... Porque en última instancia ¿quiénes son los que están a cargo de los viejos? las mujeres” (hija de residente, F., 58 a.).

“...El personal cumple varias funciones, porque el de la cocina, es el que después los va a cuidar y por ahí le toca desvestirlo... ¿La enfermera?, por ahí los cambia o por ahí les da de comer... y como no hay roles definidos,

porque al haber menos personal...y no especializados... todos hacen todo... por eso se les producen esas fallas...vos decís: pero tomó mal el medicamento!... porque a lo mejor la que le estaba dando los medicamentos ese día es ayudante en la cocina...". (hija residente, F., 60)

Muchos de los problemas expuestos se originan en la escasez de recursos destinados a la atención, originados en el afán de lucro de muchos propietarios y en la crisis económica que atraviesa a otros.

En cuanto a la posibilidad de que el personal de atención directa participe en la organización de las actividades de atención a los residentes, la misma es nula, ya que se encuentra centralizada en las decisiones del propietario en la mayoría de los casos, y en encargados o directores, en algunos casos con participación de otros profesionales.

A pesar de estos factores, en algunos establecimientos, el cumplimiento en el pago de sueldos y la permanencia de empleados y profesionales con cierta experiencia, posibilitan mayor satisfacción laboral y mejor clima que en otros. Es en estos lugares donde se encuentran mayores condiciones para la creación de relaciones dialógicas. Pero "tiene que haber cierto nivel de reciprocidad que ligue a los interlocutores en una relación mutua de interés y respeto, y una posibilidad real de que cada uno de los afectados participe en la discusión". (op. cit., p. 55)

De la necesidad de participar y ser escuchados con las mismas posibilidades que otros integrantes del geriátrico, dan cuenta los dichos de cuidadores de atención directa:

"Yo creo que hay que escuchar a los que estamos atendiendo todos los días a los pacientes, por que somos nosotros los que sabemos, los que escuchamos lo que dicen". (auxiliar de enfermería, F., 33)

"Es importante, estamos muchas horas acá, y el médico a veces ni sabe cómo se comporta o se siente el viejo,

porque pasa hasta un mes sin verlo". (asistente geriátrica, F., 41)

Los factores institucionales e ideológicos vuelven a ponerse de manifiesto en estos dichos, ya que la ideología médico-hegemónica sigue siendo dominante en los establecimientos geriátricos, la estructura jerárquica se rigidiza en función de responder a una única autoridad, se privilegia la ganancia económica inmediata, y la posibilidad del diálogo se coarta en la ausencia de espacios de encuentro y una comunicación que dificulta el compromiso.

## Discusión

En un intento de aproximación a los problemas que caracterizan la ILE en nuestro medio, proponemos la aplicación de un marco teórico y metodológico que permita la comprensión de la diversidad de perspectivas, al mismo tiempo que oriente la búsqueda de estrategias para potenciar los recursos en los establecimientos, y mejorar la calidad de vida de los ancianos institucionalizados. La construcción de espacios de encuentro entre los cuidadores formales, residentes y familiares, permite la continuidad del diálogo, condición para la existencia de reciprocidad, participación y compromiso entre los participantes. Los programas institucionales deben ser, desde nuestra perspectiva, espacios donde las diferencias y conflictos puedan ser abordados sin temor a la exclusión. Deben permitir la expresión de las diferentes voces, sobre todos los aspectos de la vida del geriátrico, permitiendo el enriquecimiento de los participantes a través del intercambio de saberes, en el que las experiencias y propuestas de cada uno sean consideradas tan importantes como las del resto. Las formas y frecuencias que adopten, así como la cantidad y tipo de participantes, deben ser lo suficientemente amplias para posibilitar cambios en beneficio de todos los actores.

---

## Notas

1. Proyectos *Diálogo de perspectivas en la internación geriátrica* (2000-2002) y *Significados de la atención en el Hogar Municipal de Ancianos y calidad de vida* (2003-2005). Facultad de Psicología UNMdP.
2. También se los denomina "cuidadores formales", por su carácter remunerado, a diferencia de los "informales", conformados por familiares, amigos, vecinos o conocidos que prestan ayuda o apoyo sin percibir un pago (Florez Lozano y otros, 1997).
3. El Manual de Residencias del INSERSO hace referencia a "programas de intervención" dirigidos a los diferentes actores por separado (Rodríguez Rodríguez, 1999). Preferimos denominar "institucionales" a los programas que integren a los participantes en el diseño y ejecución de estrategias comunes de afrontamiento de los diversos problemas, ya que el concepto de "intervención" presupone una autoridad experta, que colocaría al profesional como único responsable de la planificación y los logros de la tarea, en lugar de concebir su rol como el de "facilitador" (Sánchez, 1998)

## Referencias

- Botella García del Cid, L. (1991). Tres niveles de intervención psicológico en centros geriátricos. *Geriatría, Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, 7 (1), 54-56.
- Blumer, H. (1962/1992). La sociedad como interacción simbólica (pp.93-106). En Rose, A. *Human Behavior and Social Processes, An Interactionist Approach*. Londres: Routledge & Kegan Paul. Reproducido en *Psicología Social, Modelos de interacción*, Galtieri M. (comp.). Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Burbules, N. (1993/1999). *El diálogo en la enseñanza. Teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu
- Caballero, A. (1998). Hacia una política integral de salud en Gerontología. *Vivir en plenitud. Boletín de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría*, 12, (52), 5-11.
- Cifuentes Cáceres, R., Merchán Maroto, E. & Suárez Gayo, F. (1992). La calidad asistencial y los recursos humanos en las residencias de ancianos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 27 (1), 27-30.
- Dabove, M. I. (1999, noviembre). *Bioética y derecho de la ancianidad en las instituciones. El caso particular de los mayores residentes en geriátricos*. Ponencia presentada en las V Jornadas Latinoamericanas de Bioética, Mar del Plata, Argentina.
- Daichman, L. S. (1998). Imágenes sobre la vejez. *Vivir en plenitud. Boletín de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría*, 12 (53), 10-12.

- de los Reyes, M. C. (2001, abril). *Percepción de los cuidados hacia ancianos institucionalizados en geriátricos privados de la ciudad de Mar del Plata*. Ponencia presentada en las IV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- de los Reyes, M. C. (2001). Familia e imagen del geriátrico. *Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 47 (3), 243-249.
- de los Reyes, M. C. (2002, noviembre). *Calidad asistencial en geriátricos privados*, Ponencia presentada en el XVIII Congreso Argentino de Psiquiatría Psiquiatría, Ecología y Calidad de Vida y III Congreso Internacional de Salud Mental, Mar del Plata, Argentina
- de los Reyes, M. C.; Tarrío S. & Aroza A. (2000). Diversidad de perspectivas y realidades en el cuidado de ancianos. *Revista Argentina de Geriátria y Gerontología de la Sociedad Argentina de Geriátria y Gerontología*, 19 (3), 116-122.
- Florez Lozano, J. A., Adeba Cándenas, J., García García, M. C. & Gómez Martín, M. P. (1997). Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. *Revista Departamento de Medicina*. Universidad de Oviedo, noviembre 1998. Barcelona <http://www.doyma.net>
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós,
- Goffman, E. (1988). *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ibáñez, T. (1995). La Psicología Social como dispositivo desconstruccionista. (pp.189-233) En Ibáñez T. (coord.) *El conocimiento de la realidad social*. Barcelona: Sendai.
- Moralejo, E. (1998). Experiencia y lenguaje en la hermenéutica de Gadamer (pp.225-236). En Díaz, E. (comp) *La ciencia y el imaginario social*. Buenos Aires: Biblos
- Muchnik, E. (1984). *Hacia una nueva imagen de la vejez*. Buenos Aires: Editorial de Belgrano.
- Oddone, M. J. (1998). El Tercer Sector y la Tercera Edad, Consejo Asesor de la Sociedad Civil, Banco Interamericano de Desarrollo en Argentina. (200-217) En *Conjuntos: Sociedad Civil en Argentina*. Buenos Aires: Edilab Editora.
- Páspera, J.; Junqueras, V.; Casella, E.; Cabero, L.; Quintupuray, C.; Zamora, A. & González Manzur, R. (1998). *Evaluar ancianos o las instituciones que los albergan?* VIII Congreso Argentino de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátria. Buenos Aires.
- Rodríguez Rodríguez, P. (coord.) (1999). *Residencias para personas mayores. Manual de Orientación*. Madrid: Médica Panamericana.
- Sánchez, E. (1998). *La experiencia latinoamericana en Psicología Social Comunitaria*. (Manuscrito no publicado).
- Sánchez Salgado, C. D. (2000). *Gerontología social*. Buenos Aires: Espacio.
- Stefani, D. (1992). Gerontología psicosocial: estudio de la acción de internar a un anciano en un geriátrico en sujetos de diferente sexo. *Revista Argentina de Gerontología y Geriátria*, 12 (3), 155-164.
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- Zolotow, D. (2002). *Los devenires de la ancianidad*. Buenos Aires: Lumen-Hvmanitas.