

T-19

Capacitación Gerontológica
de los Directivos
de las Residencias de Personas Mayores Privadas
Marplatenses



Trabajo de Investigación – Requisito Curricular
Plan de estudios O.C.S. 143/ 89
Alumna: Lucía Bonifatti
Matrícula: 4911 / 1999
Teléfono: 493-6357 / 473-1957
Mail: lubonifatti@hotmail.com

NO CLASIFICACION:	ADQUISICION:
TP9 B	Derivacion
	Nº INVENTARIO:
	2050

Supervisor: Mg. Laura Irene Golpe

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Psicología

1. Unidad Académica: Facultad de Psicología

Universidad Nacional de Mar del Plata

2. Título del Proyecto: Capacitación Gerontológica de los Directivos de las Residencias de Personas Mayores Privadas Marplatenses

3. Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 143/89.

4. Apellido y nombre del alumno: Bonifatti, Lucía

Matrícula y Año: 4911 / 1999

DNI N°: 28.728.324

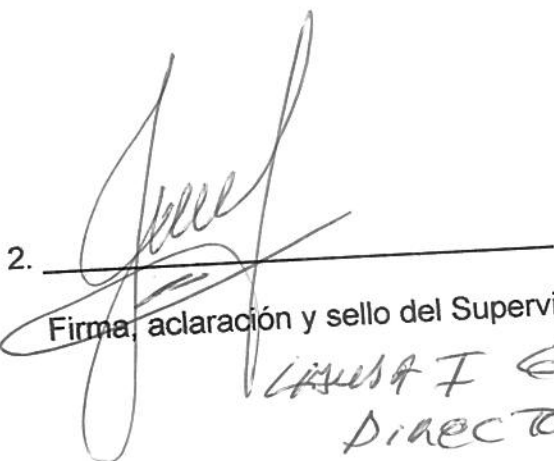
5. Apellido y nombre del Supervisor: Mg. Golpe, Laura Irene

6. Cátedra de radicación: Psicología Institucional y Comunitaria

7. Fecha de presentación: 16 Marzo de 2006

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de la alumna Lucía Bonifatti de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito del autor”.

1. "El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por la alumna Lucía Bonifatti matrícula N° 4911/99, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 13 días del mes de marzo del año 2006"

2. 
Firma, aclaración y sello del Supervisor

LUCÍA BONIFATTI
DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN

Informe de Evaluación del Supervisor

Considero que la tesis de la estudiante Lucía Bonifatti constituye un invaluable aporte al campo de la Gerontología Institucional, desde el punto de vista teórico, investigativo e interventivo. A partir de este trabajo de investigación surgen los fundamentos para generar nuevas estrategias de intervención en el espacio gerontológico de las instituciones locales y nacionales.

La problemática de la vacancia y deficiencia de capacitación gerontológica de los directivos de instituciones que albergan personas de edad, sus deficiencias en lo relativo a la incorporación de principios interdisciplinarios en la carrera de grado, en la formación de postgrado y en la trayectoria profesional hacen necesaria una reflexión profunda sobre el paradigma académico/profesional que nos domina en la actualidad así como acerca de los contenidos y estrategias impartidas en cada uno de los espacios atinentes al campo específico. La mayor parte de las deficiencias en la prestación de servicios gerontológicos eficaces y eficientes esta profundamente vinculada con esta carencia. Esta tesis viene a cubrir un vacío fundamental, logra probar la hipótesis y de este modo comprender la problemática que queda expuesta en toda su dimensión, así como interpretada con una metodología cualitativa impecable acompañada por una interpretación concienzuda acorde con los conceptos y lineamientos teóricos de los que se parte. La posibilidad de pensar de manera contingente anudando el espacio académico/profesional permitirá una apertura a los

futuros contrafácticos del campo gerontológico, así como también sustentará estudios metodológicos y desarrollos teóricos específicos.

Su esfuerzo científico así como su compromiso con la tarea son de una significativa responsabilidad y excelencia académica, por tal razón considero que merecen destacarse. Los resultados de este trabajo han sido expuestos no sólo en simposium nacionales y publicados algunos de sus avances parciales, sino que además recientemente han sido volcados por la autora de la tesis en el último Curso para Directivos y Responsables de Residencias de Adultos Mayores y Centros de Día organizado por la Dirección Nacional de Políticas Sociales para Adultos Mayores y desarrollado por el Grupo Savypce y parte de los miembros de la Cátedra de Psicología Institucional y Comunitaria, obteniendo una evaluación de relevancia por parte de los profesionales participantes así como meritorios comentarios de su labor.

Finalmente, es en tal sentido que me animo a afirmar que la tesis de Lucía Bonifatti significa el cruce de un rito de paso en el campo de la Gerontología Institucional, así como también constituye un rito de paso de su vida estudiantil a su vida profesional. Ha sido un gran honor para mí orientar y acompañar cada una de las etapas de este proceso de investigación, interpretación y textualización de la presente tesis así como aprender de su gran creatividad y entusiasmo.


MCS. Laura Irene Golpe

1.- "Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por la alumna Lucía Bonifatti matrícula N° 4911/99.

2.- Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora.

3.- Fecha de aprobación:

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Psicología

Proyecto de Investigación – Requisito Curricular

Plan de estudios O.C.S. 143/ 89

Nombres y apellido: Lucía Bonifatti

Matrícula y año: 4911 / 1999

Cátedra o seminario de radicación: Psicología Institucional y Comunitaria

Supervisor: Mg. Laura Irene Golpe

Consignar si el proyecto forma parte de uno mayor en desarrollo: Sí, de *Visión Institucional y Estrategias de Gestión de las Residencias de Personas Mayores en la República Argentina.*

SAVYPCE OCS 196/92.

Título del Proyecto: **Capacitación Gerontológica de los Directivos de las Residencias de Personas Mayores Privadas Marplatenses**

Palabras clave: Capacitación Gerontológica / Directivos / Residencias de Personas Mayores/
Gerenciamiento Institucional

Descripción resumida:

Mar del Plata se ha convertido en un enclave geróntico argentino (Golpe 2004), ya que posee un 18,3% de personas de 60 años y más con riesgo de satisfacción de necesidades ante el desvalimiento biopsicosocial en la vejez en un marco de crisis socio-económica nacional. Esto supone la necesaria capacitación gerontológica de los directivos de las Residencias de Personas Mayores locales para abordar la complejidad del envejecimiento. Este proyecto propone evaluar la capacitación gerontológica adquirida y su implementación en el Gerenciamiento institucional, utilizando metodología de investigación etnográfica, entrevistas en profundidad a informantes claves y el registro observacional. Luego se implementará la triangulación intra-metodológica de fuentes cualitativas. La relevancia de este estudio es tanto local como nacional.

y evolutiva
vejez
instituto geriatrico
y de la vejez

Objetivo general

Evaluar la Capacitación Gerontológica adquirida (CG) de los Directores Técnicos de las Residencias de Personas Mayores privadas locales y su consecuente implementación en su Gerenciamiento institucional.

Objetivos particulares

1. Identificar el nivel de Capacitación Gerontológica adquirida por los Directores Técnicos de las RPM privadas locales.
2. Identificar el modelo profesional de trabajo incorporado durante la Capacitación Gerontológica adquirida de los DT de las RPM según tipo de acreditación y organismo otorgante, periodicidad de la actualización, áreas temáticas.
3. Identificar las experiencias objetivas de trabajo en el Gerenciamiento en el campo institucional en las que se hayan implementado acciones incorporadas en la Capacitación Gerontológica.

Métodos y técnicas

El plan de investigación se desarrollará en tres etapas. Una primer etapa: aproximación teórico metodológica; una segunda etapa: aproximación al trabajo de campo; una tercer etapa: de aproximación diagnóstica. A partir de utilizar el método etnográfico se emplearán las siguientes técnicas de investigación cualitativa: a) Análisis de documentos jurídicos: legislaciones provinciales y del Proyecto de Ley sobre Criterios Unificados para la Regulación y Control de RPM en Argentina; b) Entrevista etnográfica a informantes clave realizadas a directivos de RPM locales privadas con un protocolo de interpelación basada en los ejes fundamentales de los Criterios Unificados, c) Registro de observaciones etnográficas en un diario de campo.

En la primer etapa: Se trabajará en el marco conceptual y en el diseño del instrumento para el trabajo de campo. Se establecen los primeros contactos con los profesionales con los que ya se han pactado acuerdos previos por el convenio vigente entre el Grupo de investigación donde se inserta el proyecto. Se diseñaran: a.- un instrumento para recabar los datos sobre la trayectoria de las prácticas profesionales y las condiciones objetivas y subjetivas que provocan el desvalimiento institucional.

Bibliografía

- Augé, Marc. *no lugares. Una antropología de la sobremodernidad*, Barcelona, Gedisa, 1994.
- Bourdieu, Pierre. *Cosas Dichas*, Barcelona, Gedisa, 1996.
- Bourdieu, Pierre. *Razones Prácticas*, Barcelona Anagrama, 1997.
- Bourdieu, Pierre. *Sociología y Cultura*, Barcelona, México, 1990.
- Bourdieu, Pierre. y Loïc, J. Wacquant, *Respuestas. Por una antropología reflexiva*, México, Grijalbo, 1998.
- Bourdieu, Pierre. *El Sentido Práctico*. Madrid: Taurus, 1991.
- Bourdieu, Pierre, . *Qué Significa Hablar. Economía de los Intercambios Lingüísticos*. Barcelona: Akal, 1985.
- Bourdieu, Pierre. *Intelectuales, política y poder*, Eudeba, 2000.
- Bobbio, Norberto. *De Senectute*, Madrid, Taurus, 1997.
- Ferigla, Joseph . *Envejecer: Una antropología de la ancianidad*, Barcelona, Anthropos, 1994
- Freud, S. *Psicología de las masas y análisis del yo*, O.C., Amorrortu Editores, T. XVIII, 1921.
- Freud, S. *El malestar en la cultura*, O.C., Amorrortu Editores, T. XXI, 1930.
- Freud, S. *Conclusiones, ideas, problemas*, O.C., Amorrortu Editores, T. XXIII, 1938.
- Golpe, L.I., Bidegain , L.M. y Arias, C.J. *Edaísmo y Apoyo Social (Una mirada Interdisciplinaria de un enclave geróntico argentino)*, Mar del Plata, Suárez, 2003.
- Loureau, René . *El análisis institucional* Madrid, .Amorrortu, 1991.
- Loureau, René. *Libertad de Movimientos: una introducción al análisis institucional*. Buenos Aires. EUDEBA. Segunda y Tercera parte, 2001.
- Nierenberg, Olga; Brawrman, Josette, Ruiz, Violeta. *Evaluar para la Transformación, Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales*, Buenos Aires, Paidós, 2000. Cap. 1 y 2
- Golpe, L. y Bidegain, L. " Proyecto institucional de las residencias de personas mayores: criterios y heterogeneidades en la República Argentina ", en Golpe, Laura Irene y Arias, Claudia (comp.) *Plan Institucional de las residencias de personas mayores SAGI 2004* Facultad de Psicología Universidad Nacional de Mar del Plata: 19-20. ISBN 987 – 9494-46-6. Mar del Plata, Suárez. 2004.
- Pacenza, M. y Más, F. Cap. III "Implicaciones Derivadas del Uso de Trayectorias Laborales en Investigaciones Relativas a Inserción Laboral de Graduados Universitarios ", en Pacenza, María Inés y
- Cordero, Susana (comp.) *Universidad y Sociedad, Trayectorias laborales de los psicólogos egresados de la U.N.M.d.P.* Mar del Plata : 67-70, Suárez. 2003

- Schlemenson, Aldo. "Crisis y valores en las organizaciones" en ENOIKOS: *En busca de la ética perdida*. Revista de la Facultad de Cs. Económicas de la UBA, Año IV Número 13, 1998.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Argentina INDEC
http://www.indec.gov.ar/incomun/col/esp/col_mar02.pdf
- INDEC http://www.indec.madon.ar/webde/iso/provincias_2/pais/pais.asp
- Ulloa, Fernando. *La Novela Clínica Psicoanalítica*. Buenos Aires, Paidós. 1995.
- Yuni, J. "Dilemas y desafíos de la capacitación gerontológica", en Golpe, Laura Irene y Arias, Claudia (comp.) *La función de la Capacitación Gerontológica SAGI 2004* Facultad de Psicología Universidad Nacional de Mar del Plata : 79-80. ISBN 987-9494-46-6. Mar del Plata, Suárez. 2004.



LAURA IRENE GOLPE

Firma Supervisor



Firma del Alumno

Elvira Mullero *Aprobado*

Comité de investigación

8 / 11 / 04

Comité de Investigación

Indice General

Introducción	p. 1
Desarrollo	p. 19
Conclusiones	p. 71
Recomendaciones	p. 83
Referencias Bibliográficas	p. 85
Anexo	p. 87

INTRODUCCION

Introducción

Esta investigación de pregrado surge a partir de un estudio realizado durante el año 2004 y parte del 2005 por una beca en categoría Estudiante Avanzado de la Secretaría de Ciencia y Técnica con asiento en el Grupo de Investigación SAVYPCE (Socio Antropología de la Vejez y Planificación Comunitaria del Envejecimiento, O.C.S. 196/92) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. En el mencionado estudio se trabajaron las cuestiones inherentes al perfil de los Directores Técnicos (DT) y su disposición apprehendida durante su formación profesional para trabajar con un Modelo de Trabajo Interdisciplinario (MTI). Dicha investigación constituyó un acercamiento diagnóstico al estado situacional de la conducción de las Residencias para Personas Mayores (RPM) privadas en un enclave geróntico argentino (Golpe) según son las características actuales de la ciudad en que se efectuó la investigación. Asimismo el estudio se articuló con un proyecto mayor denominado Visión Institucional y Estrategias de Gestión de las Residencias para Personas Mayores en la República Argentina, que desarrolla el Grupo de Investigación SAVYPCE.

La presente investigación conforma un recorte de aquel estudio enfatizando en la *capacitación gerontológica* de los DT de las RPM en relación a la incorporación del MTI en su formación de postgrado.

La ciudad en que se realizó la investigación es Mar del Plata, considerada un enclave geróntico por su población añosa desde 1980 (Golpe). Esta ciudad pertenece a la provincia de Buenos Aires de la República Argentina, tiene su superficie de 1.460 Km.2 y su población total de habitantes de

564.056 de los cuales 267.738 son varones y 296.318 son mujeres (INDEC, 2001). Según Golpe y Arias (2005: 2) en Mar del Plata se conjugan distintos procesos sociales de carácter problemático: el incremento del grado de envejecimiento, el volumen alto de personas que son alojadas en RPM, la disminución de las redes sociales a partir de la jubilación o asimismo la disrupción de las redes sociales por migraciones vinculadas a esta etapa vital.

El universo local está compuesto por 80 RPM privadas, de allí se seleccionó el 25 % de las instituciones, por ende la muestra quedó constituida en 20 directivos de RPM privadas locales. Se eligió a los DT para ser entrevistados dado que constituyen la figura coordinadora y responsable del gerenciamiento institucional (Criterios Unificados para la Regulación y Control de las Residencias para Personas Mayores de la República Argentina¹, 2001). Se trabajó con la técnica de entrevistas en profundidad a informantes claves con un protocolo de seis ejes para investigar las visiones de los DT en torno al MTI con el interés de profundizar en los principios de percepción, concepción y acción acerca del modelo, adquiridos durante la

La Secretaría de Tercera Edad de la Nación del Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente a fin de cubrir el vacío normativo que regula las instituciones geriátricas elaboró durante el año 2000 y el 2001 a través de un equipo de consultores especialistas un conjunto de pautas integradoras, que se denominaron Criterios Unificados para la Regulación y Control de las Residencias para Personas Mayores de la República Argentina (Kullikowski, Fassio, Freysselinard, Golpe, Loppapa, Miranda, Paola, Passadore y otros, 2001) con la finalidad de ser elevados como proyecto de ley al Honorable Congreso de la Nación Argentina.

capacitación gerontológica de postgrado y a su vez indagar la aplicación, de la visión conformada, en la gestión de la RPM. Los seis ejes mencionados indagan además de este estadio en la formación profesional, otras etapas de la misma como la Formación de Grado (FG) y la Trayectoria Profesional (TP). Las narrativas recopiladas en torno a dichas etapas formativas han sido utilizadas aquí para el análisis de los datos obtenidos en la etapa de *capacitación gerontológica* con la técnica cualitativa de triangulación de la información. Asimismo los ejes del instrumento de interpelación también permitieron indagar por un lado la definición actual que los DT de las RPM privadas locales de la muestra conformada pueden brindar acerca del MTI y la descripción de la implementación actual del mismo en la RPM que cada uno dirige, y por el otro de forma hipotética cómo sería el diseño, ejecución y monitoreo de una aplicación del MTI desde la gestión bajo condiciones de trabajo óptimas. En este sentido se buscó el abordaje integral de la problemática acerca de la *capacitación gerontológica* no solo desde lo conceptual adquirido en los cursos y ámbitos de formación de postgrado sino también en relación a las posibilidades desde el perfil institucional del DT adquirido durante su formación profesional y su capacidad de aplicación del MTI en la gestión de la RPM.

Estado Situacional

Se define el envejecimiento poblacional como proceso de cambio de la estructura por edades de una población, caracterizado por el aumento en la proporción de personas mayores de sesenta años y más (Asamblea Mundial de Envejecimiento, 1982). Según los estudios consultados, actualmente y en un futuro cercano, se vislumbran grandes efectos en el cambio de las tendencias de la fecundidad, mortalidad, migraciones y en el incremento de la esperanza de vida a partir de los avances científicos y tecnológicos. Este panorama mundial incide en un incremento cada vez mayor del envejecimiento poblacional y al mismo tiempo se encuentra una reducción en la natalidad (Golpe y Arias, 2005). Este doble movimiento de aumento y disminución sería motivo de preocupación en las distintas naciones que preveen un futuro poco esperanzador. El tema es preocupante y las cifras lo detallan en los estudios demográficos de Naciones Unidas (2003) donde se indica que en el año 2003 eran 600 millones de personas de sesenta años o más las que habitaban el mundo (una persona cada diez), mientras que en el 2050 se estima que serán 2.000 millones incrementando la cifra a una persona mayor cada cinco habitantes en el planeta (22% de la humanidad). De este modo, en un lapso de cincuenta años se espera que en el mundo haya más personas mayores de 50 años que menores de 15 (en Asatashuili y Borjón López Coterilla comp., 2003: 31).

En relación al contexto nacional, en el momento en que se efectúa la investigación el mismo se caracteriza por un estado situacional de crisis económica / financiera enfatizada a partir de los sucesos políticos-

económicos ocurridos a fines del 2001, los mismos no distan de producir repercusiones en el sistema de salud y en especial la relación de las obras sociales con los prestadores de servicios a mayores como señala Goris Walker (2004). La autora detalla como las RPM, y entre ellas las que componen la muestra de esta investigación, han sido receptoras de factores como el colapso del PAMI, el funcionamiento mínimo de equipos profesionales, el atraso de honorarios, la falta de insumos, la falta de *capacitación gerontológica* específica y el Síndrome de Burnout profesional. Esta caracterización remite a un cuadro de desvalimiento institucional en las RPM a nivel nacional, provincial y local.

Considero importante destacar lo enunciado por Galende (1997) cuando refiere que el problema del proceso de privatización no estaría afectando simplemente al financiamiento de la atención, en relación a "quién y cómo paga", sino que habría un cambio de principios y conocimientos propios de las diversas disciplinas que intervienen, de su metodología aplicada en los tratamientos y de los criterios de sus profesionales, siendo este el punto en el que se enfatiza en la presente investigación en cuanto a la importancia de la incorporación del concepto interdisciplinario en el perfil de los DT y su posterior implementación en la gestión. En este sentido, es propicio pensar en la atención de la vejez desde un modelo que relativice las certezas disciplinarias, permita el ejercicio de interrogarse y cuestionar el quehacer diario desde enfoques específicos, facilite el consenso de las pautas de acción utilizadas por los profesionales y no profesionales posibilitando la

autocrítica y el aprendizaje, conjugando habilidades y conocimientos de diferentes especialidades.

En el punto II de los Criterios Unificados para la Regulación y Control de las RPM en la República Argentina (op. cit.) se afirma que la alternativa de la institucionalización debe ser la última en el marco del desarrollo normal de las personas, pero cuando las condiciones de salud o el entorno socio-familiar no permiten un ejercicio pleno de la autonomía, la institución debe brindar en carácter de subsidiaridad, el clima y los servicios necesarios para una real promoción y protección de las personas. En este sentido, las RPM surgen en el seno de una necesidad social y cultural pero con el compromiso de ser eficientes, eficaces y efectivas en la asistencia a las personas mayores que no pueden ejercer su autonomía o la ejercen parcialmente. En este sentido, con la finalidad de investigar los criterios implementados en las RPM a nivel nacional, la Secretaria de Desarrollo Social realizó en el año 1999 una consulta en 13 provincias de la República Argentina, confeccionando luego en el año 2000, un informe sobre la Tercera Edad en nuestro país. Entre las particularidades halladas en dicho informe es notorio que con respecto a la aplicación del MTI, si bien la mayoría de la población es autoválida, la distribución de los recursos humanos pondera a los profesionales de la medicina (medico / enfermera) por sobre los no médicos prevaleciendo las actividades asistenciales de enfermería y la confección de historias clínicas por sobre las sociales. Se podría decir que del panorama nacional el modelo de trabajo vigente en las RPM es diametralmente opuesto al MTI. En este sentido, los datos acerca del funcionamiento y

regulación de las RPM en el país demuestran la urgencia de la problemática, la consecuente necesidad de abordar el tema de forma seria y comprometida pudiendo comprender los atravesamientos de la cuestión en los puntos de emergencia para ser intervenidos por quienes corresponda. Asimismo esta investigación intenta promover una toma de conciencia generalizada de acuerdo al estado de la cuestión en el país en general. Dado que la *capacitación gerontológica* institucional es un objetivo prioritario de la Dirección Nacional de Políticas de Adultos Mayores de la República Argentina, como bien consta en los Criterios Unificados (op. cit.) y representa una asignatura pendiente de los responsables del gerenciamiento de las mismas en nuestro país, el aporte de esta investigación tiene una relevancia tanto local como nacional.

El Modelo de Trabajo Interdisciplinario

La importancia del MTI radica en la apertura y capacidad de desarrollar un pensamiento autocrítico frente a los saberes estatuidos y al quehacer profesional cotidiano. La relevancia de la temática que se aborda responde a las características de un adulto mayor institucionalizado como colectivo vulnerable² atendido por profesionales y no profesionales, una persona envejecida que tiene menor probabilidad de contar con grupos sociales "naturales" de apoyo, así como también sus redes de apoyo social se ven disminuidas (Arias 2004), siendo en la mayoría de los casos segregado por las prácticas sociales edaistas (Golpe).

Resulta propicio ahondar en la disposición interna de los DT a trabajar de forma interdisciplinaria desde sus estrategias de gestión como elemento clave determinante de un perfil profesional que a su vez se reproduce en el accionar cotidiano mediatizado por el *habitus* (Bourdieu, 1997). Se entiende desde Bourdieu al *habitus* definido como disposición duradera, estructura estructurante estructurada constituida por los principios de percepción, concepción y acción necesarios, en este caso para la incorporación

² Esta problemática fue oportunamente abordada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuando se determinó como grupos vulnerables en la vejez aquellos que sean integrados por: 1) personas mayores de 80 años, 2) que vivan solos en una vivienda, 3) las personas añosas (sobre todo solteras y viudas), 4) que vivan en instituciones, 5) que estén socialmente aislados (individuos o parejas), 6) que no tengan hijos, 7) que tengan limitaciones severas o discapacidades, 8) las parejas de adultos mayores en las que uno de los cónyuges es discapacitado o está enfermo y por último 9) que cuenten con muy escasos recursos económicos.

(aprehensión) del MTI que ha sido conformada durante los distintos aprendizajes teóricos y praxiológicos propios de la formación profesional de los DT así como también en las distintas experiencias objetivas vivenciadas en su trayectoria.

El MTI ha sido definido por numerosos autores de distintas formas. En el año 1976, Japiassu (en Cortelletti y Bonho Casara, 1998) consideró que se trataba de una interacción disciplinaria, implicando un intercambio entre especialistas de varios campos del conocimiento en la discusión de un asunto, es decir en la resolución de un problema, brindando como resultado una comprensión mejor de la realidad. Un año más tarde, Gusdorf (en Cortelletti y Bonho Casara, op. cit.) ya no lo plantea desde la noción de intercambio sino que va más allá y menciona que la tarea de la interdisciplinariedad consiste en suscitar un nuevo saber, a partir de una renovación de la actitud intelectual y espiritual. En este sentido, el MTI implicaría el desarrollo de un saber emergente propio del accionar en equipo cualitativamente distinto al factible de ser intercambiado entre especialistas. En la década del '80, Follari (1980) especifica dos modalidades distintas en la definición. Por un lado, la conformación de un nuevo objeto teórico entre dos ciencias previas y por el otro la aplicación a un mismo objeto práctico de elementos teóricos de diferentes disciplinas. Siete años después, Torres – Santome señalaba que el MTI surge con el objeto de enmendar posibles errores y la esterilidad que acarrea una ciencia excesivamente compartimentalizada y sin comunicación entre las disciplinas. Por otra parte, en 1998, Cortelletti y Bonho Casara describieron la noción de

interdisciplinariedad vinculada a la estructuración y ejecución de las actividades académicas de enseñanza e investigación en postgrado considerando la metodología interdisciplinaria como un principio fundamental de trabajo. Las autoras entienden que la necesidad de implementar dicho modelo se debe a la búsqueda de la integración entre los saberes en el trabajo con cuestiones y problemas concretos referentes a personas de la tercera edad en este caso. La interdisciplina en la enseñanza – aprendizaje permite el surgimiento de una nueva práctica que implica una actitud innovadora, de apertura, de descubrimiento y de deseo de enriquecerse a través de nuevos abordajes que lleven a la discusión de soluciones para los problemas a partir de diferentes enfoques, contextualizando el objeto de estudio en su dimensión ético-cultural, requiriendo para esto capacidad de trabajar en equipo. En síntesis, se ha consensuado entre distintas definiciones la noción interdisciplinaria de una aplicación de elementos teóricos de distintas disciplinas que integren un equipo en las RPM privadas, a un mismo objeto práctico, generando así la construcción de espacios integrados de racionalidad, códigos y poder en el campo de la Gerontología Institucional (Golpe, 2004), donde la definición común del problema es condición para que un trabajo sea interdisciplinario.

Los Criterios Unificados para la Regulación y Control de las RPM en la República Argentina (op. cit.) refieren en el artículo VI acerca de la conformación del equipo de trabajo de una RPM en donde advierten que el mismo debe ser integrado por un conjunto de profesionales que interaccionan e intercambian opiniones y sugerencias, teniendo por objetivo

el seguimiento evolutivo biopsicosocial de los residentes / concurrentes, así como la puesta en marcha de las distintas alternativas de intervención profesional para el cumplimiento del programa terapéutico personalizado y el proyecto institucional. Se establece que "le corresponde al Estado nacional brindar los lineamientos ideológicos, gerontológicos y prácticos generales que deberán ser compatibilizados con las legislaciones de las distintas realidades provinciales y municipales, dando como resultado un marco de seguridad institucional y jurídica, en la protección de los derechos de las personas mayores". De esta enunciación podría interpretarse que la aplicación del MTI no debe quedar supeditada a las necesidades e intereses personales del DT ni de la RPM en particular. Asimismo se busca la unificación de políticas gerontológicas a nivel nacional sin descuidar las particularidades propias del lugar donde se encuentra cada residencia.



El Director Técnico

Los Criterios Unificados (op. cit.) señalan que la persona a cargo del gerenciamiento institucional es el DT de la institución, quien debe ser "un profesional que acredite formación gerontológica y experiencia en coordinación de equipos profesionales. Será responsable ante la autoridad correspondiente del buen funcionamiento de la institución y del cumplimiento de la normativa vigente. Puede ser un profesional de alguna de las disciplinas que integran el equipo básico de la institución". Las funciones consideradas para el DT de las RPM son las siguientes: 1) "selección, preparación, coordinación y supervisión del personal, 2) promoción de reuniones periódicas del equipo interdisciplinario: informativas, de evaluación y formativas, con el objetivo de lograr una mejor calidad de vida para los residentes, 3) evaluación del desempeño de los integrantes del equipo interdisciplinario, 4) promoción de un sistema de capacitación continuo para todos los niveles del personal, 5) supervisión de los servicios domésticos y de mantenimiento, 6) elaboración de planes y proyectos prospectivos para el funcionamiento de la institución."

En cuanto al análisis del perfil y accionar de los DT es apropiado recordar que tanto Bourdieu (1997) como Giddens (1995) han refutado las posiciones sociologistas y subjetivistas postulando conceptos como el de habitus y campus, reflexividad de la estructura, doble hermenéutica y la teoría de la estructuración, respectivamente (Pacenza y Más, 2003). Por esto la evaluación de las disposiciones hacia un MTI requiere de la presencia de dichos conceptos en el desarrollo de la investigación. La dicotomía entre lo

objetivo-subjetivo podría ser resuelta si se lograra abordar lo social, siguiendo a Bourdieu, como si existiese de doble manera, es decir en las cosas y en los cuerpos, donde esta complicidad ontológica constituye el fundamento de las prácticas sociales. En este sentido, los DT de las RPM han realizado un doble movimiento en su formación y trayectoria profesional, es decir que han formado parte de la institución objetivada y habiendo transitado por la misma la han incorporado a sus habitus. Bourdieu (op. cit.) hecha por tierra toda pretensión de objetividad dado que en su teorización deja en claro que la visión de los agentes, en este caso los DT, reproduce y es reproducida por la misma estructura estructurante del habitus en tanto sistema de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente "reguladas" y "regulares" sin ser el producto de la obediencia a reglas y, a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta. En este sentido, los habitus son para Bourdieu "sistemas de esquemas generadores de percepción, de apreciación y de acción que son el producto de una forma específica de acción pedagógica y que hacen posible la elección de objetos, la solución de los problemas y la evaluación de las soluciones". Para el presente estudio entenderemos los habitus conformados por esquemas interiorizados en la formación profesional de los DT de las RPM y

establecidos así como sistemas de disposiciones a percibir, a pensar y actuar sintiendo de determinada manera, ligados a definiciones de “lo posible” y “lo no posible”, “lo pensable” y “lo no pensable”, “lo que es para nosotros y lo que no es para nosotros” (Bourdieu, 1997). Es decir que los DT se auto limitarían a través de su habitus con relación a la modalidad de aplicación o no del MTI desde su gestión en una RPM.

Capacitación Gerontológica

Se considera que la formación y *capacitación gerontológica* son instancias indispensables para la adecuada adquisición de los principios de percepción, concepción y acción que permiten la posterior implementación del MTI en la gestión. La CG de los DT permite construir estrategias de intervención institucional innovadoras, creativas y acertadas donde desarrollar nuevas herramientas, habilidades y destrezas, ofreciendo un espacio de intercambio e interacción convergente con otros profesionales a fin de establecer redes beneficiosas en la promoción y prevención en materia de salud de la población añosa.

La Asamblea Mundial de Envejecimiento celebrada en Naciones Unidas en el año 2002 recomienda: a) iniciar y promover programas de educación y formación para profesionales de la salud y de los servicios sociales y de las personas que atienden a otros en un contexto no estructurado, incluida la gerontología y geriatría; b) instituir programas de educación continuada para los profesionales de la salud y los servicios con miras a aplicar un enfoque integrado de la salud, el bienestar y la atención de las personas de edad, así como de los aspectos sociales y psicológicos del envejecimiento; c) ampliar la educación profesional en gerontología y geriatría, incluso haciendo esfuerzos especiales para ampliar la matrícula de estudiantes. Por otro lado, uno de los puntos en que se hizo fundamental hincapié dentro de los Criterios Unificados así como en la consulta institucional nacional fue el equipo interdisciplinario de trabajo, así como también la *capacitación*

gerontológica obligatoria y constante para elevar los niveles de eficacia y eficiencia en las RPM (Golpe, Bidegain, Freysselinard y Pérez, 2002).

Yuni (2004) describió el panorama nacional actual y presumiblemente futuro con relación a la capacitación de los trabajadores de las RPM como revelador de la falta de cualificación gerontológica. Este autor investigó la incorporación de áreas de estudio gerontológicas y del envejecimiento en las materias obligatorias que los estudiantes cursan en la universidad y observó un "vacío formativo" describiendo como escasas las universidades y carreras que han incorporado asignaturas específicas sobre esta temática. Agravando aun más la situación, se encuentra el notable crecimiento - a nivel nacional - de organizaciones que prestan servicio a la tercera edad pero sin un interés y preocupación por la capacitación legitimada de quienes desempeñan funciones en estos espacios. Otra autora que investiga la *capacitación gerontológica* es Sprega (2004) quien la describe como el desarrollo de la disposición para lograr que el adulto mayor pueda recibir cuidado digno, de alta calidad y de acuerdo con sus necesidades. Se busca la conservación de la autonomía, del estilo de vida y la compensación de la declinación sin menoscabo de la autoestima. Por otro lado, Edelman (2004) define la capacitación en gerontología como la adquisición de competencias técnicas, funcionales y sociales; "saber analizar" y "saber decidir", promoviendo la responsabilidad y autonomía de los trabajadores. La autora plantea que el envejecimiento poblacional, con los avances en dicha temática y las complejidades que la misma presenta, fundamentan la capacitación permanente en gerontología desde un enfoque

interdisciplinario. Aizen (2004) va más allá y menciona la capacitación como herramienta de transformación institucional destacando que la *capacitación gerontológica* permite la comprensión del envejecimiento humano y poblacional desde distintas disciplinas en intercambio, donde poder observar las variables biopsicosociales con una perspectiva gerontológica actualizada. Según los Criterios Unificados (op. cit.), la *capacitación gerontológica* del DT “deberá ser de un año de duración³ (aproximadamente ocho horas semanales o equivalente, con evaluación final) a cursarse en las universidades, u organizaciones gerontológicas argentinas que posean convenios con las universidades y sean avaladas por la Secretaría de la Tercera Edad y Acción Social - Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente. Para Sprega (2004) se hace necesario comenzar una capacitación con la elaboración de un diagnóstico institucional que

³ Este curso deberá incluir las siguientes áreas temáticas: 1) la gerontología y sus ramas biológica, psicológica y social; 2) aspectos socio antropológicos del envejecimiento; 3) aspectos psicológicos del envejecimiento; 4) aspectos biológicos del envejecimiento, normas de bioseguridad; 5) aspectos jurídicos y políticos sobre la gestión de las residencias y centros de día; 6) administración de una residencia de adultos mayores; 7) hábitat, aspectos ergonómicos y distribución espacial de las residencias; 8) gestión y equipo interdisciplinar y 9) Síndrome de Burnout en las residencias (estrés laboral). Los contenidos desarrollados en los cursos deberán tender a lograr que las instituciones geriátricas: a) funcionen desde una perspectiva que va mas allá del modelo patológico y por lo tanto no sometan a los residentes a estereotipos reduciéndolos a entidades diagnósticas, b) ofrezcan al residente un ambiente estimulante, c) brinden a los residentes la posibilidad de percibir que tienen alternativas de elección en la vida y un cierto grado de control sobre su existencia, d) desarrollen sistemas de comunicación abiertos entre la familia, el residente y el personal.

comprenda el aquí y ahora de la institución, logrando un encuentro interactivo de aprendizaje con la finalidad de integrar lo aprendido en el contexto cotidiano. La capacitación debe ser, para esta autora, un espacio educativo dónde se pueda comprender cuáles son los sentimientos como integrantes de la institución y a partir de aquí desarrollar empatía hacia el otro trabajando con el descubrimiento de los sentimientos de ese otro. Es importante el análisis de las creencias y actitudes y sobre todo en la visión que se construye del envejecimiento. Se busca el reconocimiento del adulto mayor como sujeto de derechos en la sociedad, considerando que este acto aporta sustancialmente al desarrollo del cuidado responsable del otro y del auto cuidado responsable. En síntesis, la *capacitación gerontológica* debería estar dentro de las condiciones necesarias para posibilitar la optimización de la vejez apuntando a las identidades regionales pero sin descuidar las políticas sociales para adultos mayores y los consensos mundiales del proceso de envejecimiento contemporáneo.

DESARROLLO

La presente investigación se ha centrado en la capacitación gerontológica de postgrado de los Directores Técnicos de las RPM privadas locales en relación a la incorporación del MTI a su perfil profesional del cual dependen las estrategias gerontológicas de gestión. En este sentido, interesa ahondar la cuestión del perfil institucional de los directores que gestionan estas residencias para entender cómo ha sido su formación profesional desde su paso por la universidad, su capacitación gerontológica de postgrado y su trayectoria profesional vinculada a las experiencias objetivas de trabajo interdisciplinario en las instituciones en que se han desempeñado.

Siendo la hipótesis de trabajo que orientó la investigación los *principios de percepción, concepción y acción acerca de un MTI no fueron incorporados en su condición necesaria y suficiente durante la capacitación gerontológica de postgrado (CGP) como para cumplir las especificaciones de los Criterios Unificados para la Regulación y Control de las Residencias para Personas Mayores de la República Argentina*, se investigó la conformación del perfil institucional de los DT desde su CGP y su predisposición a trabajar interdisciplinariamente para poder establecer criterios y parámetros comparativos de eficiencia en la gestión de una RPM.

Se construyeron tipos ideales para poder categorizar las narrativas de los informantes claves en función de distintas visiones acerca del MTI. Los mismos se denominaron: *visión integral, visión fragmentada, ausencia de visión y visión distorsionada*, definidos en relación con las especificaciones

de los Criterios Unificados, documentos legales y desarrollos teóricos acerca de la Gerontología Institucional.

Visión integral. Una visión acerca del MTI es *integral* cuando han sido incorporados de modo suficiente los principios de percepción, concepción y acción interdisciplinarios. Se relaciona con un modelo de aplicación de trabajo institucional interdisciplinario. Según los Criterios Unificados y teorizaciones acerca del MTI, las visiones de los directivos deberían conformarse con principios que den cuenta de:

- el DT como la figura coordinadora y responsable del gerenciamiento institucional de la RPM, siendo un profesional que acredite formación gerontológica y experiencia en coordinación de equipos profesionales interdisciplinarios. Debe reconocerse como responsable ante la autoridad correspondiente del buen funcionamiento de la institución y del cumplimiento de la normativa vigente, y por ende responsable de la implementación de estrategias gerontológicas interdisciplinarias institucionales incorporando en su narrativa las funciones de “promoción de reuniones periódicas del equipo interdisciplinario: informativas, de evaluación y formativas, con el objetivo de lograr una mejor calidad de vida para los residentes” y “evaluación del desempeño de los integrantes del equipo interdisciplinario” (Criterios Unificados, artículo XXXIX).

- referencia al campo de aplicación del MTI en relación a la Gerontología Institucional refiriéndose a la persona mayor institucionalizada como perteneciente a un grupo vulnerable (OMS).
- la visión adquirida en cualquier etapa de su formación profesional acerca del MTI debe dar cuenta del mismo como:
 - facilitador de una postura de apertura y desarrollo de un pensamiento autocrítico frente a los saberes estatuidos y al quehacer profesional cotidiano.
 - interacción disciplinaria, implicando un intercambio entre especialistas de varios campos del conocimiento en la discusión de un asunto y/o en la resolución de un problema brindando como resultado una comprensión mejor de la realidad (Japiassu, 1976)
 - acción de suscitar un nuevo saber, a partir de una renovación de la actitud intelectual y espiritual (Gusdorf, 1977)
 - un nuevo objeto teórico entre dos ciencias ya existentes (Follari 1980)
 - una metodología para enmendar “posibles” errores y la esterilidad que acarrea una ciencia excesivamente compartimentalizada y sin

comunicación entre las disciplinas (Torres – Santome, 1987).

- principio fundamental de trabajo, búsqueda de integración entre saberes con cuestiones y problemas concretos referentes a personas de la tercera edad (Cortelletti y Bonho Casara, 2004).
- aplicación de elementos teóricos de distintas disciplinas que integren un equipo en las RPM a un mismo objeto práctico, generando así la construcción de espacios integrados de racionalidad, códigos y poder en el campo de la Gerontología Institucional, donde la definición común del problema es condición para que un trabajo sea interdisciplinario (Golpe, 2004).

Una de las narrativas perteneciente a este tipo ideal enuncia:

“El trabajo interdisciplinario es enriquecedor para todos. Tendría que primar en todos los establecimientos dedicados a la salud donde están las personas vulnerables. Se trata de coordinar acciones y aunar criterios en el equipo interdisciplinario de la institución. Si bien el director es el que dirige lo importante es que se respete la opinión del equipo que es la base de la institución para brindar una buena atención a las personas para las cuáles está funcionando. El modelo de trabajo interdisciplinario es un método de tarea donde deben confluir todas las disciplinas para obtener un producto

cualitativamente mejor. Todos los titulares y directores de establecimientos geriátricos deberían apuntalar su equipo, capacitarlo en gerontología para poder lograr mayor beneficio de las personas que tiene residiendo.”
(Asistente Social, Director Técnico)

Visión fragmentada. Una visión acerca del MTI es fragmentada cuando han sido incorporados de modo insuficiente los principios de percepción, concepción y acción interdisciplinarios. Se trata de los mismos principios arriba descritos pero aquí han sido incorporados de forma fragmentada y/o enfatizando en aspectos que no son centrales en la adquisición adecuada del MTI como para desempeñar luego su ejecución eficientemente según lo especificado en los Criterios Unificados para la Regulación y Control de las RPM en la República Argentina. Considerando fragmento como “parte de” que hace al todo pero no lo conforma y con miras de investigar los perfiles institucionales, se comprende que esta disquisición es importante y necesaria para indagar en futuros estudios acerca del por qué de esta fragmentación. Esta visión se relaciona con un Modelo de Trabajo institucional Multidisciplinario (MTM). Las visiones que presentan esta característica dan cuenta de:

- el DT como un cargo formal burocrático justificando su existencia por ser requisito para la habilitación y el control de la institución por las normativas vigentes. Esto refiere sólo a una instancia requerida que no hace a la correcta comprensión del rol y sus funciones.

- el concepto del MTI como una herramienta técnica sin incorporarlo en un modelo estratégico de gestión. Las visiones manifiestan tener presente su uso y características secundarias pero no profundizan en su dominio como elemento central de una dinámica institucional ni en las características señaladas en la *visión integral*. En algunos casos afirman que lo han estudiado pero reconocen no haber construido una visión completa al respecto para ejercerlo en la práctica. Las narrativas manifiestan descripciones que enfatizan en cualidades del MTI como puntos centrales de la visión, también se menciona una conjunción disciplinar y su predisposición para la interacción entre disciplinas pero no prosiguen con una posterior integración del equipo en un producto emergente común a todas (Modelo de Trabajo Multidisciplinario).
- la dirección de la RPM como una empresa económica distante de una institución cuyo objetivo es la promoción de la salud a la comunidad y en especial a la población añosa.

Una de las narrativas de este tipo ideal afirma:

"La visión acerca del modelo de trabajo interdisciplinario adquirida en la universidad es pobre, porque salimos de la facultad prácticamente con muy pocos conocimientos, incluso con muy poca práctica con el enfermo. La

facultad es todo teórico, se hablaba de lo interdisciplinario pero sin profundizar, digamos que se lo nombraba.” (Médico, Director Técnico)

Ausencia de visión. Una visión acerca del MTI está ausente cuando no han sido adquiridos los principios de percepción, concepción y acción interdisciplinarios. Las narrativas no reconocen la existencia del concepto ni la de sus principios o bien no se conformó una visión tal porque en la instancia de aprendizaje los principios necesarios no fueron brindados y/o asimilados de manera suficiente como para constituir al menos una visión fragmentada al respecto. La aplicación de un modelo de trabajo institucional en los DT que presenten estas características se vincula a una aplicación disciplinar propia del aprendizaje profesional universitario que han tenido y su implementación es la de un Modelo Disciplinar (MD).

Una narrativa que da cuenta de este tipo ideal enuncia:

“No tuve conocimientos en la facultad de medicina del trabajo interdisciplinario. La responsabilidad que se le asigna al médico excede muchísimo a lo que estamos formados, es bastante mala la formación de la facultad de medicina: no está pensada desde un lugar institucional, un lugar cerrado como es un geriátrico.” (Médico, Director Técnico)

Visión distorsionada. Una visión acerca del MTI es distorsionada cuando han sido incorporados de modo erróneo los principios de percepción, concepción y acción interdisciplinarios o habiendo obtenido otros principios

en su lugar. Se relaciona con la aplicación de un modelo de trabajo institucional de característica disciplinar denominado MTD. Las narrativas manifiestan como inherentes al MTI:

- un saber experto disciplinar vinculado a una relación asimétrica donde el sabe se concentra en una persona o disciplina en particular estableciéndose una jerarquía institucional. No hay discusión e intercambio entre trabajadores. Se trata de una implementación de un modelo de trabajo que responde a características del modelo médico hegemónico planteando una *cadena jerárquica de mando* que establece jerarquías institucionales en la toma de decisiones de todas las áreas donde la figura del médico generalmente se encuentra por encima del resto de las disciplinas que integran el equipo de trabajo.
- la implementación de un instrumento técnico metodológico para solucionar una situación particular dando cuenta de una modalidad ocasional oportunista no planteando una planificación de estrategias gerontológicas interdisciplinarias.
- La referencia a obstáculos de la práctica como medio para definir el MTI, dando cuenta de dificultades en su aplicación o características de una situación particular que no se podría generalizar en una definición acerca del concepto.

Una narrativa de este tipo ideal explicita:

“El interdisciplinario es un conjunto de cosas, porque está el médico que deriva al kinesiólogo, el kinesiólogo a la terapeuta, la terapeuta evalúa, nos soluciona muchas cosas también, muchas dudas que tiene la familia. La terapeuta hace de lazo entre la institución y la familia. Definiría al modelo de trabajo interdisciplinario como la posibilidad que brinda de asesorarse cada uno en lo que no sabe con los que sí saben porque son expertos en eso.”
(Enfermera Profesional, Director Técnico)

La aplicación de la visión adquirida durante la CGP a la que han hecho alusión las narrativas halladas presenta distintas características que permiten una clasificación en tres tipos ideales que se han construido a tal fin, a saber:

- *Aplicación Interdisciplinar*: es un tipo de aplicación que responde a la implementación del tipo ideal de *visión integral* acerca del MTI conformada a partir de la formación profesional de los DT donde se destaca el trabajo en equipo, la participación y la emergencia de un producto cualitativamente distinto en la práctica que el agregado de distintas profesionales.
- *Aplicación Multidisciplinar*: es un tipo de aplicación que se caracteriza por la conjunción de disciplinas trabajando en grupo pero no en equipo. Su definición se corresponde con un Modelo de Trabajo Multidisciplinar (MTM) donde su característica principal es una *visión fragmentada* acerca del MTI en quienes gestionan las instituciones donde se aplica el MTM.

➤ *Aplicación Disciplinar*: es un tipo de aplicación que se caracteriza por acciones profesionales propias de cada disciplina con ausencia total de intercambio entre los trabajadores de las instituciones, sean o no profesionales. De este modo, aun habiendo equipos conformados, en esta aplicación disciplinar, se trabaja de modo individual por disciplinas como *compartimentos estancos* en una misma institución. Se trata de un Modelo Disciplinar (MD) que con respecto al MTI se podría vincular a una consecuencia de una visión distorsionada del mismo.

El objetivo principal presentado en esta investigación consistía en abordar la conformación de la visión acerca del *MTI* que los *DT* adquirieron en su *CGP*, asimismo también se formuló como objetivo particular el investigar cuáles fueron los *principios de percepción, concepción y acción* incorporados durante la *FG* y la *TP*, entendiendo que la formación profesional de los *DT* tiene una *iniciación formal* en la universidad con su carrera de grado, luego continúa con su capacitación de postgrado y del mismo modo la trayectoria profesional configura un espacio dinámico de aprendizaje y ejecución de acciones interdisciplinarias donde se puede conformar otra visión del *MTI* ligada a nuevas experiencias en el campo institucional.

En principio destacamos la definición brindada por Yuni (2004, p. 83) donde capacitar es "hacer a uno apto, habilitarlo para alguna cosa" y el trabajo interdisciplinario sería parte de este conjunto de habilidades y

destrezas adquiridas, habilitantes para el ejercicio profesional capacitado en una institución de salud. Si además pensamos al MTI como un modelo de apertura y capacidad de desarrollar un pensamiento autocrítico frente a los saberes estatuidos y al quehacer profesional cotidiano, entonces, capacitarse implica tener u obtener la capacidad como DT de propiciar el trabajo en equipos interdisciplinarios en pos de elevar los niveles de eficacia y eficiencia en las RPM.

En relación a la demanda de *capacitación gerontológica*, Lombardi (2005, p. 122) encuentra un incremento de la misma en el último tiempo e hipotetiza que podría ser una respuesta a las recomendaciones de la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizada en Viena en 1982, así como también a las resoluciones del Plan Internacional de la segunda efectuada en la ciudad de Madrid en el año 2002. En este sentido, la autora refiere en relación al incremento de la demanda de capacitación que se trata de programas que respondan a dos líneas: por un lado lo ateniendo a la calidad en la especialización y por el otro, el surgimiento de habilidades relativas al ejercicio profesional en los diferentes ámbitos de desempeño. Aquí vemos como se perfilan dos pilares: calidad y habilidades relativas. Entendemos que ambas configuran una *visión integral* del MTI al respecto de la CGP donde dicho modelo permite una implementación necesariamente especializada y de alta calidad en su formación y asimismo también requiere la incorporación de habilidades relativas al ejercicio profesional gerontológico. En este sentido interesa investigar si los DT han efectuado capacitaciones gerontológicas y de ser así cómo han sido adquiridos los

principios que permiten comprender e incorporar el MTI conformando una visión tal que permita la implementación de una estrategia interdisciplinaria de gestión en su rol de gerenciamiento de una RPM.

En el presente informe se detallan las visiones halladas en las narrativas de los DT entrevistados según el tipo de incorporación de los principios de percepción, concepción y acción interdisciplinarios o no, y luego se exponen los tipos de aplicación de las visiones adquiridas en la CGP. Previamente a indagar acerca de las visiones sobre el MTI construidas en la CGP se les preguntó a los DT si habían efectuado o no capacitación de este tipo. Aquellos que contestaron afirmativamente se les formuló la siguiente pregunta: *¿Cuál fue la visión que adquirió acerca del trabajo interdisciplinario durante los distintos cursos de capacitación gerontológica realizados por Ud. en su vida?* y posteriormente se indagó si *aplicó algunas de estas enseñanzas durante su gestión como director de una RPM*. De este modo, se discriminó primero entre aquellos que habían realizado capacitación en materia de vejez y de éstos se diferenciaron las distintas visiones adquiridas durante este tipo de postgrados. Asimismo las visiones halladas y clasificadas, según se explicó anteriormente bajo un criterio de cuatro tipos ideales construidos para el análisis, dan cuenta dentro de sí de distintos matices que enfatizan un aspecto particular. Al indagar acerca de la aplicación de la visión interdisciplinaria adquirida en la CGP durante la gestión de la RPM se puede discriminar entre una aplicación disciplinaria, multidisciplinaria o interdisciplinaria según lo especificado en las narrativas recopiladas.

A continuación se presenta el análisis de las narrativas recopiladas divididas primero según la variable realización de CGP y luego en aquellas que hayan efectuado tal postgrado se trabajó según las visiones conformadas y las aplicaciones en la gestión de la RPM.

1. Ausencia de Visión

Los DT que contestaron no haberse capacitado constituyen un grupo discriminado del resto como se detalló anteriormente denominado ausencia de visión interdisciplinaria en la CGP que a su vez se subdivide en dos grupos de narrativas:

1.1. Carece de capacitación de postgrado: donde las narrativas afirman no haberse capacitado en ninguna especialidad luego de graduarse en la universidad. Aquí podría estar incidiendo la situación nacional en cuanto a las dificultades económicas para facilitar un estudio de postgrado entendiéndose que son escasos o nulos las ofertas de capacitación en postgrado gratuitas subvencionadas totalmente por el Estado. Además a esto se le suma una carencia en cuanto a las legislaciones de acuerdo a la obligatoriedad de proseguir capacitándose y estudiando bajo sistemas de acreditación adecuada luego de graduarse en la universidad. Se encuentra en este sentido la ausencia de entes reguladores de esta problemática así como también legislaciones que se cumplan al respecto. Algunas narrativas que refieren no haberse capacitado en ninguna especialidad dicen:

“No, no he hecho cursos de capacitación. Directamente me he ocupado más que nada a trabajar, creo que es una deuda pendiente, que tengo que empezar a capacitarme más, esta es una tarea, un negocio, al que me he abocado mucho tiempo.” (Médico, Director Técnico)

“No he estudiado en capacitación, porque no sé, creo que ya lo haré, es una cuestión de tiempo y de dinero también. Por otra parte la gerontología la hice acá. Considero que estoy aprendiendo pero no, no tengo un título de especialidad en algo.” (Enfermera Profesional, Director Técnico)

“No he hecho posgrados en gerontología, la visión la adquirí trabajando digamos lo fui haciendo a medida que estoy acá. Estoy por hacer un curso que capaz que puedo sacar el título de gerontólogo a distancia pero no he hecho capacitación porque he priorizado trabajar. Creo que la capacitación geriátrica es una asignatura pendiente.” (Médico, Director Técnico)

1.2. *Carece de capacitación en gerontología:* donde las narrativas manifiestan haberse capacitado en otras especialidades y no en gerontología. Por lo tanto los directivos no han adquirido una visión interdisciplinaria gerontológica porque no han efectuado la capacitación en el área. Algunas narrativas expresan su falta de capacitación gerontológica de la siguiente forma:

"No adquirí ninguna visión porque hice la residencia como capacitación de postgrado pero no en gerontología y de todos modos no considero que la residencia sea trabajo interdisciplinario, es todo por derivación, no hay trabajo en equipo ." (Médico , Director Técnico)

"Sí me capacité como médico clínico que es lo que soy, rendí la especialidad pero no he hecho cursos de capacitación gerontológica." (Médico, Director Técnico)

"Soy especialista en clínica médica, rendí dos veces la especialidad ya, o sea que dentro de clínica médica se toma todo, gerontología es una parte y la visión de allí es la misma de la clínica médica: trabajar en equipo , en conjunto con las especialidades." (Médico, Director Técnico)

"No he hecho cursos de gerontología, sí capacitación en mi especialidad que abarca la vejez." (Médico, Director Técnico)

"Mi formación de postgrado fue en la residencia médica con la participación de otros profesionales de áreas vinculadas a la medicina sin serlo, psicología, kinesiología, terapia ocupacional, etc, ahí obtuve la visión de la interdisciplina aunque no he hecho específicamente capacitación gerontológica, en la residencia en el hospital el 90 % de los pacientes son gerontes. " (Médico, Director Técnico)

“Sí he hecho cursos de capacitación, congresos, ateneos, simposium y todo eso, a lo largo de estos 34 años pero no he realizado capacitación gerontológica y no tengo una visión del trabajo interdisciplinario en tanto gerontología.” (Médico, Director Técnico)

2. Visiones acerca del MTI

En otro grupo se encuentran aquellos que sí han realizado CGP y refieren que han podido adquirir principios que les permitiesen conformar una visión acerca del MTI. Según lo descrito por los DT entrevistados se han podido distinguir dos tipos de visiones que coinciden con los tipos ideales *integral* y *fragmentada*. Asimismo cada visión presenta dentro de sí distintos grupos de narrativas según sean los aspectos enfatizados por los DT para pertenecer a esa visión y no a otra.

2.1 Visión integral

Esta visión en la CGP presenta las características antes mencionadas al definir el tipo ideal, siendo la predominante una noción del MTI referida a la participación y el sentido de un trabajo en equipo cualitativamente distinto al disciplinar. Se hallaron narrativas que referían haber podido construir una visión del MTI durante su CGP que concuerda con las definiciones brindadas por especialistas en el tema según se describió en la introducción de esta investigación.

2.1.1 Énfasis en la participación del equipo interdisciplinario

Las narrativas refieren que la visión de trabajo interdisciplinario que obtuvieron al capacitarse en gerontología se relaciona con la participación de un equipo de trabajo y el consecuente consenso en las pautas de acción para el adecuado desarrollo de una tarea con los mismos criterios interdisciplinarios a ser implementados desde la gestión. La importancia del equipo interdisciplinario en el campo de la Gerontología Institucional se vincula al producto generado por la interacción de los profesionales y no profesionales, entendiendo a la persona mayor como vulnerable frente a distintos desvalimientos sociales y evolutivos propios del envejecimiento. Asimismo esta visión integral coincide con lo expuesto en los Criterios Unificados en uno de los puntos enfatizados en cuanto a la *capacitación gerontológica* y del mismo modo en la consulta institucional nacional, cuyo objetivo consistía en evaluar las condiciones de viabilidad y sustentabilidad regional de los criterios de habilitación, control y regulación de instituciones geriátricas para adosarlos conjuntamente al proyecto de ley nacional. Allí se hace hincapié en la importancia de los equipos interdisciplinarios de trabajo y la *capacitación gerontológica* obligatoria y constante para elevar los niveles de eficacia y eficiencia en las RPM (Golpe, Bidegain, Freysselinard y Pérez, 2002). Así es como la conformación del equipo interdisciplinario representa un enunciado fundamental de la Gerontología Institucional para alcanzar resultados eficientes en beneficio de toda la sociedad. Sin embargo, esta constitución del equipo, para cumplir su cometido y trabajar interdisciplinariamente, necesita de una política de gerenciamiento

institucional que no sólo facilite su conformación y desarrollo cotidiano sino que además enmarque al conjunto de trabajadores pertenecientes de varias disciplinas y oficios en “un movimiento instituyente que promueva transformaciones” como refiere Aizen (2004, p. 89, 91). La autora asocia esta cuestión a “una actitud activa por parte de la institución” que justamente permite esas transformaciones. Los directivos dicen:

“La visión que obtuve en la capacitación de posgrado en vejez tiene que ver con el equipo interdisciplinario, con la idea de equipo, grupo, donde la importancia es hablar el mismo idioma entre todos, pienso que el criterio tiene que ser el mismo siempre. Pasan los años y se sabe que hay que trabajar en equipo y con los mismos códigos. Los encuentros de capacitación de directores de los hogares sirven para fijarse el modo de actuar y de trabajar de cada uno en concordancia con el criterio que usa el resto y es bueno saber que estamos trabajando del mismo modo.” (Médica, Director Técnico)

“La visión que me dejaron los cursos, congresos, tiene que ver con la importancia de compartir el criterio entre los profesionales que conforman el equipo. Esto permite que las acciones sean más coordinadas, que haya una lógica de trabajo compartida, que todos los profesionales y no profesionales se pongan de acuerdo en qué hacer y cómo hacerlo”. (Médico, Director Técnico)

“La visión que adquirí en mi capacitación tiene que ver con compartir un criterio con otros profesionales, colegas y de otras carreras, esto implica escuchar y favorecer ese complemento para poder trabajar. Básicamente fue poder ver que tanto psicólogos como médicos como nutricionistas tienen los mismos principios de acción. Cuando uno estudia la gerontología no importa cuál sea tu carrera de grado, no importa tu título sino que los principios de trabajo son iguales para todos y eso se ve en la constitución de un equipo de trabajo interdisciplinario.”(Médico, Director Técnico)

“La visión que me dejó acerca del modelo de trabajo interdisciplinario tiene que ver con lo integral del modelo, con la importancia de utilizar la interdisciplina en el trabajo con la vejez y trabajar de forma abierta porque en la institución se encuentran patrones distintos que convergen en el hombre y eso está atravesando la institución. Entonces, la atención debe ser en función de estos patrones y debe integrar a todo los que trabajamos en la residencia participando como forma de interrelación. Te diría que es eso lo que me dejó, la idea más integral del trabajo interdisciplinario, la idea de atención a un conjunto de distintas necesidades.” (Asistente Social, Director Técnico)

2.2. Visión fragmentada

Esta visión con características de insuficiencia en la incorporación de los principios de percepción, concepción y acción, presenta distintos matices en su interior dado que los DT en sus relatos enfatizaron en diferentes aspectos

pero todos de carácter insuficiente, fragmentado o secundario para la conformación de una visión acerca del MTI que permita su implementación desde una gestión de RPM de forma eficiente según lo especificado en la bibliografía detallada. Se encuentra que la CGP no se ha constituido como el medio por el cual se adquirió un saber interdisciplinario en su totalidad, sino que han sido asimilados ciertos conceptos vinculados al MTI como principales aun sin serlo conformando más bien un modelo multidisciplinario.

2.2.1 Énfasis valorativo en las cualidades

Las narrativas manifiestan distintos aspectos jerarquizados subjetivamente conformando respuestas descriptivas acerca de una visión adquirida. De este modo se adjetiva acerca del MTI como cualidades transmitidas durante la CGP sin poder definir conceptualmente al mismo. Se destaca esta característica donde se puede valorar al MTI pero no se lo puede definir. Esta curiosidad nos permite reflexionar acerca de el apriorismo existente a la hora de emitir juicios de valor antes de aprehender y aprender el objeto de conocimiento. También esta tendencia a adjetivar y describir el concepto podría estar relacionada con fallas en las CGP donde la ausencia de prácticas interdisciplinarias en estos cursos como faceta del aprendizaje, según lo especificó Yuni (2004, op. cit), deja simplemente como enseñanza lo que el docente transmite de forma subjetiva y emitiendo un juicio de valor de su propia experiencia personal. Esta predisposición es necesaria par conformar una visión pero insuficiente dado que carece de una noción de integración posterior del producto emergente entre las profesiones

y oficios que intervienen interdisciplinariamente. En estas narrativas no se encuentran presentes conceptos vinculados a lo que Sprega (2004, p. 85) refiere cuando habla de *capacitación gerontológica* como el desarrollo de la disposición para lograr que el adulto mayor pueda recibir cuidado digno, de alta calidad y de acuerdo con sus necesidades. La autora advierte que se busca la conservación de la autonomía, del estilo de vida y la compensación de la declinación sin menoscabo de la autoestima. Entendemos que las acciones antes mencionadas requieren de un trabajo interdisciplinario comprendido desde la FG y postgrado que sea más amplio y sólido que las cualidades del mismo, la condición de apertura de las disciplinas y la distribución de tareas en la institución, dado que según Sprega las capacidades desarrolladas durante la capacitación se adquieren a través de recursos que le faciliten su tarea. Una visión insuficiente no estaría dando cuenta del aprendizaje de actitudes más que adquisición de técnicas, estas últimas suelen ser incorporadas más prontamente. En relación al MTI la autora enfatiza en que “es más difícil aprender a escuchar que aprender a cambiar un pañal” (Sprega, op. cit.), donde lo primero se vincula con una condición de trabajo en equipo . Los directivos de este tipo ideal expresan:

“La visión que adquirí es que es fundamental el trabajo interdisciplinario, es necesario. Me capacité y trabajé muchos años con tercera edad, durante los últimos años que fueron los que me permitieron estar muy envuelta en todo lo que sea geriatría y discapacidad pude aprender que la capacitación gerontológica es imprescindible y el trabajo interdisciplinario también.”

(Médico, Director Técnico)

“Realicé un curso de capacitación gerontológica que me aportó una visión de trabajo interdisciplinario como la forma ideal de trabajar en las instituciones. Eso era lo que nos transmitían en el curso, nos hablaban de lo interdisciplinario como a lo que teníamos que apuntar. Básicamente lo que recuerdo tenía que ver con eso, lo interdisciplinario como lo adecuado para trabajar, en realidad es la única forma de que todo funcione. Es un modelo de trabajo muy bueno, necesario y diría que el único que sirve.” (Médico, Director Técnico)

2.2.2 Énfasis en la predisposición disciplinar a trabajar interdisciplinariamente

Las narrativas refieren haber adquirido visiones en la CGP caracterizadas por la idea de la predisposición a “escuchar” las distintas opiniones frente a un objeto en común pero no contemplan una posterior integración entre disciplinas del mismo equipo de trabajo. Se trataría de una condición en sí necesaria para la implementación de un MTI dado que si no hay una predisposición para la apertura y el intercambio entre las disciplinas que trabajan en la institución no hay posibilidad de lograr un producto común a todas como nuevo campo de trabajo ni tampoco se podría trabajar con un mismo objeto desde distintas miradas disciplinarias. Los DT que han enfatizado en esta predisposición manifiestan:

“La visión que adquirí en la capacitación es la posibilidad de no abroquelarse cada uno en su quinta, sino favorecer una convivencia posible con distintos

saberes y poder intercambiar. Es una visión un tanto básica, pero en la medicina cuesta el trabajo interdisciplinario, se presenta como difícil, no fácil de articularlo en la realidad, entonces un poco lo que se intentaba en la capacitación era justamente integrar, articular la noción de la predisposición a las demás ciencias y no plantearlas como cuestiones atomizadas dentro de un espacio institucional.” (Médico, Director Técnico)

“La visión adquirida es que hay que abrirse al conocimiento de los demás con los que tenemos algo en común: la proyección de la edad. La importancia de poder escuchar otros saberes, otras opciones frente a lo que acostumbramos a hacer para desarrollar nuestra tarea.” (Médico, Director Técnico)

“Esos cursos me aportaron una visión de trabajo interdisciplinario de correrse del lugar de uno en mi caso del lugar puramente médico, hay un montón de causas por las que hay que saberlo desviar, saber escuchar e intercambiar porque no es a partir del lugar médico que nacen el resto del equipo de trabajo.” (Médico, Director Técnico)

2.2.3 Énfasis en la división de tareas

Esta narrativa refiere haber adquirido en su CGP principios acerca del MTI vinculados a la división de tareas en un equipo de trabajo. Se trata de una distribución en relación a las competencias de cada uno y a los alcances de su profesión donde cada trabajador sea profesional o no, se encarga de

desarrollar una actividad institucional. Esta referencia hace a la interdisciplina pero no se encuentra la conciencia de un sentido de integración en un objetivo en común sino más bien la descripción de funciones asignadas a cada profesional según la idoneidad en su área. Un testimonio dice:

“La visión adquirida con la capacitación es que cada quién, cada profesional o trabajador, de distintos lugares, se hace cargo de algo que le compete si bien está en un equipo. Entonces el paciente está cubierto por todas las áreas porque interdisciplinariamente es atendido desde lo emocional, lo físico, la rehabilitación, lo psicológico, lo médico y para cada necesidad hay alguien que le puede ayudar.” (Psiquiatra, Director Técnico)

3. Aplicación de las visiones

Se indagó, en aquellos DT que habían realizado CGP, acerca de la aplicación de la visión adquirida en la gestión de una RPM, hallándose en las narrativas distintas caracterizaciones que permiten pensar en varios modelos de aplicación que no responden necesariamente al MTI.

3.1 Aplicación interdisciplinar

Las narrativas dan cuenta de un aplicación completa de la visión adquirida en la CGP dado que no manifiestan dificultades ni obstáculos que permitan pensar en una aplicación fragmentada o parcial de los contenidos aprehendidos y describen características de un MTI. Estos DT expresan:

“A partir de mi capacitación de postgrado trato de hacer dentro de lo que he estudiado, una aplicación de la visión que adquirí con un criterio y un sentido común. En la residencia se da una atención integral porque no tenés solamente pacientes y hacés medicina, se hace gerontología, se trata al geronte. El podólogo viene a atenderlo, el peluquero también, se da higiene, confort, distracción, rehabilitación y la parte medicina, es decir que no necesariamente tiene que ser un médico el que maneje un geriátrico, eso forma parte de la visión que adquirí en la capacitación, el director tiene que ser una persona capacitada y saber manejarlo. Aplico esta visión, en el geriátrico dirijo un equipo de trabajo, vienen terapeutas ocupacionales y dan docencia, traen pasantes. Tenemos una escuela de enfermería que nos manda gente para que nosotros la capacitemos. Todas las chicas son enfermeras diplomadas, después de cuatro años de haber cursado su carrera en la facultad, son enfermeras diplomadas, son todas personas que saben lo que están haciendo. Así que sí, esa visión diría que la aplico porque me sirve, me rinde.” (Médico, Director Técnico)

“El tema de la aplicación sería así: la institución no es sólo lo terapéutico, sino que se produce una charla del paciente con el cocinero, etc. Somos varios los que los teníamos cincuenta minutos sentaditos en el consultorio y nada, y después en la cocina pasaba todo. Entonces como director aplico lo que aprendí en relación a favorecer la participación de quién desarrolla cualquier tipo de actividad en la institución para que participe porque en eso se ve la aplicación de lo que uno adquirió capacitándose en no limitarse en

la atención, en ser abiertos e integrar todo porque el ser humano no es sólo lo médico. Con el personal la interdisciplina la aplico como una actividad abierta donde es muy beneficioso para la institución.” (Psiquiatra, Director Técnico)

“En la aplicación noto la diferencia con lo de la facultad que no sólo no lo aprendí bien sino que además creo que es todo más teórico y no tiene mucha relación con la geriatría, no como estos cursos que sí, que son específicos y permiten aplicar cuestiones que van más allá de la curación de una enfermedad, sino que lo que se plantea es un trabajo más completo y complejo, un trabajo de todas las áreas en conjunto, donde se contemple lo físico, lo psíquico y lo emocional.” (Médico, Director Técnico)

3.2 Aplicación multidisciplinar

Los DT manifiestan que aplican la visión adquirida en la capacitación de características fragmentadas. El MTI se presenta en estas descripciones como un instrumento pragmático para enfrentar las dificultades del quehacer profesional institucional y no como integrando una estrategia gerontológica. De este modo se describe un modelo multidisciplinar que no reúne las características de un MTI. Los directivos refieren de la siguiente manera a este tipo de aplicación:

“Lo aplico en parte, más que nada para poder superar obstáculos en la clínica, en la realidad, lo aprendido sirve para poder trabajar mejor y enfrentar aquello que no nos deja avanzar.” (Médico, Director Técnico)

“Aplico lo más práctico, el tema de superar las trabas porque desde lo teórico hay cosas que quedan fuera y más que nada se aplica lo inherente al trabajo diario.” (Médico, Director Técnico)

“Aplico lo que aprendí en la capacitación acerca del trabajo en equipo como herramienta para poder trabajar en la institución con los obstáculos que van surgiendo en lo diario que no es nada fácil porque una cosa es estudiarlo pero creo que lo que más se aplica es la integración entre los profesionales como solución a muchos problemas.” (Médico, Director Técnico)

“Aplico una parte de la visión, más que nada los aspectos que se relacionan con situaciones de conflicto, de tensión, donde se usa una resolución en conjunto, con el equipo, de la capacitación se aplica una parte porque también la institución no es fácil, no es como en los libros. No todo lo que se aprende en la capacitación se puede aplicar, hay conceptos muy abstractos y la unificación de los criterios que podrían darse de aplicabilidad es lo más provechoso, al menos para mí en mi experiencia personal.” (Médico, Director Técnico)

“De la visión que obtuve en mi capacitación de postgrado aplico básicamente la practicidad de lo interdisciplinario, lo teórico no tanto, más que nada hago una adaptación y sé que quedan cosas por fuera. Para trabajar con seres humanos porque el abordaje desde este enfoque nos ayuda muchísimo como directores, nos permite resolver conflictos todos los días, situaciones que sin la ayuda de todos no veo factible encontrarles solución.” (Médico, Director Técnico)

3.3 Aplicación disciplinar

Si bien no se habían detectado datos acordes a una *visión distorsionada* acerca del MTI al indagar en las factibilidades de aplicación de las visiones adquiridas, se encuentra que las narrativas describen aplicar una modalidad de consulta según una escala de saber y autoridad en la toma de decisiones, dos aspectos que no son interdisciplinarios ni se vinculan a un MTI. De este modo, también se encuentra que algunos directivos refieren como aplicación de un modelo interdisciplinario que facilita la participación una práctica de consultas efectuadas por el DT a trabajadores de menor rango jerárquico institucional y social (no profesionales) sobre aspectos secundarios de la institución (pintura, orden en estanterías, etc) considerando esto como capacitaciones intrainstitucionales. Las narrativas expresan:

“Lo aplico con dos áreas: la enfermería y la nutrición, se hacen talleres para capacitación del personal. Siempre la capacitación aunque parezca a veces

una charla de café, todo el personal de la cocina reunido y compartir qué color vamos a pintar y si les es práctico poner elementos a la derecha o a la izquierda eso es capacitación, es hacerlas participar, es que sientan comodidad en su lugar de trabajo, eso es lo que se está desarrollando acá, da un resultado beneficioso. Lo aplico todo lo más que puedo en el lavadero, en la cocina, en la enfermería, es una organización, tratar de que todos participen en una organización que en definitiva es su hábitat de trabajo.”
(Médica, Director Técnico)

En este apartado de CGP se destaca que no se hallaron narrativas que habiéndose capacitado gerontológicamente no hayan obtenido conocimientos acerca del MTI. En este sentido, se podría decir que todos aquellos que realizaron un postgrado en gerontología han podido estructurar una visión al menos de forma fragmentada. En relación a esto Yuni (2004, op. cit.) describió el panorama nacional actual y presumiblemente futuro como revelador de la falta de cualificación gerontológica. Lo interesante es que el autor plantea que en Argentina no se encuentra correlación entre el reconocimiento de los beneficios que suscita una formación adecuada del equipo gerontológico, tanto sobre la calidad de vida de los usuarios como sobre la calidad del servicio brindado, con la oferta de servicios educativos. Tampoco se halla correlación con la enunciada demanda de mayor capacitación por los mismos trabajadores de las organizaciones de atención a mayores y la ausencia de asistencia. La falta de cualificación plantea dos problemáticas estrechamente vinculadas: por un lado la ausencia de una

amplia gama de programas y cursos para desarrollar una correcta formación y/o *capacitación gerontológica*, y por el otro un aparente desinterés en capacitarse adecuadamente. A nivel nacional queda descrito un terreno de insuficiencia con una fuerte concentración de las ofertas de postgrado en la Ciudad de Buenos Aires y su conurbano, siendo la matrícula de los mismos relativamente pequeña. El autor destaca que gran parte de quienes desarrollan la atención en las instituciones geriátricas alcanzan el aprendizaje de las mismas mediante el ensayo y error.

En síntesis, en la indagación acerca de la *capacitación gerontológica* de los DT de las RPM privadas locales que conformaron la muestra de la presente investigación, por un lado se conformaron *las visiones integrales y fragmentadas*, y por el otro se observó una *ausencia de visión*. No se hallaron narrativas que dieran cuenta de una *visión distorsionada* adquirida en la CGP acerca del MTI. Sin embargo al indagar por la aplicación en la gestión de una RPM se encuentra que los DT manifiestan aplicar de forma disciplinar un tipo de *visión distorsionada* que al definirla en el apartado de las visiones no había quedado explicitada. De este modo se encuentra la presencia en las narrativas de datos que corresponden a una *aplicación disciplinar*, una *aplicación interdisciplinar* y una *aplicación multidisciplinar*. Los DT que enunciaron no haberse capacitado en postgrado y por lo tanto no haber adquirido una visión acerca del MTI en una formación posterior a la graduación no aplican un MTI en la RPM que dirigen y esto permite suponer que integrarían el conjunto de DT que aplican un modelo disciplinar o multidisciplinar de trabajo institucional.

Formación profesional del DT y perfil institucional adquirido

Dado que el Objetivo General de la investigación era evaluar la Capacitación Gerontológica (CG) de los Directores Técnicos de las Residencias de Personas Mayores privadas locales y su consecuente implementación en su gerenciamiento institucional, y se entiende a este último como consecuencia del perfil profesional adquirido tras la formación de cada DT, se utilizó un protocolo de entrevista como instrumento para recopilar los datos necesarios para el análisis donde se indagó por: 1. la definición de MTI que han construido los DT, 2. la visión acerca del MTI adquirida durante la Formación de Grado (FG) de los DT, 3. la visión acerca del MTI adquirida durante la Capacitación Gerontológica de Postgrado (CGP), 4. la visión acerca del MTI adquirida durante la Trayectoria Profesional (TP), 5. la capacidad de aplicación del MTI en la gestión y 6. la capacidad de planificación de un MTI desde la gestión. Siendo el eje principal de esta investigación la Capacitación Gerontológica de Postgrado de los DT de las RPM privadas locales se utilizan los datos recopilados en los ejes indagados en la entrevista para ser integrados en el análisis de las visiones del MTI construidas e incorporadas en el habitus de los DT entrevistados. En este sentido, a continuación se presentan las visiones y aplicaciones halladas en cada etapa de formación profesional indagada. Luego se presentan las narrativas halladas en las definiciones acerca del MTI brindadas y las capacidades de aplicación y de planificación de un MTI desde la gestión de

una RPM. Las narrativas pertenecientes a cada etapa y aspecto indagado se adjuntan en un anexo final a este informe.

Formación de Grado

Se investiga la FG de los DT en tanto etapa de adquisición de los esquemas de percepción, concepción y acción interdisciplinarios necesarios para aprehender el MTI e incorporarlo como tal, para luego poder aplicarlo y reproducirlo en la gestión de una RPM. Del mismo modo se indagó acerca de la aplicación de la visión adquirida en la FG en la gestión. La importancia de investigar acerca de las visiones construidas en dicha etapa se relaciona con lo mencionado por Lombardi (2005, p. 121) acerca de que las universidades en las cuales se incluye en su currícula la formación gerontológica enriquecen el conocimiento sobre la vejez y el envejecimiento tanto en el hacer como en el saber al respecto en los actores involucrados en el campo específico que desarrollan acciones relacionadas con las personas mayores. A esta importancia se le adjunta la de adquirir el MTI como componente esencial respecto de la formación gerontológica que menciona Lombardi, dado que la interdisciplinariedad combina el hacer con el saber integrándolos en una relación dialéctica. En las narrativas acerca del MTI adquiridas en la FG se hallaron características de una visión fragmentada que enfatiza: 1. en un conocimiento nominal donde se hace referencia a una incorporación del concepto respondiendo exclusivamente al estudio del modelo en cuanto a su existencia como herramienta técnica. La constitución de esta visión se vincula a un conocimiento nominal en relación

a la metodología nombrada como MTI pero no responde a una integración conceptual ni da cuenta de su aplicación. Las narrativas explicitan que la visión incorporada es limitada y se encuentra la dificultad para estructurar una definición de dicho aprendizaje. Según el diccionario Larousse (1961, p. 685) "nominal " es "relativo al nombre. Que sólo tiene el nombre sin las ventajas que le corresponden". De este modo, un *conocimiento nominal* daría cuenta sólo de la existencia del MTI en tanto puede ser mencionado en una casa de estudios pero no implica ser incorporado, ni sus ventajas aprehendidas de forma activa por sus estudiantes para luego poder reproducirlo adecuadamente en su desempeño profesional.

2. un énfasis valorativo en las cualidades que menciona haber adquirido una valoración, generalmente positiva, durante la FG acerca del MTI que no se ha profundizado en el aprendizaje del modelo en sí. Las narrativas describen una visión enfatizando en aspectos característicos de la interdisciplina como valorados, respondiendo de este modo a parámetros descriptivos sin la integración conceptual necesaria. Se trata de narrativas descriptivas que responden a una transmisión en torno a las cualidades subjetivas acerca del MTI pero no se estructuran definiciones que den cuenta de aspectos objetivos del mismo aprehendidos durante esta etapa universitaria. Una visión distorsionada que se caracteriza por un énfasis en un saber experto disciplinar donde las narrativas refieren acerca del MTI aduciendo acciones que permiten sospechar de la existencia de una creencia acerca de un saber disciplinar que se encuentra por encima del resto y la acción interdisciplinaria se desprendería de la convocatoria y/o consulta al experto. La ausencia de

visión adquirida en la FG es vinculada por los DT a un énfasis en la currícula donde las narrativas destacan no haber aprendido conceptos de una dinámica institucional. De este modo, los DT vinculan la construcción de una visión acerca del MTI con el aprendizaje de niveles praxiológicos institucionales entre otras áreas temáticas. Se considera que la incorporación del concepto interdisciplinario en todas las currículas de las facultades nacionales y privadas es absolutamente necesaria para poder luego reproducir ese saber en la práctica profesional. En este sentido, la carencia de los principios de percepción, concepción y acción interdisciplinarios que permitan conformar una visión del MTI en la FG es expresada por los DT. Se destaca la ausencia de una visión integral acerca del MTI adquirida durante la FG.

Aplicación de las visiones adquiridas en la FG:

En el eje que indagó acerca de la FG se les preguntó a los DT si consideraban que podían aplicar las visiones adquiridas en dicha etapa. A partir de las narrativas encontradas se pueden distinguir dos tipos de aplicación que no responden a un MTI sino a una aplicación multidisciplinar (AM) donde los directivos remiten a la implementación de una reunión mensual entre distintas disciplinas pero no se encuentran datos referidos a una acción posterior conjunta en tanto equipo de trabajo y una aplicación disciplinar donde se hace referencia a conceptos entendidos como interdisciplinarios pero de forma distorsionada dado que en realidad pertenecen a otros modelos de trabajo. Dentro de este último tipo de

aplicación se encuentran los DT que describen un saber médico superior al resto de las disciplinas que integran el equipo de trabajo interdisciplinario y los directivos que afirman no aplicar la visión adquirida o no haber adquirido ninguna visión en la FG por falencias en la currícula de sus carreras de grado, según lo han enfatizado en las entrevistas efectuadas. Se destaca entonces la ausencia de aplicación de un MTI.

Trayectoria Profesional

Este punto indaga en las narrativas de los DT la visión constituida a partir de las experiencias objetivas de trabajo interdisciplinario vivenciadas durante la TP y a su vez investiga si dicha visión puede ser aplicada durante su gestión como director de una RPM. Se entiende por TP el período recorrido en el campo institucional laboral por los directivos desde el momento de graduarse hasta la fecha de la investigación. De este modo, se busca investigar la percepción acerca de experiencias interdisciplinarias para poder hallar qué visiones se han podido adquirir a partir de estas vivencias. En relación al concepto de trayectoria Pacenza y Más (2003: 67) refieren que el mismo permite integrar los datos de los actores, la institución y el espacio que los engloba, ampliando la potencialidad del análisis. Los autores afirman que el concepto se caracteriza por su doble carácter: a) de clausura al pasado: es decir un "trazo" (vinculado con la irreversibilidad que suponen los procesos reales) y b) de apertura al futuro: un "trayecto" (vinculado con la reversibilidad que suponen los procesos imaginarios, indeterminados por ensayos de múltiples posicionamientos en "futuros posibles"). Bourdieu

(1997, p. 82) define la noción de "trayectoria" como "una serie de posiciones sucesivamente ocupadas por un mismo agente (o un mismo grupo) en un mismo espacio en sí mismo en movimiento y sometido en incesantes transformaciones. De este modo, la visión del directivo se conforma a partir de los aspectos incorporados en el agente en cada una de esas posiciones ocupadas a través del recorrido efectuado. Como señala el autor esta incesante transformación a la que se somete el espacio ocupado por el agente es lo que hemos considerado como la posibilidad estructurante y al mismo tiempo estructurada de la visión adquirida. Siguiendo a Pacenza y Más (op. cit.) se podría decir que la reconstrucción de una TP en el ámbito gerontológico institucional permitiría visualizar: a partir de la construcción de datos que articulen lo real a lo imaginario, el "componente complejo del fenómeno"; al establecer las relaciones longitudinales entre ellos para determinar el trayecto en tanto flecha histórica, el "componente histórico del fenómeno"; al observar el atravesamiento estructurante de lo institucional, el "componente estructural del fenómeno" y al incorporar la temporalidad propia de cada actor involucrado, el "componente subjetivo". Se indagaron las visiones adquiridas acerca del MTI durante la trayectoria profesional hallándose narrativas que configuran una visión integral enfatizando en 1. la participación del equipo interdisciplinario cuando los DT refieren experiencias vinculadas al desarrollo de actividades en la institución tendientes a la participación e integración interdisciplinaria de los actores involucrados. Se encuentran percepciones de una interacción profesional intra e interinstitucional tanto con profesionales y trabajadores de las mismas

instituciones como de otras del contexto urbano geográfico en el que se encuentra el establecimiento. De este modo, la interdisciplina es asimilada como un marco unificador que trasciende los límites del espacio físico del lugar en sí y contempla a los diversos actores vinculados con la institución desde un contexto más amplio como pueden ser las instituciones del barrio y/o del municipio. 2. Otras narrativas enfatizaron en la cualificación e idoneidad como necesarias para un MTI en donde los DT manifiestan experiencias que rescatan la planificación del trabajo interdisciplinario en las estrategias institucionales en donde se revaloriza el conocimiento de la población blanco como pauta necesaria para implementar políticas de prevención en una comunidad determinada desde un equipo cualificado para tal fin. La continua capacitación, asesoramiento y perfeccionamiento en gerontología son una parte muy importante y necesaria del aprendizaje de un MTI. También se hallaron narrativas de una visión distorsionada donde se coloca el énfasis en 1. un saber experto disciplinar donde las narrativas describen haber trabajado de forma interdisciplinaria pero se encuentran patrones jerárquicos con supremacía del modelo médico acerca de prácticas como la derivación y la íterconsulta confundiendo el trabajo interdisciplinario con las consultas entre especialistas, expertos de una misma disciplina (generalmente la médica) como entre profesionales de otras carreras. En la mayoría de las narrativas se hace referencia a un equipo que trabaja en conjunto sino que frente a determinadas limitaciones disciplinarias se convoca a un especialista en el tema pero este último no ha participado en el primer diagnóstico del caso o situación en particular. Otras

narrativas enfatizan en: 2. la ausencia de planificación institucional donde describen experiencias con el MTI que se vinculan a una aplicación del mismo de forma ocasional, como herramienta oportuna para resolver un inconveniente pero no se encuentra la noción de dicho modelo como integrada a una planificación de estrategias de gestión. También enfatizan en: 3. la conformación de sub-equipos describiendo experiencias que confunden el trabajo en equipo con el agrupamiento de disciplinas afines o de profesionales más relacionados entre sí. Esta percepción reproduce las estratificaciones jerárquicas e impide la noción de integración profesional y no profesional de todos los actores involucrados en la tarea institucional. Otro punto hallado fue 4. el énfasis en los obstáculos prácticos donde las narrativas describen experiencias que han contribuido a la adquisición de una visión pesimista en cuanto a las posibles falencias que podría tener el MTI. Estas vivencias no les han permitido construir una visión de la interdisciplinariedad por constituir su trabajo una tarea netamente asistencial en las instituciones de salud en que se han desempeñado. Algunos narrativas enfatizan en la demanda en las instituciones donde se han desempeñado profesionalmente, en cuanto a la cantidad de pacientes, decisiones a tomar y acciones destinadas a resolver situaciones desbordantes propias de un país del tercer mundo y sobre todo con sus instituciones básicas en crisis como son la educación y la salud. Se destaca la ausencia de narrativas que dieran cuenta de una ausencia de visión acerca del MTI. Lo cual da la pauta analítica de que todos los DT entrevistados consideran haber trabajado interdisciplinariamente alguna vez.

Aplicación de las visiones adquiridas durante la TP:

Durante la trayectoria profesional se han adquirido según los DT entrevistados distintas visiones que responden a dos tipos ideales opuestos: una visión integral y una visión distorsionada cuyas aplicaciones en la gestión de una RPM se encuentran asociadas a 1. una aplicación interdisciplinaria donde los DT refieren una aplicación integral manifestando una implementación de la visión adquirida de forma completa sin obstáculos. En esta aplicación integral se encuentran las narrativas que dan cuenta de una implementación de los conocimientos adquiridos durante la TP en relación al trabajo en prevención aplicando distintos dispositivos con los actores involucrados y también incorporan un sistema de evaluación y monitoreo constante del modelo. Y 2. una aplicación disciplinar donde otras narrativas describen modalidades de aplicación de los conocimientos adquiridos durante la TP de característica distorsionada dado que no responden al MTI como ya ha sido definido. Es decir que se aplican los conocimientos adquiridos pero los mismos son en relación a la demanda. Los directivos afirman haber adquirido conocimientos cuya aplicación se vincula al caso en particular y no como parte de una planificación estratégica de gestión en una RPM. Otras narrativas expresan que se aplican los conocimientos adquiridos durante la TP en acciones relacionadas con la derivación y la interconsulta donde se confunde el trabajo interdisciplinario con la existencia de un saber disciplinar experto. En dicha aplicación no hay mención de un trabajo en equipo sino que se refieren a la convocatoria a

especialistas y/o derivaciones pertinentes. Estos DT relacionan su modalidad de aplicación con diversos motivos relacionados a la situación nacional de crisis en los insumos y la flexibilización laboral que incide en la carga horaria de los trabajadores fragmentando en equipo de trabajo interdisciplinario como cohesión necesaria para el desarrollo de un programa interdisciplinario desde la gestión de la RPM. Algunos sostienen una postura crítica acerca de la aplicabilidad del MTI entendiendo al mismo como propio de otro contexto político y socio cultural y por lo tanto no extrapolable. Posiblemente estas narrativas coincidan con la *visión distorsionada* conformada durante su trayectoria que enfatizaba en los obstáculos de la práctica profesional.

Definición del MTI

Entendiendo que el conjunto de visiones y principios que las determinan dan la pauta de un perfil institucional del DT plasmado en la conducta del mismo al dirigir la residencia es importante indagar el tipo de definiciones brindadas para aproximarse a la interiorización del concepto interdisciplinario y su eventual implementación en la institución. Pichon Riviere define la conducta desde un enfoque totalizador como “estructura, sistema dialéctico y significativo en permanente interacción”, con la finalidad de resolver las distintas antinomias del tipo individuo – sociedad, mente – cuerpo y organismo – medio. De este modo amplía la definición de conducta desde la noción de estructura estructurante, unidad múltiple o sistema de interacción y con la noción de interacción dialéctica se introduce el concepto de modificación mutua, donde la interrelación intrasistémica intercambia y se

influye con la intersistémica. La instancia intrasistémica es la relación que se da en el ámbito del yo del sujeto donde los objetos y vínculos internalizados configuran su mundo interno. El autor afirma que este sistema es abierto y mediante mecanismos de proyección e introyección se relaciona con el mundo exterior, siendo este tipo de relación intersistémica. En la presente investigación se considera esta conceptualización de la conducta para abordar las definiciones brindadas por los informantes claves acerca del MTI dado que se entiende a las mismas como producto de una interacción dialéctica con el medio, lo cual permite obtener una idea acerca del desempeño de los directivos en función de su perfil profesional institucional. El MTI es considerado fundamental para la gestión de una residencia como parte involucrada en las estrategias de gerenciamiento, la política institucional y todas aquellas acciones que el directivo implemente en pos de elevar los niveles de eficiencia de la RPM. En este sentido Torres – Santome (1987, p. 108) contrapone el MTI a la esterilidad que acarrea una ciencia excesivamente compartimentalizada y sin comunicación entre las disciplinas y señala esta particularidad como uno de los objetivos que le da origen a la interdisciplina. Se encuentra que en las definiciones brindadas acerca del trabajo interdisciplinario no se hallaron narrativas que dieran cuenta de una visión fragmentada, como así tampoco se encuentran narrativas que afirmen carecer de definición alguna (*ausencia de visión*). Por lo tanto, todos los consultados perciben que en su formación profesional ha habido al menos algún tipo de adquisición de los esquemas que permiten aprehender el concepto de trabajo interdisciplinario y esta adquisición se manifiesta en la

polaridad “integral – distorsionada”. Se indagó la definición que los DT enuncian acerca del MTI ya que se trata de un constructo que han podido elaborar a partir de su percepción, concepción y acción interdisciplinaria a lo largo de su formación y trayectoria profesional. En las narrativas de los DT se hallaron distintas visiones y según las definiciones en cada visión han podido ser discriminadas ciertas particularidades enfatizadas que caracterizan distintos grupos. Una visión integral hallada se caracterizó por distintos énfasis: 1. en la participación del equipo interdisciplinario donde las narrativas aluden a la importancia de la constitución de un equipo integrado por distintas disciplinas que contribuyan desde sus saberes al grupo surgiendo un producto cualitativamente diferente de esta conformación entre profesionales y no profesionales. Se destaca la importancia de la toma de decisiones en conjunto para la constitución de un trabajo de atención integral consensuando las pautas de acción institucional. 2. un énfasis en la cualificación e idoneidad de los trabajadores donde se coincide con el otro pilar en el que se apoyan los Criterios Unificados para arribar a niveles de eficacia y eficiencia en las RPM es la capacitación gerontológica adquirida durante la trayectoria profesional. Las narrativas halladas manifiestan un reconocimiento de la importancia en la cualificación gerontológica en tanto idoneidad para trabajar en este campo y para la consecuente aplicación del MTI. Al definir la interdisciplina los directivos enfatizan en la necesaria capacitación en tanto formación profesional para la adecuada implementación interdisciplinaria en la Gerontología Institucional interactuando e intercambiando conocimientos dentro de un mismo ámbito

de trabajo. También se hallaron narrativas que dieran cuenta de una visión distorsionada con un énfasis en: 1. un saber experto disciplinar donde las narrativas remiten al saber propio de una especialidad como el que dirige y dicta las acciones institucionales. En las narrativas se encuentra la confusión de la interdisciplina con los conceptos de “derivación”, “consulta”, “ínterconsulta” y cualquier acción en la que se deposita un conocimiento experto en el otro profesional al que se consulta. Estas definiciones no se corresponden con el trabajo interdisciplinario donde se menciona un saber emergente del equipo y no de un individuo o disciplina en particular. Otras narrativas enfatizan en: 2. un énfasis en la ausencia de planificación institucional donde las narrativas remiten a una ausencia de planificación del trabajo institucional donde el MTI es vinculado a una modalidad ocasional en la que no se integran aspectos propios de una estrategia directiva desde la gestión sino que se encuentra la ausencia de comprensión del fenómeno humano como interdisciplinario y multifactorial independientemente del objetivo particular aspirado.

Capacidad de aplicación de un MTI en una RPM

Se indagó en los perfiles de los DT acerca de las posibilidades de implementación de un MTI desde las estrategias gerontológicas de gestión a partir de dos vías: un primer eje indagatorio despejó lo que involucra la capacidad de implementación del MTI en condiciones actuales en cuanto a recursos materiales, humanos, políticos, etc. El segundo eje indagó acerca de la capacidad de planificación interdisciplinaria de los DT a partir de una

situación “ideal” donde se invitaba al directivo a imaginar creativamente cómo diseñaría, planificaría, ejecutaría y monitorearía un MTI desde su rol de DT en la gestión de una RPM si tuviera todos los recursos necesarios a su alcance. A continuación se presentan las conclusiones elaboradas a partir de los datos recopilados en las entrevistas. Se adjuntan en el anexo las narrativas pertenecientes a cada tipo ideal.

En los puntos anteriores se trabajaron las narrativas inherentes a la conformación del perfil del DT y su visión del MTI para poder indagar la predisposición interna hacia la implementación del mismo en su gestión de una RPM. Con miras a obtener la información acerca de esta visión y su conformación se indagaron tres momentos de la formación profesional. Uno referido a la FG, otro a la del postgrado en capacitación gerontológica y un tercer momento que atraviesa al segundo: la TP desde la graduación. Habiendo trabajado con la constitución de las visiones en cada etapa, se busca ahora indagar la capacidad de los DT de aplicabilidad de un MTI en la RPM que dirigen y de ser así qué tipo de aplicación del mismo efectúan bajo condiciones de trabajo actuales. Entendiendo por estas últimas las inherentes a la situación actual de la institución en la que se desempeña el directivo en tanto recursos materiales, humanos, etc. Se considera que los diseños descritos en este apartado son representativos de la conjunción de visiones adquiridas en su formación profesional hasta el momento de la presente investigación. Se entiende que la formación aludida ha sido conformada a partir de la FG, CGP y TP según hayan incorporado los principios de percepción, concepción y acción acerca del MTI. Esta

incorporación es la que conforma el habitus de los DT y les permite reproducir el mismo en su gestión tanto en la elaboración de diseños como en su implementación estructurando una estructura estructurante que a su vez se reproducirá en la práctica profesional. En relación al espacio en el que se implementa la gestión de los directivos, las RPM, se podrían definir como instituciones cuyo objetivo es realizar la promoción y prevención de la salud de la población añosa (Golpe, 2004). Por su parte, Sprega (2005, p. 127) describe una serie de paradigmas en los que se pueden sustentar los hogares de ancianos en su carácter de estructura organizacional: por un lado puede ser que los rasgos más destacados respondan a la pasividad, la despersonalización y el quietismo, por el otro se trata de sistemas cuya tarea de constante cambio y ajuste al medio tienen como base la actividad, la participación y el respeto por el individuo. Este último sistema es el que Sprega describe como característica de un hogar en función de los residentes donde las transformaciones institucionales responden a los intercambios producidos en su contexto, la atención se caracteriza por ser personalizada y "se vive en permanente proyecto". De este modo, la autora afirma que "el ambiente físico, organizacional y la competencia profesional se integran de manera tal que la institución geriátrica ofrece condiciones que permiten a sus residentes vivir con dignidad, en un medio motivador y armónico, que también resulta motivador y armónico a quienes trabajan allí". En las narrativas de este eje indagatorio no se hallaron referencias que dieran cuenta de una ausencia de visión, es decir que afirmaran no aplicar el MTI en la gestión de la RPM. Por lo tanto ninguna de las definiciones

brindadas corresponde a esta categorización dado que todos los consultados perciben que en su formación profesional ha habido al menos algún tipo de adquisición de los esquemas que permiten aprehender el concepto interdisciplinario. Asimismo, estas modalidades de aplicación pueden corresponderse con una incorporación suficiente, insuficiente o distorsionada conformando visiones del tipo integral, fragmentada y distorsionada respectivamente según lo hallado en las narrativas. Se indagó la aplicación de un MTI desde estrategias de gestión actuales en su condición de DT de una RPM privada local. En relación a los datos encontrados acerca de la aplicación del MTI bajo condiciones actuales de gestión se conforman una visión integral del MTI que se caracteriza por un énfasis en la participación del equipo interdisciplinario donde las narrativas describen la implementación de diseños de trabajo interdisciplinario en donde el criterio es consensuado mediante reuniones de equipo, entre otras acciones de interacción de profesionales y no profesionales, y esta modalidad interdisciplinaria es retroalimentada con un monitoreo específico. Se destaca la presencia de una integración en el discurso de la totalidad de los trabajadores de la RPM constituyendo un "nosotros" y también es notoria la concepción de un modelo cambiante que se va modificando en cuanto a las estrategias interdisciplinarias necesarias para cada residente y situación particular. Una visión fragmentada del MTI con énfasis en: 1. los recursos existentes donde las narrativas describen diseños vinculados a una aplicación del trabajo multidisciplinario relativa a la cantidad de disciplinas que trabajan en la institución y a las capacidades de cada integrante de la

institución. De este modo no se encuentra una conciencia acerca de su responsabilidad en la formación del equipo en cuanto a capacidad y habilidad profesional. Las narrativas que aquí se recopilan manifiestan una implementación de un modelo atado a un número o a un nivel de cualificación, que no deja de ser importante, pero no refieren a una política interdisciplinaria desde el gerenciamiento. También se hallaron narrativas que dan cuenta de una visión distorsionada del MTI con un énfasis en: 1. un saber experto disciplinar donde las narrativas expresan diseños que refieren a la función del médico como superior a la del resto de los profesionales. Se encuentra la confusión entre un trabajo interdisciplinario y la dirección de un equipo subordinado a la disciplina médica, siendo el director médico quien toma las decisiones en la institución. De este modo, el médico ocupa un lugar de poder y de saber determinante de las políticas internas de gestión y esto coincide con que generalmente quien desempeña ambos cargos de director (técnico y médico) es la misma persona. Sin embargo, cabe señalar que la estructura descrita se corresponde con el rol del director médico de la institución y no con el DT de la gestión; 2. la ausencia de una planificación institucional donde se observa que este diseño se encuentra en una narrativa que manifiesta aplicar en su gestión de una RPM una modalidad de trabajo en equipo relativa a la demanda ocasional. Ya se han mencionado los argumentos que fundamentan que el MTI es contrario a esta política de improvisación institucional.

Capacidad de planificación de un MTI en la gestión

En este apartado se indagaron las posibilidades en tanto predisposición de la estructura estructurante conformada como habitus (Bourdieu, op. cit.) de los DT en cuanto al diseño, ejecución y monitoreo de un MTI bajo condiciones óptimas de trabajo en una RPM. El objetivo era poder situar a los directivos en un modelo de gestión que no implicara restricciones ni obstáculos en la implementación de un MTI para poder evaluar la capacidad de planificación de los DT acerca de un modelo interdisciplinario. De este modo, las narrativas describen distintos diseños que planificarían, ejecutarían y monitorearían en una RPM si tuvieran todo el potencial económico y humano para desarrollar desde la gestión del establecimiento. Asimismo las modalidades descritas refieren a distintas visiones adquiridas en su formación profesional hasta el momento de la consulta (FG, CGP y TP) según hayan incorporado los principios de percepción, concepción y acción acerca del MTI, y a su vez esta conformación estructura y se estructura en el habitus de los DT. En este sentido, Galende (1997, p. 75) define la subjetividad como “cultura singularizada tanto como la cultura es subjetividad (objetivada en los productos de la cultura, las formas de intercambio y las relaciones sociales concretas que la sostienen, pero también en las significaciones y los sentidos que organizan la producción cultural)” y esto permite pensar en la incidencia de la cultura y los patrones socio – culturales incluyendo los económicos en los diseños creados por los directivos, dado que se les ha permitido imaginar abiertamente sin restricciones de ningún tipo. Es

importante recordar la historia de este tipo de instituciones dado que el origen de la misma se entronca con la Sociedad de Beneficencia y una acción exclusivamente asistencial para personas mayores carenciadas (1857). Se trataba de un asilo para mendigos creado por la Asociación Filantrópica y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, y el mismo se situaba en el antiguo convento de los Recoletos. Los años pasaron de aquel primer asilo para ancianos pobres y con las corrientes inmigratorias (1880) surgieron los hogares de las colectividades con el objetivo de proteger a sus nativos de los riesgos de enfermedad y poder brindarles asistencia social. Finalmente con el capitalismo se gestaron las instituciones privadas con fines de lucro constituyendo una moderna empresa de servicios en salud. La historia hecha cosa persiste en estos establecimientos en el arraigado término de "asilo" que aun hoy se mantiene vigente en el imaginario social y no así el criterio de promoción de la salud desde las RPM. A esta peculiaridad no son ajenos los DT como agentes sociales que se desenvuelven en el campo y esto se refleja en los diseños manifestados en las narrativas. Actualmente, Castagnaro y Papurello (2004, p. 49) consideran que las RPM se insertan en un cambio contextual en que se han introducido nuevas tecnologías incidiendo en nuevas formas de gerenciamiento basadas en un enfoque del tipo cliente – ciudadano. Por otro lado Firevicius (2004: 63) define al director como la "máxima conducción de la organización" situándolo en un lugar clave y requiere de una perspectiva multidisciplinaria que varía según la institución a la que pertenezca. De este modo se definen aspectos comunes y diferencias específicas en las instituciones para

personas mayores que responden a: 1) dependencia (oficiales – públicas o privadas), 2) ubicación geográfica, 3) tamaño y 4) etapa de desarrollo institucional. Según la autora las mismas deben ser consideradas cuando se define el perfil del DT. En este sentido se exige que el directivo responsable conste con una formación distinta además de la académica junto a una capacitación de grado universitaria de por lo menos cuatro años en un área de salud, además de un postgrado en administración de servicios de salud, gerontología y asimismo Firevicius (op. cit.) incluye capacitación docente y en dinámica de grupos. Cabe destacar que este apartado es el único que contiene narrativas pertenecientes a los cuatro tipos de visiones acerca del MTI, a saber: Diseños que representan la adquisición de una visión integral, diseños que representan la adquisición de una visión fragmentada, diseños que representan la adquisición de una visión distorsionada y narrativas que manifiestan no poder imaginarse un MTI bajo condiciones óptimas integrando de este modo la categoría de ausencia de capacidad de planificación acerca del MTI en condiciones de trabajo óptimas o ideales. Se indagó la aplicación de un MTI en condiciones óptimas de trabajo en una RPM teniendo en cuenta las condiciones económicas, de recursos humanos, infraestructura, etc, necesarias para implementar correctamente un MTI desde la gestión de una RPM privada. Los diseños descritos por los DT responden a una visión integral del MTI con un énfasis en: 1. la tríada enseñanza / aprendizaje / aplicación donde las narrativas manifiestan que diseñarían un MTI haciendo hincapié en la importancia del aprendizaje interdisciplinario. Los DT consideran que para que un modelo de trabajo

resulte eficaz y eficiente debe ampararse en un buen aprendizaje que a su vez se basará en una buena enseñanza y ambos contribuyen a una buena aplicación. De este modo, las narrativas enfatizan en la educación como proceso que engloba a la tríada mencionada. Un énfasis en 2. la participación comprometida donde las narrativas describen diseños que enfatizan en el compromiso de los trabajadores, familiares, directivos, residentes y demás, en tanto parte de la institución. De este modo se hace hincapié en la participación desde un lugar de compromiso y bienestar personal como punto nodal del desarrollo interdisciplinario de la RPM. Un énfasis en: 3. la externalización del paciente donde se enfatiza en la necesidad de que el MTI implementado desde la gestión tenga como objetivo principal lograr la externalización de los adultos mayores que necesitan institucionalizarse por alguna afección y para este directivo la residencia debería orientar todo su trabajo en el acortamiento de los tiempos en cuanto al paso de las personas mayores por la institución. También se hallaron diseños que responden a una visión fragmentada del MTI con un énfasis en lo administrativo, en aspectos burocráticos, administrativos, como base necesaria para la implementación de un MTI en la institución desde la gestión. Otros diseños se vinculan a una visión distorsionada del MTI con un énfasis en: 1. la sectorización urbana donde las narrativas describen diseños que enfatizan en la infraestructura necesaria, ya sea en la institución en particular como en la comunidad geográfica, para poder desarrollar un modelo de trabajo que se ampare en la ubicación de las RPM en determinados puntos de la ciudad, agrupándolas y de este modo,

aislándolas del resto de la sociedad. Asimismo los DT fundamentan la implementación de este modelo de trabajo considerándolo interdisciplinario a pesar que no coincide con el MTI ya que no tiene en cuenta la interrelación con la comunidad circundante entre otras cosas. Un énfasis en: 2. la distribución jerárquica de funciones donde las narrativas refieren a diseños que dan cuenta de una di visión de funciones en tanto escala de saber y conocimiento y por tanto de poder dentro de la institución. Se encuentra que los directivos no pueden desprenderse y podría hipotetizarse que es a raíz de su habitus fuertemente arraigado, de aquellos conceptos pertenecientes a un modelo asimétrico de salud y de trabajo donde se establece una jerarquía de mando. Un énfasis en 3. la prevención médica donde las narrativas hacen referencia a una prevención médica como punto central en el que harían hincapié en los modelos diseñados dado que fundamentan el desarrollo institucional en la posibilidad de tener un mayor control de las enfermedades y estado de salud en general de los adultos mayores. La ausencia de Visión del MTI en cuanto a la capacidad de planificación del MTI para ser implementado en la gestión de una RPM privada se vincula con un énfasis en la conformidad donde las narrativas manifiestan que no pueden responder a la pregunta porque no consideran que el modelo que implementan actualmente pueda mejorarse. Se encuentra cierto conformismo y una dificultad para ser objetivos en cuanto a las falencias de la gestión.

CONCLUSIONES

Según los objetivos particulares que se habían propuesto en el proyecto de esta investigación se estructuran ahora las conclusiones de la misma.

1º Objetivo: *Identificar los principios de percepción, concepción y acción acerca de un modelo profesional de trabajo interdisciplinario adquiridas durante formación de grado (FG) de los DT de las RPM privadas locales.*

En los datos obtenidos se halló que la FG de los DT de las RPM privadas marplatenses se caracteriza por haber permitido la incorporación de los principios interdisciplinarios necesarios para la constitución de:

- i. Una visión fragmentada según la incorporación insuficiente de los principios de percepción, concepción y acción interdisciplinarios, donde se relacionó la visión del MTI con un conocimiento nominal del mismo y una valoración de sus cualidades. Este tipo de visión se correspondería con una implementación de un modelo de trabajo institucional de características multidisciplinares (MTM)
- ii. Una visión distorsionada tras haber incorporado erróneamente los principios de percepción, concepción y acción interdisciplinarios en la universidad dando como resultado una asociación entre el MTI y un énfasis en un saber experto disciplinar como característica interdisciplinaria. De este modo, la implementación de

un modelo institucional en la RPM se corresponde con una modalidad disciplinar (MD).

- iii. Una ausencia de visión acerca del MTI considerando que el motivo de tal ignorancia se vincula a una falencia curricular de acuerdo a los contenidos teórico-prácticos de las carreras universitarias.

Se puede concluir que la FG como primera etapa de formación profesional no a permitido que los DT conformen una visión integral acerca del MTI pudiendo incorporar los principios interdisciplinarios de modo suficiente como para implementar un diseño de trabajo institucional de características interdisciplinarias. De este modo se encontraron referencias en las narrativas acerca del MTI según fue incorporado en la FG de acuerdo a un MTM y un MTD.

2º Objetivo: Identificar los principios de percepción, concepción y acción acerca de un modelo profesional de trabajo interdisciplinario incorporadas durante la Capacitación Gerontológica de postgrado de los DT de las RPM.

La CGP de los DT de las RPM privadas locales se caracteriza por la incorporación de principios de modo suficiente e insuficiente dando lugar a la conformación de dos tipos de visiones:

- i. Una visión integral acerca del MTI producto de una incorporación suficiente de los principios de percepción, concepción y acción interdisciplinarios que se

corresponde con una aplicación interdisciplinaria de trabajo en la RPM desde la participación del equipo interdisciplinario.

- ii. Una visión fragmentada del MTI dado que la incorporación de los principios interdisciplinarios ha sido insuficiente durante su capacitación de postgrado en gerontología. Esta característica de fragmentación de la visión se halló en las narrativas que enfatizaban en la valoración de las cualidades del MTI en relación a su utilidad y pragmatismo, asimismo también se enfatizó en la necesaria pero insuficiente (para definir el MTI), predisposición a interaccionar entre las disciplinas. Como otra característica se mencionó la división de tareas sin una integración posterior de las disciplinas. Esta visión se corresponde con una aplicación multidisciplinar del trabajo institucional en la RPM.

A partir de lo expuesto se puede concluir que: la CGP se caracteriza por la polaridad de visiones integral – fragmentada, no encontrándose una visión distorsionada acerca del MTI en dicha etapa de formación profesional. De este modo aquellos DT que han realizado cursos de capacitación gerontológica presentan visiones que les permiten aplicar un MTI o un MTM según las características de la incorporación de los principios de percepción, concepción y acción a su habitus de directivos. En la muestra se encontraron narrativas que no presentaban una incorporación de dichos principios

conformando una ausencia de visión acerca del MTI ya sea por carecer de una capacitación de postgrado o habiéndola efectuado pero no en gerontología. Estos DT que no se han capacitado gerontológicamente aplican un modelo disciplinar en su gestión de la RPM.

3º Objetivo: *Identificar las experiencias objetivas de trabajo interdisciplinario incorporadas en su trayectoria profesional en el campo institucional.*

La TP de los DT de las RPM privadas de Mar del Plata da cuenta de dos tipos de incorporación de principios interdisciplinarios que conforman dos visiones distintas:

- i. Una visión integral acerca del MTI que se conformó por una incorporación suficiente de los principios de percepción, concepción y acción interdisciplinarios y se corresponde con un modelo de aplicación interdisciplinario de trabajo en la RPM que dirigen los DT. El MTI es relacionado por los DT que presentan esta visión con la participación del equipo interdisciplinario de la RPM y la capacitación del mismo para trabajar adecuadamente en gerontología.
- ii. Una visión distorsionada del MTI donde la incorporación de los principios interdisciplinarios se caracterizó por ser errónea se corresponde con una aplicación disciplinar de trabajo en la RPM alejándose de un modelo interdisciplinario. Los DT confunden un MTI al describir

su visión acerca del mismo con un saber experto disciplinar, una ausencia de planificación institucional, una división del equipo interdisciplinario y las dificultades halladas en la aplicación del modelo.

Se halló - entonces - que la TP de los DT se caracteriza por permitirles a los directivos conformar visiones del tipo integral y distorsionada. Se destaca la ausencia de narrativas que manifiesten una ausencia de visión, dando cuenta de una percepción de todos los DT entrevistados de acuerdo a haber vivenciado experiencias interdisciplinarias en su recorrido profesional en las instituciones en que se desempeñaron interdisciplinariamente.

Con respecto a los demás ejes indagados se halló:

- En las definiciones acerca del MTI brindadas por los DT se encontraron narrativas que dan cuenta de dos tipos de visiones:

i. Una visión integral producto de una incorporación suficiente de los principios de percepción, concepción y acción interdisciplinarios que se corresponde con una aplicación interdisciplinar propia del MTI. Los DT relacionan el MTI con la participación del equipo interdisciplinario y la capacitación gerontológica del mismo.

ii. Una visión distorsionada tras haber incorporado de modo erróneo los principios interdisciplinarios de percepción, concepción y acción conformando un tipo de

aplicación disciplinar. Los DT relacionan - erróneamente - el MTI en esta visión con un saber experto disciplinar y con una ausencia de planificación institucional.

La definición constituida acerca del MTI se relaciona con la visión que los DT han conformado en su trayectoria profesional acerca del concepto y el modo en que lo han incorporado a su habitus. En este sentido, algunos DT de las RPM privadas de la ciudad de Mar del Plata logran definir el modelo de trabajo interdisciplinario adecuadamente en relación al ejercicio de la Gerontología Institucional pero otros confunden al mismo con un modelo médico hegemónico.

- La capacidad de los DT de aplicabilidad del MTI en la gestión de una RPM bajo condiciones actuales de trabajo presenta características de tres tipos de visiones:
 - Una visión integral producto de una incorporación suficiente de los principios de percepción, concepción y acción interdisciplinarios que se corresponde con una implementación de un MTI en la RPM haciendo hincapié en la participación del equipo interdisciplinario.
 - Una visión fragmentada que se constituyó a partir de una incorporación insuficiente de los principios interdisciplinarios que conforman el habitus y permiten la implementación de un modelo

multidisciplinar no alcanzando las características necesarias para un MTI. Los DT en esta visión enfatizan en la disponibilidad de recursos en la institución como condición para aplicar un modelo de trabajo interdisciplinario.

- Una visión distorsionada por una incorporación errónea de los principios de percepción, concepción y acción interdisciplinarios que se corresponde con una aplicación disciplinar que enfatiza en un saber experto disciplinar y una ausencia de planificación institucional.

La capacidad de aplicación de un MTI en la gestión de una RPM bajo condiciones de trabajo actuales se caracteriza por las visiones que se corresponden con una implementación de un MTI, MTM y un MTD. Se destaca la ausencia de narrativas que manifiesten no aplicar un MTI en la RPM que dirigen. Este dato se reitera en las definiciones brindadas y en las experiencias de trabajo interdisciplinario en su trayectoria profesional.

- La capacidad de los DT de planificación de un MTI desde la gestión de una RPM bajo condiciones óptimas de trabajo se relaciona con los cuatro tipos de visión:
 - Una visión integral del MTI manifestada en la planificación del mismo que se adquirió con la

incorporación suficiente de los principios de percepción, concepción y acción interdisciplinarios permitiendo la conformación de un habitus que contenga la capacidad de planificación interdisciplinaria para trabajar en Gerontología Institucional. Esta visión integral se halló en los diseños que referían a la tríada enseñanza-aprendizaje-aplicación, a la participación comprometida de los trabajadores y al objetivo institucional de la externalización de aquellos residentes que puedan vivir no institucionalizados.

- Una visión fragmentada acerca del MTI manifestada en el diseño de un modelo de trabajo que enfatiza en aspectos administrativos y presenta características multidisciplinares no dando cuenta de la interdisciplinariedad. Esta visión se conformó a partir de una incorporación insuficiente de los principios interdisciplinarios de percepción, concepción y acción.
- Una visión distorsionada acerca del MTI que lo relaciona con la sectorización urbana de las RPM, una jerarquización institucional y una prevención médica como aspectos a enfatizar en una

planificación interdisciplinariamente. Esta distorsión en la visión acerca del MTI proviene de una incorporación errónea de los principios interdisciplinarios que se relaciona con una aplicación de un modelo de trabajo de carácter disciplinar.

- Una ausencia de visión acerca del MTI en relación a la planificación del mismo dado que los DT manifiestan estar conformes con el modelo actual de implementación y no pueden imaginar un modelo bajo condiciones óptimas de trabajo. Esta ausencia de visión se relaciona con una incapacidad de planificación interdisciplinaria en la gestión de una RPM y contribuye a la implementación de un modelo de trabajo disciplinar.

La capacidad de planificación de un MTI de los DT de las RPM privadas locales bajo condiciones óptimas se caracteriza por ser de acuerdo a un MTI, un MTM y un MTD según las visiones explicitadas en los diseños descritos. Dado que los DT han realizado un doble movimiento en su formación profesional y trayectoria institucional en relación a la adquisición de principios de percepción, concepción y acción interdisciplinarios formando parte de la institución objetivada y habiendo transitado por la misma la han incorporado para conformar su habitus y reproducirlo luego en sus prácticas

profesionales, la investigación de la capacidad de planificación del MTI demuestra que el abanico es amplio en posibilidades de acuerdo a los principios adquiridos. Los DT que son capaces de planificar un diseño de MTI tendrían la posibilidad interna en su *habitus* de trabajar en Gerontología Institucional pero aquellos que expresaron diseños tendientes a un modelo multidisciplinario de trabajo o disciplinario no estarían capacitados para trabajar dirigiendo una RPM.

La hipótesis de trabajo que orientó la investigación: “los *principios de percepción, concepción y acción acerca de un MTI no fueron incorporados en su condición necesaria y suficiente durante la CGP como para cumplir las especificaciones de los Criterios Unificados para la Regulación y Control de las RPM de la República Argentina*” resulta temporariamente verificada a partir de analizar la constitución del perfil institucional de los DT en su postgrado pero fundamentalmente durante la aplicación de un modelo de trabajo donde se hallaron referencias a la multidisciplinariedad y disciplinariedad en la gestión de una RPM. En este sentido, los datos extraídos de los demás ejes indagatorios permiten delimitar distintas *visiones de características fragmentadas y distorsionadas* que contemplan aspectos subjetivos y sociales, ambos integrados en el *habitus* de los directivos. Del mismo modo aquellos que presentan una *ausencia de visión* acerca del MTI tampoco han incorporado en su condición necesaria y suficiente los principios interdisciplinarios presentando un modelo de trabajo disciplinar junto con la implementación de una visión distorsionada mientras que una

visión fragmentada tampoco alcanzaría los niveles exigidos para trabajar en un campo de Gerontología Institucional dado que se aplica un modelo multidisciplinar.

Otras conclusiones arribadas son:

I. En cada etapa se reiteran los aspectos enfatizados en las visiones permitiendo realizar distintos recorridos válidos en cuanto la construcción de visiones acerca del MTI propias de los DT durante su formación profesional. Se destaca la ausencia de una visión integral durante la FG en tanto primera etapa formativa de contacto con un desarrollo profesional y acercamiento a la implementación del trabajo institucional. Asimismo también es llamativa la falta de una *ausencia de visión* en los apartados de la definición, la TP y la aplicación bajo condiciones actuales dado que esta afirmación por parte de los DT entrevistados no coincide con lo hallado en los testimonios y la posterior comparación y análisis en relación a los desarrollos teóricos acerca del MTI así como también el abordaje que realizan los Criterios Unificados en relación a la Gerontología Institucional.

II. Los perfiles institucionales de los DT hallados en la muestra investigada son “capacitado gerontológicamente” y “no capacitado gerontológicamente” (ver cuadro 1, en anexo) donde el primero consta de una idoneidad inherente al trabajo en Gerontología Institucional y necesaria para trabajar como DT de una RPM. Los DT

que presentan este perfil son la minoría de los entrevistados y en la mayoría no capacitada gerontológicamente estarían aquellos que implementan un MTM y un MTD tanto por una incorporación errónea de los principios interdisciplinarios como por una ausencia de incorporación de tales principios.

RECOMENDACIONES

A partir de lo expuesto en las conclusiones de la presente investigación, se recomienda:

- I. Revisión de las currículas universitarias en cuanto a la formación profesional de los estudiantes de grado de acuerdo al contenido teórico y de prácticas de trabajo institucional según su disciplina y área de desempeño. Del mismo modo se recomienda la inclusión del MTI como temática que atraviese los contenidos curriculares en todas las disciplinas.
- II. Énfasis en la real aplicación de los principios adquiridos durante la FG en el campo profesional en pos de replantear el valor que los conocimientos impartidos en la universidad tienen en relación a las demandas profesionales institucionales.
- III. Implementación de reuniones interdisciplinarias de equipo de trabajo en las instituciones para trabajar acerca de las ventajas y dificultades del trabajo en interacción participativa con todas las disciplinas que componen el plantel de la RPM.
- IV. Apuntalamiento en capacitación gerontológica del equipo de trabajo interdisciplinario de la RPM para poder elevar los niveles de eficacia y eficiencia institucionales.
- V. Se destaca la importancia de la incorporación del MTI en los contenidos de las currículas de los cursos de postgrado en Gerontología y Gerontología Institucional para que las personas mayores puedan recibir cuidado digno, de alta calidad y de acuerdo con sus necesidades en un marco interdisciplinario de gestión.

VI. Se recomienda la implementación de programas de *capacitación gerontológica* gratuitos para poder ser alcanzados por todos los trabajadores en salud en materia de vejez, entendiendo a la cualificación de grado y postgrado como condición necesaria para posibilitar la optimización del funcionamiento en las instituciones y fortalecer las identidades regionales sin descuidar las políticas sociales y los consensos mundiales del proceso de envejecimiento contemporáneo. Se entiende que la escasez de ofertas formativas, la fragmentación de estas iniciativas y una relativa simplificación de su naturaleza compleja, dan cuenta de la necesidad de políticas activas en esta área.

RECOMENDACIONES

Referencias Bibliográficas

Bourdieu, P. (1996). *Cosas Dichas*, Barcelona: Gedisa.

Bourdieu, P. (1997). *Razones Prácticas*, Barcelona: Anagrama.

Bourdieu, P. (2000). *Intelectuales, política y poder*. Eudeba.

Cortelleti, I. y Bonho Casara, M. (1998) Formación de recursos humanos para actuar con la tercera edad: relato de una experiencia. Revista SENSU - Pos - Graduación en Revista, 1, Universidad de Caxias do Sul, estado de Rio Grande do Sul, Brasil.

Freud, S. (1930). *Obras Completas*, Amorrortu Editores.

Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*, capítulo dos Subjetividad y Cultura: El malestar de la individuación, capítulo cuatro La regresión en salud mental por el ajuste del estado y la caída de lo público. Buenos Aires: Paidós.

Golpe, L.I., Bidegain, L.M. y Arias, C.J. (2003). *Edaísmo y Apoyo Social (Una mirada Interdisciplinaria de un enclave geróntico argentino)*, Mar del Plata: Suárez.

Golpe, L. y Bidegain, L. (2004). Proyecto institucional de las residencias de personas mayores: criterios y heterogeneidades en la República Argentina, en Golpe, Laura Irene y Arias, Claudia (comp.) Plan Institucional de las residencias de personas mayores, SAGI 2004 Facultad de Psicología Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata: Suárez.

Grupo SAVYPCE. (2005) *Sistemas Formales e Informales de Apoyo Social* Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata: Suárez.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Argentina INDEC.
http://www.indec.gov.ar/comunica/c_eph/pob_mar02.pdf

INDEC http://www.indec.mecon.ar/webcenso/provincias_2/pais/pais.asp

Lombardi, C. (2005). Gestión de Servicios de Gerontología y Formación Profesional, en Golpe, Laura Irene y Arias, Claudia Josefina (comp.). Trayectorias Profesionales y Estrategias de Formación gerontológica, en Cultura institucional y Estrategias Gerontológicas. Primer Anuario del Simposium Argentino de Gerontología Institucional, SAGI 2005 Facultad de Psicología Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata: Suárez.

Pacenza, M. y Más, F. (2003). Cap. III Implicaciones Derivadas del Uso de Trayectorias Laborales en Investigaciones Relativas a Inserción Laboral de Graduados Universitarios, en Pacenza, María Inés y Cordero, Susana (comp.) Universidad y Sociedad, Trayectorias laborales de los psicólogos egresados de la U.N.M.d.P. Mar del Plata : Suárez.

Pichon Riviere, E. El proceso grupal, Del psicoanálisis a la psicología social, (I) Una teoría de la enfermedad: 173 , Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Yuni, J. (2004). Dilemas y desafíos de la capacitación gerontológica, en Golpe, Laura Irene y Arias, Claudia Josefina (comp.) La función de la Capacitación Gerontológica SAGI 2004 Facultad de Psicología Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata: Suárez.

ANEXO

A continuación se presentan:

1. El protocolo de interpelación utilizado como instrumento para las entrevistas en profundidad a informantes claves.
2. Las narrativas recopiladas en las entrevistas a los informantes claves que permitieron realizar los análisis presentados en el apartado Formación Profesional de los DT y Perfil Institucional integrando dicha información a lo indagado específicamente en el eje acerca de la CGP.
3. Un cuadro integrador con la totalidad de los datos recabados y analizados conformando un marco explicativo de las interacciones existentes entre cada etapa formativa indagada.

El protocolo de interpelación constaba de las siguientes preguntas:

- 1) ¿Cómo definiría Ud. el trabajo interdisciplinario?,
- 2) ¿Cuál fue la visión que adquirió acerca del trabajo interdisciplinario cuando Ud. cursó su carrera en la facultad? ¿Aplicó algunas de estas enseñanzas en sus acciones durante su gestión como director de RPM?,
- 3) ¿Ha realizado cursos de capacitación gerontológica? ¿Cuál fue la visión que adquirió acerca del trabajo interdisciplinario durante los distintos cursos de capacitación gerontológica realizados por Ud. en su vida? ¿Aplicó algunas de estas enseñanzas durante su gestión como director de RPM?,
- 4) ¿Qué experiencias de trabajo interdisciplinario realizó en su TP dentro del campo institucional? ¿Aplicó alguno de los conocimientos adquiridos a través de estas experiencias durante su gestión como director de RPM?
- 5) ¿Podría describirme de qué forma aplica el trabajo interdisciplinario en su gestión dentro de esta residencia de personas mayores?,
- 6) Ahora le voy a plantear una situación hipotética: si UD tuviera todo el potencial económico y humano para desarrollar un MTI en una residencia de personas mayores: ¿Podría describirme que diseño planificaría, ejecutaría y cómo lo monitorearía?.

Narrativas de los informantes claves halladas en el resto de los ejes indagados cuya clasificación fue utilizada para el análisis:

1. Definición del MTI

1.1. Visión integral

1.1.1 Énfasis en la participación del equipo interdisciplinario:

“Es el modelo necesario para poder trabajar en serio con un equipo porque en gerontología se depende de las distintas disciplinas que son necesarias para la atención del geronte y este es un modelo de trabajo integral: no podés limitarte en algo, vas a necesitar la parte médica, enfermería, kinesiología, fonoaudiología, psicología, donde las decisiones se toman entre todos, necesitás que cada una de las partes participen para que se de una atención bien abierta, bien participativa con el objetivo del bienestar de los residentes.” (Médico, Director Técnico)

“El trabajo interdisciplinario es el que se hace en equipo con todas las disciplinas, donde cada una aporta para el beneficio buscado en común: la salud de los pacientes del hogar. Hay que tener en cuenta que trabajamos con personas y el hombre está compuesto de elementos muy distintos por eso la importancia de un equipo interdisciplinarios. Está la parte física, la biológica, la psicológica y todo interacciona de tal manera que hay enfermedades manifestadas en el cuerpo que los médicos no le encontramos su causa en nuestra disciplina, como es el caso de las enfermedades psicosomáticas. El trabajo interdisciplinario es reunir el conocimiento desde diferentes disciplinas, conformar un equipo que trabaje en la institución para lograr una acción más propicia para el paciente entendiéndolo a éste como un compuesto de características distintas que no puede ser separado o tratado solo por una profesión sino que se debe trabajar de manera interdisciplinaria, tomando decisiones en conjunto.” (Médico, Director Técnico)

“Sería el trabajo en equipo, con las demás disciplinas donde se tenga el mismo criterio a la hora de tomar decisiones y de actuar. Es muy importante la comunicación y la tolerancia a las posibles diferencias que indefectiblemente van a ir surgiendo y que podrían obstaculizar un trabajo. Esa tolerancia te la da el equipo interdisciplinario.” (Médico, Director Técnico)

“Es trabajar abiertamente pero en conjunto con la terapeuta ocupacional, la asistente social, la nutricionista y lo que es el equipo de la enfermera con las asistentes geriátricas. Hacer reuniones donde aunar criterios porque es importante ponerse de acuerdo. También es estar en contacto semanalmente para ver que es lo que podemos ir modificando.” (Médica, Director Técnico)

“Es la modalidad de trabajo donde convergen varias disciplinas, se trabaja en conjunto, se pueden hacer reuniones. Los equipos los integran profesionales y pueden estar también los no profesionales, todos trabajan implicándose, hablamos de médicos, terapeutas ocupacionales, psicólogos, nutricionistas, todo.” (Médico, Director Técnico)

“Es la modalidad de trabajo entre las ciencias que conforman el equipo para poder atender al paciente en su problemática. La interdisciplina es la interacción entre los profesionales en un mismo lugar de trabajo. Cada disciplina tiene su identidad pero en el trabajo interdisciplinario se trabaja en equipo comunicándose de forma oral o escrita.”(Médico, Director Técnico)

“El trabajo interdisciplinario es enriquecedor como profesional. Se trata de interactuar en un equipo de trabajo entre varias disciplinas. Tendría que primar en todos los establecimientos dedicados a la salud donde están las personas vulnerables. Se trata de coordinar acciones y aunar criterios en la institución. Si bien el director es el que dirige lo importante es que se respete la opinión del equipo que es la base de la institución para brindar una buena atención a las personas para las cuáles está funcionando. El trabajo interdisciplinario es un método de tarea donde deben confluir todas las disciplinas para obtener un producto cualitativamente mejor. Todos los titulares y directores de establecimientos geriátricos deberían apuntalar su equipo, capacitarlo en gerontología para poder lograr mayor beneficio de las personas que tiene residiendo.” (Asistente Social, Director Técnico)

1.1.2 Énfasis en la cualificación e idoneidad de los trabajadores:

“El trabajo interdisciplinario es necesario pero para eso cada día hay que capacitarse más. Para que este tipo de trabajo sirva y de resultado sobre todo en el campo de la vejez, los profesionales deben estar formados y capacitados en esta área y en interdisciplina. Hay que trabajar en conjunto con varias disciplinas por el tipo de problemática que tenemos. La vejez es una etapa muy importante en la vida de cada persona y hay que saber tratarla para poder verla desde distintos ángulos: el punto de vista psicológico, el punto de vista médico, el punto de vista social. Cada uno debe capacitarse en su área para poder abordar el tipo de problemáticas a las que llega una persona a determinada edad desde lo psicológico, desde sus problemas y lo nuevo que aparece por la vejez.” (Médico, Director Técnico)

“Es un modelo de trabajo que se alcanza a partir de la capacitación en la cual se adquieren los elementos necesarios para trabajar interdisciplinariamente, para poder confrontar y decidir entre todos, con varias disciplinas, compartiendo responsabilidades entre nutricionistas, médicos, arquitectos, psicólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, etc. En la residencia geriátrica se trata de disciplinas

capacitadas en geriatría para el trabajo con gerontes o residentes.” (Médico, Director Técnico)

“El trabajo interdisciplinario es algo que obviamente nos beneficia a todos porque nos aporta innumerables ventajas de saber y de experiencia práctica. Creo que ante todo la capacitación es imprescindible para poder trabajar en un equipo, porque para poder integrarse primero hay que respetar al otro, a sus lineamientos y a su teoría propia de su disciplina, es decir que para eso hay que estar capacitado interdisciplinariamente.” (Médico, Director Técnico)

“Para definir el trabajo interdisciplinario primero hay que tener en cuenta que es importante que los que conforman el equipo estén capacitados porque se trata de un trabajo en equipo con distintos profesionales en gerontología - en este caso - en donde hay diferentes campos teóricos de cada disciplina que se entrecruzan y aportan más productividad a la tarea. Por supuesto que cada disciplina tiene su propio marco referencial y lo aporta para realizar un estilo de trabajo caracterizado por el respeto y la tolerancia a esa conjunción de varias disciplinas actuando al mismo tiempo, intercambiando puntos de vista, enfoques, experiencia, conocimiento y demás para una misma causa, un mismo fin.” (Médico, Director Técnico)

“El trabajo interdisciplinario se logra a partir de un equipo de profesionales que se capacitan para trabajar interdisciplinariamente y para poder desarrollarse en un campo determinado, en la geriatría se ve la diferencia cuando un equipo trabaja bien e interdisciplinariamente es porque sus miembros están preparados y saben lo que hay que hacer, cómo y dónde, saben que se benefician trabajando interdisciplinariamente, además el trabajo tiene que hacerse con la comunicación que deben tener las distintas partes de una institución donde la mayor capacitación posible daría lugar a un mejor entendimiento que beneficiaría el objetivo de la institución, si es un geriátrico ayudaría a la eficacia de la forma en que trabaja la institución.” (Médico, Director Técnico)

1.2. Visión distorsionada

1.2.1 Énfasis en un saber experto disciplinar:

“Es un modelo donde cada uno interactúa con quién necesita, es decir con los demás profesionales que lo puedan asesorar porque saben más de un tema en particular.” (Médico, Director Técnico)

“Es un trabajo donde se consulta acerca de las limitaciones que impiden proseguir con una atención determinada. Se trabaja en equipo cuando hay situaciones detectadas por cualquiera del equipo que las puede manifestar y nos podemos dar una mano entre los que sabemos más de algo que el otro no.” (Médico, Director Técnico)

“El interdisciplinario es un conjunto de cosas, porque está el médico que deriva al kinesiólogo, el kinesiólogo a la terapeuta, la terapeuta evalúa, nos soluciona muchas cosas también, muchas dudas que tiene la familia. La terapeuta hace de lazo entre la institución y la familia. Lo definiría como la posibilidad que brinda de asesorarse cada uno en lo que no sabe con los que sí saben porque son expertos en eso.” (Enfermera Profesional, Director Técnico)

“Para que haya trabajo interdisciplinario hay una imposibilidad de demanda tradicional disciplinaria y se necesita que venga otro a escuchar la situación para hacer una derivación, analizar el por qué y el cómo. Porque uno siempre tiene la fantasía que va a haber desde otro lugar otro que te va a decir qué hacer.” (Psiquiatra, Director Técnico)

“Sería la participación de distintos profesionales, puede interconsultar, en función de que el médico clínico que es el que sabe bastante de todo y que va a derivar a los especialistas que naturalmente conocen más en profundidad cada tema y de esa manera como ocurre en el ámbito médico se ven áreas que van más allá de lo médico entonces creo que es la participación conjunta acordada y mancomunada de todas las personas que participan de la tarea asistencial en este caso.” (Médico, Director Técnico)

“El trabajo interdisciplinario es la forma en la que venimos trabajando acá como en la mayoría de las instituciones: por un lado la parte médica, la asistente social, la terapeuta ocupacional, la enfermería y los asistentes de enfermería, un trabajo en equipo. Cada uno tiene su especialidad y cumple su función, cuando uno que no sabe como proceder puede consultarle al especialista y complementar así la actividad, entonces no se recarga todo el trabajo en una persona. Con el modelo de trabajo interdisciplinario lo que no ve uno lo va a ver otro que sabe más del tema, entonces lo que no soluciona uno, lo soluciona el otro.” (Médico, Director Técnico)

1.2.2. Énfasis en la ausencia de planificación institucional:

“Es un modelo de trabajo que en este tipo de lugares sirve cuando no sabés para dónde agarrar y se hace interdisciplina si la situación lo amerita. Cuando es necesario se interactúa con todas las disciplinas que hay.” (Médico, Director Técnico)

“El trabajo interdisciplinario es el que se realiza según el propósito, meta, objetivo a lograr. Deberá incluir tantas capacidades como tenga este objetivo y se aplica según la necesidad y dificultad del caso, no es que todo el tiempo se trabaje en equipo. Hay problemáticas que resuelve cada profesional y si no las puede resolver consulta al equipo para obtener resultados.” (Médico, Director Técnico)

2. Formación de Grado

2.1. Visiones acerca del MTI

2.1.1. Visión fragmentada

2.1.1.1. Énfasis en un conocimiento nominal:

“La visión de la universidad es muy limitada, a uno le enseñan lo básico por lo que te diría que más que nombrarlo no se hace otra cosa con respecto al modelo de trabajo interdisciplinario.” (Médico, Director Técnico)

“En la facultad, por ahí alguna cátedra que lo nombraba al pasar, ahora está en boga el trabajo en equipo en las instituciones, pero en la universidad estaba encarado más en lo disciplinar. En la carrera de medicina vi algo de lo interdisciplinario en materias aisladas pero nada así comparado con la práctica diaria y mucho menos con lo que implica gerenciar una empresa.” (Médico, Director Técnico)

“Realmente cuando hice la carrera no se daba hincapié en el equipo interdisciplinario, hace tantos años es como que no se tenía en cuenta. Cuando hice la licenciatura de excepción ahí se empezó a plantear el equipo, muy poco, a mencionarlo como lo que es debía buscar, la integración con otras disciplinas.” (Asistente Social, Director Técnico)

“La visión, te podría decir que es muy incompleta, en esa época yo no tenía mucha idea de la práctica, lo que es atender a un ser humano con todo lo que eso implica, una persona como te decía es un complejo compuesto de cosas y en la facultad es como que te queda la idea de algo muy fragmentado, lo ves por cátedras, salvo contadas excepciones no recuerdo que nos hablaran de la importancia del trabajo interdisciplinario, había algunos doctores, profesores que por ahí eran mas de avanzada y sí nos abrían la cabeza de lo que significaba la carrera de medicina una vez que nos recibíamos, del trato con los pacientes y eso pero no, bien, bien no lo vi en la facultad solo nos informaban de su existencia.” (Médico, Director Técnico)

“Muy poco, porque salimos de la facultad prácticamente con muy pocos conocimientos, incluso con muy poca práctica con el enfermo. La facultad es todo teórico, se hablaba de lo interdisciplinario pero sin profundizar, digamos que se lo nombraba.” (Médico, Director Técnico)

2.1.1.2. Énfasis valorativo en las cualidades:

“La facultad te deja una visión acerca de lo positivo, la idea de un método que sirve, que supuestamente es el indicado para trabajar en este tipo de lugares. El trabajo interdisciplinario es la mejor forma de trabajar porque se trata de algo que hace más agradable el trabajo según lo que nos transmitieron en la facultad. Recuerdo que en esa época teníamos distintas materias y este tipo de trabajo se veía pero no de manera total, no se enseñaba en todas las materias ni en la mayoría, era como que aprendías

la interdisciplina como algo que luego – una vez recibido – lo ibas a profundizar porque la facultad es un momento que te permite aprender a distinguir lo bueno de lo malo obvio que según te dicen porque aun no te recibiste y no sabés. En esa época nos decían que había que trabajar en equipo porque era lo mejor, porque era el modo más eficiente y positivo. Nos transmitían eso y la visión que me quedó tiene que ver con esa característica pero no es algo que obtuve de alumno practicando.” (Médico, Director Técnico)

“La visión que obtuve es que es algo muy interesante, muy agradable, práctico y muy necesario. En la universidad aprendemos a hacer lo mejor posible. Fue todo un aprendizaje, toda una cuestión formativa, donde uno atraviesa etapas para lograr formarse necesariamente.” (Médico, Director Técnico)

2.1.2. Visión distorsionada

2.1.2.1 Énfasis en un saber experto disciplinar:

“En la facultad nos inculcaban, desde el primer día que empezamos a cursar clínica médica, la importancia de la consulta con el colega, con los especialistas, para no estancarse y poder avanzar accediendo a aquellos profesionales que saben más del tema.” (Médica, Director Técnico)

“La enseñanza acerca del trabajo interdisciplinario que uno tuvo durante la carrera fue de vincularse permanentemente con otras especialidades que saben de determinadas cosas más que el resto siempre dentro de una misma lógica, entonces se enseñaba a hacer interconsultas cuando el tema ya no nos competía.” (Médico, Director Técnico)

“Estudiamos para ser médicos y no para integrarnos con otras profesiones pero bueno el modelo de trabajo interdisciplinario se aprendió así, entre médicos, a tomar las decisiones nosotros. En mi época el médico siempre fue como el centro, la formación que le daban al médico siempre era como un totalizador. Los problemas los solucionaba el médico y la interdisciplina la hacía el equipo de médicos.” (Médico, Director Técnico)

“Vimos la interdisciplina con otros médicos bajo una misma ideología, las distintas especialidades médicas. En esa época el médico era el que más sabía, la formación que te daban era esa, no dejaba mucho lugar a otros campos teóricos.” (Médico, Director Técnico)

“La visión que recuerdo tiene que ver con el vínculo médico y la enfermera. La enfermera suele ser la mano derecha de un profesional, porque el médico viene pasa y dice lo que hay que hacer pero si no se hace no tiene éxito lo que indicó. Eso es lo que se veía en la facultad acerca de la interdisciplina, nos apuntaban para que estuviéramos con el médico formando un equipo. También recuerdo la ética de la medicina como uno de los criterios

interdisciplinarios, porque uno, como enfermera, está todo el día con el paciente y ve lo que le pasa, lo que siente y todo. Eso le puede ayudar mucho al médico.” (Enfermera Profesional, Director Técnico)

“En la facultad la interdisciplina estaba en pañales, lo que yo vi eran las actividades paramédicas. Se hablaba de interdisciplina pero eran actividades paramédicas que estaban absolutamente abajo del zapato del médico, del psiquiatra, en aquel momento.” (Psiquiatra, Director Técnico)

2.2.3. Ausencia de visión

2.2.3.1. Énfasis en la currícula:

“No tuve acceso al modelo de trabajo interdisciplinario porque me recibí hace 32 años y no se hablaba de eso. Además, la carrera de medicina se caracteriza justamente por lo contrario: te enseñan a tomar las decisiones solo, todo lo contrario al trabajo institucional. En esa época el resto de los profesionales de la salud eran como de segunda. La formación universitaria es muy fuerte, muy básica y después a uno le cuesta modificar algunas ideas. Para los que nos recibimos hace 30 o 40 años, la formación en aquella época no tenía nada que ver con lo interdisciplinario podemos decir que lo hacemos pero no nos han inculcado cómo hacerlo, sabemos que es bueno y por ahí intentamos hacerlo pero creo que falta formación, nos falta formación para trabajar en instituciones.” (Médico, Director Técnico)

“Nada, nada, cero, cero, cero, en la formación de grado nada, en la carrera de medicina no existe la interdisciplina ni nada en equipo . Te enseñan a ser muy disciplinarista como médico, a ser el que toma las decisiones, que no consulta, te llevan a creértela bastante y eso en la residencia no sirve para nada porque hay un equipo .” (Médico, Director Técnico)

“Nada, absolutamente nada he visto en la facultad del modelo de trabajo interdisciplinario, no me lo han enseñado en ninguna materia.” (Médico, Director Técnico)

“Del modelo de trabajo interdisciplinario te diría que no lo he visto en la facultad, no recuerdo haberlo estudiado allí como otros contenidos teóricos que uno los ve, los estudia, los aplica.” (Médico, Director Técnico)

“No creo que eso sea producto de la universidad. En la facultad uno ve distintas cosas pero no diría que lo que se enseña es la interdisciplina, no, para nada.”(Médico, Director Técnico)

“Ninguna, en la facultad la enseñanza era transmisión estricta de conceptos específicos de cada cátedra de tal suerte que cuando yo salí con mi título graduado de la universidad, personalmente tenía una idea muy superficial de la medicina. Insisto: fisiología era fisiología, los oculistas se limitaban al tema de los ojos y así todo. No había una formación del profesional sino que

era una transmisión de conocimientos, me parece que ese es el concepto que me quedó a mí de mi época de estudiante. No recuerdo enseñanzas acerca del trabajo interdisciplinario.” (Médico, Director Técnico)

“No tuve conocimientos en la facultad de medicina del trabajo interdisciplinario. La responsabilidad que se le asigna al médico excede muchísimo a lo que estamos formados, creo que es bastante mala la formación de la facultad. La formación del médico no está pensada desde un lugar institucional, desde un lugar cerrado como es un geriátrico.” (Médico, Director Técnico)

2.2. Aplicación de las visiones

2.2.1. Aplicación multidisciplinar

“Se aplica una parte de la visión adquirida porque cambia en la práctica, no se aplica todo. De la facultad se aplica la metodología, cómo hacer lo mejor posible, reunirse, todo eso de lo que se aprende en la facultad pero hasta por ahí nomás”. (Médico, Director Técnico)

“Pude aplicar lo más práctico de la visión de la facultad, a partir de entender lo necesario e importante que es la interdisciplina para el trabajo diario. El método de trabajo entre todos, con las reuniones. ” (Médico, Director Técnico)

“Aplicué lo que pude, no todo, en las instituciones que estuve lo pude aplicar más que nada en lo hospitalario, lo práctico que aunque no habíamos visto prácticas en la carrera es como que a la hora de trabajar creo que es una de las cosas que más pude aplicar pero es poco igual lo de la facultad porque no se asemeja a la realidad. Más que nada el trabajo interdisciplinario como método de tarea, trabajar en equipo haciendo reuniones con las demás disciplinas. Pero de todos modos creo que los propios grupos en general cuando aparece esto de la interdisciplina en algún punto no aceptan muy fácilmente aquello que aparece como disruptivo de sus certezas.” (Médico, Director Técnico)

2.2.2. Aplicación disciplinar

“Más o menos, aplico parte de la visión aprendida en la facultad, más bien a lo que significa trabajar con otro y decidir junto con el médico que es el que por ahí más sabe de todo y uno participa de ese trabajo”. (Enfermera Profesional, Director Técnico)

“Aplico algo de la visión y es beneficioso porque al trabajar en equipo la función del médico descansa bastante, es como que está más ayudado por los demás si bien generalmente el equipo es dirigido por el médico y no por otro profesional. La visión de la facultad la aplico desde la conciencia del rol

médico como el responsable del manejo de equipo pero abierto a escuchar sugerencias." (Médica, Director Técnico)

"No, no lo apliqué porque no hay una visión específica para aplicar, en los últimos años uno se inclina por una rama de la medicina, porque en la carrera ves toda la patología, la diferencia entre cada una pero te diría que nada vimos de lo interdisciplinario y por ende nada aplicamos." (Médico, Director Técnico)

"No tuve una visión para poder aplicar, no de trabajo interdisciplinario, sí de otras cosas de la medicina." (Médico, Director Técnico)

"Y no lo pude aplicar desde allí porque digamos que no me dieron herramientas para eso". (Médico, Director Técnico)

"No, la verdad que desde la facultad no obtuve ninguna visión del trabajo interdisciplinario." (Médico, Director Técnico)

"No, no lo puedo aplicar lo de la facultad porque no me lo enseñaron ahí, lo del modelo interdisciplinario." (Médico, Director Técnico)

"Para mi la vision del equipo interdisciplinario que aplico es la que adquirí en estos ultimos 15 años donde certeramente siento y hoy estoy convencida que el equipo tiene que ser respetado en su funcion cada uno de los participantes. Lo de la facultad es otra cosa pero no lo he podido aplicar. A nivel geriatría creo que los titulares del establecimiento deberian darle el lugar que corresponde, no tener al profesional porque se lo exigen sino realmente utilizar al profesional en toda su experiencia, en todo lo que le va a dar a la institución." (Asistente Social, Director Técnico)

3. Trayectoria Profesional

3.1. Visiones acerca del MTI

3.1.1. Visión integral

3.1.1.1 Énfasis en la participación del equipo interdisciplinario

“Lo que recuerdo de mi trayectoria profesional es la experiencia de la clínica que tenía 120 camas y desde lo interdisciplinario destaco el equipo de trabajo, su rol era esencial. Con la integración de profesionales y no profesionales se podía hacer docencia, investigación, rotación de guardia con psicóloga, la parte de medicina y estaban las actividades de la terapeuta con la universidad. En esa experiencia participé en interdisciplina con el equipo y trabajábamos excelente. Ahí aprendí lo importante de ser distintos profesionales, los logros por esto, la experiencia de interaccionar con una terapeuta, una psicóloga y otra psicóloga de guardia en la emergencia psiquiátrica. Fue un trabajo excelente, con los viejos fundamentalmente teníamos un departamento de gerontopsiquiatría. El trabajo era tendiente a lo que pasaba, como y de que manera hacer.” (Psiquiatra, Director Técnico)

“Mi experiencia comienza cuando ingreso en un programa donde trabajábamos en un equipo que interactuaba entre sí y además con los centros de jubilados. La visión interdisciplinaria la adquirí allí porque si bien era un programa de orden alimenticio fundamentalmente, llevaba otra connotación y por eso trabajábamos en equipo no solo había nutricionistas, además nos integrábamos muchísimo con las profesionales de otras instituciones que trabajaban en el barrio porque en un centro de jubilados es casi seguro que está en contacto con la sala de primeros auxilios, ésta tiene asistentes sociales municipales y/o provinciales, y ahí es donde comenzamos a acordar y a trabajar en conjunto, formamos un equipo interdisciplinario. Otra experiencia interdisciplinaria en mi trayectoria profesional también fue en la parte de auditoría de establecimientos geriátricos. Como experiencia interdisciplinaria obtuve una visión del modelo interdisciplinario en relación al equipo porque al trabajar con arquitectos, médicos, asistentes sociales, en las auditorías donde todos opinaban e intercambiaban desde su lugar de disciplina y se hacía una conclusión que era la devolución que se le daba a cada una de las personas.” (Asistente Social, Director Técnico)

“En mi trayectoria profesional trabajé para diseñar un servicio de salud, luego en formación de atención primaria y estuve en una residencia de personas mayores en Balcarce. En todas esas experiencias trabajé interdisciplinariamente y adquirí la visión de la importancia de trabajar entre todos, sean profesionales o no, trabajar en un equipo bien conformado donde todos puedan participar adecuadamente. Cuando me fui formando en prevención y recuperación de la salud lo pude comprobar con una metodología específica diseñada, la cual me ocupé luego de perfeccionar en el sentido de la aplicabilidad. El beneficio obtenido al trabajar de forma interdisciplinaria estriba en los logros eficientes que se alcanzan a través del trabajo conjunto mancomunado.” (Médico, Director Técnico)

“La visión que obtuve se relaciona con el trabajo en equipo en una clínica privada donde si bien yo no era el director, las decisiones, los casos los

veíamos entre todos y éramos varios profesionales de distintas disciplinas por eso te diría que fue interdisciplinario, teníamos reuniones semanales, cada tanto hacíamos ateneos donde se presentaban casos y también estaban los residentes.”(Médico, Director Técnico)

“En mi trayectoria profesional he trabajado con el modelo de trabajo intrerdisciplinario integrando equipos en el hospital. Recuerdo la participación y especialmente la comunicación entre las especialidades dentro de la medicina y con otros profesionales, de psicología o servicio social. La visión tiene que ver con ese conjunto, con esa forma de trabajar en equipo y es lo que más recuerdo de mi paso por las instituciones, y servía, que es lo importante.” (Médico, Director Técnico)

3.1.1.2. Énfasis en la cualificación e idoneidad:

“Mi trabajo en el hogar es lo único que he hecho en institución y desde ese lugar te puedo decir que venimos trabajando igual en estos doce años y la experiencia del equipo interdisciplinario es la única forma de trabajar eficientemente, un equipo bien formado, bien capacitado es la condición para la interdisciplina y eso lo aprendí trabajando, o mejor dicho lo corroboré trabajando.” (Médica, Director Técnico)

“La visión la adquirí en mi momento de gestión clínica en un hospital de día, tiene que ver con que pensamos durante un año el modelo que queríamos para la clínica. Nos juntábamos y debatíamos. Todas las personas tenían experiencia en el campo de la salud y todos se estaban capacitando en sus áreas. Articulamos la necesidad de trabajar con la familia, con el paciente, con grupos, con multifamiliares, con terapistas ocupacionales que fueran idóneas en la materia, con asistentes sociales lo mismo y con profesores de educación física que trabajaran con gerontes. Semanalmente nos reuníamos para ir reformulando cosas del modelo. Creo que el resultado se debe al aporte de cada profesional, a lo que cada cual pudo aportar desde su experiencia e idoneidad. El trabajo interdisciplinario se implementaba desde el saber interaccionar, respetar, escuchar, aprendizajes que solo te lo da el postgrado porque en la facultad más que un trabajo práctico en grupo y de la misma disciplina, ¿cuándo trabajás en equipo interdisciplinario?.” (Médico, Director Técnico)

“La visión de experiencias objetivas en interdisciplina la adquirí en la unidad sanitaria con un grupo de trabajo interdisciplinario con psicólogos, asistente social, enfermería para la atención primaria, la pediatra y por supuesto la parte administrativa. Era reunirse una vez por mes para conocer la población que generalmente está en riesgo, se hacía énfasis en conocer no sólo la hipertensión del paciente, la diabetes del paciente, sino también el código familiar, sus relaciones, eso permite conocer todo, todo de la población con la que trabajamos y poder aplicar la interdisciplina de forma verídica y realmente tanto en los aspectos sociales, la violencia familiar y demás. Por

eso es importante la formación de cada profesional, es importante que cada uno esté bien formado, que sepa a qué apuntar.” (Médico, Director Técnico)

3.1.2. Visión distorsionada

3.1.2.1. Énfasis en un saber experto disciplinar:

“En mi trayectoria profesional vi el modelo de trabajo interdisciplinario en el hospital, tuve la experiencia del pase de sala, de estar cuando pasa el médico y el contacto con los otros profesionales, si bien no era gerontología, eso me ayudó bastante con todo lo de ahora.” (Enfermera Profesional, Director Técnico)

“La experiencia interdisciplinaria en mi trayectoria profesional me dio una visión del equipo de trabajo. Recuerdo que cuando entré era médico y nada más, luego fue más interdisciplinario y comencé a tomar decisiones en toda la organización de la enfermería y de la farmacia por todo el grupo que está atrás mío.” (Médico, Director Técnico)

“Las experiencias objetivas de trabajo interdisciplinario las viví en el hospital y en la clínica actualmente, donde si tenés que derivar un paciente lo derivás de forma oportuna dentro de la medicina o también con otras personas que trabajan en el área de salud que no son médicos. Considero que en la clínica se puede hacer más interdisciplina que en un geriátrico porque en éste vas a requerir ciertas especialidades, expertos y tenés una incidencia relativa porque en realidad para trabajar interdisciplinariamente habría que estar convocando continuamente especialistas en cada tema para poder derivar cada patología o sea cuál sea el tema en cuestión, porque en este geriátrico entra mucha gente para rehabilitarse también.” (Médico, Director Técnico)

“Estuve un tiempo trabajando con un equipo de médicos en un proyecto que teníamos acerca de la desnutrición infantil. Eso es lo que recuerdo de mis experiencias interdisciplinarias y la visión que me dejó es la del trabajo en equipo pero de médicos, después si había alguna que otra duda se le consultaba al que sabía del tema. Eso me dejó, el aprendizaje de la interconsulta como forma interdisciplinaria.” (Médico, Director Técnico)

“En mi trayectoria profesional, pude ver lo mismo que enseñan los cursos, a medida que aplicaba lo aprendido y trabajaba en el hogar o en el hospital, tiene que ver con saber que lo que yo no sé puede saberlo otro profesional y si es así se le deriva el paciente.” (Médico, Director Técnico)

“Hace siete años que dirijo esta institución y la experiencia interdisciplinaria que tengo es acá, siempre hay que convocar otros profesionales, hacer interconsultas, si hay un problema y vemos que estamos un poco perdidos, que es algo de difícil de resolución, se llama a un psicólogo, o a un psiquiatra, algún profesional del área que fuera necesaria como para poder resolverlo de otra manera. He convocado profesionales en distintas

oportunidades, por lo general psicólogos y psiquiatras. No tengo una asistente social, eso es una tarea pendiente, eso lo hago un poco yo, lo hacen un poco mis empleados, pero siempre se ve la necesidad de convocar a alguien más para ayudar a una familia o para ayudar a resolver un conflicto interno." (Médico, Director Técnico)

"Mi trayectoria profesional en cuanto a lo interdisciplinario se remonta en el hospital en sí mismo que es la experiencia mas basta y más rica por ejemplo cuando se presenta un paciente problema con una patología que no es simple entonces uno hecha mano a todas las especialidades que puedan participar de eso, con su enfoque y con su aporte que puedan ayudar a resolver el enigma que representa hasta ese momento para el grupo de clínicos o los que primeramente tomaron a ese paciente." (Médico, Director Técnico)

3.1.2.1.Énfasis en la ausencia de planificación institucional:

"En mi trayectoria profesional hice la residencia en clínica médica, fui jefe de residentes en el hospital después hice la especialidad en clínica médica y juntamente con eso trabajé en un centro de trastornos alimentarios. De todas las experiencias que tuve interdisciplinarias aprendí que uno hace interdisciplina casera según lo que se necesite en ese momento. En los hogares que he trabajado si he tenido que dejar algo dicho a la enfermera o a la nutricionista se lo he dejado por escrito y no por ahí en una de esas sentarse y ver cada uno de su área que vio que pudo mejorar de la otra area. O sea, cuando hice la residencia en clínica médica vi trabajo interdisciplinario pero casero, no había un espacio, la interdisciplina era con el papelito, de interconsulta, muy interdisciplina de pasillo, no tenía contacto la mayoría de las veces con otro profesional de forma directa. A veces como el hospital lo manejan prácticamente residentes nos encontrábamos en la guardia o en la comida y decíamos `che, qué te parecio la paciente que te mandé`, no era localizado sino ocasional y casual."(Médico, Director Técnico)

3.1.2.1.Énfasis en la conformación de sub-equipos:

"En mi trayectoria profesional he trabajado disciplinariamente muchas veces, he integrado equipos de trabajo en el hospital y en una clínica privada. Estaban las especialidades, administrativos y trabajábamos de a pares o tríos de profesionales donde por la especialidad o la profesión de grado es uno más afín con otro que con el resto, los médicos quizá nos comunicábamos más con los kinesiólogos pero no con la parte de psicología ni servicio social del hospital. Pero la visión que adquirí en mi trayectoria creo que tiene que ver más con ese trabajo con otros profesionales que quizá con todo un equipo".(Médico, Director Técnico)

3.1.2.4. Énfasis en los obstáculos prácticos:

“Adquirí una visión quizá pesimista o más realista de la interdisciplina, vinculada a los obstáculos y a las experiencias objetivas porque el trabajo interdisciplinario a veces también tiene sus fallas como por ejemplo cuando hay gente menos capacitada que otra, entonces se arman jerarquías muy fácilmente si no están todos parejos en el equipo, eso es lo que vi en mi trayectoria profesional y no digo de las mucamas con las enfermeras, hablo entre médicos, psicólogos.” (Médico, Director Técnico)

“Recuerdo que trabajé en un equipo de atención primaria de la salud pero no funcionaba como tal, eso si sería experiencia sería una mala experiencia porque estaba el equipo para poder trabajar pero con la demanda de pacientes que había solamente podíamos resolver la problemática del momento, el gran de caudal de consulta que había impedía hacer un trabajo de equipo . ” (Médico, Director Técnico)

“La experiencia en la institución con todas sus cosas interdisciplinarias no me sirvió para nada, sólo para aprender a sacarme de encima al paciente en tres minutos, que se vaya contento, nada de planificación, nada de interdisciplina, es atender la demanda, es todo para aparentar, no adquirí nada interdisciplinario, me sirvió para hacer una medicina de mierda durante veinte años.” (Médico, Director Técnico)

3.2. Aplicación de las visiones

3.2.1. Aplicación interdisciplinaria

“De la trayectoria profesional aplico la visión que adquirí en la prevención en trabajo interdisciplinario que es fundamental porque por ejemplo la detección de patologías seniles, eso se trabaja con psicólogos, terapeutas, una enfermera, con todo lo que son terapias físicas. Para la prevención sí sirve la visión adquirida en esas experiencias.” (Psiquiatra, Director Técnico)

“Aplico lo que tiene que ver con ir evaluando el trabajo que se va haciendo para poder certificar si estamos en lo correcto. En ese sentido las reuniones son bárbaras para reformular el modelo y opinar de cómo va saliendo todo.” (Médico, Director Técnico)

“En esta residencia aplico de modo más directo las cosas, es de todos los días, se puede tener una continuidad. De las experiencias de mi trayectoria profesional sobre todo destaco el estar atento a los resultados, ir evaluando y corrigiendo en la implementación de talleres y demás, algo que realmente hacía en otras instituciones como asistente social, tanto con los administradores como con la parte de nutrición y ahora las aplico acá y evalúo el resultado que hasta ahora es positivo. Otra cosa que aplico es mi experiencia en auditoría para poder mirar dentro de la institución y hacemos las críticas. Lo aplico para respetar las disciplinas, es importante que cada cual tenga su espacio.” (Asistente Social, Director Técnico)

“Aplico lo que he aprendido en mi trayectoria y lo implemento en la evaluación que hago de cada acción efectuada en la institución. Desde la gestión pensamos que estas evaluaciones son beneficiosas para la residencia, para los residentes, para todos. Aplico la visión de estar al tanto de qué nos da mejores resultados, ver la reacción de todos al respecto, evaluar lo que vamos implementando porque con la práctica aprendí que no se sostiene una forma de trabajo si no vas monitoreándola y asimismo aplicando distintas actividades.”(Médica, Director Técnico)

“Sí, por supuesto, se aplica todo eso, y más que lo que me preguntabas de la facultad porque lo práctico siempre es como que uno lo incorpora más y mejor. Aplico trabajar en equipo, todo lo práctico, lo que me ha servido en otras oportunidades.” (Médico, Director Técnico)

“Sí, por supuesto que sí porque sirve mucho, aplico lo que me parece más útil, como puede ser el conformar un equipo, plantear reuniones, todo eso”. (Médico, Director Técnico)

“Creo que uno aplica esos conocimientos en la práctica, cuando detecta que le pueden ser beneficiosos para una situación parecida. Es como que yo en mi trayectoria profesional vi como se resolvía un problema mediante el trabajo interdisciplinario y eso me sirvió y luego voy a hacer lo mismo o parecido frente a una necesidad, eso sí lo aplico, ese aprendizaje sí”. (Médico, Director Técnico)

“Sí y más luego de ver que lo que hacíamos daba resultado, era como que nos servía a todos y ahora creo que trato de aplicarlo cada vez que puedo, generalmente se puede, aunque no haya tiempo para las reuniones igual como nos sirve se aplica.” (Médico, Director Técnico)

3.2.2. Aplicación disciplinar

“Sí en la medida del recurso humano con que uno cuenta dentro de lo que es el lugar, se pueden hacer interconsultas con alguien más capacitado, de afuera, capaz, se trabaja interdisciplinariamente a lo que es enfermería, lo que son las personas que participan del aseo, de la limpieza, de la cocina, y tareas más específicas como podría ser de lo que se ocupa la terapia ocupacional, eso es la exigencia básica con la que cuenta una institución para su habilitación y de la manera que funciona. Lo aplico con este tipo de personas depende de la selección que se pueda hacer en el lugar. Generalmente el grado de necesidades que se esté viendo en la residencia es más elevado, quizá es más importante la tarea de la enfermería propiamente dicha que otras situaciones en las que uno pueda prestar un servicio diferente” (Médico, Director Técnico)

“La aplicación depende del momento y de lo que se necesite. Antes era más separado el trabajo de la asistente social con la terapeuta y el médico no estaba tan metido en los temas de las otras áreas, en este último tiempo sí, por el número de pacientes y los pedidos constantes de la gente, a parte la población acá es bastante diversa, tenemos de postrados totales hasta gente que esto lo usa como hotel entonces cada vez piden más y bueno hay que hacerse cargo.”(Médico, Director Técnico)

“Trabajo en equipo cuando se requiere, no siempre, según el caso que se está tratando, la dificultad del mismo y eso. Se podría decir que lo que aprendí trabajando es eso que hay veces que el caso no lo puede resolver uno solo y el equipo sirve, por eso yo lo propongo como director desde ahí, como una opción para lo que sea necesario pero no es que todos vemos todo, no eso no.” (Médico, Director Técnico)

“Sí por supuesto, yo creo que todas las experiencias que tuve en mi trayectoria profesional las he aplicado, yo creo que la interdisciplina se aplica en los casos que lo demandan.” (Médico, Director Técnico)

“No, muy poco, muy poco. Habría que cambiar un poco el trabajo acá en el hogar porque acá tenés la enfermería y con los pacientes tenés que ver cómo está, que siente, asistirlo, lo que se demanda que se haga interdisciplinariamente sí y nada más.” (Médico, Director Técnico)

“Aplico lo que he adquirido en mi trayectoria en relación a que trabajamos interdisciplinariamente si hay que derivar un paciente. Se trabaja así cuando no se está conforme con el diagnóstico, eso lo adquirí en mi experiencia. En la clínica aplico mi visión del equipo donde cada especialista está bien formado y según si es necesario se convoca al fisiatra, la fonoaudióloga, la psicóloga, la terapeuta ocupacional, se lleva a rehabilitación y se deriva ahí si es necesario.” (Médico, Director Técnico)

“La experiencia de mi trayectoria profesional la aplico día a día, uno está muy atento a lo que le sucede a las personas aquí adentro y cuando sucede algo que ya no está a mi alcance o de médico, si es necesario derivarlos a un especialista por supuesto que se hace.” (Enfermera Profesional, Director Técnico)

“Siempre, todo es aplicable, todas las sugerencias, todo trabajo, todo lo que se le pide a cualquier tipo de profesional al que se derivó, luego toda esa recomendación se aplica y no es algo que se escucha y se deja, hay que ser abiertos, lo que uno quiere tratar de mejorar siempre es la calidad de servicio, la calidad de paciente, entonces todo lo que indica un profesional que vio a un paciente se cumple, es muy importante, no hay que rechazarlo.” (Médico, Director Técnico)

“Esas experiencias de mi trayectoria profesional las rescato lo más que puedo ahora en los hogares en los que trabajo, más que nada con las chicas que me hacen caso con lo que yo les indico y los pacientes mejoran muchísimo porque trabajamos en equipo , así, no es algo que yo les diga tal cosa y ellas hacen cualquier cosa, no, me hacen caso.” (Médico, Director Técnico)

4. Aplicación del MTI bajo condiciones de trabajo actuales.

4.1. Visión integral del MTI

4.1.1. Énfasis en la participación del equipo interdisciplinario:

“Todos los jueves por mes tenemos reunión de equipo donde se trabajan todos los temas que pasaron de un mes a otro y aquellos en que se planificó algo les damos el resultado si se cerró. Lunes, miércoles y viernes congeniamos cuatro profesionales que son el médico, la enfermera, la terapeuta ocupacional, y yo, que congeniamos en horarios y es un refuerzo de las reuniones de todo el personal porque nos permite en forma semanal ver si los resultados de la planificación se van cumpliendo, luego esta experiencia que se ve se traslada al resto del equipo y como se va rotando en esa articulación de horarios siempre se comparte la información. El equipo es fundamental en la institución se implementa todo a partir del equipo y del mismo modo tenemos esa visión con el paciente. Si el personal tiene un problema lo primero que se hace es saber qué le pasa, escucharlo y tratar de ayudarlo desde el mismo equipo de trabajo porque la interdisciplina es a todo nivel no solo en lo referente a la técnica que se trabaja. Esto repercute en los pacientes tienen libertad acá adentro. De todos modos lo vamos monitoreando constantemente. Hasta ahora es lo que nos da resultado.” (Asistente Social, Director Técnico)

“Nosotros trabajamos muy abiertamente pero muy en forma en conjunto con la terapeuta ocupacional, la asistente social, la nutricionista y lo que es el equipo de la enfermera con las asistentes geriátricas, tenemos reuniones mensuales donde aunamos criterios, estamos en contacto semanalmente a ver qué es lo que podemos ir modificando. De ahí en base salen los resultados que están a la vista, somos uno de los pocos geriátricos que tenemos una lista de espera que es impresionante. Nuestro trabajo lo vamos monitoreando a raíz de los casos, comentamos los casos de las pacientes, siempre en las reuniones se toman todas las pacientes pero a medida que van surgiendo las distintas descompensaciones, todo en equipo, vamos viendo las pacientes, las camas, posiciones maliciosas que hay que corregir, porque vemos que una abuela está más detenida o su peso nos informa la nutricionista que no avanza o que empieza a retroceder o que no participa en los grupos de motivación o que por ahí organizan tareas recreativas y por ahí no quieren integrarse o recae su salud o vemos que la familia no vienen a visitarlas entonces trabajamos con eso, tanto con las pacientes como con la familia. Lo monitoreamos constantemente con entrevistas e informes por escrito.” (Médica, Director Técnico)

"El modelo que aplico es una creación, de alguna manera no fue así como a una determinada teoría o modelo sino que el modelo fue construido sobre la marcha y aun hoy lo seguimos construyendo, y lo modificamos si es necesario. Es un modelo de trabajo interdisciplinario pero no lo extrapolamos de ningún lado simplemente lo construimos para la RPM. Básicamente tiene que ver con el equipo interdisciplinario de trabajo que sea lo esencial porque si el equipo no anda mucho menos cualquier situación adentro de la residencia va a funcionar. Ponemos el acento en la participación de todos y tomar decisiones en conjunto, consensuar entre todos. Nos reunimos semanalmente y coordinamos las futuras acciones, la estrategia va cambiando, tiene que ver con los resultados que vamos obteniendo y además como nos comunicamos todos, desde las mucamas hasta yo que soy el director estamos todos en contacto y eso nos da la pauta de lo que está pasando." (Médico, Director Técnico)

4.2. Visión fragmentada del MTI

4.2.1. Énfasis en los recursos existentes:

"Como director no me queda otra que apelar al recurso humano de la residencia y ese es el modelo que implemento. Es decir, trabajo con las capacidades puntuales de cada uno de los integrantes, no es que baje un modelo determinado porque no se puede porque la instrucción es diferente y heterogénea. Trato de hacer una actividad que esté lo más amalgamada posible con lo que hay. Tampoco es que tenemos muchas profesiones distintas como para conformar un equipo interdisciplinario. Todo lo que tenga que ver con diagramación, programación, proyectos y todo eso se ve un poco limitado precisamente por ese hecho, por la escasez de tiempo que uno le puede dedicar a determinados lugares en pos de otros que tienen un rendimiento económico diferente." (Médico, Director Técnico)

"Nos manejamos con el personal que tenemos, hacemos reuniones del equipo mensuales, vemos los casos, tratamos de escuchar todas las opiniones, pero se hace con lo que tenemos, por eso es una aplicación según los recursos que hay, o sea: cada uno aporta lo que puede y según las capacidades de todos es el resultado. El dueño a veces también está, no siempre, cuando está es mejor porque nos ve trabajando y se da cuenta de lo que hace falta. De estas reuniones solemos llevar un acta en el que programamos los temas de la próxima reunión y por supuesto que la mayoría de las cosas no se pueden resolver bien porque nos faltan muchas cosas para poder trabajar interdisciplinariamente." (Médico, Director Técnico)

"El trabajo interdisciplinario lo aplico según los profesionales que hay. O sea, trabajo como Director en relación al equipo que tengo y la verdad es que no está completo, no se contratan otros profesionales y en realidad hacen falta así que mucho no puedo hacer porque dependo de eso, dependo de la capacidad de cada uno y aquí el criterio de selección no ha sido el posgrado

u otra cosa similar. También está la parte administrativa que es la secretaria del hogar, ese es el equipo que tenemos para trabajar, además del personal de cocina y las mucamas, nos estaría faltando un psicólogo y un kinesiólogo pero bueno estamos en Argentina y lo económico, lamentablemente influye.” (Médico, Director Técnico)

“Acá lo interdisciplinario pasa por sostener la institución, el equipo, se trabaja con los profesionales que están y se intenta seguir adelante. Lo que se dice interdisciplina yo creo que no siempre se implementa porque depende de otros factores, de los profesionales de la institución, de su predisposición y eso ya no sé si depende tanto de mí. Se busca la independencia de los pacientes y cada una de las disciplinas apunta a eso.” (Médico, Director Técnico)

4.3. Visión distorsionada del MTI

4.3.1. Énfasis en un saber experto disciplinar:

“Aplico el modelo de trabajo interdisciplinario en la institución geriátrica que es una pensión de abuelos donde como hay muchos tratamientos tiene que haber algún médico, lo que pasa es que en la Argentina se pretende hacer que los geriátricos sean sanatorios truchos, y eso lo hace el PAMI, porque prefieren afanarse la gaita y no volcarla a la comunidad. Mi trabajo consiste en ver a los pacientes, cada vez que entra alguno le hago una historia clínica y ahí voy anotando en la evolución y en las indicaciones, trabajo mucho con la enfermera principal y con la encargada. Ellas están al tanto de lo que va pasando cuando me necesitan me llaman. Voy dos veces por semana y el viernes doy una vuelta de sala para ver cómo están y le digo al personal que ante cualquier cosa me llaman, me tienen que avisar a mí que cambió porque son mucha gente y yo no puedo estar, ellos están para vivir ahí, no están pensando en que va a ir el médico a revisarlo, viven, no están internados para tratarse algo. Estoy al tanto de todo, sobre todo de la parte de enfermería, con la dietista veo lo que hace ella y lo que toman y hemos charlado pero no es una cosa que uno dice bueno tengo diez horas por día para dedicar no, no, no.” (Médico, Director Técnico)

“En el hogar es más limitado porque es una cuestión asistencial médica, muy específica, muy puntual, solamente se reduce al equipo de trabajo, es decir las personas que cuidan a los pacientes entre ellos yo mismo como médico y los que trabajan a diario con ellos con más horario que son las encargadas de turno o las terapistas que ya es puntual y en ese caso funciona como una armonía que deriva de la necesidad del día o del momento, más dirigido, pero de todas maneras atienden a lo que yo les indico dado que esa es mi función.” (Médico, Director Técnico)

“El grupo que hay de enfermeras acá es envidiable, trabajan muy bien, respetan muy bien tanto lo que les digo yo como lo que les dice la dueña, me facilitan muchísimo el trabajo, es más yo les digo a las chicas que esto anda

tan bien y los abuelos no se enferman casi nunca por la buena alimentación que tienen acá y por el cuidado de las chicas, así que bueno yo siempre les dejo todo por escrito. Trabajo solamente en la parte médica. Hay una nutricionista, están las enfermeras y está la dueña del hogar. De todos modos, con la nutricionista no hay ningún problema, yo la conozco, nos hemos visto si bien no tenemos algo así pautado de encontramos una vez cada quince días, me la he encontrado en otros lados y acá y es una mujer totalmente abierta o sea si yo tengo que sugerirle algo por un tema renal, por un paciente eso no hay ningún problema. Puedo sugerir alguna cosa pero dentro de lo que atañe a la medicina después se toman decisiones más administrativas en las que no participo." (Médico, Director Técnico)

"Hago las historias clínicas con las indicaciones según el caso, trabajo con la enfermera y ella con la encargada. No estoy todo el tiempo en el hogar, me comunico siempre que puedo pero siempre estoy al tanto de todo lo que pasa porque soy el médico y si yo no estoy no se hace nada." (Médico, Director Técnico)

"El modelo que implemento no es algo fijo, en realidad tiene que ver con ir dando las órdenes necesarias para que todo funcione bien. No estoy permanentemente, voy tres veces por semana pero me mantengo en contacto diario con la encargada que por suerte con ella tenemos una muy buena relación, es como mi mano derecha, a su vez están las enfermeras y las auxiliares geriátricas que trabajan un montón, hacemos reuniones por mes donde indico cómo proceder. Interdisciplinariamente trabajo así con el equipo, es difícil el rol de director pero me baso mucho en mi experiencia en la clínica, si allí pude acá también." (Médico, Director Técnico)

"Nos manejamos a través de la terapeuta ocupacional y la asistente social, yo me reúno con cada uno y se indica qué acción se va a tomar. Eso era más que nada antes. La asistencia que estoy haciendo ahora es si hay algún problema a resolver me manejo con la encargada, más que nada manejo la parte médica: lo que hago yo es dar un medicamento a un paciente. Nos reunimos una vez por mes, está la enfermera, la terapeuta ocupacional, la asistente social, la encargada y yo y vemos cada cosa." (Médico, Director Técnico)

"Soy el director médico de la institución, no hay director técnico, es la dueña que no es profesional. Soy el que firmo, funciono como director técnico. Dirijo el equipo con un enfoque interdisciplinario con diferentes áreas. Trabajamos con un grupo de pacientes que tienen patologías de diferentes clasificación, hay mucha patología cognitiva que está en estimulación, mucha patología motora que necesita rehabilitación o gente que por su estado nutricional necesitan asistencia o gente que por su estado clínico necesitan asistencia médica. Si bien no soy el director técnico pero firmo como si lo fuera también eso se desplaza a la gestión porque abordo los

casos y tomo decisiones al respecto en calidad de director médico.” (Médico, Director Técnico)

“Dirijo la institución de forma ordenada, cuando viene el médico todas las dudas se las transmito a él y así lo informo también de la dinámica del día. Los pacientes que son derivados a hacerse análisis, o a cardiología, todo cuando viene el médico se lo transmito, lo anotamos, lo actualiza él en la historia, si tiene dificultades para poder tragar o lo que sea, se le avisa a la terapeuta ocupacional o al mismo médico para que él lo derive. Se ven las prioridades, caídas, problemas de cadera, hay quienes les cuesta la marcha. Me encargo de que se cumpla lo que ellos indican, dirigir al personal, mi parte de enfermera y estar con la familia que necesitan mucha contención. Se respeta mucho la indicación del médico porque es indispensable para que esto camine. De la reunión que es mensual participa todo el equipo de profesionales, no el administrativo. Esta modalidad nos da muchísimo resultado.” (Enfermera Profesional, Director Técnico)

“No tenemos reuniones periódicas porque en el ámbito privado la gente anda muy a las corridas con el tiempo por lo económico. Entonces, yo lo que hago es preguntarles `¿Cuál es el problema?` y me dicen `mirá lo que pasa es que necesitaría material para tal cosa` y yo le digo `mirá preparame todo el plan, presentamelo y si me parece bárbaro lo probamos y lo hacemos`. Dejo que las personas, si todo funciona bien, cada uno en su especialidad haga las cosas que necesita y salga todo bien y delego esas funciones. Ahora si no funciona sí me meto, entonces charlamos un poco. Con el personal tengo una jefa de interlocutora que me trae los problemas yo los estoy viendo a diario, veo y llamaré en ese caso y veré lo que tengo que hacer. Hay dos administradoras y está el otro médico con el cual más hablamos también un montón de cosas.” (Médico, Director Técnico)

“Tratamos de que todo sea experiencia, de que cada paciente que está sea un ejemplo de cómo hay que trabajar. No hacemos reuniones por el tiempo que nadie tiene porque todos hacemos otras actividades y corremos de un lado para el otro. Tratamos sí de informarnos de todo, a mí me mantienen al tanto absolutamente de todo un poco por mí personalidad porque yo exijo eso, porque me gusta y creo que uno como médico de todos los pacientes que aquí se hospedan debe saber todo lo que sucede en la institución, además así evito el conventillo que es muy habitual también. Cuando hay un problema, yo me reúno con cada uno y vemos que se puede hacer, interdisciplinariamente trabajamos así, me fijo en qué compete a cada uno y cada cual desde su ámbito opina y después recién tomo una decisión.” (Médico, Director Técnico)

“Aplico el modelo de trabajo interdisciplinario haciendo reuniones con los profesionales, consultando si un tema me excede y necesito interconsultarlo ahí dialogo con quién es más ducho en el tema, puede ser la terapeuta, el psicólogo, es según lo que surja en el momento. Después, continuamente

como director tengo que estar hablando con la nutricionista, la nutricionista a su vez tiene que estar indicándoles a las enfermeras, éstas tienen que estar hablando entre sí y cada uno de ellos hablando conmigo. Según los casos puntuales llamando a un psiquiatra o a un psicólogo que sea necesario, a su vez ellos pasando los partes a distintos grupos en cuestión. Como director lo aplico de esa manera.” (Médico, Director Técnico)

“En la residencia son 200 personas, de ellas tengo una población cautiva de 50 personas que veo a diario permanentemente, el resto capaz que es un seguimiento pero no manifiestan ninguna patología que haya que ir a verlos. El equipo interdisciplinario está conformado por un psiquiatra, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, yo, la nutricionista y después está la parte de enfermería y farmacia. El trabajo interdisciplinario surge cuando se intercambian informaciones que amí me permiten estar al tanto de todo lo que pasa. Se nos pueden escapar unos cuantos porque el número que manejamos es muy grande pero nos manejamos así. A las familias las entrevista la asistente social, ella hace una persecución continua de la familia, a parte son personas que conocemos nosotros, que los hemos visto, sabemos donde viven, que los vamos a buscar a la casa para que lo vengamos a ver porque sabemos que la gente que se quiere escapar de acá para irse a la casa para ver a alguien. Cuando ingresan acá el familiar firma un acta de compromiso que cubra las necesidades básicas de cada residente que va a estar acá pero después lo que pueda llegar a suceder no se sabe. La única vez que los vemos es cuando ingresan y después no los vemos más, después todo pasa por PAMI, antes la familia pagaba la medicación pero ahora eso corre por cuenta del geriátrico. No tenemos psicólogo, la intervención de la terapeuta ocupacional se hace cuando la familia lo exige o cuando la terapeuta tiene que llamar a la familia para algo extra fuera de acá, del hogar. No tenemos respuesta de la gente, incluso no van ni cuando hacemos las internaciones. Eso nos saca personal porque tenemos que mandar personal de acá que lo acompañe a un consultorio o a algún lado. Lo que hay acá es un sistema de madrinas, que se han asignado bastantes residentes con las madrinas que voluntariamente los acompañan. Yo no sé bien como es, lo conoce más la asistente social que yo. No es un programa nuestro, lo vinieron a charlar con la asistente social y bueno va bastante bien. Después a las enfermeras desde el piso se las capacita un poco para la atención de las escaras pero es imposible. Los pacientes ingresan con patologías psiquiátricas o las hacen acá”. (Médico, Director Técnico)

4.3.2. Énfasis en la ausencia de una planificación institucional:

“Aquí nos organizamos según como lo requiere el caso en cuestión pero te puedo decir que como algo habitual hacemos reuniones por mes, las enfermeras me transmiten sus dudas, yo le indico cómo proceder, lo mismo con la nutricionista y la asistente social que ella tal vez no trabaja tanto en equipo porque como su trabajo es más social lo hace más ella y nosotros nos mantenemos al tanto de sus acciones pero no es que discutamos cosas

de servicio social, después no sé qué contarte porque lo que hacemos básicamente es eso, tratamos de hablar todos el mismo idioma.” (Médico, Director Técnico)

5. Aplicación del MTI bajo condiciones de trabajo óptimas.

5.1. Visión integral del MTI

5.1.1. Énfasis en la tríada enseñanza / aprendizaje / aplicación:

“Lo ideal sería la implementación del trabajo interdisciplinario bien enseñado, bien aprendido y bien aplicado. Diseñaría un modelo que incorpore profesionales capacitados para conseguir un equipo parejo de dedicación exclusiva y que esté motivado para trabajar en vejez. Este modelo lo basaría especialmente en la enseñanza del trabajo interdisciplinario ya sea en la institución mediante cursos como lo exigiría en los currículum en la selección del personal, también por medio de capacitaciones que podrían ser facilitadas por el establecimiento, no sé si económicamente pero sí en días que necesiten. Monitorearía la aplicación del trabajo interdisciplinario, viendo cada paciente, su historia clínica porque ahí uno tiene la prueba de las evoluciones e involuciones de cada uno, según el tratamiento que se le aplicó, pero creo que lo fundamental es el equipo, pagarles para que estén motivados y también que haya la infraestructura necesaria.” (Médico, Director Técnico)

“Diseñaría un modelo donde los profesionales y el personal de todo tipo que se contraten realmente hayan tenido una enseñanza acerca de lo interdisciplinario, así se podría dar un servicio lo más completo posible. Creo que es fundamental que el modelo interdisciplinario se haya aprendido de tal modo que se pueda aplicar en el trabajo y no que sea un concepto inerte. Planificaría eso, una buena selección del personal según el aprendizaje que se tenga del modelo de trabajo interdisciplinario, donde se obtuvo y por ende la capacidad que esa persona tenga para aplicarlo, creo que lo demás viene solo, eso es la base. Lo monitorearía con el bienestar de los pacientes en forma general y el funcionamiento de la institución en todo sentido.” (Médico, Director Técnico)

5.1.2. Énfasis en la participación comprometida:

“El diseño ideal es el que estamos aplicando que es la ejecución del Diseño Participativo. Estoy convencida que cuanto más comprometés a todos en la toma de decisión con su participación el resultado es excelente porque todos se comprometieron a algo, pero en todos los niveles. El diseño es el de un equipo con el mismo discurso para todos porque se participa en la decisión, todos desde los auxiliares de enfermería, los asistentes geriátricas hasta la dirección. Se escucha absolutamente todo porque creo que es en beneficio de todos entonces el equipo siente que si dio una opinión y esa opinión es valedera, es aceptada y se cumple lo que la persona del equipo planteó existe muchísimo compromiso. Lo mismo con los profesionales

aunque no les toque venir ese día tienen que estar dispuestos a que lo llamemos por teléfono y consultemos cualquier cosa. Profundizaría el diálogo con la familia en su compromiso y participación. Lo económico se arma por orden de prioridades. Y el recurso humano es lo que más respeto, trato que la parte contable externa lo interprete respecto al personal, que estén en blanco, con ART, y que sean escuchados en sus problemas. Con respecto al monitoreo me gustaría que fuera de forma externa. Lo importante es que lo que se hace es posible de ser modificado para una mejor solución.” (Asistente Social, Director Técnico)

“Lo ideal es que todos participen y sean responsables de las decisiones tomadas, que todos se comprometan. El equipo estaría conformado por distintas disciplinas que serían evaluados dos veces por año e invitados a plantear un proyecto para mejorar el lugar. Monitorearía todo eso con evaluaciones internas y de forma externa, podría ser una auditoría externa que vea cosas que realmente se nos pasan.” (Médico, Director Técnico)

“Contrataría varias disciplinas para formar un equipo que esté bien preparado, que pueda participar y comprometerse con este trabajo que además de ser estresante por la institución es difícil de por sí por la temática. Luego haría reuniones cada quince días para que todos opinen de lo que se debería modificar y si la situación lo amerita haría alguna reunión extra para tratar un tema en sí. Otro dato que creo que conforma un diseño ideal es que los profesionales estén bien pagados y trabajen a gusto, que puedan innovar y compartirlo con los demás colegas y con los pacientes. El trabajo sería interdisciplinario y full time. También planificaría un diseño de lo edilicio que sea apropiado a la población que tenga donde estén cómodos, los profesionales también, y esto beneficiaría a todos. Otra cosa sería tener un sistema de registro de lo que piensan cada uno de los del equipo, las familias y los pacientes, donde se pueda ver si estamos haciendo las cosas bien o no, sería importantísimo que encontráramos la forma de que la familia concorra más con un sistema de feedback donde vuelva el trabajo a quienes lo hacen, vuelva una respuesta de “estás en lo correcto” o no.” (Médico, Director Técnico)

“En principio uno tiene que estar motivado como director y tiene que convocar a gente que esté motivada. Si sabe mucho más o un poco menos yo no le daría importancia a eso, si hay un trabajo grupal previo, sería mucho la motivación, crearía en principio un grupo desde distintas disciplinas, de consolidación, donde se pueda discutir. Si el director es el dueño mejor, de arriba te bajan línea, restricciones. Entiendo que debe haber alguna obra social con la cual puedes pautar un convenio, un buen diálogo. Creo que estas cosas hay que conocerlas también porque sino no sólo esto del grupo y la interdisciplina es como una cosa idílica, e ir creciendo e ir construyendo sino que este otro lugar de poder que hay que tenerlo muy en cuenta porque te determina, te condiciona. Sería interesante darle el manejo de todo ese presupuesto económico que lo tuviera la gente del equipo, de

forma igualitaria, que se admita gente con ese mismo compromiso y reciba ese dinero y no ves lo que pasa con las gerencadoras que están con el poder, con la información, entonces consiguen el paquete de algo y después subcontratan mano de obra.” (Médico, Director Técnico)

“Tendría un equipo que participe y se comprometa con la institución, que trabaje sólo para esa institución para que esté motivado y pueda dedicar su tiempo, sus ganas, sus proyectos a esa institución, por lo tanto habría que contar con un sueldo que le permita vivir. Quisiera que el equipo que trabaje lo haga la cantidad de horas que se puedan pautar para poder controlar y seguir al paciente. El primer paso que haría con los residentes es que se adapten a la institución.” (Médico, Director Técnico)

5.1.3. Énfasis en la externalización del paciente:

“Deberíamos hacer el trabajo de la participación concreta de la institución afuera que creo que es la cosa más difícil de la política institucional. Hay que empezar a trabajar, armando las redes. Autonomía e independencia, lo deseado es eso. Más que contar con toda la plata no se puede armar nada si no contás con la política pero con todo a favor.. El trabajo interdisciplinario lo diseñaría y ejecutaría con la externalización del paciente. Una institución de puertas para afuera. Lo monitorearía de manera fácil, empiezan a estar bien y hubo una cantidad de altas espectacular, tuvo una clara idea de lo que significaba la sensación de contención, de estar en un lugar donde tenía con quien hablar, a quien escuchar y con quien compartir algo, primera conclusión que sacás es que si este tipo logró medianamente ubicar en su vida el lugar que tiene esto y puede poner afuera la mitad de lo que hizo acá, eso es bárbaro, y si tiene la guita para un departamento y vivir solo y tener alguien que lo ayude y demás, su trabajo más grande va a ser armar un grupo de pertenencia. Va a trabajar afuera de la institución y si necesitas la institución para darle un cierto marco está bien también. El tema es no generar dependencia. Tenés que tener un lugar que vos lo ayudes y que estando bien el se forme su propio grupo de pertenencia.”(Psiquiatra, Director Técnico)

5.2. Visión fragmentada del MTI

5.2.1. Énfasis en lo administrativo:

“Habría que cambiar la burocracia, los turnos, las demoras, llamar al médico de cabecera para que venga a verlo, toda la parte burocrática. Diría agilizar un poco más todo eso. No me salen las palabras, decirte la manera de trabajar pero tener todos los recursos para que el paciente geriátrico pueda vivir un poco más y más adecuado. Habría que capacitar al personal de enfermería, que son los que menos se están capacitando. Con charlas, asesoramiento, lo esencial para este trabajo es que cada persona está en un nivel.” (Médico, Director Técnico)

5.3. Visión distorsionada del MTI

5.3.1. Énfasis en la sectorización urbana:

“Propongo la sectorización de los geriátricos y asilos, ponerlos en una zona de la ciudad cerca uno de otro, así si dos personas fueron amigas toda la vida o familiares que se quieren visitar pueden hacerlo. Incorporaría el personal necesario, tendría reuniones con el personal pero también con los viejos. Después trataría de que se incorporen la mayor cantidad de actividades posibles para que los viejos tengan actividad y que el lugar esté alejado de los peligros de la ciudad y les pueda brindar felicidad para los últimos años de su vida”. (Médico, Director Técnico)

“Si tuviera el factor económico resuelto, diseñaría un lugar donde el anciano se reúne con otra gente, vende su propiedad o la alquila y se va a vivir a una especie de lugar donde es contenido, una especie de barrio con lugares donde pueden ir a comer algo, donde todo está cerca, donde pueden ir a hacer un curso de escultura o de cerámica, son de ellos, no tienen que ir a comprar los remedios ni ir a comprar la comida que ahí es donde se caen, el miedo de ser asaltados, seguramente todo eso disminuye, no están solos, pero están cada uno en su lugar. Lo fulero en los geriátricos es que tienen cada habitación entre dos o tres y a lo mejor alguno que está moribundo, otro que se hace encima o que está con escaras y larga un olor horrible. Hay que destacar esto: que es un geriátrico? Es un lugar para vivir o un lugar para ir a morir? Creo que tiene que ser un lugar para ir a vivir para determinada gente, un lugar intermedio.” (Médico, Director Técnico)

“Primero habría que ubicar la concentración de instituciones en una zona de la ciudad: un espacio quizá para que la gente lo pueda transitar sin tener que depender tanto y tal vez un multicentro ahí. El problema de las personas mayores es que son individuos todos diferentes y las problemáticas son diferentes, los tiempos también, las capacidades son distintas, entonces por una base de datos muy dinámica de la población en general para proyectar políticas de acción y ver bien el diseño de estos lugares, como agruparlos, si por patologías, o qué. Lo monitorearía con la evolución de cada caso”. (Médico, Director Técnico)

“Tendría en cuenta qué sector de la población se va a atender. Si están bien cognitivamente propondría que se construyan edificios o casas para gerontes donde estén todos juntos y puedan vivir sin las preocupaciones y la discriminación que tienen actualmente separados en los geriátricos de la ciudad. El diseño sería estructuralmente ese, de forma edilicia, luego se trabajaría como ahora con las distintas disciplinas. Lo que implementaría serían diferentes gabinetes de trabajo en el cual voy a delegar ciertas funciones en cada uno de ellos. Haría ateneos en esta congregación de casas para pasar los últimos años abiertos a la comunidad. Y dentro de cada edificio armaría diferentes lugares para formar siempre pares, dividir los sectores: los que son totalmente dependientes de los que son semi-

varios parámetros que uno podría tomar en un hogar como para ver si las cosas andan bien o no, después hay otras instituciones serias nacionales e internacionales que tienen estadísticas de esto que uno puede cotejarlo para ver si hace las cosas bien o no.” (Médico, Director Técnico)

5.3.3.Énfasis en la prevención médica:

“Plantearía el exámen preventivo de análisis y radiografías anuales a todos los residentes de un hogar geriátrico para saber en qué estado está el paciente no solamente ante la enfermedad porque si nosotros tenemos un análisis de rutina podemos tener un planeamiento, y trabajar más con la familia. Lo monitorearía con registros, las historias clínicas.” (Médica, Director Técnico)

“Diseñaría un modelo de trabajo interdisciplinario donde prime la evaluación de cada paciente de su estado de salud, si tiene alguna patología que pueda incrementarse, todo ni bien ingresa. Creo que es importante enfatizar allí porque si el residente no está bien de salud nada de la terapeuta ni de la recreación tiene sentido, así que pienso que la prevención es fundamental. Lo ejecutaría con una batería de análisis obligatorios al ingresar y luego periódicos. Por supuesto que si hay internación psiquiátrica hay que tener psiquiatra, en el número que cubra a todos los pacientes. Creo que tendría que haber más profesionales en cada área para atender correctamente a todos para que al menos las patologías psiquiátricas o no, no las hagan acá. Lo monitorearía con las historias clínicas de los más comprometidos.”(Médico, Director Técnico)

5.4.Ausencia de Visión del MTI

5.4.1.Énfasis en la conformidad:

“No sé como diseñaría un modelo en condiciones ideales porque para mí está bien este que aplicamos ahora. No encuentro cómo sería mejor, me siento conforme así. De dinero no veo problema porque se está comprando lo que el equipo pide. No tengo un ideal de institución.” (Enfermera Profesional, Director Técnico)

“En realidad nunca me interesó pensar esto y básicamente lo que hacemos es tarea asistencial. Esto no te lo puedo responder ahora porque no tengo digamos un modelo que yo haya proyectado. No he tenido un tiempo dedicado a la planificación de ello porque por otra parte no es tampoco una meta que me haya planteado como una expectativa de vida”. (Médico, Director Técnico)

Cuadro I: integrador de perfiles institucionales de los DT de las RPM privadas locales y Modelo de Trabajo Interdisciplinario

Perfil	No capacitado gerontológicamente					
	Capacitado gerontológicamente		Modelo de Trabajo Multidisciplinario (MTM)		Modelo de Trabajo Disciplinario (MTD)	
	Modelo de Trabajo Interdisciplinario (MTI)	suficiente	suficiente	insuficiente	errónea	errónea
Modelo de trabajo institucional		suficiente	insuficiente	errónea	errónea	nula
Incorporación de principios		Visión integral	Visión fragmentada	Visión distorsionada	Aplicación disciplinar	Visión ausencia de visión
Habitus		Aplicación interdisciplinar	Aplicación multidisciplinaria	Aplicación disciplinar	Aplicación disciplinar	Aplicación disciplinar
Articulación visión - aplicación		Ausencia de referentes	I) Énfasis en un conocimiento nominal II) Énfasis en la valoración de cualidades	I) Énfasis en un saber experto disciplinar	I) Énfasis en la curricula	disciplinar
Formación de Grado		interdisciplinar	I) Énfasis en la valoración de cualidades II) Énfasis en la predisposición disciplinar a trabajar interdisciplinariamente III) Énfasis en la división de tareas	Ausencia de referentes	Ausencia de referentes	disciplinar
Capacitación Gerontológica de Postgrado		I) Énfasis en la participación del equipo interdisciplinario	Ausencia de referentes	Ausencia de referentes	I) Carece de capacitación de postgrado I.i.) Carece de CGP	disciplinar
Trayectoria Profesional		I) Énfasis en la participación del equipo interdisciplinario II) Énfasis en la cualificación e idoneidad de los trabajadores	Ausencia de referentes	Ausencia de referentes	disciplinar	Ausencia de referentes
Capacidad de aplicabilidad bajo condiciones actuales		I) Énfasis en la participación del equipo interdisciplinario	I) Énfasis en la disponibilidad de recursos	I) Énfasis en un saber experto disciplinar II) Énfasis en la ausencia de planificación institucional	Ausencia de referentes	Ausencia de referentes
Capacidad de planificación bajo condiciones óptimas		I) Triada enseñanza-aprendizaje-aplicación II) Participación comprometida III) Externalización	I) Aspectos administrativos	I) Jerarquización urbana II) Jerarquización institucional III) Prevención médica	I) Énfasis en la conformidad	Ausencia de referentes
Conceptualización		I) Énfasis en la participación del equipo interdisciplinario II) Énfasis en la cualificación e idoneidad de los trabajadores	Ausencia de referentes	I) Énfasis en un saber experto disciplinar II) Énfasis en la ausencia de planificación institucional	Ausencia de referentes	Ausencia de referentes

