



Facultad de Derecho y Ciencias Sociales  
Escuela de Trabajo Social

**“PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DESDE LA MIRADA DEL  
TRABAJO SOCIAL FRENTE A LA TEMÁTICA DEL BUEN MORIR,  
PÉRDIDAS Y DUELO EN ADULTAS Y ADULTOS MAYORES  
INSERTOS EN ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA”**

INFORME FINAL DE PROYECTO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO  
ACADÉMICO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL Y EL TÍTULO  
PROFESIONAL DE TRABAJADOR SOCIAL

**INTEGRANTES:** CAMILA ROJAS CAMPOS  
DANAE SEREY LOO

**PROFESOR GUÍA:** MAURICIO URETA BERNAL

**2016**

## **AGRADECIMIENTOS**

Camila Rojas Campos

Al concluir este arduo y extenso proceso solo queda agradecer a las personas que formaron parte de él catapultándome a conseguir mis metas. Primero que todo, debo agradecer a nuestro profesor guía Don Mauricio Ureta Bernal, por confiar en nosotras, en la temática y por darnos su soporte incondicional.

Agradecer a mi compañera, la más apañadora que podría haber tenido. Nuestro camino no estuvo exento de estrés, pero contigo todo resultó mucho menos caótico. El proceso en general contribuyó a que nos acercáramos y conociéramos de una manera distinta, te agradezco por abrir las puertas de tu casa, permitirme conocer a la Jo, tu Familia, por quererme y soportarme. Te Adoro infinito.

El pilar más importante de mi vida es mi familia y soy una orgullosa de ella, debo agradecerles por contribuir a ser lo que soy (aunque se arrepientan de lo que crearon jajja) los amo locamente, y este logro que estoy a punto de realizar, es tanto mío como suyo. Gracias por soportar mi genio del terror, gracias por siempre apoyarme en las decisiones que tomo, gracias por estar en las buenas y sobretodo en las malas, por amarme, respetarme, controlarme y también por permitirme llegar al descontrol.

Soy una convencida de que la familia no solo se constituye por los lazos sanguíneos y como no estarlo si tengo a mi lado a los mejores dos amigos que la vida me pudo brindar, María Paz y Felipe. Ustedes son mi complemento, mis cables a tierra y también los que me hacen ver el mundo desde otra perspectiva, con los que a pesar de la pena que pueda sentir siempre hay un motivo de alegría.

Y por supuesto agradecer a mis compañeras de la u, que se transformaron en amigas y espero que lo sean para la vida. Sin ustedes este proceso habría sido agobiante y aburrido, sin chispa. Las quiero y te quiero amigo.

Antes de finalizar, no puedo olvidar agradecer a las personitas bellas de la UDE, por abrirme las puertas a su mundo maravilloso y dejarme ser parte de él, por alentarme siempre a ser mejor y a fortalecer mis puntos débiles. Gracias Pieri, Caro <3 Y un gran GRACIAS a Claudio por darme maravillosas oportunidades, que me llevaron a conocer gente bella como mi Guille <3

Ahora somos como mariposas, hicimos nuestra primera transformación, costó, fue difícil, nos caímos y nos levantamos, pero ahora ya tenemos alas y debemos extenderlas para seguir nuestro camino, proponernos nuevas metas para alcanzar cada vez más la FELICIDAD.

### **Danae Serey Loo**

Sin duda alguna si tuviese la oportunidad de retroceder el tiempo y volver a tener nuevamente 18 años de edad, jamás hubiese cambiado en nada esta elección vocacional y profesional. El Trabajo Social forma parte de mi identidad, de mi presente y de lo que deseo para mi futuro, se introdujo y sembró en mí una nueva forma de visualizar el mundo que me rodea, aumentó la comprensión de esta realidad y lo más importante permitió que esta comprensión se desarrollara de una perspectiva crítica, constructiva y consciente.

Pero además estos 6 años y el proceso universitario, también será recordado como una etapa importante en mi vida por distintos acontecimientos que han configurado a la Danae que soy hoy en día, ya que me atrevo a decir con orgullo que estos años me permitieron convertirme también en mujer y en madre.

Josefa hija mía, lo eres todo, el mejor regalo que pude haber recibido jamás, viniste a llenar mis días de la felicidad más pura que existe, me otorgaste la hermosa responsabilidad de la crianza, me diste la oportunidad de crecer, de formar, de educar y acompañar, juntas somos invencibles, tú eres pura fuerza y pura luz, eres la luz de mi vida junto a mi Madre, junto a mis adoradas Tías Paola, Rosa y mi Abuela, también Javier y a todos los que conforman esta gran familia todos ellos y ellas chicos y grandes son mis raíces y mis pilares que siempre han estado presente acompañándome y apoyándome en todo momento incondicionalmente, no puedo ser más afortunada y más agradecida de haber nacido entre ustedes, y haber podido compartir mi vida con seres humanos tan llenos de amor.

Por otro lado, también tuve la oportunidad de elegir, ya que dicen que los amigos son la familia que tú escoges y cuánta razón tiene esta frase, una de las pocas y creo que únicas cosas que le agradezco a mi antiguo colegio, es el permitirme conocer a mis queridas amigas, entre ellas Sofía y Javiera siempre, pero siempre tendrán un lugar en mi corazón, los años pasan y seguimos siendo las mismas, gracias por ser ese apoyo afuera de la U y esa excusa perfecta para distraerse y reírse hasta llorar. Chio y Jesús, por otra parte, ustedes fueron ese apoyo aquí dentro, cuantos recuerdos juntas, es que yo las adoro bonitas y finalmente pero no menos importante Camila, no me canso de decirte que fuiste la mejor, gracias por compartir conmigo este proceso, gracias por ser sequísima en todo lo que haces, gracias por tus obsesiones compulsivas, gracias por trabajar en mi "A" fobia gracias por comprender mi vida caótica, gracias por todo y gracias por ser tú.

## **RESUMEN**

La presente investigación tiene como objetivo conocer las prácticas de intervención biopsicosocial en torno a las temáticas de Buen Morir, Pérdida y Duelo, desarrolladas en la Residencia El Naranjo para Adultos Mayores de Viña del Mar. Para esto se realizó una investigación de carácter cualitativo con el fin de obtener los significados que los involucrados tienen sobre estas temáticas.

La investigación se sustenta en el aumento del envejecimiento poblacional y en la necesidad de contar con profesionales y técnicos capacitados para enfrentar la nueva realidad que afecta al mundo entero.

Los conceptos en los que se basa la investigación son: el *Buen Morir*, el cual busca proporcionar bienestar y buena calidad de vida de las personas en el final de la etapa de vida; y finalmente la *Pérdida y Duelo*, donde la pérdida puede ser real o simbólica y el duelo es una reacción a ésta.

Para llevar a cabo la recolección de información se utilizó como técnica la entrevista semiestructurada realizada a un total de 15 personas, correspondientes a dos colectivos de investigación; primero los residentes y sus familiares; y segundo, los profesionales y trabajadores de la residencia. Tras lo cual se realizó la triangulación de ésta, de donde se desprende que los adultos mayores deben mantenerse activos considerando sus características particulares y deben recibir el apoyo tanto familiar como institucional, los cuales contribuyen al Buen Morir.

Considerando la información obtenida de la investigación realizada, se procedió a desarrollar una propuesta de protocolo de intervención en favor del Buen Morir de los adultos y adultas mayores, enfocándolo en cuatro momentos de intervención: Primera entrevista, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento.

Es preciso señalar que los adultos mayores, en el momento de ingreso a la residencia, atraviesan procesos de readaptación que generan una crisis producto de las pérdidas vivenciadas, siendo estas de tipo relacionales, interpersonales, materiales y evolutivos.

Es vital la construcción de un instrumento de investigación que abarque la totalidad de los ejes a investigar, que sea de fácil comprensión. Por lo cual la entrevista semiestructurada permitió lo anteriormente mencionado puesto que es capaz de ser modificada para complementar de mejor manera la información vertida en ella.

Finalmente, es fundamental crear espacios educativos que proporcionen el conocimiento de las temáticas relacionadas al envejecimiento en los estudiantes de Trabajo Social de pregrado.

## **ABSTRACT**

The present research has as objective to know the practices of biopsychosocial intervention around the themes of Good Dying, Loss and Mourning, developed at the Residence of El Naranjo for Older Adults in Viña Del Mar. A qualitative research was made with the purpose of obtain information about the different meanings that people involved have about this themes.

The research is based on the increase of population aging and the need of having professionals and technicians trained to face this new reality that affects the whole world. According to this, the research is based on the following concepts: Good Dying, which seeks to provide well-being and good quality of life for people at the end of their lives; and finally Loss and Mourning, where the loss can be real or symbolic and mourning is a reaction to it.

To carry out the collection of information a semi-structured interview was used as a technique. This interview was applied on a total of 15 persons, corresponding to two research groups: first the residents and their relatives; and second, the professionals and workers of the residence. After this a triangulation was made, from which it's deduced that older adults must be active considering their particular characteristics and should receive familiar and institutional support, which contributes to Good Dying.

Considering the information obtained from the current research, a proposal for a protocol of intervention in favor of Good Dying of adults and older adults was developed, having as a focus four moments of intervention: First Interview, Diagnosis, Treatment and Tracing.

It's necessary to note that older adults, at the time of admission in the residence, go through readaptation processes that generate a crisis developed from the lived losses, these being of relational, interpersonal, material and evolutionary type.

It's vital to build a research instrument to cover the whole spectrum of axes under investigation, for an easy and better understanding. The semi-structured interview allowed the mentioned above since it's capable of being modified to complement in a better way the gathered information.

Finally, it's also fundamental to create educational spaces that provide the knowledge of the issues related to aging in undergraduate Social Work students.

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	I
<b>RESUMEN</b> .....	III
<b>ABSTRACT</b> .....	IV
<b>ÍNDICE</b> .....	V
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	VIII
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	X
<b>Capítulo I <i>Contexto Institucional</i></b> .....	1
<b>I CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LA INSTITUCIÓN</b> .....	2
1. TIPO DE INSTITUCIÓN.....	2
2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS .....	3
3. COBERTURA Y RADIO DE ACCIÓN .....	3
3.1. Cobertura .....	3
3.2. Radio de Acción .....	3
4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	4
4.1. Misión.....	4
4.2. Visión .....	4
5. ORGANIGRAMA.....	5
6. POLÍTICA DE LA INSTITUCIÓN.....	6
7. OBJETIVOS .....	6
7.1. Objetivo General.....	6
7.2. Objetivos Específicos .....	6
8. PROGRAMAS DE LA INSTITUCIÓN.....	7
9. RECURSOS DE LA INSTITUCIÓN .....	8
9.1. Recursos Humanos .....	8
9.2. Recursos Financieros .....	8
9.3. Recursos Físicos.....	9
<b>II TRABAJO SOCIAL EN LA INSTITUCIÓN</b> .....	10
10. OBJETIVOS DEL TRABAJO SOCIAL EN LA INSTITUCIÓN .....	10
10.1. Objetivo General .....	10
10.2. Objetivos Específicos.....	10
11. ROLES Y FUNCIONES PROFESIONALES .....	10
11.1. Roles.....	10
11.2. Funciones.....	11
12. NIVELES DE INTERVENCIÓN SOCIAL QUE SE APLICAN EN LA INSTITUCIÓN .....	11
13. PROBLEMAS SOCIALES MÁS RECURRENTES .....	12
14. REDES SOCIALES A LAS QUE SE ADSCRIBE LA INSTITUCIÓN .....	13
<b>Capítulo II <i>Marco Teórico</i></b> .....	14
1. PRIMER EJE CONCEPTUAL: ADULTO MAYOR. ....	15
1.1. Adultez Mayor .....	15
1.2. Adultez Mayor o Tardía en el Ciclo Vital. ....	16
1.3. Adultez Mayor o Tardía en la sociedad.....	18

1.4. Adulter Mayor y Género.....	19
1.5. Adulto mayor institucionalizado.....	20
<b>2. SEGUNDO EJE CONCEPTUAL: BUEN MORIR .....</b>	<b>22</b>
2.1. Buen Vivir.....	22
2.2. Buen Morir .....	26
2.3. Cuidados Paliativos.....	27
2.4. Trabajo Social y Cuidados Paliativos.....	28
<b>3. TERCER EJE CONCEPTUAL: DUELO .....</b>	<b>34</b>
3.1. Duelo y Pérdida .....	34
3.2. Estadios del proceso de duelo .....	35
3.2.1. Etapas y Fases del proceso de duelo .....	36
3.3.1. Tareas del proceso del duelo.....	37
3.3. Tipos de duelo .....	39
3.3.1. Duelo anticipado.....	39
3.3.2. Duelo Normal .....	42
3.3.3. El duelo complicado.....	42
3.4. Duelo y Pérdidas en el adulto mayor .....	43
<b>Capítulo III Marco Metodológico.....</b>	<b>45</b>
<b>1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>46</b>
<b>2. SISTEMA DE OBJETIVOS .....</b>	<b>47</b>
2.1. Objetivos de la Investigación .....	47
2.1.1. Objetivo General.....	47
2.1.2. Objetivo Específico .....	47
2.1.3. Pregunta de Investigación .....	47
<b>3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>48</b>
<b>4. INSERCIÓN INICIAL EN EL CAMPO DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>50</b>
<b>5. DISEÑO MUESTRAL CUALITATIVO .....</b>	<b>52</b>
5.1. Colectivo de Investigación.....	54
<b>6. DISEÑO, ENFOQUE Y PERSPECTIVA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>55</b>
6.1. Enfoque de estudio .....	55
6.2. Tipo de diseño .....	55
<b>7. RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>57</b>
7.1. Instrumentos y técnicas de recolección de datos.....	57
7.1.1. Definición de unidades de análisis .....	57
7.1.2. Técnicas de recopilación de datos.....	58
7.2. Inmersión Profunda en el campo de Investigación.....	60
<b>8. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS RECABADOS .....</b>	<b>61</b>
8.1. Triangulación para el análisis de datos .....	61
8.2. Análisis de contenido.....	63
<b>9. MATRIZ DE ANÁLISIS DE CONTENIDO .....</b>	<b>64</b>
<b>Capitulo IV Análisis de contenido .....</b>	<b>76</b>
<b>1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE ANÁLISIS DE CONTENIDO.....</b>	<b>77</b>
<b>2. ANÁLISIS DE CONTENIDO DE LOS DATOS RECABADOS.....</b>	<b>78</b>

2.1. Colectivo Adultos y Adultas Mayores Residentes .....	78
2.2. Colectivo Familiares .....	88
2.3. Colectivo Profesionales y Trabajadores .....	97
2.4. Triangulación de los Colectivos de Investigación .....	115
Capítulo V <i>Conclusiones</i> .....	124
1. CONCLUSIONES METODOLÓGICAS .....	125
2. CONCLUSIONES TEÓRICAS Y TEMÁTICAS.....	127
3. CONCLUSIONES VINCULADAS AL TRABAJO SOCIAL.....	132
Capítulo VI <i>Protocolo de Intervención</i> .....	133
BIBLIOGRAFÍA.....	XI
LINKOGRAFÍA.....	XIII
ANEXOS .....	XIV

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Oferta Programática “El Naranjo” .....	7
Tabla 2: Recursos Humanos de la Residencia para Adultos Mayores "El Naranjo" .....	8
Tabla 3: Roles del trabajo social .....	10
Tabla 4: Problemáticas recurrentes en la Adulter Mayor .....	12
Tabla 5: Principales deterioros de los y las Adultas Mayores.....	17
Tabla 6: Enfermedades comunes en la Adulter Mayor. ....	18
Tabla 7: Redes institucionales. ....	21
Tabla 8: Tabla de necesidades según Max Neef .....	24
Tabla 9: Objetivos del cuidado paliativo.....	27
Tabla 10: Diferencias entre tratamiento curativo y paliativo. ....	28
Tabla 11: Objetivos, Funciones y Actividades del Trabajo Social en Cuidados Paliativos en Argentina. ....	30
Tabla 12 Trabajo Social y cuidados paliativos en México .....	32
Tabla 13: Colectivo de investigación I.....	54
Tabla 14: Colectivo de investigación II.....	54
Tabla 15: Unidades de análisis .....	57
Tabla 16: Matriz de análisis de contenido .....	64
Tabla 17: Momentos de intervención. Residentes.....	78
Tabla 18: Primeros auxilios psicológicos. Residentes.....	78
Tabla 19: Primera entrevista. Residentes .....	79
Tabla 20: Tratamiento. Residentes .....	80
Tabla 21: Tratamiento. Residentes .....	81
Tabla 22: Tratamiento. Residentes .....	82
Tabla 23: Tratamiento. Residentes .....	82
Tabla 24: Técnicas de intervención. Residentes.....	83
Tabla 25: Técnicas de apoyo. Residentes .....	83
Tabla 26: Técnicas de apoyo. Residentes .....	84
Tabla 27: Influencia directa. Residentes .....	85
Tabla 28: Influencia directa. Residentes .....	85
Tabla 29: Manejo ambiental. Residentes.....	86
Tabla 30: Manejo ambiental. Residentes.....	86
Tabla 31: Referencia. Residentes.....	87
Tabla 32: Momentos de intervención. Familiares.....	88
Tabla 33: Primeros auxilios psicológicos. Familiares .....	88
Tabla 34: Primera entrevista. Familiares.....	89
Tabla 35: Tratamiento. Familiares .....	90
Tabla 36: Técnicas de intervención. Familiares .....	91
Tabla 37: Técnicas de apoyo. Familiares.....	91
Tabla 38: Técnicas de apoyo. Familiares.....	92
Tabla 39: Discusión reflexiva. Familiares.....	92

Tabla 40: Discusión reflexiva. Familiares .....	93
Tabla 41: Manejo ambiental. Familiares .....	93
Tabla 42: Discusión reflexiva. Familiares .....	94
Tabla 43: Referencia. Familiares .....	94
Tabla 44: Trabajo en equipo multidisciplinario. Familiares .....	95
Tabla 45: Momentos de intervención. Trabajadores .....	97
Tabla 46: Primeros auxilios psicológicos. Trabajadores.....	97
Tabla 47: Primera entrevista. Trabajadores .....	99
Tabla 48: Diagnóstico. Trabajadores .....	100
Tabla 49: Tratamiento. Trabajadores .....	102
Tabla 50: Técnicas de intervención. Trabajadores.....	104
Tabla 51: Técnicas de apoyo .....	104
Tabla 52: Discusión reflexiva. Trabajadores .....	105
Tabla 53: Influencia directa. Trabajadores .....	107
Tabla 54: Manejo ambiental. Trabajadores .....	108
Tabla 55: Referencia. Trabajadores.....	109
Tabla 56: Trabajo en equipo. Trabajadores .....	110
Tabla 57: Trabajo en equipo multidisciplinario. Trabajadores .....	111
Tabla 58: Trabajo en equipo. Trabajadores .....	111
Tabla 59: Trabajo en equipos interdisciplinario. Trabajadores .....	113
Tabla 60: Primeros auxilios. Triangulación.....	115
Tabla 61: Primera entrevista. Triangulación.....	116
Tabla 62: Tratamiento. Triangulación.....	117
Tabla 63: Técnicas de Apoyo. Triangulación .....	118
Tabla 64: Discusión reflexiva. Triangulación .....	119
Tabla 65: Influencia directa. Triangulación.....	119
Tabla 66: Manejo ambiental. Triangulación.....	120
Tabla 67: Referencia. Triangulación .....	120
Tabla 68: Trabajo multidisciplinario. Triangulación.....	121
Tabla 69: Protocolo de intervención.....	134

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1: Ubicación Geográfica de la Residencia para el adulto mayor "El Naranjo" .....	2
Figura 2: Organigrama institucional .....	5
Figura 3: Planta baja de la Residencia para adultos mayores "El Naranjo" .....	9
Figura 4: Planta alta de la Residencia para adultos mayores "El Naranjo" .....	9
Figura 5: Triangulación de análisis de datos .....	61

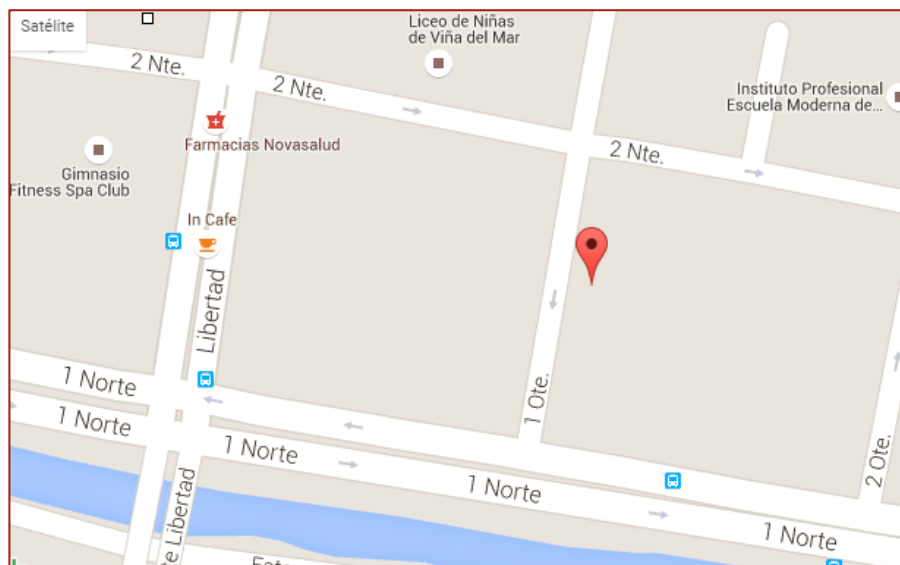


## **Capítulo I**

### ***Contexto Institucional***

## I CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LA INSTITUCIÓN

- Nombre: El Naranjo, Residencia para el Adulto Mayor.
- Directora: Lorena Arqueros García
- Rut empresa: 76.294.463-4
- Ubicación Geográfica: 1 Oriente #74, Viña del Mar.



*Figura 1: Ubicación Geográfica de la Residencia para el adulto mayor "El Naranjo"*

- Fono: (32) 3289970
- Correo: [administracion@elnaranjo.cl](mailto:administracion@elnaranjo.cl)

### 1. TIPO DE INSTITUCIÓN

Esta institución está compuesta por dos entidades, por lo tanto posee una doble funcionalidad.

- Residencia de Larga Estadía Lorena Arqueros E.I.R.L.

Ésta empresa y Residencia de Larga Estadía E.I.R.L. puede actuar y funcionar con el nombre de fantasía “El Naranjo”.

- Fundación de Residencia de Adultos Mayores El Naranjo.

Corresponde a una persona jurídica sin fines de lucro, que puede utilizar como nombre abreviado “Fundación El Naranjo”.

Ésta fundación tiene como fin, objeto u actividad económica, acoger, cuidar integralmente y acompañar a los y las adultas mayores en las etapas terminales de su ciclo vital

## **2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

- Residencia de Larga Estadía Lorena Arqueros E.I.R.L.

El 16 de Agosto del 2013 la empresa es constituida, por iniciativa de Lorena Arqueros, comprendiendo como su principal objeto, el desarrollo de actividades relacionadas con la salud humana.

Surge como una alternativa seria y profesional dedicada al cuidado de los adultos mayores que dieron una vida entera al cuidado de las familias y contribuyeron al engrandecimiento del país, por lo cual resulta gratificantes el poder devolver a estos hombre y mujeres del ayer un espacio de Dignidad, para que sigan disfrutando de la vida con seguridad, compañía y afecto. Su apertura oficial fue el 29 de octubre del año 2015.

- Fundación de Residencia de Adultos Mayores “El Naranjo”

Surge en el año 2015, por iniciativa de Lorena Arqueros y Robert Quilhot, con la finalidad de crear una fundación paralela a la empresa “El Naranjo” que permitiese desarrollar vínculos con las siguientes instituciones: CORFO, SERCOTEC, CORE, SENCE, Intendencia y gobernación, y de esta forma poder acceder a beneficios y Fondos Concursables, que representen un aporte en el desarrollo de la Residencial y su comunidad.

## **3. COBERTURA Y RADIO DE ACCIÓN**

### **3.1. Cobertura**

De acuerdo a la resolución N°2123, emitida el 29 de octubre de 2015 por la Secretaria Regional Ministerial de Salud de la Región de Valparaíso, la cobertura o capacidad de “El Naranjo” es de 10 residentes adultos mayores.

Sin embargo, en la actualidad hay un total de 9 residentes, de los cuales 7 pertenecen al sexo femenino y tan solo 2 al sexo masculino.

### **3.2. Radio de Acción**

Si bien la empresa El Naranjo se encuentra ubicada en la ciudad de Viña del Mar, esta cuenta con un radio de acción más amplio, puesto que no se limita a la población exclusiva de la zona.

## **4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**

### **4.1. Misión**

“Nuestra misión es brindar calidez, seguridad y el afecto que se vive en un verdadero hogar, velando por la calidad de vida y cuidado de vuestros seres queridos, bajo los principios de eficiencia en los cuidados, respeto y paciencia; desarrollar actividades que permitan mantener a los adultos mayores en las mejores condiciones, propiciando su desarrollo integral en el campo físico, mental y espiritual. Teniendo la contribución de un equipo humano profesional con alta vocación de servicio, responsabilidad y compromiso.”

### **4.2. Visión**

“Ser un hogar consolidado y especializado en el cuidado de personas de la tercera edad, brindando servicios con un alto grado de organización y calidad, que garanticen una mejor calidad de vida, en el marco del respeto, la tranquilidad y confort. Basándonos en el firme compromiso de destacar la importancia del cuidado del adulto mayor, interviniendo en los procesos necesario que encaminen un cambio cultural en la valorización y el trato hacia los adultos mayores”<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Información obtenida de <http://elnaranjo.cl/quienes-somos/> recuperada el 10 de abril de 2016.

## 5. ORGANIGRAMA

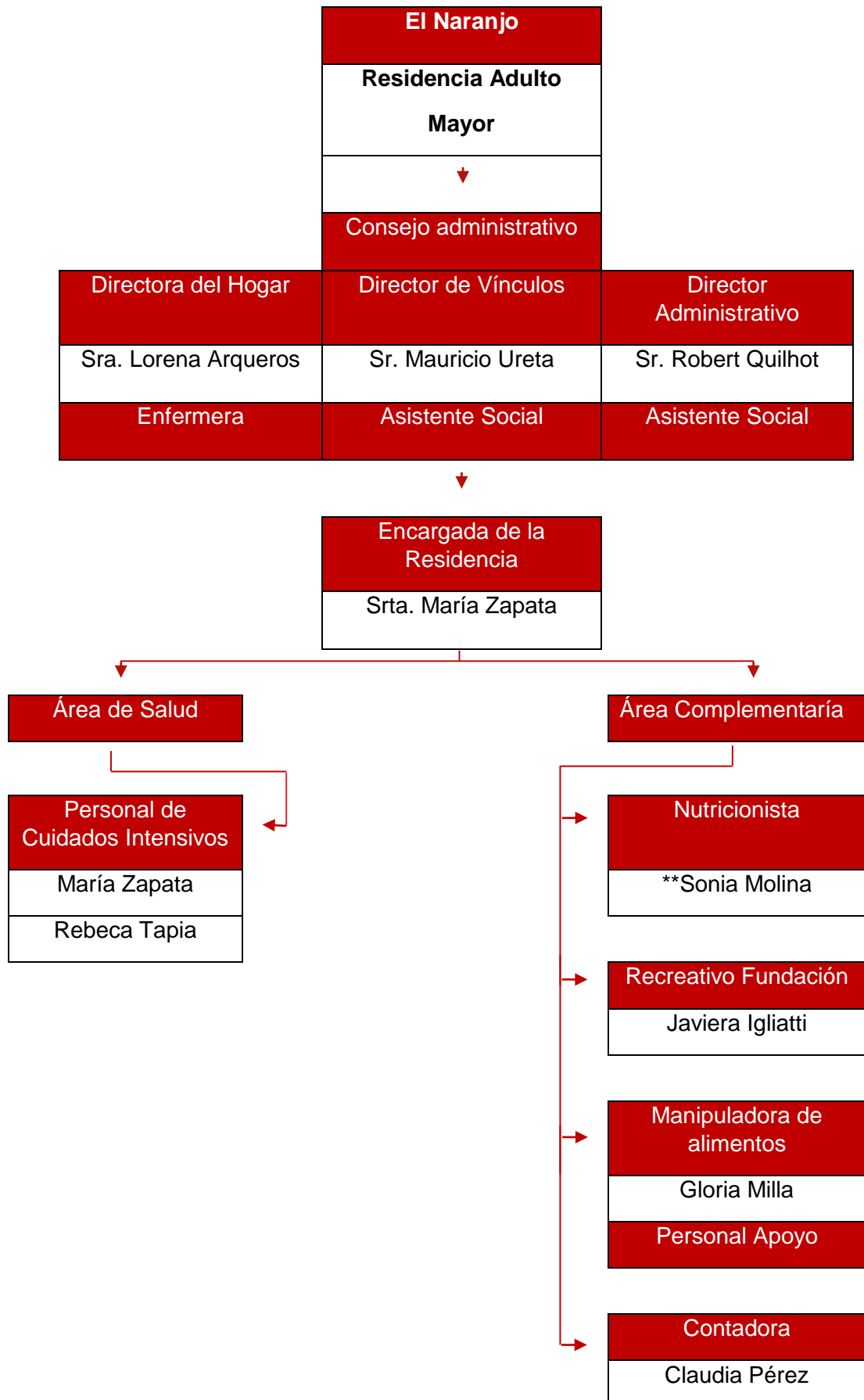


Figura 2: Organigrama institucional

Fuente: Elaboración en base a Organigrama entregado por la institución, modificado por alumnas en proyecto de título.

Nota: La Sra. Sonia, solo asiste a la institución a realizar los controles y entregar las minutas nutricionales.

## **6. POLÍTICA DE LA INSTITUCIÓN**

Existen tres grandes entidades que conforman y dirigen los lineamientos de la política institucional de El Naranjo.

- **Ministerio de Salud:**

Se configura como la entidad suprema en relación a las competencias en el área de la salud, otorgando los determinados reglamentos por los que deben regirse las instituciones categorizadas como Residencias de Larga Estadía para Adultos Mayores, al tratarse de entidades que tiene por objetivo procurar la salud de este grupo etario.

- **Ministerio de Economía, Fomento y Turismo:**

Entrega los lineamientos a los que debe adscribirse cualquier clase de empresa en el país, incluyendo a El Naranjo, otorgando y estableciendo el tipo de personalidad jurídica y sus correspondientes derechos legales, que establecen y fijan las pautas con las que la Institución podrá comportarse financieramente en el mercado.

- **Ministerio del Trabajo y Dirección del Trabajo:**

La presente residencial, se constituye y funciona también como un empleador para sus aproximadamente 8 trabajadores, por esta razón, ambas entidades se constituyen en organismos fiscalizadores para El Naranjo, al velar por los derechos de los trabajadores y las trabajadoras que conforman su comunidad.

## **7. OBJETIVOS<sup>2</sup>**

### **7.1. Objetivo General**

Desarrollar integralmente el funcionamiento de la institución, desde la perspectiva de los recursos humanos calificados, de nuestros huéspedes y el equipo gestor, para que convivan en un ambiente grato, de confianza y respeto.

### **7.2. Objetivos Específicos**

- Proporcionar a las personas de la tercera edad un servicio adaptado a sus necesidades, desde la perspectiva de la integralidad y el buen trato.
- Vincular al equipo de trabajadores/as con el trabajo sistemático para el mejoramiento del servicio al adulto mayor, velando por el respeto mutuo.
- Potenciar el trabajo en equipo y los canales comunicativos para un buen desempeño de las labores.

---

<sup>2</sup> Información obtenida de <http://elnaranjo.cl/quienes-somos/> recuperada el 10 de abril de 2016.

- Promocionar una cultura de respeto, reconocimiento y dignificación dentro del Hogar.

## **8. PROGRAMAS DE LA INSTITUCIÓN**

La institución cuenta con una oferta programática dinámica, tanto profesional como recreacional, dirigida al desarrollo de actividades que promuevan el fortalecimiento cognitivo, el respeto, el reconocimiento mutuo y por supuesto que satisfagan las necesidades de ocio e interacción de los residentes.

A continuación, se presentarán las ofertas de la Residencia “El Naranjo”, tomando en consideración las Habilitaciones, actividades profesionales y de esparcimiento otorgadas por la institución.

*Tabla 1: Oferta Programática “El Naranjo”*

<b>Habilitaciones de la Institución</b>
Alojamiento permanente y temporal para adultos mayores autovalentes, semivalentes y dismovilizados.
Amplias y luminosas habitaciones, simples y dobles, cada una cuenta con velador, closet, tv cable y timbre.
Servicio de lavandería y planchado.
Alimentación personalizada para cada residente de acuerdo a la minuta indicada por Nutricionista.
Cuidado, atención y acompañamiento las 24 horas del día.
<b>Actividades Profesionales de la Institución.</b>
Atención Enfermería.
Apoyo psicosocial en pérdidas y duelo.
Evaluación y atención Kinesiológica.
Evaluación y atención Nutricional.
<b>Actividades de esparcimiento de la Institución.</b>
Actividades socio recreativas programadas por Profesores de Educación Física.
Actividades recreativas: Celebración cumpleaños, festividades como navidad, fiestas patrias, día del adulto mayor.
Visitas programadas de organizaciones comunitarias de adultos mayores para lecturas grupales.
Celebración actividades religiosas para quienes lo requieran.
Servicios externos de Podología certificada y peluquería, para quienes lo soliciten

*Fuente: Elaboración propia de las Alumnas, información obtenida del Programa Atención Usuarios Residencia del Adulto Mayor “El Naranjo”*

Las actividades antes mencionadas son de vital importancia para mantener activos a los Adultos Mayores de la Residencia, promoviendo con esto que el proceso de deterioro cognitivo y físico sea más lento.

## 9. RECURSOS DE LA INSTITUCIÓN

### 9.1. Recursos Humanos

La institución está compuesta por un equipo de trabajo multidisciplinario, integrado por 11 trabajadores, lo cuales se detallan a continuación.

*Tabla 2: Recursos Humanos de la Residencia para Adultos Mayores "El Naranjo"*

Consejo Administrativo		
Directora Técnica.	Lorena Arqueros García	Enfermera.
Director Administrativo.	Robert Quilhot Suazo.	Trabajador Social.
Encargado de Vínculos.	Mauricio Ureta Bernal.	Trabajador Social.
Supervisora "El Naranjo"		
Marisol García		
Personal Recreativo		
Javiera Igliatti	Terapeuta Ocupacional	
Auxiliar de Enfermería		
Margarita Toledo		
Apoyo Auxiliar de Enfermería		
María Zapata		
Rebeca Tapia		
Personal de cuidados Intensivos		
Javier Catalan	Cuidador	
Rebeca Tapia	Cuidadora	
Encargada Alimentación		Encargada de aseo
Laura Letelier		

*Fuente: Elaboración propia Alumnas, Información obtenida del Organigrama de la Institución.*

### 9.2. Recursos Financieros

Los aportes económicos que permiten el funcionamiento de la institución, provienen de dos fuentes:

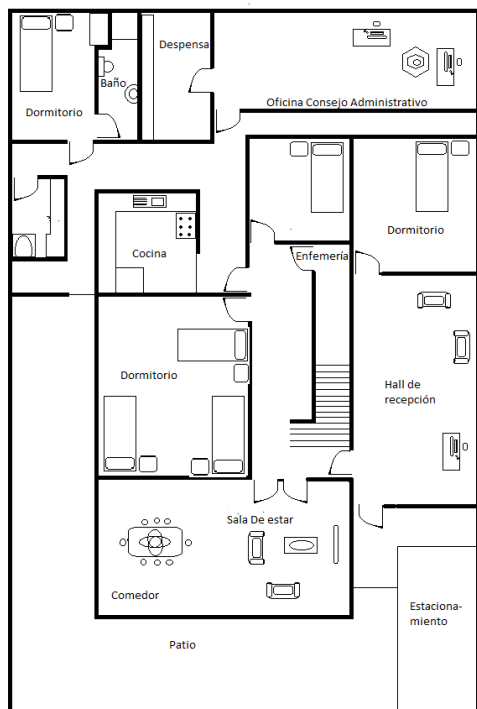
- Fuentes privadas: provenientes de la mensualidad en una relación per cápita por cada adulto y adulta mayor (una mensualidad base promedio de \$706.000 por persona, sujeta a variaciones de acuerdo a las necesidades especiales de cada residente).
- Fuentes Públicas: Procedentes de diversas instituciones públicas que otorgan sus aportes a través de Fondos Concursables y Beneficios Sociales.

### 9.3. Recursos Físicos

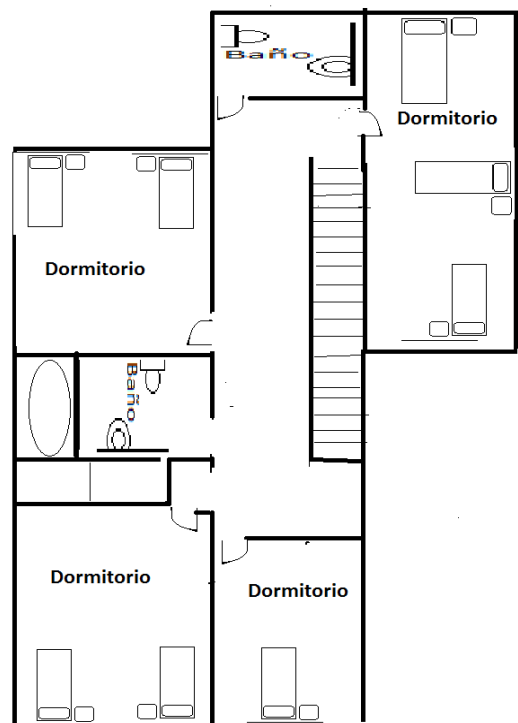
La residencia El Naranjo, es una vivienda que cuenta con dos plantas. La planta de abajo se divide en 9 habitaciones, las que se componen en: 4 dormitorios, un Hall de acceso, una sala de estar y comedor, una cocina, una sala de enfermería, un baño, una oficina para el consejo administrativo y una despensa; mientras que, en la planta alta, existen 4 dormitorios y dos baños.

En cuanto a los recursos materiales de la misma, se pueden señalar.

- Dormitorios equipados:
  - Camas, Closet, Veladores, Televisión.
- Baños equipados
- Lavadero
  - Lavadora
- Cocina equipada:
  - Cocina, refrigerador, microondas, hervidor, encimeras.
- Recepción:
  - Computador, impresora, mesas, sillas y sillones.
- Sala de estar y comedor:
  - Sillas, mesas, televisión, sillones.



*Figura 3: Planta baja de la Residencia para adultos mayores "El Naranjo"*



*Figura 4: Planta alta de la Residencia para adultos mayores "El Naranjo"*

## II TRABAJO SOCIAL EN LA INSTITUCIÓN

### 10. OBJETIVOS DEL TRABAJO SOCIAL EN LA INSTITUCIÓN

#### 10.1. Objetivo General

- Garantizar el funcionamiento de la institución en post del bienestar y calidad de vida de los sujetos que conforman la comunidad de “El Naranjo”.

#### 10.2. Objetivos Específicos

- Desarrollar procesos de intervención social eficientes en relación a las necesidades de los residentes, familiares y trabajadores de la empresa.
- Contribuir al desarrollo óptimo de las condiciones de vida de los y las residentes de “El Naranjo”.
- Gestionar procesos eficientes de administración de los recursos humanos económicos y vinculaciones externas.
- Capacitar en relación a las temáticas de Pérdidas y duelo, a los residentes, familiares y equipo de trabajo de “El Naranjo”.

### 11. ROLES Y FUNCIONES PROFESIONALES

#### 11.1. Roles

El Trabajo Social tiene tres roles fundamentales en la Institución:

*Tabla 3: Roles del trabajo social*

1 Rol de Intervención directa:	2 Rol de Capacitador y orientador	3 Rol Administrativo:
Residentes	Trabajadores	Recursos humanos
Trabajadores	Familiares y visitas	Recursos económicos
Familiares	Residentes	Vínculos externos
Caso intervención en crisis	Capacitación de pérdidas y duelo	Manejo y administración de los recursos

*Fuente: Elaboración propia de las alumnas en proyecto de título, información obtenida del Director Administrativo Sr. Robert Quilhot Suazo.*

- Las visitas pueden alterar el funcionamiento del hogar, al revivir lo simbólico y afectivo en el o la residente.

De acuerdo a los roles anteriormente mencionados se derivan las siguientes funciones:

## **11.2. Funciones**

- Función Investigativa

Se refiere a la investigación, indagación y recolección de información, por parte del profesional, con el objetivo de conocer una determinada realidad social, en este caso, referida a la situación actual e historia particular de cada residente.

- Función Educativa Informal

Capacidad de informar, enseñar, capacitar y orientar respecto a diversas temáticas y problemáticas tanto individuales como sociales, a todos los sujetos que conforman y participan en la Institución El Naranjo, entre estos, residentes, profesionales, técnicos, cuidadores y otros trabajadores.

- Función Administrativa

Consiste en garantizar el funcionamiento de la institución, velando por el bienestar de la comunidad.

- Función Coordinativa y Articuladora de Vínculos

Se desarrolla de manera interna, mediante el trabajo en equipo, en conjunto con el grupo de profesionales, técnicos y demás trabajadores pertenecientes a la Institución; y de manera externa, a través de la vinculación con otras entidades e instituciones, en este caso, en su mayoría instituciones Universitarias.

## **12. NIVELES DE INTERVENCIÓN SOCIAL QUE SE APLICAN EN LA INSTITUCIÓN**

- Nivel de Caso y Familia:

En primer lugar, el Nivel de Intervención Social de Caso se desarrolla principalmente a través de la atención profesional enfocada en los y las residentes de la Institución. Esta atención se encuentra orientada a intervenir las problemáticas características del ciclo vital en el que se encuentran los adultos y las adultas mayores, con la finalidad de procurar su bienestar y garantizar la satisfacción de las necesidades especiales y específicas de este grupo etario. En segundo lugar, la labor profesional se extiende abarcando también a los apoderados y las apoderadas de los residentes del hogar, considerados su familia u grupo familiar, a través del desarrollo permanente de entrevistas, que tienen por objetivo principal proporcionar información sobre el bienestar de los residentes, y evaluar los aspectos actuales que inciden en su calidad de vida. Finalmente, este

nivel de intervención también toma relevancia, en la entrega de asesoría psicosocial frente a problemáticas relacionadas con el ciclo vital, tratándose en estos casos, por ejemplo, las temáticas del buen morir y el duelo.

- Nivel de Grupo:

La labor profesional en este nivel de intervención, encuentra su función en el desarrollo de actividades grupales, constituidas en capacitaciones dirigidas al equipo de salud y de trabajadores y trabajadoras pertenecientes a la Institución. Estas capacitaciones, tienen por objetivo educar e informar en torno a temáticas psicosociales y problemáticas frecuentes propias de la etapa del ciclo vital de la Adulter Mayor, y se encuentran dirigidas a los profesionales, técnicos y cuidadores que se relacionan cotidianamente con los y las residentes de El Naranjo, produciéndose de esta manera, un continuo perfeccionamiento en las modalidades de atención a los y las residentes.

- Nivel de Comunidad:

En este último nivel, el profesional interviene a través de la articulación de redes sociales, principalmente estableciendo vínculos con entidades de educación superior, con la finalidad de acoger a estudiantes del área social que realicen su práctica profesional o proyecto de título dentro la Institución. También el Naranjo se relaciona con las siguientes instituciones, Servicio de Impuestos Internos, municipio, seremi de salud, CORFO, SERCOTEC, CORE, SENCE, Intendencia y gobernación.

### **13. PROBLEMAS SOCIALES MÁS RECURRENTES**

Las problemáticas frecuentes que afectan a los sujetos de intervención profesional, guardan relación con factores biológicos, psicológicos y sociales propios de la etapa del ciclo vital de la Adulter Mayor, en la que estos se encuentran. Entre aquellas problemáticas se mencionan las siguientes:

*Tabla 4: Problemáticas recurrentes en la Adulter Mayor*

Envejecimiento biológico y padecimiento de enfermedades.
• Artritis y Artrosis
• Osteoporosis
• Presión arterial alta
• Disminución de las facultades de los órganos sensoriales
• Desnutrición
• Pérdida de movilidad o dismoviles
• Accidentes cerebro vasculares

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infartos</li> </ul>
<b>Enfermedades Mentales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bipolaridad</li> </ul>
<b>Aparición de enfermedades degenerativas y deterioro cognitivo.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parkinson</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia</li> </ul>
<b>Inequidades sociales y escasas de redes de apoyo.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vinculación Afectiva escasa</li> </ul>

*Fuente: Elaboración propia de las alumnas, en base a conversaciones y observaciones en la Institución “El Naranjo”*

Cabe mencionar que de acuerdo a la realidad presente entre los residentes de “EL Naranjo” las problemáticas más frecuentes son las definidas a continuación:

- Demencia que **“Es un síndrome adquirido, causado por una disfunción cerebral, caracterizado por un deterioro de la cognición y/o una alteración del comportamiento”** (Andrea Slachevsky, 2008) es una enfermedad que afecta a 83% de los residentes de El Naranjo.
- Dismovilidad es causada por **“La molestia, dificultad y/o imposibilidad para movilizar parte del cuerpo y/o trasladare secundario a situaciones patológicas diversas de origen bilógico, psíquico, social, espiritual y/o funcional; que afecta la calidad de vida y/o tiene riesgo de progresión”** (Montecinos, 2005)

#### **14. REDES SOCIALES A LAS QUE SE ADSCRIBE LA INSTITUCIÓN**

La institución debido a su funcionalidad, debe adscribirse a las siguientes instituciones, con el fin de seguir reglamentaciones y brindar un servicio de calidad a sus usuarios.

- Servicio de Impuestos Internos
- Municipio
- Seremi de salud
- CORFO
- SERCOTEC
- CORE
- SENCE
- Intendencia
- Gobernación
- CESFA

## **Capítulo II**

### ***Marco Teórico***

## **1. PRIMER EJE CONCEPTUAL: ADULTO MAYOR.**

### **1.1. Adulter Mayor**

El término Adulter Mayor corresponde a un concepto amplio, dinámico y subjetivo que presenta diversas variaciones según la perspectiva desde la cual se analice. Sin embargo, una primera aproximación, deberá permitir responder a la pregunta de ¿quiénes son los adultos mayores?

De acuerdo a la **Organización Panamericana de la Salud**, se considera personas adultas mayores, generalmente, a aquellas que tienen 60 años de edad y más, teniendo también en cuenta para determinar esta edad, la esperanza de vida de la población en la región que se localizan y las condiciones especiales en las que se presenta el envejecimiento.

La **Organización Mundial de la Salud**, concuerda con la definición anterior, señalando que las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, y se les llamará de forma indistinta personas de tercera edad. Además, añade que los individuos de 75 a 90 años o más de edad, se les denominará grandes longevos.

Las **Naciones Unidas**, aumenta este rango etario, para los países desarrollados a 65 años, mientras que para los países en desarrollo se mantiene en 60 años.

También resulta necesario destacar que no todos los individuos insertos dentro de este grupo etario, vivencian los procesos propios del desarrollo humano y envejecimiento de la misma manera, por esta razón, existirán distintas clasificaciones de Adulto Mayor según el nivel de funcionalidad que presente el sujeto.

De acuerdo a la definición y tipología otorgada por el **Ministerio de Salud**<sup>3</sup>, la Funcionalidad corresponde a la capacidad de una persona de llevar por sí misma la orientación de sus actos, hacer lo que ella o él desee con su entorno, logrando realizar las actividades de la vida diaria sin inconvenientes, en los ámbitos psíquico, físico y social.

Según lo anterior, el concepto de funcionalidad se relaciona relevantemente con la adulter mayor, y proporciona clasificaciones específicas para definir determinados perfiles de personas mayores.

---

<sup>3</sup> Fuente de Información SENAMA, obtenida de.  
[www.senama.cl/filesapp/GLOSARIO GERONTOLOGICO.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/GLOSARIO_GERONTOLOGICO.pdf)  
Recuperada el 15 de mayo 2016.

- **Adulto Mayor Autovalente Sano:** Aquella persona mayor de 60 años, cuyas características físicas, funcionales, mentales y sociales están de acuerdo con su edad cronológica. Es capaz de realizar las actividades funcionales esenciales de autocuidado: comer, vestirse, desplazarse, bañarse, y también, las actividades necesarias para adaptarse a su medio ambiente: leer, usar el teléfono, manejar su medicación, el dinero, viajar, hacer sus trámites, entre otras.
- **Adulto Mayor Frágil:** Término utilizado para las personas mayores que ven afectada su autonomía debido a factores físicos, ambientales, psicológicos, sociales y /o económicos.
- **Adulto Mayor Dependiente:** Corresponde a aquel adulto o adulta mayor que se ve imposibilitado de efectuar las actividades de la vida cotidiana, funcionales y de autocuidado mencionadas anteriormente, requiriendo de apoyo constante para desarrollarlas de manera óptima, y lograr de esta manera, un nivel de bienestar adecuado.

A continuación, se analizarán algunos apartados que permitirán complementar las definiciones y tipologías anteriores, ayudando a comprender las características y cualidades específicas de este grupo etario, a través de las diversas dimensiones de la vida humana.

## **1.2. Adulthood Major or Late in the Life Cycle.**

De acuerdo con la *Teoría Psicosocial del Desarrollo Humano*, propuesta por Erik Erikson, se plantea que las personas a través de su ciclo vital, atraviesan por 8 etapas. Cada etapa del desarrollo se configura en torno a una crisis en la personalidad, estas crisis responden a un punto crucial que depende de la edad y maduración de las personas. De acuerdo a esto, Erikson explica que, si las personas logran ajustarse a cada una de las exigencias de estas etapas, el Yo podrá avanzar en el ciclo vital, y logrará desarrollar una virtud particular; De modo contrario si las crisis no son resueltas de manera satisfactoria y óptima, las personas se entraparán en ella y esto interferirá en el desarrollo saludable del Yo.

Si bien son 8 Etapas, para el presente marco teórico resulta necesario explicitar la última de ellas, al estar vinculada con la temática de la Adulthood Major.

- *Integridad versus Desesperanza:* Esta etapa abarca desde los 60 años hasta la muerte del sujeto, y señala que la persona mayor, deberá haber

desarrollado un sentido de aceptación de su propia vida, comprendiendo sus nuevas limitaciones y también sus virtudes. Por el contrario, al no generarse esta virtud, la persona cae en la desesperanza, ya que además de las propias limitaciones de la edad como, por ejemplo, la baja productividad, se añaden otras condicionantes, como las pérdidas de figuras de apego, debido al fallecimiento de las mismas.

La adultez mayor como también se señala anteriormente, es la última fase del ciclo vital y se caracteriza por una relativa disminución de las capacidades físicas y mentales. El siguiente cuadro detalla y resume estos hitos característicos del envejecimiento humano.

*Tabla 5: Principales deterioros de los y las Adultas Mayores.*

Deterioro Físico	Deterioro Mental y Cognitivo	Deterioro Sensorial y Psicomotor
Reducción de grasa y de la masa muscular.	Disminución de la memoria a largo plazo.	Disminución o pérdida de la capacidad visual.
Reducción de la estatura.	Disminución del volumen y peso del cerebro	Disminución o pérdida de la capacidad auditiva.
Adelgazamiento y cambio en la composición química de los huesos.	(disminución de la capacidad para inhibir pensamientos irrelevantes y no deseados).	Disminución o pérdida de la capacidad motriz (fuerza, resistencia, equilibrio y tiempo de reacción).
Disminución del funcionamiento inmunológico.	Disminución del número o densidad de los neurotransmisores dopamínicos (tiempos de respuesta más lentos).	Disminución del nivel de excitación sexual.
Elevación de la presión sanguínea.	Deterioro de la Mielina del cerebro (decadencia cognoscitiva y motora).	
Lentitud e irregularidad del ritmo cardíaco.	Disminución de la cantidad y profundidad del sueño.	
	Ralentización general del funcionamiento del sistema nervioso central. (Pérdida en la eficiencia del procesamiento de información).	
	Falla en la recuperación verbal (problemas en la verbalización de palabras)	

*Fuente: Elaboración propia, en base a la información obtenida en Psicología del Desarrollo Humano, Diane Papalia, 2010.*

Es importante destacar, que el conjunto de características antes descritas, no se presenta como una generalidad para todos los individuos, siendo estos procesos relativos y dependientes de la historia de vida de cada sujeto, premisa que se mantiene para la siguiente tabla.

*Tabla 6: Enfermedades comunes en la Adulthood Mayor.*

<p>Enfermedades comunes en la Adulthood Mayor</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Físicas</li> <li>• Cardiopatías</li> <li>• Cáncer</li> <li>• Apoplejía</li> <li>• Enfermedades Respiratorias (influenza, neumonía, asma, bronquitis crónica)</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Hipertensión</li> <li>• Artritis</li> <li>• Artrosis</li> <li>• Osteoporosis</li> <li>• Enfisema</li> <li>• Discapacidades y Lesiones Físicas</li> <li>• Nutrición Inadecuada: Desnutrición u Obesidad</li> </ul>
---	--

*Fuente: Elaboración propia, en base a la información obtenida en Psicología del Desarrollo Humano, Diane Papalia, 2010.*

### **1.3. Adulthood Mayor o Tardía en la sociedad.**

Definir el concepto de Adulto Mayor, desde una sociedad particular, se realiza a través de determinados roles, actitudes, conductas y percepciones que constituyen una imagen de lo que significa ser y pertenecer a este grupo etario.

Una de las formas de caracterizar a este grupo, es a través de la Edad Social, que comprende la Edad cronológica asociada a ciertas pautas de comportamiento, que una sociedad ha establecido para definir a la vejez. Como se vio en un comienzo, existen tres entidades internacionales reconocidas, que especifican esta edad.

Considerando la realidad social a nivel de país, la adulthood mayor se ve afectada y condicionada por la Discriminación Etaria. Este fenómeno, dice relación con la atribución de prejuicios negativos en su mayoría referidos a un desmedro en las facultades físicas y mentales de en este caso, las personas mayores, un ejemplo de esta situación, se da en la incorporación de pensamientos generalizados entorno a los adultos mayores, que conducen a su infantilización e incapacidad para realizar ciertas actividades o tareas.

#### **1.4. Adulter Mayor y Género**

Comenzaremos señalando tajantemente que existen diferencias socioculturales entre ambos géneros, relevantes y que se ven representadas estructuralmente a través situaciones y fenómenos sociales.

En primer lugar, encontramos el fenómeno de las diferencias en la mortalidad de hombres y mujeres, presentando las últimas una esperanza de vida más alta que los primeros puesto que, de 100 mujeres, solo hay 65,2 hombres a la edad de 60 años y más. Ésta inequidad se incrementa a los 80 años en donde solo existen 55,2 hombres<sup>4</sup> entre 100 mujeres. Producto de esta situación, es que para el género femenino se derivan problemáticas de mayor complejidad en materia de salud, producto del surgimiento de necesidades humanas más complejas, al alcanzarse una edad más avanzada. Lo anterior, a su vez, requiere una mayor cantidad de recursos y cuidados para garantizar el bienestar de la persona. Este fenómeno también condiciona en las mujeres, una mayor probabilidad de sufrir algún tipo de discapacidad que los hombres.

Estas diferencias también se visualizan en como los roles de lo masculino y lo femenino son configurados en la sociedad, presentándose en este caso, inequidades estructurales que afectan en su mayoría a las mujeres, situándose en posición de desventaja y mayor vulnerabilidad que los hombres. Una hipótesis que permite explicar este hecho social, expuesta en el informe publicado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor *“Las Personas Mayores en Chile, nuevos desafíos y avances”*, señala, en que a pesar de las múltiples transformaciones que ha presentado la organización familiar en Chile, para los adultos y adultas mayores los modelos familiares tradicionales se mantienen, asociándose preferentemente lo femenino, el ámbito doméstico y el rol reproductivo. Por otro lado, lo masculino tiende a asociarse al ámbito laboral, lo que les permite y facilita el acceso a mayores beneficios económicos, sociales, y posteriormente contar con algún tipo de previsión social.

Incluso, se produce que a pesar de haberse insertado estas mujeres en el mundo laboral, las inequidades se mantienen, ya que se produce un mayor desmedro en su salud, producto de la doble funcionalidad que comúnmente deben cumplir, teniendo bajo su responsabilidad mayoritaria, también las tareas domésticas, de cuidado y crianza en el grupo familiar. Las desigualdades continúan, en relación a las diferencias existentes entre las remuneraciones pagadas a ambos sexos, a pesar del desempeño de la misma profesión, función o

---

<sup>4</sup> Información obtenida de [http://www.senama.cl/filesapp/las\\_personas\\_mayores\\_en\\_chile\\_situacion\\_avances\\_y\\_desafios\\_2.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/las_personas_mayores_en_chile_situacion_avances_y_desafios_2.pdf) página 39, Recuperada el 10 de Mayo 2016.

labor. Otra inequidad se produce, al existir una discriminación en el acceso a puestos directivos y gerenciales que nuevamente afectan al sexo femenino.

Estos y otros hechos sociales, ya conocidos y por conocer, permiten configurar una panorámica de cómo se vivencian los procesos de envejecimiento en el país, teniendo en cuenta las inequidades y desigualdades que se producen y reproducen tanto a nivel individual, familiar, social y cultural.

### **1.5. Adulto mayor institucionalizado.**

Existe un conjunto de políticas, planes y programas, tanto públicos como privados, que constituyen la red de protección social vigente en Chile. En este caso, nos ocuparemos de las acciones orientadas y dirigidas hacia las personas mayores, y que tengan por objetivo proporcionarles bienestar y la calidad. Los ELAM o Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, ocupan un lugar importante entre estas medidas, al constituir una modalidad de hogar para las personas mayores.

Según el Reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELAM), estos pueden definirse como aquellos en que *“residen personas de 60 años y más que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados que allí reciben. Dichos cuidados tienen por objeto la prevención y mantención de su salud, la mantención y estimulación de su funcionalidad y el reforzamiento de sus capacidades remanentes. Para su funcionamiento, los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores deberán contar con autorización otorgada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud competente del lugar en que se encuentra ubicado”*

Resulta importante señalar, que en los últimos años se ha dado un aumento en la instalación estos Establecimientos, presentándose un número de 663 instituciones (13.187 personas institucionalizadas) en el año 2008, mientras que en el año 2014 esta cifra se elevó a 726 (17.016 personas institucionalizadas)<sup>5</sup>.

A continuación, se presentará una tabla, donde se describen las principales redes institucionales, que proporcionan las políticas y lineamientos, por los cuales los ELAM deben regirse.

En relación a las redes institucionales que rigen los ELAM se encuentran:

---

<sup>5</sup> Información obtenida de <http://www.sernac.cl/wp-content/uploads/2014/10/Estudio-publicidad-establecimientos-de-larga-estad%C3%ADa-para-adultos-mayores.pdf>. Recuperada el 11 de Mayo 2016.

Tabla 7: Redes institucionales.

SENAMA <sup>6</sup>	SEREMI DE SALUD <sup>7</sup>	SERNAC <sup>8</sup>
Este organismo es el encargado de administrar los 13 ELAM públicos a nivel Nacional, que se encuentran preferentemente orientados a atender a adulto y adultas mayores vulnerables que padezcan algún nivel de discapacidad.	Cumple un rol fiscalizador, teniendo entre sus competencias la autorización del funcionamiento de nuevos ELAM, y también el establecimiento del conjunto de reglamentos por el cual deben regirse estas instituciones al prestar sus servicios, a través de lo estipulado por el ministerio de salud en el código sanitario.	Se constituye en una entidad, encargada de velar por los derechos de las personas mayores al ser consumidores y sujetos de derecho de un servicio, cuando estos se insertan y forman parte de un ELAM privado, estableciéndose un contrato entre ambas partes.

Fuente: Elaboración propia. Información obtenida de SENAMA, SEREMI DE SALUD, SERNAC.

<sup>6</sup> Información recuperada de <http://www.senama.cl/residenciasSENAMA.html> el 11 de mayo 2016

<sup>7</sup> Información recuperada de [http://seremi5.redsalud.gob.cl/?page\\_id=70](http://seremi5.redsalud.gob.cl/?page_id=70) el 11 de mayo 2016

<sup>8</sup> Información recuperada de <http://www.sernac.cl/acerca/> el 11 de mayo 2016

## **2. SEGUNDO EJE CONCEPTUAL: BUEN MORIR**

### **2.1. Buen Vivir**

Como modo introductorio para la temática es importante entender que no todos los seres humanos vivencian los procesos del ciclo vital y de desarrollo humano de la misma forma, por esta razón y de igual manera, no todos los sujetos envejecen en un formato único. Generalmente podemos decir que el Envejecimiento corresponde a un proceso de cambios graduales e irreversibles tanto en la estructura como en las funciones de un organismo, y que ocurren como resultado del paso del tiempo, por lo tanto, es un proceso que se extiende por toda la vida, iniciándose desde el momento de la concepción hasta la muerte, y atenuándose mayormente estos cambios en la madurez.

Producto del carácter subjetivo de la vida humana, existirán distintas formas en las que el fenómeno del envejecimiento se expresa en cada individuo, por lo tanto, tendremos distintos modelos y tipos de envejecimiento, que se originan de acuerdo a un conjunto de variables tanto individuales como ambientales, de carácter biológico, psicológico, cultural, etc. y que develan y configuran una realidad y vida particular en cada sujeto.

A pesar de esta diversidad resulta necesario definir un modelo ideal y teórico, que permita identificar a un correcto envejecimiento, en concordancia con la Adulthood Mayor y con lo que más adelante conoceremos como Buen Vivir. A continuación se presentarán distintos constructos, que hacen alusión a el término Envejecimiento, desde una perspectiva funcional y valórica positiva, adaptada a las necesidades de la tercera edad.

- *Envejecimiento Activo*: Proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. (Organización Panamericana de la Salud, 2002)
- *Envejecimiento Saludable o con Éxito*: Envejecimiento donde los factores extrínsecos contrarrestan los factores intrínsecos del envejecimiento, evitando que haya poca o ninguna pérdida funcional. Un envejecimiento saludable cursado con bajo riesgo de sufrir enfermedades o tener alguna enfermedad, alto rendimiento de las funciones físicas y mentales, compromiso activo. Rowe y Khan (1997), citado en (Fernández – Ballesteros, 2002)
- *Envejecimiento Exitoso*: Proceso personal y social que cursa con dignidad; energía salud, actividad física y mental; participación e integración social, productiva y política; satisfacción con la vida propia; y termina con una

buena muerte. Se puede alcanzar optimizando nuestro potencial personal y social, viviendo vidas activas, participativas y productivas, saludables y solidarias.<sup>9</sup>

Entendiendo lo anterior se puede decir que el ***“envejecimiento es un proceso lento, en el que transcurre ya más de un tercio de nuestra vida y durante el que se debe garantizar a las personas mayores el derecho a gozar de oportunidades de formación y empleo el de participación activa en la vida familiar y social a través de actividades de voluntariado el aprendizaje permanente la expresión cultural y el deporte”*** (López, 2011)

Es en este momento cuando el Buen Vivir se inserta y toma relevancia, considerando que su objetivo primordial es mantener una buena calidad de vida en las personas, asegurando de brindar lo necesario para mantener sus necesidades cubiertas, evitando de este modo que las personas se vean afectadas por situaciones prevenibles.

En algunos países como Ecuador y Bolivia, han elaborado planes en torno al buen vivir y lo entienden como: ***“La satisfacción de las necesidades, la consecución de una calidad de vida y muerte digna, el amar y ser amado, el florecimiento saludable de todos y todas, en paz y armonía con la naturaleza y la prolongación indefinida de las culturas humanas. El Buen Vivir supone tener tiempo libre para la contemplación y la emancipación, y que las libertades, oportunidades, capacidades y potencialidades reales de los individuos se amplíen y florezcan de modo que permitan lograr simultáneamente aquello que la sociedad, los territorios, las diversas identidades colectivas y cada uno -visto como un ser humano universal y particular a la vez- valora como objetivo de vida deseable”*** (SENPLADES, 2009)

De acuerdo a lo anterior, es necesario comprender que el Buen Vivir es un constructo que depende de múltiples variables, entre ellas las personales, culturales, religiosas, laborales, entre otras, que permiten configurar una realidad particular, por lo tanto, y de una manera más breve, el Buen Vivir obedece tanto a una dimensión valorativa personal como a un componente socio cultural. A pesar de esa dualidad, el conjunto de variables que constituyen este concepto pueden definirse y categorizarse en relación a lo que se estime como adecuado, para mantener un nivel de bienestar y calidad de vida óptima. Para materializar lo anterior, es que resulta necesario integrar el enfoque de Satisfacción de

---

<sup>9</sup> Fuente: Banco Interamericano del Desarrollo, en [www.iadb.org/envejecimientoexitoso/](http://www.iadb.org/envejecimientoexitoso/). Recuperado 25 de Mayo 2016

Necesidades Humanas propuesto por Manfred Max-Neef, con la finalidad de comprender los diversos factores que inciden y permiten el desarrollo humano.

Cuando hablamos de satisfacción de necesidades humanas, éstas deben ser comprendidas bajo el enfoque propuesto por el teórico anterior, quien plantea que nuestras necesidades son finitas, mientras que los satisfactores para ellas infinitos. Las necesidades básicas para toda cultura son nueve y corresponden a la categoría axiológica, estas son, *Subsistencia, Protección, Afecto, Entendimiento, Participación, Ocio, Creación, Identidad, Libertad*. Los satisfactores infinitos se agrupan en cuatro, y corresponden a la categoría existencia. El primero denominado *Ser*, constituye atributos, personales o colectivos, el segundo *Tener*, registra instituciones, normas, leyes, etc. el tercero, *Hacer* contiene acciones, personales o colectivas y finalmente el cuarto *Estar* registra espacios y ambientes.

A continuación, se presentará un cuadro que integra el enfoque expuesto anteriormente, ubicándose las necesidades con algunos posibles satisfactores propuestos por Max-Neef.

*Tabla 8: Tabla de necesidades según Max Neef*

Necesidades categorías existenciales / Necesidades categorías axiológicas	SER	TENER	HACER	ESTAR
<b>SUBSISTENCIA</b>	Salud física, salud mental, equilibrio, solidaridad, humor, adaptabilidad	Alimentación, abrigo, trabajo	Alimentar, procrear, descansar, trabajar	Entorno vital, entorno social
<b>PROTECCIÓN</b>	Cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, solidaridad	Sistemas de seguros, ahorro, seguridad social, sistemas de salud, legislaciones, derechos, familia, trabajo	Cooperar, prevenir, planificar, cuidar, curar, defender	Contorno vital, contorno social, morada
<b>AFECTO</b>	Autoestima, solidaridad, respeto, tolerancia, generosidad, receptividad, pasión, voluntad, sensualidad, humor	Amistades, parejas, familia, animales domésticos, plantas, jardines	Hacer el amor, acariciar, expresar emociones, compartir, cuidar, cultivar, apreciar	Privacidad, intimidad, hogar, espacios de encuentro
<b>ENTENDIMIENTO</b>	Conciencia crítica, receptividad, curiosidad,	Literatura, maestros, método, políticas educacionales,	Investigar, estudiar, experimentar, aduar, analizar,	Ámbitos de interacción formativa: escuelas,

	asombro disciplina, intuición, racionalidad r	políticas comunicacionale s	meditar, interpreta	universidades, academias, agrupaciones, comunidades, familia
<b>PARTICIPACIÓN</b>	Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega, respeto, pasión, humor	Derechos, responsabilidades, obligaciones, atribuciones, Trabajo	Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acordar, opinar	Ámbitos de interacción participativa: cooperativas, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familia
<b>OCIO</b>	Curiosidad, receptividad, imaginación, despreocupación , humor, tranquilidad, sensualidad	Juegos, espectáculos, fiestas, calma	Divagar, abstraerse, soñar, añorar, fantasear, evocar, relajarse, divertirse, jugar	Privacidad, intimidad, espacios de encuentro, tiempo libre, ambientes, paisajes
<b>CREACION</b>	Pasión, voluntad, intuición, imaginación, audacia, racionalidad, autonomía, inventiva, curiosidad	Habilidades, Destrezas, método, trabajo	Trabajar, inventar, construir, idear, componer, diseñar. interpretar	Ámbitos de producción y retroalimentación , talleres, ateneos, agrupaciones, audiencia, espacios de expresión, libertad temporal
<b>IDENTIDAD</b>	Pertenencia, coherencia diferencia, autoestima, asertividad	Símbolos, lenguaje, hábitos, costumbres, grupos de referencia, sexualidad, valores, normas, roles, memoria histórica, trabajo	Comprometerse, integrarse, confundirse, definirse, conocerse, reconocerse, actualizarse, crecer	Socio-ritmos, entornas de la cotidianeidad, ámbitos de pertenencia, etapas madurativas
<b>LIBERTAD</b>	Autonomía, autoestima, voluntad, pasión, asertividad, apertura, determinación, audacia, rebeldía, tolerancia	Igualdad de derechos	Discrepar, optar, diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse, desobedecer, meditar	Plasticidad, espacio-temporal

*Fuente: Elaborada por Max Neef, en Desarrollo de Escala Humana.*

Se considera relevante integrar adecuadamente el enfoque de Desarrollo Humano, ya que permitirá a su vez, complementar el enfoque de Buen Vivir, aumentándose la comprensión de la naturaleza del ser humano, a través de la consideración de sus necesidades específicas y las orientaciones de como satisfacerlas, con la finalidad de lograr un Envejecimiento Activo, Exitoso o Saludable.

## 2.2. Buen Morir

Resulta importante reconocer, que el Buen Vivir va ligado al Buen Morir, puesto que, como mencionamos anteriormente, el primero busca mantener una calidad de vida deseable para las personas, comprendiendo y considerando las particularidades de cada sujeto y contexto. Mientras que el segundo busca lo mismo, proporcionar calidad de vida y bienestar, pero en este caso, atendiendo el final de las etapas de la vida de un individuo, ya sea por una enfermedad terminal o por el desenlace normal del ciclo vital.

En nuestro país, el concepto de Buen Morir es entendido también como Muerte Digna y fue reconocido en el año 2012 bajo la promulgación de la Ley 20.584 sobre Los derechos y deberes del paciente. Esta Ley hace referencia a que el o la paciente en situación terminal, posee el derecho de mantener o finiquitar su tratamiento médico, con la finalidad de evitar las molestias que este le produce en su periodo de sobrevida. Entre estos tratamientos se cuentan, por ejemplo, procedimientos quirúrgicos invasivos, de hidratación, de alimentación y hasta de reanimación por vía artificial. Estas acciones no acortan ni ponen fin intencionalmente a la vida del paciente.

Para fines teóricos y prácticos del presente Proyecto de Título, resulta necesario extender el constructo teórico que alude al Buen Morir, señalado en el cuerpo legislativo anterior, no restringiendo su competencia exclusiva al área médica, trasladando también esta competencia, al área social, ya que para garantizar adecuadamente el bienestar del usuario, es indispensable considerar el componente emocional y social inherente a la persona humana, y otorgarle atención e intervención, de igual forma, como se lo hace con el tratamiento médico. En este sentido, el acompañamiento afectivo, emocional y social, ocupa un lugar fundamental en esta tarea, incorporándose también la familia y las redes sociales e institucionales de apoyo, con el objetivo final de mantener la calidad en vida y hasta la muerte.

Para terminar, la religión cristiana hace alusión al concepto de Buen Morir, otorgándole también un lugar primordial en el conjunto de procesos vitales presentes en los seres humanos, mencionando **“Los cristianos queremos un buen morir, con respeto hacia nuestra propia vida. Un buen morir que nos permita tener a nuestros afectos y el auxilio espiritual que necesitamos y que nos den el cuidado que merecemos en esa hora, porque todo ser humano, haya sido lo que haya sido, merece ese respeto...”**<sup>10</sup> De acuerdo a lo anterior, resulta fundamental destacar el carácter moral y valorativo del concepto,

---

<sup>10</sup> Información obtenida de Tierra Firme, Montevideo Uruguay. [http://tierrafirmertm.org/sitio/wp-content/uploads/pdf/SPN\\_TF\\_349\\_240907\\_El%20Buen%20Morir.pdf](http://tierrafirmertm.org/sitio/wp-content/uploads/pdf/SPN_TF_349_240907_El%20Buen%20Morir.pdf) , Revisado el 8 Junio 2016.

destacando su relevancia, ya que además de ser considerado por la institucionalidad religiosa, también comprende materia de derechos humanos consagrados y proclamados internacionalmente, al estar directamente relacionado con el respeto por la persona humana y su derecho a vivir una vida digna de principio a fin.

### 2.3. Cuidados Paliativos

En 1990 La Organización Mundial de la Salud, adopta la definición propuesta por la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos, donde se indica **“Los Cuidados Paliativos comprenden el cuidado total activo de pacientes con enfermedades que no responden al tratamiento curativo. Sus objetivos son el control de síntomas físicos, psicológicos, sociales y existenciales”**. La Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos, entrega una nueva definición, que complementa a la anterior, considerando a esta disciplina, como el **“Cuidado apropiado de pacientes con enfermedad avanzada y progresiva, para los que el objetivo es mejorar la calidad de vida, y en los que el pronóstico es limitado. Considera las necesidades de la familia antes y después de la muerte del paciente”**

La Medicina Paliativa se ha desarrollado preferentemente en el extranjero, con mayor relevancia en Europa y América del Norte. Pertenece al área socio-sanitaria y, como vimos anteriormente, se dedica tanto a investigar como a tratar las enfermedades o procesos propios del envejecimiento, que sean incurables y terminales en pacientes y en conjunto con su grupo familiar. Sus objetivos se podrían resumir en los siguientes.

Tabla 9: *Objetivos del cuidado paliativo*

OBJETIVOS
1. <i>Detección y evaluación de las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales.</i>
2. <i>Implementación de estrategias interdisciplinarias de cuidado del paciente y su familia.</i>
3. <i>Establecimiento de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que pretendan aliviar o controlar el dolor u otros síntomas.</i>
4. <i>Otorgar acompañamiento y apoyo emocional al paciente y su familia.</i>
5. <i>Apoyo y Seguimiento del duelo de la familia y/o entorno significativo.</i>

*Fuente: Elaboración Propia, Información extraída de Resolución Ministerial N° 934/01 Organización y funcionamiento de los Cuidados Paliativos, Argentina, Agosto del 2001.*

En relación a la Medicina Curativa, lo fundamental, y que genera las diferencias entre ambas, es que la Medicina Paliativa posee un enfoque interdisciplinario, permitiéndose otorgar al paciente un tratamiento integral. A raíz de esto, se cuenta indispensablemente con la intervención de distintos profesionales tanto del área médica como social, entre estos se nombran médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, entre otros.

*Tabla 10: Diferencias entre tratamiento curativo y paliativo.*

	TRATAMIENTO CURATIVO	TRATAMIENTO PALIATIVO
<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Decisión del Paciente y/o Familia</li> <li>➤ Cuando la curación es posible.</li> <li>➤ Cuando hay una posibilidad realista de prolongar la vida.</li> <li>➤ En ensayos clínicos sobre un método de tratamiento nuevo, potencialmente efectivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Decisión del Paciente y/o Familia</li> <li>➤ No se puede curar lo incurable</li> <li>➤ Imposibilidad de Prolongar la vida</li> <li>➤ Cuando el Paciente no responde a los tratamientos curativos.</li> </ul>

*Fuente: Elaboración Propia.*

Resulta necesario destacar que ambos tipos de tratamiento, no necesariamente son excluyentes y deben aplicarse por separado, sino que la metodología de atención dependerá de cada caso en particular.

En Latino América esta disciplina se ha insertado en países como Argentina y Colombia gracias a la creación de políticas públicas que pretenden integrar a este enfoque como parte del conjunto de acciones socio sanitarias vigentes en ambos países. El surgimiento de las problemáticas y respectivas demandas propias del fenómeno del envejecimiento demográfico, dejan como resultado un evidente aumento de la población de adultos mayores, situación que avala y devela la importancia de la creación de este tipo de estrategias.

#### **2.4. Trabajo Social y Cuidados Paliativos**

Como se mencionó anteriormente, el trabajo en equipo y específicamente, el trabajo en equipo interdisciplinario configura un pilar fundamental de la Medicina Paliativa. Esta acción conjunta permite otorgar a los usuarios una atención completa, a través de dos acciones fundamentales, en primer lugar, se encuentra el control de los síntomas, y en segundo lugar la atención y apoyo psicosocial. En esta segunda modalidad, es donde el Trabajo Social encuentra su rol y función al insertarse dentro de esta disciplina. En el año 1990 la Organización Mundial de la Salud, a través de la publicación de su artículo *Alivio del dolor del Cáncer y Cuidado Paliativos*, identifica formalmente a la profesión del Trabajo Social como miembro e integrante del equipo de Cuidados Paliativos.

Más próximo a nuestro contexto y realidad nacional, encontramos a Argentina, que anteriormente se identificó como uno de los dos países en Latinoamérica, que actualmente integra y desarrolla la presente modalidad de atención. Esta nación elaboró en el año 2001, un cuerpo normativo denominado *Resolución Ministerial N° 934/01 Organización y funcionamiento de los Cuidados Paliativos*, que establece las normas de funcionamiento que rigen al Trabajo Social, cuando este se inserta y desarrolla su labor profesional, a través de la Medicina Paliativa.

El siguiente cuadro resume los principales objetivos, funciones y actividades que le competen a la profesión, estipulados en la norma anterior.

Tabla 11: Objetivos, Funciones y Actividades del Trabajo Social en Cuidados Paliativos en Argentina.

TRABAJO SOCIAL Y CUIDADOS PALIATIVOS EN ARGENTINA	
<b>OBJETIVOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Promoción de bienestar y calidad de vida del paciente, su familia o entorno significativo dentro de las condiciones que la evolución de la enfermedad le permita.</i></li> <li>• <i>Creación de espacio de comunicación para el paciente, la familia y el equipo.</i></li> <li>• <i>Implementación de intervenciones educativas y terapéuticas en las áreas farmacéuticas, psicológicas y sociales.</i></li> <li>• <i>Promoción de cuidados en domicilio.</i></li> <li>• <i>Prevención de duelo patológico. Seguimiento de duelo y asistencia de duelo patológico</i></li> <li>• <i>Realización de trabajos de investigación en las diferentes áreas</i></li> </ul>
<b>FUNCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Evaluar el grado de impacto que produce la enfermedad en el paciente, familia y entorno significativo, con el fin de arribar al diagnóstico social.</i></li> <li>• <i>Propiciar una adecuada comunicación con el paciente y su familia para unificar criterios y optimizar objetivos.</i></li> <li>• <i>Incrementar la comunicación entre el paciente y la familia y estos con el equipo tratante.</i></li> <li>• <i>Promover la adaptación individual y colectiva a la nueva situación, a fin de propiciar el cuidado del paciente y el auto - cuidado de la familia.</i></li> <li>• <i>Contener a las familias durante el proceso de duelo y facilitar la resolución de los problemas sociales inherentes al mismo.</i></li> <li>• <i>Articular aquellos recursos sociales, tanto públicos como privados que dispongan la comunidad y de los que se puedan beneficiar tanto el paciente como su familia.</i></li> </ul>
<b>ACTIVIDADES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Realización de entrevistas diagnósticas con el paciente, familia y /o entorno significativo. Registro en Historia Clínica.</i></li> <li>• <i>Planificación de abordaje para el tratamiento social.</i></li> <li>• <i>Realización de entrevistas de seguimientos individuales y familiares.</i></li> <li>• <i>Realización de entrevistas complementarias en domicilios con fines de diagnóstico social.</i></li> <li>• <i>Inter consultas y derivaciones ante disfunciones sociales no controlables en este nivel.</i></li> <li>• <i>Conexión con los recursos sociales necesarios para la resolución de las problemáticas detectadas (obtención de medicación, traslados, conexión con escuelas, orientación</i></li> </ul>

*previsional, etc.).*

- *Realización de entrevistas individuales o grupales de soporte social en duelo.*
- *Realización de entrevistas con el objetivo de detectar factores que puedan determinar claudicación familiar.*
- *Realización de entrevistas familiares destinadas a reducir de los efectos negativos de las dificultades de la comunicación*
- *Detectar y derivar los casos de duelo patológico.*
- *Atención de los problemas prácticos luego del fallecimiento del paciente (traslado del cuerpo, entierro, velatorio, documentación específica)*
- *Elaboración de la carta de condolencias y/o contacto telefónico post fallecimiento del paciente.*
- *Conexión de los recursos sociales necesarios para la resolución de la problemática detectada.*
- *Coordinación de actividades de la red de soporte social necesarias para optimizar el tratamiento indicado (escuelas, lugares de trabajo, etc.)*

*Fuente: Extraído de Resolución Ministerial N° 934/01 Organización y funcionamiento de los Cuidados Paliativos, Argentina, Agosto del 2001.*

Otro País que ha incorporado esta disciplina en sus líneas de acción es México, esto se puede observar en el hecho de que múltiples hospitales y centros de salud han implementado esta metodología de Trabajo. A continuación, se explicitará el Manual de organización del servicio de clínica del dolor y cuidados paliativos, del Hospital General de México, para identificar los objetivos y las funciones que le corresponden al Trabajo Social en esta temática.

*Tabla 12 Trabajo Social y cuidados paliativos en México*

<b>TRABAJO SOCIAL Y CUIDADOS PALIATIVOS EN MÉXICO</b>	
<b>OBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Dar asistencia social a paciente y familiares, utilizando métodos y técnicas de trabajo social e instrumentos técnicos administrativos, para cumplir con lo normado en áreas de Hospitalización y asegurar la satisfacción total de los usuarios.</i></li> </ul>
<b>FUNCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Elaborar y ejecutar el programa operativo de trabajo específico del área asignada y de educación para la salud que impacten en la prevención y preservación de la salud del usuario.</i></li> <li>• <i>Elaborar estudio socioeconómico para determinar el nivel de clasificación del paciente.</i></li> <li>• <i>Participar en la atención integral del usuario y familia, aplicando la metodología de caso o grupo.</i></li> <li>• <i>Implementar acciones para disminuir riesgos de abandono de persona.</i></li> <li>• <i>Participar en campañas prioritarios de salud en coordinación con el equipo multidisciplinario.</i></li> <li>• <i>Permanecer en coordinación con personal de Trabajo Social de otras áreas, equipo de salud y con jefe inmediato superior, para dar seguimiento a los casos médicos legales y solución a los problemas de pacientes y familiares.</i></li> <li>• <i>Rotar y suplir otras áreas de Trabajo Social por necesidades Departamentales, para asegurar la satisfacción de pacientes y familiares y dar cumplimiento a las Condiciones Generales de Trabajo vigentes.</i></li> <li>• <i>Participar en actividades de capacitación del Departamento de Trabajo Social.</i></li> <li>• <i>Asistir y participar en sesiones generales de Trabajo Social, de supervisión individual y con el equipo de salud siempre que se le solicite.</i></li> <li>• <i>Gestionar y tramitar intra y extra institucionalmente ayudas diversas para pacientes, utilizando instrumentos y procedimientos correspondientes.</i></li> </ul>

*Fuente: Extraído de Manual de organización del servicio de clínica del dolor y cuidados paliativos, del Hospital General de México, 2014.*

Finalmente Esperanza Agrofo y B. Manrique en “Aspectos sociales de la enfermedad terminal e intervención del Trabajador Social” identifican y justifican el rol profesional del Trabajo Social dentro de esta disciplina **“El Trabajador Social es el profesional que asume dentro del equipo, el tratamiento de los problemas socio-emocionales que aparecen en relación con la enfermedad, bien como aspectos que tienen que ver con el desencadenamiento de la misma o como consecuencia de ella...Al tener en cuenta la necesidad social y afectiva del paciente y de sus cuidadores, los Trabajadores Sociales demuestran gran competencia en materia de movilización de recursos. Además, su comprensión de la familia y de la dinámica de grupos les hace capaces de ayudar tanto a la familia como al resto de profesionales que muestren dificultades en la relación. Por ello, es el miembro dinamizador del equipo. La pérdida, el cambio y la muerte, dimensiones de la vida cotidiana de los sujetos, han constituido siempre una parte inherente al Trabajo Social; esto quiere decir, que todo Trabajador Social, donde quiera que situé su acción en esta área específica, va a tener que ocuparse de personas que están próximas a la muerte o que están atravesando un duelo”** (Agrafo-Manrique, 1999)

Consideramos que la definición anterior contiene y explica de manera idónea y precisa, la esencia de nuestra profesión en relación con esta modalidad de atención socio sanitaria.

### **3. TERCER EJE CONCEPTUAL: DUELO**

El presente eje conceptual, pese a estar en una última posición, es uno de los conceptos más importantes y transversales dentro de éste proyecto de título, puesto que corresponde a uno de los pilares fundamentales de investigación profesional a desarrollar por las alumnas.

#### **3.1. Duelo y Pérdida**

A modo introductorio, entenderemos que el duelo es producido por cualquier tipo de pérdida. Esta pérdida no solo puede referirse y debe asociarse con la muerte de una persona, ya que puede tratarse de una pérdida real o simbólica, relacionada también con una cosa, objeto, acontecimiento, entre otros. Lo relevante, es que la ocurrencia de esta pérdida, sea un hecho significativo para el sujeto, y se produzca para el mismo, de manera consciente o no.

Por ende, el duelo y la pérdida forman parte de un mismo proceso **“Cuando una persona padece una pérdida, se desencadena un proceso de elaboración de la misma denominado proceso de duelo”** (Nomen, 2009)

Es importante señalar, que este proceso no necesariamente debe ser visto como algo patológico para el sujeto. De acuerdo con (Freud, 1915 [1917]), el duelo corresponde a una reacción natural ante la pérdida, un estado en el que el sujeto presenta desviaciones de su conducta normal, desviaciones que, sin embargo, idealmente deberían desaparecer por sí solas al cabo de un tiempo, definido como normal.

Complementando lo anterior, consideraremos las palabras de Herrero y Botella (2002) **“[...] toda pérdida significativa, en general, rompe la continuidad de nuestras vidas; en este sentido, el proceso de duelo puede entenderse como el intento de restablecer dicha continuidad”** (Poch, 2003, pág. 58). Para los autores, el duelo correspondería a un método o mecanismo desarrollado por los seres humanos, con la finalidad de adaptarnos exitosamente al cambio que genera una pérdida, por lo que, a su vez, constituye también un proceso de sanación.

Continuando con Freud, cabe destacar que esta reacción ante la pérdida, debe ser considerada como una abstracción, ya que es vivenciada únicamente por el sujeto de manera individual y subjetiva, al perderse un ser u objeto con valor emotivo para él mismo. En este sentido la emotividad también correspondería a una abstracción, por esta razón, se puede considerar que existirán distintos procesos de duelos, en relación a diferentes tipos de pérdida, producidos a partir de historias de vida particulares. Tizón, concuerda con lo anterior y elabora una

tipología, que permite caracterizar y definir los posibles tipos de pérdida que puede vivenciar un individuo. Se identificarán a continuación (Tizón, 2004)

- **Pérdidas Relacionales:** Se presentan al término de una relación emotiva con una persona significativa.
- **Pérdidas Interpersonales:** Relacionadas con la privación o desmedro de alguna capacidad o cualidad física o mental propia de una persona.
- **Pérdidas Materiales:** Producidas al perder una cosa u objeto de valor para el individuo.
- **Pérdidas Evolutivas:** Se encuentran en directa relación con el ciclo vital de los seres humanos, al desarrollarse los procesos naturales de envejecimiento y muerte.

Considerando las cualidades y características especiales de la Adulthood Mayor, es posible señalar, que los tipos de pérdidas mencionados anteriormente, se producen y manifiestan de diversas maneras en este grupo etario. En relación a las **Pérdidas Relacionales**, éstas se producen generalmente en las posibles desvinculaciones de las personas mayores con su grupo familiar, amistades y/o personas con que mantenían algún vínculo afectivo; Continuando con las **Pérdidas Interpersonales**, éstas se desarrollan a partir de las condiciones naturales del envejecimiento, y los correspondientes deterioros físicos, mentales y cognitivos, sensoriales y motores, que se generan como parte de las etapas finales del ciclo vital, produciéndose de esta forma, estados de incapacidad e inhabilidad frente a determinadas tareas o actividades cotidianas; Con respecto a las **Pérdidas Materiales**, es frecuente que los adultos y adultas pierdan sus bienes materiales, al verse internados en establecimientos de larga estadía o trasladados a vivir con algún familiar que atienda sus necesidades, lo que produce una ruptura con su realidad y ambiente cotidiano. Entre estos bienes se mencionan, por ejemplo, sus antiguos hogares, instalaciones, su barrio y en general su entorno cotidiano y el conjunto de rutinas relacionadas a estos espacios; Finalmente, las **Pérdidas Evolutivas** ocurren a través de los procesos naturales biológicos que conllevan a la muerte. En el caso de los Adultos mayores es común que presenten una cantidad elevada de personas fallecidas en su entorno social, al encontrarse en una etapa del ciclo vital donde estos procesos resultan normales.

### **3.2. Estadios del proceso de duelo**

Debemos comprender al duelo como un proceso natural y necesario para reestructurar y reestablecer la continuidad de la vida, cuando esta se ve

enfrentada a ciertas problemáticas. Para conseguir lo anterior, existen distintas formas de afrontamiento, con el objetivo de elaborar un proceso de duelo exitoso y saludable para el individuo.

En relación a los métodos propuestos para desarrollar este afrontamiento, es posible encontrar una gran variedad, existiendo discrepancias entre autores. Como se verá a continuación, algunos de ellos presentan etapas, fases e incluso tareas para llevar a cabo el afrontamiento.

### **3.2.1. Etapas y Fases del proceso de duelo**

Muchos autores han definido listados de etapas para enfrentar el duelo, una de ellas es la Doctora Elisabeth Kübler-Ross, quien presenta 5 etapas descritas en su libro “*Sobre la Muerte y los moribundos*”. Su obra toma como base sus prácticas clínicas con enfermos terminales y más adelante, su vinculación con familiares en proceso de duelo.

- *Negación y Aislamiento*: La persona doliente niega la realidad del suceso aislándose de su entorno.
- *Cólera e Ira*: Aceptación parcial de la pérdida, donde el sujeto se da cuenta de que el fallecimiento ha tenido lugar y responde con ira, resentimiento, frustración, dolor, etc.
- *Negociación*: Los individuos intentan establecer acuerdos con algún ser superior para obtener el “milagro” de la curación u sanación de la pérdida.
- *Depresión*: Cuando no se puede seguir negando la pérdida, la persona entra en un proceso de tristeza profunda, que habitualmente es temporal.
- *Aceptación*: Las personas que son capaces de superar las etapas anteriores son capaces de contemplar el acontecer con mayor tranquilidad y normalidad.

Las etapas nombradas anteriormente, presentan algunas dificultades en su aplicación práctica, debido a que las personas que atraviesan un proceso de duelo, no necesariamente vivencian estas etapas en forma lineal y esquemática.

En respuesta a lo anterior, Parkes define 4 Fases en el duelo, que pueden presentar variaciones y adaptaciones de acuerdo al proceso particular del sujeto, presentándose como un enfoque alternativo al anterior.

- *Fase I “Periodo de insensibilidad o adormecimiento”*: Puede producirse poco después de originarse la pérdida, y como su nombre lo señala, la persona por un momento no ve afectada su emotividad.

- *Fase II “Fase de Anhelo”*: Se desea el retorno del ser querido y se tiende a negar el fallecimiento. Además, la rabia juega un papel fundamental en esta fase.
- *Fase III “Desorganización y Desespero”*: El sujeto comienza a presentar problemas para relacionarse con su medio y desarrollar sus actividades cotidianas con normalidad.
- *Fase IV “Reorganización de la conducta”*: La persona comienza a recuperar su vida, reorganizándola y estabilizándola.

Para complementar las fases expuestas por el autor anterior, se encuentran las cinco fases de Sanders, que presentan un enfoque similar, continuando con la misma línea.

- *Fase I “Shock”*: Puede variar en cada persona, según el grado de unión o vinculación con el sujeto fallecido, las circunstancias de su muerte y la existencia o no de figuras de apoyo. Se caracteriza por la incredulidad, estado de alarma y negación
- *Fase II “Pérdida de la conciencia, generación de dolor agudo luego de la pérdida”*: Aparece el síntoma de la ansiedad que, en este caso, genera la separación y el estrés prolongado, definiéndose como una etapa conflictiva
- *Fase III “Retirada de Conservación”*: Fase donde el o la doliente empieza a dimensionar el no retorno de la persona fallecida, lo que puede originar un estado depresivo.
- *Fase IV “Curación”*: El sujeto intenta ajustar el entorno, en el cual ya no se encuentra el fallecido, comenzándose a retomar la normalidad.
- *Fase V “Renovación”*: Existe un nuevo interés por actividades actuales, y por el entorno, que permiten sustituir al duelo gradualmente.

Es importante señalar que las fases, llevan a las personas a actuar desde la pasividad, promoviendo e incentivando el atravesar por cada una de ellas, para poder dar por concluido el proceso del duelo.

### **3.3.1. Tareas del proceso del duelo**

Como una propuesta distinta al punto anterior, se han desarrollado Tareas en post del actuar de las personas, con la finalidad de que el sujeto ocupe un rol mucho más activo frente al proceso que atraviesa, generándose una sensación de fuerza y esperanza al saber que tiene un protagonismo importante, para concluir satisfactoriamente su proceso duelo.

Las tareas se sustentan en el concepto de Freud sobre el *Trabajo del Duelo*, puesto que son las propias personas las que deben asumir su pérdida y trabajar para su superación.

En este momento además, podemos acuñar el termino señalado por Stroebe, Sobre la *Elaboración del Duelo*, para el cual refiere que el mismo proceso, “Es un proceso cognitivo que supone afrontar y reestructurar los pensamientos sobre el difunto, la experiencia de perdida y el mundo cambiado en el que ahora debe vivir la persona que ha sufrido la pérdida” (Worden, 2010)

Finalmente, Worden plantea la existencia de cuatro Tareas fundamentales para trabajar la superación del duelo, a su vez señala que no necesariamente se debe seguir un ordenamiento preestablecido para el desarrollo de estas, sin embargo, es necesario que las personas completen cada una de las tareas para finalizar eficientemente el duelo.

Señala además, que las tareas se pueden revisar y adaptar con el tiempo, como también abordar varias a la vez, puesto que el duelo es un proceso fluido.

- *Tarea I. Aceptar la realidad de la pérdida.*

Se debe aceptar que el reencuentro con lo que se perdió, es imposible en esta vida y realidad. Aceptar la pérdida, es un proceso largo, puesto a que no constituye solo es una aceptación intelectual u cognitiva, sino que también emocional. Algunas conductas que pueden interferir en el cumplimiento de la tarea son, por ejemplo, el negar la pérdida a través del mantenimiento de las cosas tal cual las dejó el/la fallecido/a, o por el contrario el deshacerse de todo lo que cree recuerdos de él o ella.

- *Tarea II. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.*

En esta tarea es necesario reconocer y trabajar el dolor, con el objetivo de que éste no se transforme en una o más conductas disfuncionales. Por ende, la negación ante esta tarea significa el no sentir la perdida. Entre las situaciones que pueden darse en la negación, se encuentran, por ejemplo, idealizar al muerto, evitar las cosas que la o lo recuerden y el uso u abuso de alcohol o drogas, como medio para ocultar las emociones que nos genera la pérdida.

- *Tarea III. Adaptarse a un medio en el que el/la fallecido/a está ausente.*

A través de:

- 1) *Adaptaciones Externas:* Esto tiene que ver con el cómo influye la muerte en la actuación cotidiana de las personas. Los cambios se producen principalmente porque en las relaciones existen diferentes roles y al fallecer una de las partes, esos roles no son cubiertos, por tal razón, se deben restablecer dichos roles, para dar cumplimiento a las tareas específicas que desarrollaba cada sujeto.

- 2) *Adaptaciones Internas*: Se refiere, al cómo influye la muerte en la imagen que la persona tiene de sí misma. Tiene que ver con el cómo se definen a sí mismas, en su amor propio y en su sensación de eficacia personal.
- 3) *Adaptaciones Espirituales*: Es decir, cómo influye la muerte en las creencias, valores y los supuestos sobre el mundo que rodea a la persona.

Una forma de no ejecutarse esta tarea, es cuando el individuo no logra la adaptación ante su pérdida. La persona tiende a luchar contra sí misma, no siendo capaz de generar habilidades de afrontamiento y por ende no asumiendo las exigencias del medio, para reestablecerse la continuidad de la vida.

- *Tarea IV. Recolocar emocionalmente al fallecido/a y continuar viviendo.*

En esta tarea, es vital encontrar un lugar para el difunto que nos permita seguir vinculándonos con él, pero de manera pacífica. La forma de no dar cumplimiento a esta Tarea es mantener el apego del pasado, no permitiendo formar otros nuevos.

### **3.3. Tipos de duelo**

Teniendo en cuenta el conjunto de constructos teóricos antes mencionadas, entre estos, las etapas, fases y tareas, resulta indispensable considerar también los tipos de Duelo existentes.

#### **3.3.1. Duelo anticipado**

El duelo anticipado hace referencia a aquel proceso que inicia con el conocimiento y presentimiento de una muerte futura, por ende, se desarrolla antes de la pérdida real. Este término fue acuñado por Lindermann en el año 1944, para referirse a la ausencia de manifestaciones una vez producida la pérdida, debido a que el proceso ya había sido experimentado en el sujeto.

Dicho de otra manera, en este tipo de duelo, la persona conoce de ante mano el posible desenlace de la vida, generando anticipadamente las tareas de duelo, posibilitando el experimentar las diferentes respuestas emocionales que puedan surgir.

*“El duelo anticipado es un proceso que suele posibilitar la revisión de la vida permitiendo solucionar temas pendientes, facilitando de este modo que las*

personas tengan un “Buen Morir” (Jaramillo, 2001, citado por (Yoffe, 2013, pág. 136)

Visto desde el punto de vista de Folkam, También constituye una oportunidad que tiene la familia y el enfermo o anciano para planear y tomar decisiones sobre el tipo de cuidado para el paciente, el tratamiento médico, dónde este elegirá morir, y otro conjunto de decisiones sobre cómo se desarrollará esta etapa final.

Se debe considerar que los familiares que ayudan en el cuidado y acompañamiento del paciente, en su última etapa, experimentan emociones positivas útiles para amortiguar el dolor.

En relación a las tareas mencionadas en el punto anterior, hay algunas que toman relevancia con respecto al duelo anticipado. Esto también es descrito por Worden.

- En relación a la *Tarea I*, se considera que resulta beneficiada, puesto que hay una conciencia y aceptación ya preconcebida de que la persona va a fallecer, sin embargo, se puede alternar con experiencias de negación.
- Con respecto a la *Tarea II*, se produce un aumento de la ansiedad, que tiende también a aumentar a medida que el proceso de duelo anticipado se hace más extenso en el tiempo, y cuanto más se acerca la persona al hito de la muerte. A lo anterior también se le suma el temor que genera el ver deteriorarse ante nuestros ojos a la persona amada, y por, sobre todo, si son enfermedades degenerativas.
- Observando la *Tarea III*, es posible identificar la producción de un ensayo de roles, en el que las personas visualizan su vida después de la pérdida, permitiendo aclarar el panorama. Sin embargo, cuando el proceso del duelo anticipado es muy extenso, puede provocarse una desvinculación o desapego emocional demasiado pronto, provocándose conflictos en la relación donde se tiende a desear la prontitud del fallecimiento. Desde el lado contrario, se puede producir el apego excesivo al familiar moribundo, evitándose de esta forma, los sentimientos de culpas.
- Y por último se señala que tiene gran relevancia el resolver temas pendientes, despedirse, realizar los últimos deseos, lo que facilita el cumplimiento de la *Tarea IV*.

Hasta aquí solo se ha hablado del impacto del duelo anticipado en los sobrevivientes, sin embargo, los afectados también tienen consecuencias, las personas que están muriendo muchas veces pueden sentirse desbordados,

puesto que ellos están perdiendo todo lo que tienen en la vida y muchos seres de apego, lo que puede generar el ensimismamiento y aislamiento del resto.

Después de definir el término de duelo anticipado, queda en evidencia que este es el tipo de duelo, por el cual atraviesan los familiares y adultos mayores insertos en Establecimientos de larga estadía o en recintos hospitalarios. Esto debido, a que se conoce su deterioro tanto físico como cognitivo, que en la mayoría de las ocasiones los lleva a ser ingresados a estos recintos, ya que los familiares consideran que es la mejor opción de cuidado frente a sus dolencias. También es interesante destacar uno de los hechos mencionados al describir las tareas en el duelo anticipado, en las cuales se señala que a los familiares de aquellas personas en situación terminal o adultos mayores con deterioros físicos y/o cognitivos, la visualización de sus seres queridos, puede provocar un fuerte shock, ya que, puede hacer que ellos se pongan en su lugar, temiendo en un futuro padecer las mismas enfermedades, lo cual provoca en algunas personas un fuerte rechazo hacia sus familiares, como medio de autodefensa.

Frente a esta situación también es necesario hablar sobre la teoría del apego construida bajo la visión de Bowlby, que señala que todas las personas elaboran figuras de apego, desde el momento del nacimiento hasta el final de los días. En una primera instancia esas figuras de apego son específicas y tienden a ser principalmente los padres o cuidadores, esto debido a que las figuras de apego son elaboradas por la necesidad de protección y seguridad, sin embargo, a lo largo de la vida se van incorporando otras. Las figuras de apego suelen acompañar a las personas por gran parte del ciclo vital e incluso en ocasiones por todo el desarrollo del ciclo.

Entendiendo entonces que las figuras de apego son formadoras de lazos afectivos y que promueven en nosotros el sentido de protección y seguridad, es que se logran comprender las reacciones que se tienen al momento de verse amenazadas o en peligro esas figuras. Mientras más elevado es el potencial de pérdida de las figuras (por ejemplo, en caso de pérdida vital), más abruptas son las reacciones que se tienen. La reacción principal suele ser entorno al llanto, a aferrarse a la persona o a la figura de apego y posiblemente reaccionar con enfado, ante la posible pérdida, sin embargo en el desenlace es donde se producen las principales diferencias, cuando las personas logran sobrellevar el peligro y las acciones son exitosas, el equilibrio comienza a retornar, se restablece el lazo y el estrés generado comienza a desaparecer; pero por el contrario, cuando la situación crítica no se logra solucionar y el peligro no desaparece, resulta en muchos casos inevitable que surja la apatía, el desespero y el rechazo, esto

debido a que aquella figura de apego que nos aporta seguridad y protección, por alguna razón ya no puede cumplir ese rol.

### **3.3.2. Duelo Normal**

El concepto de duelo normal hace referencia a las manifestaciones normales frente a cualquier tipo de pérdida, dado la amplia y variada lista que encontramos de éstas manifestaciones, es que dividieron las mismas en cuatro categorías generales:

- Sentimientos, dentro de estos se encuentran, la tristeza, el enfado, la ansiedad y la soledad.
- Sensaciones físicas, aquí encontramos el vacío en el estómago, la opresión en el pecho y/o garganta, la falta de energía
- Cogniciones, se puede encontrar la confusión, el sentimiento de presencia, las alucinaciones, y
- Conductas en donde se pueden hallar los trastornos del sueño y/o alimentación, atesorar objetos que pertenecían al difunto, soñar con él.

Según Anna Freud, el duelo sano es “[...] el esfuerzo exitoso de un individuo por aceptar que se ha producido un cambio en su mundo externo y también que él debe realizar cambios correspondientes en su mundo interno, representacional, y reorganizar y quizás reorientar, en consecuencia, su conducta de apego” 1960, citado (Bowlby – West, 1983, pág. 40)

### **3.3.3. El duelo complicado**

Con respecto al duelo complicado o patológico, éste es definido como “la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas des adaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución”...Además, afirma que la patología del duelo está más relacionada con la intensidad o la duración de la reacción frente a la pérdida, que con la simple presencia o ausencia de una determinada conducta (Horowitz, 1980, citado en Worden, 2010, pág. 117-118).

Por otro lado, Worden, distingue el Duelo Complicado en cuatro tipos:

- *Duelo Crónico*: Se caracteriza por que tiene una duración excesiva y nunca logra tener una conclusión satisfactoria,
- *Duelo Retrasado*: Se produce a través de la intensidad de los sentimientos que, al ser examinados, se observa que suele tratarse de un duelo no resuelto por una pérdida anterior,

- *Duelo Exagerado:* Caracterizado por conductas desadaptativas, sentimientos desbordantes y respuestas exageradas. En este tipo de duelo se suelen incluir los trastornos psiquiátricos más frecuentes tras una pérdida: la depresión y la ansiedad,
- *Duelo Enmascarado:* Existencia de síntomas físicos, psicológicos o conductuales que causan dificultades, donde el/la deudo/a no es capaz de reconocer que están relacionados con el fallecimiento.

### **3.4. Duelo y Pérdidas en el adulto mayor**

Cuando se habla de la experiencia de duelo y pérdidas en los adultos mayores, éstos suelen ser subestimados en cuanto a su accionar frente a la temática, debido principalmente a la tendencia de ser infantilizados y sobreprotegidos. Sin embargo, no se toman en consideración los procesos por los cuales el Adulto mayor ha transcurrido a lo largo de su vida, enfrentándose en innumerables ocasiones a diferentes situaciones de pérdidas y duelos.

Es por lo anterior, que los adultos mayores al enfrentar un proceso de duelo, lo resuelven en su mayoría, mejor de lo que espera su círculo cercano.

Características del duelo de los adultos mayores:

- Interdependencias, cuando los adultos mayores tienen un grado de dependencia muy grande con la persona fallecida, se hace muy compleja el adaptarse al medio sin su presencia, por ende, el trabajo debe ser más arduo para conseguirlo.
- Pérdidas múltiples, al tener mayor edad, es más común sufrir pérdidas, tanto humanas, como materiales y físicas y ambientales, por lo cual los adultos mayores, tienen una capacidad de resistencia a la pérdida más elevada.
- Conciencia de muerte personal, al perder una cantidad importante de seres queridos, las personas pueden sufrir una gran ansiedad, que debe ser tratada.
- Soledad, muchos adultos mayores viven solos después de la pérdida de compañera, por lo cual en ocasiones es necesario puedan ser trasladados a otro hogar con sus familiares.
- Ajuste de roles, cuando en una pareja de adultos mayores la mujer es la que fallece, para el hombre se vuelve mucho más compleja la reorganización de roles, ya que en su mayoría deben aprender a realizar tareas hogareñas. En cambio, para las mujeres resulta, en cierto sentido más llevadero.

- Grupos de apoyo, estos son de gran ayuda para mantener la participación activa del adulto mayor, además sirve como distracción a la soledad.
- Contacto físico, después de la pérdida, se vuelve una necesidad el ser tocados.
- Evocar recuerdos, en ocasiones también se llama revisión de la vida, generalmente tiene una función adaptativa para las personas de edad.
- Discutir la recolocación, aquí es necesario decidir si la persona se queda en su hogar de residencia o es mejor trasladarse a otro sitio, con el fin de no encontrarse solo.
- Desarrollo de habilidades, es necesario que después de la pérdida los adultos mayores comiencen a adaptarse a su medio y a aprender nuevas habilidades y así mejorar su autoestima.

**Capítulo III**  
**Marco Metodológico**

## **1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

Los últimos estudios cuantitativos entregan información relevante sobre la situación actual y futura de los adultos y adultas mayores en el país, que hacen alusión al fenómeno ya conocido del Envejecimiento Demográfico. De acuerdo a los datos obtenidos a través del **Estudio de Recopilación, Sistematización y Descripción de información estadística disponible sobre Vejez y Envejecimiento en Chile**, se indica *“La expectativa de vida al nacer, supera hoy en día los 79 años (...) Si a lo anterior se agrega que Chile ha mostrado una drástica disminución de sus tasas de natalidad (número de nacimientos) y fecundidad (número de niños por mujer) (...) se tienen como resultado un envejecimiento a ritmo sostenido”*. (BOREAL, 2011)

Los datos cuantitativos antes descritos, pasan a convertirse en relevantes problemáticas sociales al estimarse proyecciones futuras que señalan un aumento de adultos mayores, con mayores años de vida. Continuando con los datos entregados por el mismo estudio *“Se espera que alrededor del año 2025 la población de mayores supere a la de los niños, llegando a 116,3 personas mayores por cada 100 personas entre 0 y 14 años para ese año”*. Esta situación compleja en sí misma, presenta dilemas al analizar la situación actual de las estrategias vigentes que existen tanto a nivel público como privado, para abordar la etapa de la vejez. Estas estrategias se evalúan como ineficaces y limitadas al no existir una consideración integral de los dilemas específicos que se producen con el paso de la edad, existiendo un enfoque mayormente biomédico que tiende a concebir a esta etapa, como una enfermedad ya en sí misma, asociándola exclusivamente con el surgimiento de patologías y discapacidades físicas, sin considerar tanto las fortalezas como complejidades sociales y psicológicas de este grupo etario.

La comprensión de lo que significa ser hoy en día un Adulto o Adulta Mayor en un país y cultura que no tiende a valorar la sabiduría y sacrificio de las personas que sentaron las bases de lo que es el Chile actual, se encuentra ajena a la configuración de un enfoque óptimo que entregue una respuesta eficiente a las necesidades vislumbradas y demandas en la actualidad por nuestros y nuestras ascendentes.

## **2. SISTEMA DE OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivos de la Investigación**

#### **2.1.1. Objetivo General**

- Conocer las prácticas de intervención biopsicosocial, en torno a las temáticas de buen morir, pérdida y duelo, desarrolladas en La Residencia El Naranjo para Adultos Mayores de Viña del Mar.

#### **2.1.2. Objetivo Específico**

- Analizar los significados de los Adultos Mayores, Familiares, Trabajadores y Profesionales de La Residencia El Naranjo de Viña del Mar, en relación a los Momentos de Intervención.
- Analizar los significados de los Adultos Mayores, Familiares, Trabajadores y Profesionales de La Residencia El Naranjo de Viña del Mar, en relación a las Técnicas de Intervención.
- Analizar los significados de los Adultos Mayores, Familiares, Trabajadores y Profesionales de La Residencia El Naranjo de Viña del Mar, en relación al Trabajo en Equipo.

#### **2.1.3. Pregunta de Investigación**

¿Cuáles son las prácticas de intervención biopsicosocial, en torno a las temáticas de buen morir, pérdida y duelo, que desarrollan los profesionales en La Residencia El Naranjo para Adultos Mayores de Viña del Mar?

### **3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

A lo largo de los años se han comenzado a visualizar cambios demográficos significativos, que permiten observar el proceso de envejecimiento que experimenta Chile y el mundo en general. Estos cambios en las estructuras sugieren un avance y un replanteamiento en el cómo intervenir con los adultos mayores.

Para lo anterior se hace indispensable contar con profesionales y técnicos capacitados en temáticas relacionadas a este grupo etario, para de este modo poder afrontar el desafío del envejecimiento de forma correcta, permitiendo desarrollar y promover una cultura que satisfaga las necesidades de los Adultos Mayores.

Comprendiendo que el envejecimiento poblacional va en aumento, una de las tantas variables que pueden observarse y requiere especial atención, es en cuanto al cuidado del Adulto Mayor. Y para esto se debe considerar que cada adulto mayor necesita cuidados diferentes, dependiendo de sus características particulares.

El cuidado de los adultos mayores hoy en día es un tema controversial, puesto que en la mayoría de los casos quienes asumen la función de cuidadores son familiares 92,3%, primordialmente mujeres 86,5%, (Thumala, Arnold, Massad, & Herrera , 2015, pág. 41) y si bien las familias lo prefieren de este modo, en muchas ocasiones sus realidades se los prohíben, ya sea debido a que no cuentan con, los conocimientos, el tiempo o la disponibilidad para hacerlo, teniendo que recurrir a Establecimientos para el cuidado de sus familiares.

En lo previamente dicho, se logra observar que la idea de internalización de los adultos mayores no es considerada como una primera opción, pero en la actualidad su utilización va en aumento, ya que sobretodo en personas mayores de 75 años las necesidades de cuidados se vuelven más complejas de satisfacer. Esta realidad queda en evidencia en datos otorgados por el Servicio Nacional del Adulto Mayor, en donde se expone que hasta el año 2014 se contaba con 786 establecimientos dedicados a los adultos mayores, encontrándose estos principalmente en la región Metropolitana 55,22%, en la región de Valparaíso un 22.39% y un 3.82% en la región del Libertador Bernardo O'Higgins. (Lampert & de la Paz, 2014, pág. 2)

A causa de esto es que se debe prestar atención a la forma de cuidado de los adultos mayores institucionalizados, puesto a que en primer lugar la mayoría de ellos llegan a estas instituciones, debido a que sus necesidades no logran ser

satisfechas por sus familiares y éstos buscan que personas entendidas y capacitadas puedan suplirlas; otro punto importante de ser tratado son los sentimientos que se les generan a los adultos mayores al ser ingresados a las instituciones, puesto que comienzan a vivenciar cambios drásticos, por la pérdida de su cotidianidad.

Es en lo dicho con anterioridad que el proyecto de título presentado se fundamenta, buscando caracterizar las prácticas de intervención biopsicosocial, en torno a las temáticas de buen morir, pérdida y duelo, en La Residencia El Naranjo para Adultos Mayores de Viña del Mar, investigando los modos de abordaje frente a la temática, considerando, los procesos, las estrategias y las técnicas que se deben emplear para aquello.

Esto se realiza con el fin de dar a conocer una forma de intervención en la que el trabajo social tiene mucho que ofrecer, potenciando de este modo un camino en el quehacer profesional, fortaleciendo y enriqueciendo una oportunidad laboral y por sobretodo implementando nuevas estrategias que faciliten el trabajo con los Adultos Mayores.

Para llevar a cabo a investigación se aplicarán instrumentos cualitativos que permitan la recopilación de información, para posteriormente ser caracterizada y utilizada en la elaboración del Protocolo de Intervención en torno a los Procesos de Buen morir y Duelos y Perdidas de Adultos Mayores.

#### **4. INSERCIÓN INICIAL EN EL CAMPO DE INVESTIGACIÓN**

Esta es la primera etapa del proceso cualitativo, y es imprescindible llevarlo a cabo de buena manera, puesto que es en este momento en donde se comienzan a generar los vínculos con los profesionales y participantes. Además, en el inicio de esta etapa es en donde se empiezan a visualizar los aspectos generales de los participantes y medio que los rodea, para luego en cuanto avanza la inserción comenzar a identificar los aspectos de interés. Esto lo explicita Anastas, 2005, declarando que: “En la inserción inicial las observaciones en el campo son múltiples, generales y con poco enfoque o dispersas. Al principio el observador debe observar lo que más pueda. Pero en conforme transcurre la investigación, va centrándose en ciertos aspectos de interés. (Hernández Sampieri , Fernández Collado , & Baptista Lucio, 2010, pág. 374)

Es necesario que en esta etapa se realice una entrada al lugar de forma paulatina, la cual permita realizar un ingreso de forma natural, que facilite la construcción de las relaciones y el reconocimiento de los hábitos y rutinas de los y las participantes.

Para poder llevar a cabo esta etapa, lo primero fue encontrar una institución que aceptará la propuesta realizada, consistente es para ello se llevaron a cabo conversaciones con diversas instituciones, sin embargo, para encontrar la indicada, fue necesaria la colaboración del Profesor Mauricio Ureta. Él se contactó con la Residencia el Naranjo, para Adultos Mayores.

El Naranjo abrió las puertas considerando que la propuesta planteada se podía desarrollar en la institución, debido a las características particulares de la misma. Las instancias iniciales de acercamiento se entablaron al comienzo del Primer semestre del año 2016, específicamente el día 30 de marzo, en donde las alumnas entablaron conversaciones con el director administrativo de “El Naranjo” el Sr. Robert Quilhot Suazo, quien asimismo cumple el rol de asiste social del mismo. En esta reunión las alumnas comunicaron de manera formal su propuesta, siendo ésta acogida y apoyada por la institución, en esta reunión además se entregó la información de las características de la institución y el trabajo realizado en ella.

Una vez llevadas a cabo las primeras conversaciones, las alumnas inician de manera paulatina su inmersión en la Residencia, a través de visitas esporádicas con el propósito de conocer el medio en el cual las personas viven día a día, pero sin importunar su cotidianidad. Sin embargo, las primeras visitas a la Residencia, fueron principalmente realizadas con el fin de obtener la información necesaria

para la elaboración del primer capítulo del proyecto de título, denominado contexto institucional el cual, para poder ser desarrollado, necesitó de la colaboración del Sr. Robert Quilhot y de Karina Araya, quien ese momento cumplía el rol de secretaria en la institución.

Los primeros acercamientos a los adultos y adultas mayores se realizaron en acompañamiento de la señorita Marisol, quien es la encargada del hogar, ella amablemente presentó a las alumnas a cada adulto y adulta mayor. En este primer acercamiento, se visualizaron a grandes rasgos las personalidades de cada uno.

A medida que las alumnas fueron asistiendo y recordando los nombres de cada uno de los adultos y adultas mayores, estos comenzaron a tener una mejor aceptación para con ellas, generando de esta forma mayor familiaridad, favoreciendo la vinculación y la recogida de información necesaria para poder llevar a cabo la investigación

Luego de concluir contexto institucional, se dio inicio el marco teórico, para el cual se decidió trabajar principalmente en la biblioteca, y por ende asistir en menor grado a la institución, puesto que la información requerida y la forma de trabajo era principalmente a través de medios informáticos y bibliográficos, discutiendo los conceptos a utilizar, analizándolos en post de la investigación.

Para no perder el contacto con la institución, las alumnas participaron en algunas actividades cotidianas de la residencia, como fue el caso de una actividad realizada por la Terapeuta Ocupacional la cual tenía como finalidad, mantener activa la mente de los adultos mayores, por ende, fortalecer su capacidad cognitiva. Esta actividad fue fundamental, para obtener información más específica, sobre las características particulares de cada persona.

Una vez los documentos estuvieron realizados, gracias a la información recabada y los aspectos particulares de la institución, estos fueron presentados al profesor guía el Sr. Mauricio Ureta, quien hizo las correcciones necesarias, luego de esto el documento fue revisado por el supervisor institucional Sr. Robert Quilhot, quien hizo las observaciones que consideró prudentes para mejorar los documentos.

Finalmente, ambos documentos fueron modificados siguiendo los consejos tanto del Profesor como del Supervisor Institucional. Siendo entregados de manera formal, a modo de cerrar el semestre de Proyecto de Título I, el viernes 27 de junio.

## **5. DISEÑO MUESTRAL CUALITATIVO**

Una vez desarrollado el proceso de inmersión inicial, que permito generar una aproximación al contexto y colectivo de investigación, obteniéndose una primera mirada de la realidad existente en “El Naranjo”, es posible avanzar en el proceso para definir lo que se denomina Muestra.

En primera instancia, para una óptima comprensión de lo que es una Muestra en Investigación Cualitativa, es importante señalar tal como lo indica **José María Serbia** *“La representatividad de estas muestras no radica en la cantidad de las mismas, sino en las posibles configuraciones subjetivas (valores-creencias-motivaciones) de los sujetos con respecto a un objeto o fenómeno determinado.”* (Serbia, 2007 )

Por esta razón, como declara el autor **Patton**, lo principal para definir el Diseño Muestral Cualitativo, no radica en la consideración de la cantidad de personas que lo compondrá, sino que en la representatividad que presentan estas mismas para la investigación *“En este campo no hay reglas para decidir el tamaño de la muestra y, si hubiera que enunciar alguna, está sería: “todo depende”. Depende del propósito del estudio, de lo que resulta útil para lograrlo, de lo que está en juego, de lo que lo hace verosímil, y en última instancia, incluso de lo que es posible. Así, para poder juzgar si una muestra es adecuada hay que conocer el contexto del estudio”* citado en (Mártinez Salgado, 2012)

Es por esto, en consideración de lo anterior, que **Hernández, Fernández y Baptista, 2010** desarrollan ciertos criterios que permiten guiar la elección de una muestra, considerando el *“Todo Depende”* señalado por Patton, permitiéndose de esta forma, adecuar la investigación a las particularidades específicas de la realidad.

Estos criterios se configuran en tres factores que intervienen para definir el número de casos.

**1.- Capacidad Operativa de Recolección y Análisis:** El número de casos que podemos manejar de manera realista y de acuerdo con los recursos que dispongamos.

**2.- Entendimiento del fenómeno:** El número de casos que nos permiten responder a las preguntas de investigación.

**3.- Naturaleza del fenómeno bajo análisis:** Si los casos son frecuentes y accesibles o no, si el recolectar información sobre estos lleva relativamente poco o mucho tiempo.

De acuerdo a lo anterior, la presente investigación, considerando los factores anteriores, ha establecido tomando en cuenta la *Capacidad Operativa de Recolección y Análisis*, considerar a la mayoría de las personas vinculadas a “El Naranjo”, al constituirse en un número reducido de fácil manejo. Es sujetos han sido divididos en dos grupos o colectivos, siendo estos Residentes Adultos y Adultas Mayores y Trabajadores-Profesionales, al presentar características diferentes que deben ser consideradas y abarcadas por los instrumentos de recolección de datos y análisis, también de forma distinta.

Las razones por las que no se considerará al número total de personas, tienen relación con los dos siguientes factores *Entendimiento del Fenómeno y Naturaleza del Fenómeno bajo análisis*, existiendo baja representatividad para la investigación en algunos trabajadores, que por su función no desarrollan una vinculación directa y significativa con el presente fenómeno. Por otro lado, se han identificado características especiales en el colectivo de Adultos y Adultas Mayores, relacionadas con las condiciones biológicas o padecimiento de alguna enfermedad propias de su edad avanzada, que impedirían la aplicación del instrumento de recolección de datos.

### 5.1. Colectivo de Investigación

Para la investigación a realizar se han determinado dos colectivos de investigación, que agrupan a los participantes seleccionados, estableciéndose a continuación los criterios de inclusión y exclusión de cada cual.

*Tabla 13: Colectivo de investigación I*

<b>Primer Colectivo de Investigación. Adultos y Adultas Mayores y Familia.</b>
<p><b>Criterios de Inclusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultos y Adultas Mayores, Residentes de “El Naranjo”</li> <li>• Residentes hace mínimo un mes en la Residencia.</li> <li>• Apoderados o familiares de los y las residentes del hogar.</li> <li>• Participación Voluntaria en el estudio. -</li> </ul>
<p><b>Criterios de Exclusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultos y Adultas mayores que no cuenten con la capacidad de expresarse verbalmente.</li> <li>• Familiar menor de 18 años.</li> </ul>

*Fuente de elaboración propia*

*Tabla 14: Colectivo de investigación II*

<b>Segundo Colectivo de Investigación. Profesionales y trabajadores.</b>
<p><b>Criterios de Inclusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales y Trabajadores de la Residencia “El Naranjo”</li> <li>• Profesionales y Trabajadores con al menos un mes de antigüedad “El Naranjo”</li> <li>• Participación Voluntaria en el estudio.</li> </ul>
<p><b>Criterios de Exclusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales y trabajadores que no realice un trabajo directo con los Adultos y Adultas Mayores.</li> </ul>

*Fuente de elaboración propia*

## **6. DISEÑO, ENFOQUE Y PERSPECTIVA DE INVESTIGACIÓN**

Una vez aproximadas las etapas anteriores del proceso de investigación, donde es posible definir la temática, colectivo y objetivos de investigación, es posible avanzar y cuestionarse en este momento el ¿Cómo se va a conocer lo que nos interesa? Determinándose la mejor manera de acercarse a la realidad social.

### **6.1. Enfoque de estudio**

Para el presente proyecto de título, las problemáticas que afectan a las Personas Mayores en Chile, constituyen un relevante y necesario fenómeno digno de investigar. Las percepciones y significados que los adultos y las adultas mayores le atribuyen a su realidad inmediata y pasada, constituyen una valiosa fuente de conocimientos poco explorados y vagamente considerados al momento de planificar las estrategias y acciones orientadas a este grupo etario, que, sin duda, merecen ser observadas al constituir experiencias, vivencias y sabiduría pura del pasar de toda una vida.

De acuerdo con **Hernández Sampieri** *“El enfoque cualitativo puede concebirse como un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo visible, lo transforman y convierten en una serie de representaciones”*. Por esta razón, la elección y utilización de este enfoque, permitirá alcanzar un elevado conocimiento y comprensión de la realidad particular que se configura en La Residencial el Naranjo, pudiéndose desarrollar y utilizar ciencia, metodología y teoría a la vez, con la finalidad fundamental de comprender e interpretar estos importantes fenómenos existentes en el Chile actual.

### **6.2. Tipo de diseño**

Con la finalidad de alcanzar los objetivos de investigación planteados, se ha determinado la utilización de un Diseño Narrativo.

Continuando con **Hernández Sampieri** *“Esta metodología se fundamenta en el enfoque fenomenológico de la apreciación de las realidades, de la vida humana, de cómo vivimos, lo sentimos y nos afecta”*. El autor señala que esta forma de aproximación a la realidad, se consigue a través de un análisis entre *lo Dialógico-Interpretativo*, al apoyarse en el estudio de relatos, entrevistas, cartas, autobiografías u otros que, a su vez, construyen historias de vida particulares, que desvelan información primordial para la investigación.

También es importante destacar que el Diseño Narrativo permitirá desarrollar el proceso de levantamiento de información de forma óptima, al encontrarse en concordancia con las características biológicas, psicológicas y cognitivas especiales del colectivo de investigación. De acuerdo con el autor **Mertens**, citado en (Salgado Lévano, 2007, pág. 73) indica, que los estudios narrativos pueden no incluir la narración de los participantes “en vivo”, producto de causas como su fallecimiento, edad avanzada o padecimiento de alguna enfermedad, lo que resulta fundamental en el presente proyecto de título.

Es por esto que la investigación considerará dentro de su diseño los siguientes tipos de información.

- Historias de vida, hechos, pasajes o acontecimientos.
- Interacciones, secuencia de eventos y resultados.
- Documentos y materiales.
- Ambiente, tiempo y lugar.

Finalmente, **Creswell** indica que el Diseño Narrativo “*También es una forma de intervención, ya que, al contar una historia, ayuda a procesar cuestiones que aún no estaban claras*” citado en (Salgado Lévano, 2007). Lo que resulta fundamental para el grupo de estudiantes, debido a que a pesar de que la finalidad del presente proyecto de título no se constituye en una intervención directa de los usuarios, si pretende generar un aporte concreto y valioso para este grupo etario.

Es por lo anterior que la presente investigación también posee elementos de un Diseño de Investigación – Acción, al ser un tipo de metodología de investigación, que tiene como propósito según **Ana Salgado** “*Aportar información que guíe la toma de decisiones para programas, procesos y reformas estructurales*”, teniéndose en este caso, como objetivo final el desarrollo de un protocolo de intervención social para el Trabajo Social.

## 7. RECOLECCIÓN DE DATOS

### 7.1. Instrumentos y técnicas de recolección de datos

#### 7.1.1. Definición de unidades de análisis

Las unidades de análisis varían dependiendo de la información que se espera recopilar y posteriormente analizar, para llevar a cabo la investigación. Estas unidades corresponden a las entidades representativas de lo que será el objeto específico de estudio, esto quiere decir, que se refiere al ¿Qué o Quién se desea investigar?

Debido a que el tipo de estudio a realizar es de carácter cualitativo, se espera obtener datos de las personas, comunidades, contextos o situaciones en profundidad, para convertirlos en información, estos datos de interés, son obtenidos a través de conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias, procesos y vivencias, manifestadas en el lenguaje de los participantes...con la finalidad de analizarlos y comprenderlos y así responder a las preguntas de investigación y generar conocimientos (*Hernández Sampieri, et al, 2010*).

Es imprescindible que para la recolección de datos se utilicen unidades de análisis apropiados considerando la investigación a realizar, para lo cual los investigadores deben recabar la información de manera natural y en el medio cotidiano de los participantes, promoviendo de este modo que ellos se encuentran cómodos al momento de entregar la información.

*Tabla 15: Unidades de análisis*

Unidades de análisis		
Adultos y Adultas Mayores pertenecientes a la Residencia “El Naranjo” y sus Familias	Experiencias y prácticas Profesionales y Trabajadores de la Residencia “El Naranjo”	Marco Teórico.

*Fuente de elaboración propia*

La principal unidad de análisis en este caso son las personas, para lo cual se elaboraron dos colectivos de investigación; El primero de ellos corresponde a los adultos, adultas mayores y sus familiares, puesto que es a ellos a quienes afecta directamente la temática a investigar, sobre buen morir, duelos y pérdida. Esto se produce, debido cambios drásticos en su estilo de vida, lo que puede generar quiebres importantes que conlleven a procesos de duelo. Considerando este colectivo, se establecieron criterios de inclusión entre los cuales, se evidencian,

Adultos y Adultas Mayores, Residentes de “El Naranjo”, que lleven como mínimo un mes en la residencia, con el fin de poder obtener su experiencia el lugar y que ellos o ellas conozcan la dinámica generada en la residencia, para de este modo poder contrastar sus formas de vidas previas con las actuales, entre otras. Considerando a sus familias, se desea obtener información tanto de sus apoderados y/o familiares, con el fin de visualizar su punto de vista, ante los hechos vivenciados por parte de los adultos y adultas mayores. Como segunda Unidad de análisis se encuentran las experiencias y prácticas de los Profesionales y trabajadores de la Residencia, esto es indispensable para la investigación, puesto que son estos quienes realizan las labores de cuidado, en el desempeño diario de sus funciones, por lo cual se debe considerar su conocimiento teórico-práctico que pongan a disposición al momento de realizar el proceso de análisis.

Finalmente, a las anteriores unidades de análisis, se les incorpora el marco teórico, que propone una visión general sobre la temática a investigar, colaborando en el entendimiento de la misma, éste marco teórico, se encuentra compuesto por 3 ejes temáticos, siendo el primero de ellos, la Adulthood mayor; el segundo, el Buen morir y; el tercero, Duelos y Perdidas. Esta unidad de análisis debe ser considerada como tal, debido al sustento teórico que ofrece, para de este modo poder contrastar y fundamentar la investigación.

### **7.1.2. Técnicas de recopilación de datos**

Para comenzar a hablar sobre las técnicas de recopilación de datos, es preciso señalar que es la recopilación de datos

“Recoger datos no es sino reducir de modo intencionado y sistemático, mediante el empleo de nuestros sentidos o de un instrumento mediador, la realidad natural y compleja que pretendemos estudiar a una representación o modelo que nos resulte más comprensible y fácil de tratar. Es, por tanto, un proceso por el que se elaboran o estructuran en mayor o menor grado determinados objetos, hechos conductas, fenómenos, etc.” (Rodríguez Gómez, Gil Flores, & García Jiménez, 1999, pág. 142)

Lo que se busca obtener en esta recolección, por ende, es una elaboración propia de cada individuo, sobre algún hecho que se espere investigar. Para recogerlos es fundamental que exista un procedimiento, así como a su vez un sujeto que los recoja, siendo imprescindible también, que se recaben por un propósito establecido.

Si bien las técnicas son importantes a la hora de recabar la información, lo que es los objetivos de la misma. Los instrumentos deben ser inclusivos, para lograr

abarcar la máxima información posible de los sujetos a investigar, tomando en consideración cada una de sus particularidades.

A continuación, se presentan las técnicas seleccionadas por las estudiantes, para su selección se tomó en consideración la naturaleza de la investigación, el comportamiento de los participantes y sus particularidades, la dinámica interna de la Residencia “El Naranjo” y el conocimiento previo de la temática.

- **Revisión documental:**

Para facilitar el estudio, se efectúa una revisión de documentos, en los cuales se individualiza a los adultos mayores participantes, explicitando sus características particulares. Los documentos, permiten conocer algunos aspectos de relevancia en cuanto al actuar de los servicios que brinda la Residencia en sus tratamientos, por ejemplo, las rubricas de alimentación de cada uno.

En este sentido la revisión documental aportará datos secundarios a la investigación, puesto que la información allí contenida no se configuró con el propósito de contribuir a la investigación.

- **Entrevista cualitativa (semiestructurada):**

Debido a la información que se espera recabar, el formato de la entrevista cualitativa será, de tipo semi-estructurado, puesto que en esta el entrevistador, además de sus preguntas establecidas, puede ir incorporando otras adicionales a lo largo de la entrevista, con el fin de precisar detalles y de este modo obtener mayor información sobre las temáticas tratadas. Es por esto que se genera mayor libertad y flexibilidad en la obtención de la información.

Este tipo de entrevista permite también que el informante pueda dar su opinión sobre la temática investigada, principalmente porque promueve que se reflexione sobre el asunto y otorgue información que no haya sido considerada en un inicio.

A través de las preguntas y respuestas se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema (*Janesick, 1998, citado por Hernández Sampieri. Roberto, et al. 2010. Pág. 418*). La entrevista cualitativa, se emplea cuando el problema de estudio no se puede observar o es muy difícil hacerlo por ética o complejidad y se prefiere obtener información detallada de personas específicas.

En la entrevista cualitativa, predomina el diseño narrativo en donde las personas, de modo biográfico relatan sus vivencias y experiencias con respecto a sucesos vivenciados.

## **7.2. Inmersión Profunda en el campo de Investigación**

Considerando que el primer semestre del año 2016 en el Proyecto de Título I, se logró tener una aproximación a la realidad de los sujetos de investigación, que permitió generar un vínculo con la población objetivo en su medio ambiente natural, es que este semestre se espera lograr retomar y fortalecer aquello, para de este modo obtener la información necesaria para llevar a cabo la investigación cualitativa.

El semestre anterior fue posible establecer el sustento teórico de la problemática a abordar, pero en esta ocasión se debe desarrollar el marco metodológico, con el fin de determinar las directrices y estrategias de investigación, para poder continuar con las etapas siguientes.

Con la población objetivo seleccionada, lo que se debe llevar a cabo a continuación es la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, para la cual es fundamental mantener una relación cercana y abierta entre las alumnas tesistas y los informantes claves, puesto que estos últimos deben confiar y sentirse cómodos a la hora de expresarse.

Antes de comenzar con la recogida de información, es preciso explicar el propósito del estudio a los posibles informantes, y la modalidad en que los datos serán recabados, a su vez es preciso establecer quienes cumplen con los criterios de inclusión de cada colectivo. Una vez determinado aquello, es indispensable solicitar a los seleccionados firmar un consentimiento informado, para de este modo garantizar su participación voluntaria en la investigación.

Con lo anterior resuelto, se dará inicio al proceso de recolección de información, esto se llevará a cabo entre los meses de octubre y noviembre del año 2016 en la cátedra Proyecto de Título II, a través de tres entrevistas semiestructuradas, específicas para cada informante, El realizar estas entrevistas de modo directo (cara a cara), facilita la interpretación de la información entregada.

## 8. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS RECABADOS

### 8.1. Triangulación para el análisis de datos

Una vez finalizado el proceso de recolección de información es posible proceder al análisis de los mismos. Para este proceso, en primera instancia resulta necesaria utilizar la triangulación para un óptimo análisis de los datos. De acuerdo con Hernández Sampieri, este método es conveniente ya que, “En la indagación cualitativa poseemos una mayor riqueza, amplitud y profundidad en los datos, si estos provienen de diferentes actores del proceso, de distintas fuentes y al utilizar una mayor variedad de formas de recolección de los datos” (Hernández, Sampieri, Roberto, et al, 2010. Pág.439)

En este sentido el presente análisis considerará esta variedad establecida por Hernández Sampieri, al poseer tres fuentes de información distintas “Adultos, Adultas Mayores y Familiares, Trabajadores y Profesionales, y Marco Teórico. Los dos primeros con un instrumento diferente (entrevista semiestructurada) adaptado al tipo de vinculación que cada cual tiene con la temática.

El análisis de los resultados obtenidos a partir de estas tres fuentes distintas, permitirá una mayor comprensión del fenómeno, al compararse y contrastarse esta información.

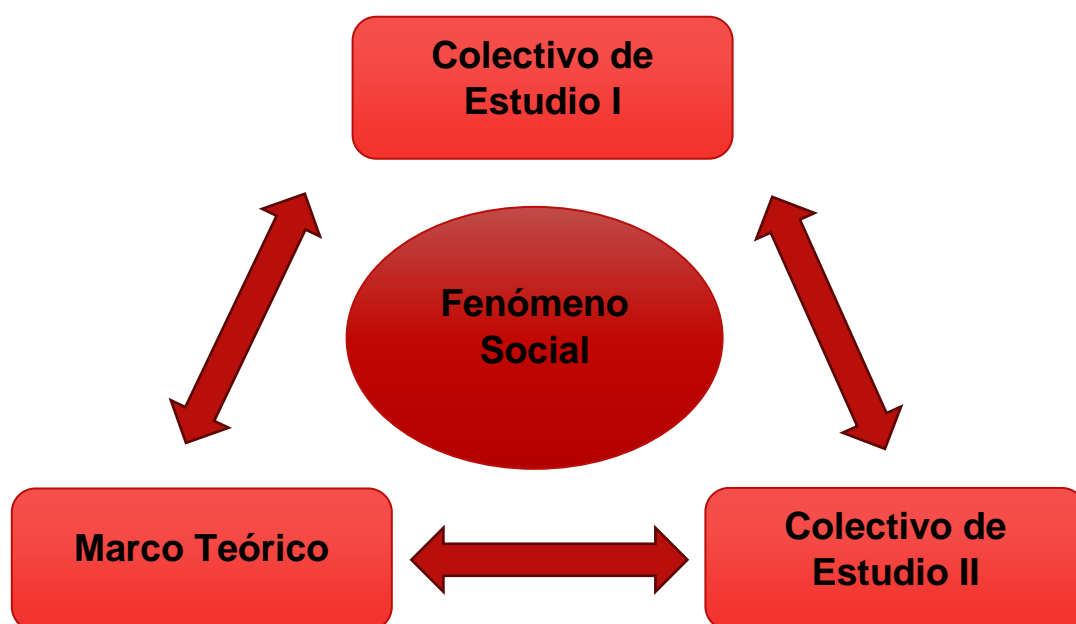


Figura 5: Triangulación de análisis de datos  
Fuente de elaboración propia

A continuación, se describirán estas tres fuentes de información.

**1° Colectivo de Estudio: Adultos, Adultas Mayores y Familias:**

Se encuentra conformado por los Adultos y Adultas Mayores residentes en el “El Naranjo” y sus respectivas familias. La importancia de su participación en la presente investigación es fundamental, ya que las personas mayores se constituyen en una fuente esencial y receptora de todos los procesos que se generan en la Institución, sus experiencias y percepciones en relación a lo que ellos definen como necesario y determinante para su bienestar en esta etapa de la vida, se configurarán las directrices a seguir por el Trabajo Social, en la elaboración final del protocolo de intervención. Por otro lado, La familia también se constituye en otra fuente esencial, al presentarse como un actor decisivo e influyente en el bienestar de los sujetos de atención, producto de sus relaciones y vinculaciones afectivas con estas personas, y también por sus competencias como apoderados.

- **2° Colectivo de Estudio: Profesionales y Trabajadores.**

Los significados que los profesionales y trabajadores le atribuyen a sus prácticas de cuidado y atención de los residentes del hogar, integrándose también las percepciones de ambos actores, en torno a la acción profesional del Trabajo Social en la institución, configuran otro punto de vista y panorámica imprescindible para el correcto análisis de los objetivos definidos en la investigación, permitiendo caracterizar las dinámicas, metodologías, estrategias, acciones, protocolos desarrollados por trabajadores y profesionales en el “El Naranjo”.

- **Marco de Referencia.**

Finalmente, esta fuente está constituida por el marco teórico elaborado a partir de las temáticas tratadas en el presente proyecto de título, integrándose conocimientos acerca de la etapa del ciclo vital de la Adulthood Mayor, considerándose los aspectos biopsicosociales inherentes a este grupo etario. Por otro lado, el presente proyecto de título también integra conocimientos acerca de la relación de las personas mayores, con los procesos de Buen Morir, Cuidados Paliativos Duelo y Perdida. Produciéndose finalmente la integración de la profesión del Trabajo Social en estos procesos y fenómenos, identificándose sus funciones y acciones en torno a las temáticas abordadas como ejes conceptuales.

## **8.2. Análisis de contenido**

El análisis de contenido, consiste en la interpretación de textos, grabaciones, transcripciones de discursos o entrevistas, en las cuales se busca principalmente analizar las ideas expresadas en él, siendo relevantes los significados de las palabras, los temas o frases expuestos.

El análisis de contenido es una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contenido. (Krippendorff, 1990, pág. 28) Por lo que se desprende que el investigador puede reconocer el significado de los actos, según el contexto en los que se produjeron.

Los análisis de datos conllevan a “el desarrollo de una comprensión en profundidad de los escenarios o personas que se estudian” (Taylor & Bogdan, 1998, pág. 159) esta comprensión se funda en los datos y se desarrolla a partir de ellos.

Este análisis no se limita solo a la interpretación del contenido del material analizado, sino que busca profundizar en su contenido latente y el contexto social en el que se desarrolla.

Puede considerarse una herramienta flexible que permitió a los analistas adaptar los componentes a las necesidades que mejor se adecuaran a sus estudios. Una de sus características distintivas es que el investigador usa un conjunto consistente de códigos para designar segmentos de datos que contienen materiales similares.

Su principal utilidad se evidencia al momento del análisis de los procesos de comunicación en variados contextos, de forma sistémica y objetiva. Como afirma **Pérez Serrano (1994)** es un procedimiento eficaz para la realización de categorizaciones de datos verbales para clasificar la información obtenida permitiendo aportar la creatividad y originalidad de la persona que investiga. Se evita la arbitrariedad, subjetividad y generalización a través de la sistematicidad que implica la categorización atendiendo a criterios establecidos previamente. (Pino Juste, pág. 42)

## 9. MATRIZ DE ANÁLISIS DE CONTENIDO

Tabla 16: Matriz de análisis de contenido

Objetivos Específicos de Investigación	Unidades de Análisis y definición	Subcategorías de análisis y definición	Información teórica y/o referencial	Sujetos de estudio
Analizar los significados de los Adultos Mayores, Familiares, Trabajadores y Profesionales de La Residencia El Naranjo de Viña del Mar, en relación a los Momentos de Intervención.	<p><b><u>Modelo de Intervención en Crisis.</u></b></p> <p>Slaikeu desarrolla una metodología para la intervención en crisis, cuando estas no pueden ser afrontadas naturalmente por el individuo, de acuerdo a sus palabras en relación estas crisis <b><i>“Ésta puede dirigirse hacia el crecimiento o y desarrollo positivo o hacia el deterioro psicológico, aun la</i></b></p>	<p><b><u>Momentos de la Intervención Profesional.</u></b></p> <p>1) Primeros Auxilios Psicológicos: Slaikeu elabora una metodología de intervención en crisis, donde define estrategias para afrontar estos procesos, señalando según Lazarus “El objetivo primario del asistente, es, entonces auxiliar a la persona a dar pasos concretos</p>	<p><b><u>Momentos de la Intervención Profesional en Cuidados Paliativos</u></b></p> <p>En este punto se integrará la experiencia profesional de una Trabajadora Social del Hospital Udaondo, inserta en el equipo de Cuidados Paliativos, quien al respecto de los momentos de la intervención profesional resalta lo siguiente.</p> <p>1. <b><i>DIAGNOSTICO: Identificar factores que constituyen el impacto emocional único y de cada familia, su estructura, momento evolutivo, personalidad de los cuidadores, perdidas anteriores, grado de soporte de la</i></b></p>	Profesionales, Trabajadores, Adultos y Adultas Mayores pertenecientes a la Residencia “El Naranjo”, que reúnan los criterios de inclusión de los colectivos de investigación

	<p><b>muerte, según la diversidad de variables para cada caso, y no menos de la ayuda disponible durante las semanas y meses determinantes para la crisis”</b> (Karl Slaikeu, 1944). El autor propone dos fases o momentos para intervenir estas problemáticas, uno destinado entregar los <b>Primeros Auxilios</b> al sujeto, a través del apoyo y contención emocional, y otro constituido en el proceso de <b>Tratamiento o Terapia</b> desde el área profesional.</p>	<p>hacia el enfrentamiento con la crisis, la cual incluye el control de sentimientos o los componentes subjetivos de la situación y comenzar el proceso de solución de problema” citado en (Karl Slaikeu, 1944). Es importante señalar que esta estrategia, no necesariamente puede y debe ser aplicada por profesionales del área, sino que por cualquier persona que lleve a cabo una atención y apoyo emocional al individuo</p>	<p><i>red relacional amplia. Poner en marcha las medidas necesarias para reducir los riesgos de impacto, potenciando medidas de adaptación y de soporte externo, orientando en el acompañamiento y comunicación en aspectos prácticos a resolver.</i> (Olaizola, 2006)</p> <p>2. <b>TRATAMIENTO:</b> <i>Tratar el duelo familiar y la prevención del duelo patológico, actividad que se desarrolló en el trabajo con la familia previo a la muerte del enfermo y durante el seguimiento post fallecimiento.</i> (Olaizola, 2006)</p>	
--	---	---	--	--

	<p><b><u>Modelo de Intervención Psicosocial.</u></b></p> <p>El Modelo de Intervención Psicosocial elaborado <b>por Gordon Hamilton</b> (Gordon Hamilton, 1965) desarrolla una metodología de atención al usuario, a través de cuatro fases o momentos, que toman como base esencial el establecimiento de una <i>Relación de Ayuda</i>, entre el profesional y cliente, con la finalidad de contribuir en su bienestar, mejorando su</p>	<p>en crisis.</p> <p>2) Estudio o Primera Entrevista: Tal como lo indica su nombre corresponde a la fase inicial, donde el profesional se propone reunir los datos necesarios para la comprensión del sujeto y su problemática, es decir, consiste en conocer al individuo en su situación, considerándose también su ambiente significativo, familia de origen, los acontecimientos importantes en su vida.</p> <p>3) Diagnóstico: Corresponde al proceso de interpretación de los datos</p>		
--	--	---	--	--

	<p>problemática actual.</p>	<p>reunidos en la etapa anterior, con el objetivo de identificar situaciones, y factores causales de la problemática. Una vez aproximada esta identificación, resulta esencial para el diagnóstico, también, los significados que el sujeto desarrolla en torno a lo que el profesional determina en el diagnóstico, incluyéndose estas percepciones y la opinión del individuo sobre el mismo.</p> <p>4) Tratamiento: Gordon Hamilton considera que el tratamiento comienza desde la primera</p>		
--	-----------------------------	---	--	--

		<p>entrevista, ya que la indagación en los aspectos de la vida del sujeto de atención, lo permiten desde un inicio autoevaluar su situación actual y reflexionar sobre la problemática existente. Como se mencionó en primera instancia, esta metodología toma como base la Relación de Ayuda desarrollada entre ambas partes, donde la intervención se constituye en un proceso de colaboración mutua, que se puede generar, como se verá en los siguientes objetivos adelante a través de un Método Directo o</p>		
--	--	---	--	--

		Método Indirecto.		
Analizar los significados de los Adultos Mayores, Familiares, Trabajadores y Profesionales de La Residencia El Naranjo de Viña del Mar, en relación a las Técnicas de Intervención.	<u>Técnicas de Intervención.</u> Continuando con <i>las directrices que entrega el Modelo Psicosocial</i> , <b>Gordon Hamilton</b> señala “ <i>Las técnicas particulares que se empleen dependen de la naturaleza del problema profesional planteado y del fin que se persigue, ya se trate de obtener información, de prestar un servicio eficaz, de aclarar una decisión que se aconseja, de sostener moralmente al cliente o de motivar un cambio de actitud y de conducta</i> ”. (Gordon	<u>Métodos Directos:</u> Se encuentran dirigidos al cliente, y se constituyen en la relación de ayuda que se entabla con este, a través de la utilización de recursos técnicos y personales. <b>Técnicas de Apoyo:</b> Corresponden las actitudes positivas que el profesional debe emplear, entre ellas se encuentran el expresar interés, aceptación, compromiso y comprensión. <b>Discusión Reflexiva:</b> Pone énfasis en las capacidades cognitivas del individuo, para comprender su situación, trabajar en ella y mejorarla.	<b><u>Técnicas de Intervención del Trabajo Social en Salud Mental</u></b>  Tomando como referencia la experiencia del Trabajo Social en Salud Mental, descrita en la <b>Revista Confluencia</b> , en torno a las técnicas de intervención se señala lo siguiente.  EL Trabajo Social interviene en un proceso de acompañamiento, asesoramiento, ayuda a los pacientes y a su entorno social, con el objeto de desarrollar capacidades de tal manera que los pacientes puedan hacer frente a sus problemas actuales y a potenciales situaciones conflictivas, tratando de ayudarles a descubrir sus capacidades para utilizar sus recursos personales y los que les ofrece su	Profesionales, Trabajadores, Adultos y Adultas Mayores pertenecientes a la Residencia “El Naranjo”, que reúnan los criterios de inclusión de los colectivos de investigación

	<p>Hamilton, 1965) Complementando lo anterior <b>Holly y Woods</b> indican que Las intervenciones del Trabajador Social buscan entregar comprensión y apoyo al asistido y a las personas significativas de su medio, con el fin de producir en ambos cambios de funcionamiento significativos y complementarios. Para materializar lo anterior, desarrollan los métodos directos e indirectos de intervención.</p>	<p><b>Influencia Directa:</b> Los autores señalan que existen casos en que el Trabajador Social debe tomar determinadas decisiones por el asistido, con la finalidad de procurar su bienestar, en casos de que existan factores que disminuyan o limiten esta capacidad en los usuarios. <b><u>Métodos Indirectos:</u></b> <b>Manejo Ambiental:</b> Se refiere a las acciones que el profesional efectúa en el medio ambiente del sujeto de intervención, encontrándose dentro de este, la familia, amigos, vecinos u otras personas con que mantenga una relación de cercanía, con la finalidad de generar un</p>	<p>entorno. (Ramos, 2006)</p>	
--	--	--	-------------------------------	--

		<p>apoyo positivo en su proceso de intervención.</p> <p><b>Referencia:</b> El profesional asume el rol de articulación de los recursos existentes en el entorno del sujeto, contándose entre estos recursos institucionales, profesionales o de la comunidad.</p>		
<p>Analizar los significados de los Adultos Mayores, Familiares, Trabajadores y Profesionales de La Residencia El Naranjo de Viña del Mar, en relación al</p>	<p><b><u>Trabajo en Equipo.</u></b> De acuerdo con <b>Valverde</b> <i>“El trabajo en equipo constituye una forma de abordar problemas que requieren de una dinámica especial, caracterizada por la acción combinada de varias personas</i></p>	<p><b><u>Trabajo en Equipo Multidisciplinario</u></b> Continuando con <b>Valverde</b> anterior, <i>“El trabajo en equipo multidisciplinario se da cuando una o varias disciplinas, concurren a la solución de un problema. Aquí la labor requiere del aporte de</i></p>	<p><b><u>Trabajo Social en Equipo Multidisciplinario e interdisciplinar</u></b> Según la referencia consultada, en un hogar para adultos mayores, debe la organización contar con profesionales idóneos en preparación y número a la situación y a la cantidad de personas residentes, se deben realizar reuniones semanales del equipo multidisciplinar,</p>	<p>Profesionales, Trabajadores, Adultos y Adultas Mayores pertenecientes a la Residencia “El Naranjo”, que reúnan los criterios de inclusión de los colectivos de investigación</p>

<p>Trabajo en Equipo.</p>	<p><i>poseedoras de conocimientos particulares que se articulan en un proceso de trabajo". Las problemáticas actuales exigen la utilización de este tipo de estrategias, producto de la existencia de complejidades sociales, que hoy en día no pueden ser abordadas óptimamente, sin considerar una intervención integral y desde distintos enfoques que tengan por objetivo común una preocupación por el bienestar humano.</i></p>	<p><i>los otros profesionales para el logro de objetivos comunes; y puede concebirse como una sumatoria de disciplinas que no se interpenetran, sino que están yuxtapuestas". De acuerdo a esta definición, se puede identificar que esta estrategia, a pesar de presentar un enfoque multidisciplinario, no tiene por función lograr una retroalimentación de conocimientos entre los profesionales, sino que cada uno por separado colabora desde su disciplina u especialidad para conseguir un objetivo o meta, lo que finalmente no permite la configuración de una</i></p>	<p>tanto médicos, como enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos, y se debe realizar reuniones periódicas de la dirección con los cuidadores, con los equipos de cocina, limpieza y mantenimiento., y que debe existir preocupación por el grado de satisfacción del personal en su labor. Todos son fundamentales para satisfacer las necesidades de los residentes. (Zolotow, 2013)</p> <p>En cuanto al trabajo Interdisciplinario Ander Egg plantea que: "...dada la complejidad de los problemas sociales, el Trabajo Social se coordina con una variedad de profesiones y disciplinas para el logro de sus metas. Debiendo cada vez más, las divisiones disciplinarias ser traspasadas para enfrentar la complejidad de los</p>	
---------------------------	---	--	---	--

		<p>panorámica completa sobre la problemática de intervención.</p> <p><b><u>Trabajo en Equipo Interdisciplinario</u></b></p> <p>Con la finalidad de complementar a la estrategia anterior, <b>Valverde</b> hace alusión al Trabajo Interdisciplinario “<i>La metodología del trabajo interdisciplinario implica una visión detallada, profunda y de totalidad de un problema</i>”. Esta visión integral se conseguiría a través de un proceso de aprendizaje en que cada profesional es capaz de comunicar conocimientos y desarrollar aptitudes en los demás</p>	<p>problemas sociales; puesto que si bien, cada profesional define una tarea propia, el trabajo interdisciplinario se impone en torno al estudio y solución de los problemas sociales” (Aylwin, 1986, pág. 9)</p>	
--	--	--	---	--

		<p>integrantes del equipo, y al mismo tiempo ser capaz de recibirlos. Por lo que además de un manejo teórico, la persona debe ser capaz de desarrollar habilidades sociales <i>“Al haber una integración de lo intelectual y lo afectivo, el trabajo en equipo interdisciplinario permite a los miembros del grupo un aprendizaje y un conocimiento totalizador que relaciona la comprensión horizontal; es decir el proceso del grupo con respecto a la tarea y su dinámica propia, y la comprensión vertical, o sea la historia de cada individuo”</i>. Finalmente se considera que este tipo de trabajo permitía</p>		
--	--	---	--	--

		obtener mayores conocimientos sobre la realidad social, lo que, a su vez, conducirá a la creación de mejores acciones de intervención para enfrentar la problemática existente.		
--	--	---	--	--

*Fuente de elaboración propia*

## **Capitulo IV**

### ***Análisis de contenido***

## **1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE ANÁLISIS DE CONTENIDO**

Para poder desarrollar el proceso de análisis de los datos recabados, fue necesario elaborar en el marco metodológico categorías y subcategorías de análisis, así como a su vez configurar los colectivos de investigación de los cuales se obtendría la información relevante.

Tomando en cuenta lo anterior, al momento de realizar las entrevistas, fue necesario inspeccionar los criterios de inclusión y exclusión de cada colectivo, pudiendo debido a esta razón considerar a un total de 5 adultos mayores de los 10 residentes de la institución; 4 familiares de los residentes y en cuanto a los trabajadores y profesionales, 6 personas fueron parte del estudio. Contemplando lo anterior se le aplicó el instrumento diseñado a un total de 15 participantes. La información obtenida desde ellas fue transcrita y preparada para su posterior análisis.

Para dar continuidad al proceso se realizó la codificación cualitativa de la información, identificando las unidades de registro, por medio de una desconstrucción global de información, en la cual se consideró en una primera instancia a todos los colectivos por separado, para luego en una segunda instancia agruparlos. Permitiendo de este modo la triangulación de las fuentes de información, contemplando allí la información vertida por los 2 colectivos de investigación y el marco teórico.

A continuación, se presentarán las matrices de desconstrucción según objetivos y considerando cada subcategoría, con el fin de analizar e interpretar la información obtenida.

## 2. ANÁLISIS DE CONTENIDO DE LOS DATOS RECABADOS

### 2.1. Colectivo Adultos y Adultas Mayores Residentes

Tabla 17: Momentos de intervención. Residentes

Unidad de Análisis N°1: Momentos de Intervención	
Objetivo Especifico N°1	Subcategorías de Análisis
<i>Analizar los significados de los Adultos Mayores de La Residencia El Naranjo de Viña del Mar, en relación a los <b>Momentos de Intervención.</b></i>	Primeros Auxilios Psicológicos
	Entrevista
	Diagnóstico
	Tratamiento

Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas

Tabla 18: Primeros auxilios psicológicos. Residentes

Matriz de Desconstrucción Global	
Subcategoría	Unidad de Registro
<p><b>Primeros Auxilios Psicológicos:</b></p> <p>Slaikau elabora una metodología de intervención en crisis, donde define estrategias para afrontar estos procesos, señalando según <b>Lazarus</b> <b>“El objetivo primario del asistente, es, entonces auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el enfrentamiento con la crisis, la cual incluye el control de sentimientos o los componentes subjetivos de la situación y comenzar el proceso de solución de problema”</b> citado en (Karl Slaikau, 1944) . Es importante señalar que esta estrategia, no necesariamente puede y debe ser aplicada por profesionales del área, sino que por cualquier persona que lleve a cabo una atención y apoyo emocional al individuo en crisis.</p>	<p><b>“Yo creo que cualquier persona que se enfrenta a una vida nueva, tiene que sentir un cierto... un cierto, un desorden en su vida, porque yo la vida entera viví en mi casa con mis familiares o sola o con mi marido, y es la primera vez que enfrento esta situación...” (AM.E)</b></p> <p><b>“La mayoría de las personas que entran a un hogar, sufren de una depresión, eso ya está comprobado, entonces una porque les cuesta adaptarse al sistema en que ya no son las que mandan, no son las manejan toda su casa...” (AM.Y)</b></p> <p><b>“La veo sentada en la cama y estaba llorando, y yo me despido, y ella me dice me llevan, me llevan no sé a dónde, y la sacaron, y se la llevaron a otro hogar, no sé...” (AM.Y)</b></p>

Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas

Las crisis de desarrollo, que forman parte del ciclo vital de las personas, desde nuestro nacimiento a nuestra muerte, se generan con el traspaso de una etapa a otra, por lo que la vejez o adultez mayor, es considerada como la etapa final de este ciclo. Un crecimiento y desarrollo favorable y positivo para el individuo, dependerá de una serie de variables. **The Social Readjustment Rating Scale**

citado en (Karl Slaikeu, 1944) elabora la **Escala en la Tasa de Readaptación Social**, donde se establecen distintos sucesos en la vida de los seres humanos, que pueden considerarse como causantes de tensión para el sujeto, y que también, se encuentran en directa relación con la salud física del individuo. Entre estos sucesos se encuentran presentas la jubilación, cambios de residencia, cambios en las condiciones de vida, y entre otros, que coinciden y forman parte de los sucesos a los que comúnmente se ven enfrentados los adultos y adultas mayores insertos en hogares de larga estadía, por lo que este proceso, que llega a convertirse en una forma distinta de vida para el sujeto, presenta complejidades y problemáticas que requieren de una ayuda e intervención concreta. En relación a las percepciones extraídas en las Adultas Mayores residentes en el Naranjo, es importante destacar el efectivo manejo y comprensión que ellas presentan, en torno a las dificultades y complejidades existentes en estos procesos de crisis, duelo y pérdida, reafirmando lo señalado anteriormente, al reconocer las entrevistadas, que el ingreso a un hogar o residencial, representa un cambio rotundo para ellas, que trae consigo una nueva forma de vivir y convivir con su entorno.

*Tabla 19: Primera entrevista. Residentes*  
**Matriz de Desconstrucción Global**

Subcategoría	Unidad de Registro
<b>Estudio o Primera Entrevista:</b> Tal como lo indica su nombre corresponde a la fase inicial, donde el profesional se propone reunir los datos necesarios para la comprensión del sujeto y su problemática, es decir, consiste en conocer al individuo en su situación, considerándose también su ambiente significativo, familia de origen, los acontecimientos importantes en su vida.	<p><b><i>“A mi antes de entrar yo fui a ver a un geriatra, que me hizo un examen total, con psicólogo incluido, completo” (AM.Y)</i></b></p> <p><b><i>Me vine para acá porque ya no podía hacer muchas cosas, porque el cansancio no me dejaba y tenía muchos mareos, la falta de fuerza física para hacer mis cosas. Así que por eso decidí hacer un cambio definitivo...” (AM.E)</i></b></p>

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

En este primer momento de intervención profesional, resulta necesario el intentar aproximarnos, de la manera más profunda posible, al pasado y realidad actual del sujeto de intervención, o en este caso, del Adulto o la Adulta Mayor, ya que esta persona, en un futuro, se integrará a un sistema que, desde ahora en adelante, tendrá la mayor responsabilidad en su cuidado y atención. Por lo tanto, serán dos mundos nuevos que comenzarán a convivir en conjunto, y para que esta convivencia se desarrolle de manera positiva para el nuevo integrante, y

también, para que el Establecimiento de Larga Estadía, no presente mayores complejidades en esta atención y cuidado, resulta esencial manejar la mayor cantidad de información sobre esta persona y su grupo familiar o red de apoyo.

En esta etapa, y tal como lo señalan los extractos de las entrevistadas presentadas en la tabla anterior, es de vital importancia que esta comprensión del otro, incorpore conocimientos acerca de las condiciones físicas, psicológicas y cognitivas en las que se encuentra el futuro residente, por esta razón, es que El Naranjo en su reglamento interno, y como requisito y exigencia para el ingreso de un adulto o adulta mayor, es que solicita la presentación de un examen médico general, que evalúe y diagnostique el estado de salud del nuevo o nueva integrante.

Continuando con **Hamilton** *“El mundo exterior impone reglas y o regulaciones, y el individuo se encara con ellas, con la respuesta total y única de su organismo entero”* (Gordon Hamilton, 1965). Es por esto, que también es necesario el conocer la situación pasada, o previa al ingreso de la persona, cuáles fueron los motivos de su ingreso a la residencia, y también el cómo se desarrollaba su vida anteriormente, con la finalidad, de recabar mayores antecedentes que permitan acercarnos a su personalidad, y poder configurar una visión panorámica sobre la forma en que este o esta se relaciona con su entorno, para determinar su nivel de autovalencia.

Finalmente, y retomando las citas anteriores, es posible reconocer que los adultos mayores permanentemente se encuentran abiertos a la conversación y a la entrega de información personal e íntima, lo que permite y facilita el poder desarrollar los procesos de entrevista e investigación de una manera completa y eficiente.

*Tabla 20: Tratamiento. Residentes*

Matriz de Desconstrucción Global	
Subcategoría	Unidad de Registro
<p><b>Tratamiento:</b> Gordon Hamilton considera que el tratamiento comienza desde la primera entrevista, ya que la indagación en los aspectos de la vida del sujeto de atención, lo permiten al mismo, desde un inicio autoevaluar su situación actual y reflexionar sobre la problemática existente. Como se mencionó en primera instancia, esta metodología toma como base la Relación de Ayuda desarrollada entre ambas partes, donde la intervención se</p>	<p><b>“Me parece que tienen una muy buena voluntad. La dueña de esto de un amor, lo más buena persona que hay...” (AM.A)</b></p> <p><b>“Mejor que en el otro lado (...) Lo que pasa es que no eran personas de mucho agrado, eran jóvenes, pero no eran de buen carácter... (AM.MI)</b></p> <p><b>“Yo tuve un accidente aquí grave (...) y me atendieron muy bien, se portaron bien las chiquillas...” (AM.E)</b></p>

constituye en un proceso de colaboración mutua, que se puede generar, como se verá en los siguientes objetivos, a través de un Método Directo o Método Indirecto	
--	--

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

Continuando con las percepciones recabadas de los Adultos y Adultas Mayores residentes en El Naranjo, el apoyo y ayuda emocional, se configura para ellos y ellas como una parte esencial en la atención que se les entrega, otorgándole vital importancia a lo relacional, al como son tratados y tratadas por el personal de la institución, considerándose de vital importancia para ellos y ellas la relación que mantienen con las cuidadoras, destacándose su apoyo compañía.

Los residentes participantes de la entrevista, al momento de evaluar la atención y cuidado que reciben en El Naranjo, generalmente lo hacen de forma positiva, expresando percepciones favorables y similares, que demuestran su conformidad en el transcurso de su estadía en la residencial.

*Tabla 21: Tratamiento. Residentes*

<b>“Y eso me ha mantenido contenta, estoy en un lugar en el que tengo bastante respeto privacidad...” (AM.E)</b>
<b>“Claro más privacidad, y además que tu estas más tranquila porque no oyes, en los lugares donde hay tanta gente que está enferma, que en la noche grita...”(AM.Y)</b>

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

Otro factor positivo e importante que destacan las residentes, es la privacidad que han encontrado y logrado mantener en el hogar, a pesar de compartir el mismo domicilio con otros diez adultos y adultas mayores. Resulta relevante que, a pesar de lo mencionado anteriormente, donde se resalta lo fundamental que es el contacto y la compañía para estos sujetos, también lo es del mismo modo el mantener un espacio personal, que les proporcione tranquilidad.

Por otro lado, algunas de las entrevistadas, adicionalmente consideran como parte fundamental en su cuidado y atención, el tratamiento médico, presentando la mayoría de ellas, conocimientos sobre los procedimientos y protocolos médicos existentes en la residencial, lo que resulta fundamental, ya que la comprensión y participación activa del sujeto en su tratamiento, constituye una parte esencial en un proceso de intervención, tomando como referencia, lo señalado por la autora Gordon Hamilton.

*Tabla 22: Tratamiento. Residentes*

<b><i>“Entonces ella está en condiciones de atender cualquier emergencia sencilla, en la noche o en el día, porque el resto, estamos todas, todas tenemos que pertenecer a algún servicio de atención...” (AM.Y)</i></b>
<b><i>“Son muy cumplidores con el horario de los remedios, por eso no me sé ni los nombres. En una cajita te ponen en un platito te ponen los remedios a la hora que te corresponden ...” (AM.A)</i></b>
<b><i>“Me colocan las gotas de los ojos, ese fue el compromiso, que a la hora que necesite la colocación, porque en general depende de que, si el glaucoma es más fuerte, o más dañino, o más normal digamos, depende del tratamiento que lo hagas bien...” (AM.Y)</i></b>

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

Resulta importante destacar, lo señalado por Hamilton ***“La ayuda es más efectiva si quien la recibe participa activamente de una manera responsable en la ejecución del procedimiento”*** (Gordon Hamilton, 1965). Es por esto, que, en relación a los extractos anteriores, se ha logrado identificar en los participantes, un efectivo manejo sobre las patologías que los mismos y mismas padecen, y el correspondiente tratamiento farmacológico recetado por su médico tratante, asignándoles de esta manera las adultas mayores, a la toma de medicamentos, con sus respectivas dosis y horarios, una importancia relevante para su bienestar y un momento identificable en su rutina diaria.

*Tabla 23: Tratamiento. Residentes*

<b><i>“Todas las que sean de memoria. No lo que más han hecho es de memoria (...) entonces hacemos memorice, bachillerato, buscaban distintos tipos para mantener la agilidad mental” (AM.Y)</i></b>
<b><i>“En un día hacen talleres para fortalecer o conservar la memoria” (AM.E)</i></b>
<b><i>“Sí, hacemos juegos unas adivinanzas, lo hacen hablar a uno, conversar” (AM.C)</i></b>

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

Por otro lado, la mayoría del grupo de entrevistados y entrevistadas, identifica paralelamente el recibimiento de un tratamiento en beneficio de su salud mental, que es desarrollado en el Naranjo. Este tratamiento consiste en una terapia cognitiva, realizada por una profesional Terapeuta Ocupacional, que, según sus relatos, engloba juegos y dinámicas que representan un beneficio para su salud y bienestar.

Tabla 24: Técnicas de intervención. Residentes

Unidad de Análisis N°2: Técnicas de Intervención	
Objetivo Especifico N°2	Subcategorías de Análisis
<i>Analizar los significados de los Adultos Mayores de La Residencia El Naranjo de Viña del Mar, en relación a las <b>Técnicas de Intervención.</b></i>	Técnicas de Apoyo
	Discusión Reflexiva
	Influencia Directa
	Manejo Ambiental
	Referencia

Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas

Tabla 25: Técnicas de apoyo. Residentes

Matriz de Desconstrucción Global	
Subcategoría	Unidad de Registro
<b>Técnicas de Apoyo:</b> Corresponden las actitudes positivas que el profesional debe emplear, entre ellas se encuentran el expresar interés, aceptación, compromiso y comprensión.	<i><b>“Muy bien, me han acogido muy bien y he tenido buenas vecinas.” (AM.A)</b></i> <i><b>“Me siento bien cuando están un rato aquí, pero cuando quedo solo, ustedes me vieran como estaba yo aquí, yo echo de menos la visita de gente, pa conversar un rato, alternar con las personas.” (AM.C)</b></i>

Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas

Como se ha mencionado en otras oportunidades, el cuidado y la atención constituyen dos focos esenciales, a los que se refieren continuamente los adultos y las adultas mayores en el transcurso de la entrevista. Estos sujetos identifican como el rostro visible y tangible de la institución, al conjunto de cuidadoras del Naranjo, lo que resulta coherente, ya que aquellas son las encargadas de otorgar esta atención permanentemente y diariamente. Es por lo anterior, que los y las residentes al momento de realizar una evaluación de su estadía en el hogar, se dirigen inmediatamente al personal de apoyo.

Estas evaluaciones, de acuerdo a lo señalado en los extractos de la tabla inicial, y en otros extractos ya expuestos, logran plasmar una visión general positiva del cuidado que es recibido, identificándose la presencia efectiva de algunas de las actitudes positivas que constituyen estas técnicas de apoyo.

En este sentido, el desarrollo de acciones concretas y visibles en beneficio de las personas mayores, se constituye en una parte esencial del tratamiento entregado, debido a que, continuando con **Hamilton** el objetivo primordial, es buscar que el individuo no se pierda **“En un sentimiento de fracaso, o en una**

**lucha de voluntades”** (Gordon Hamilton, 1965) a causa de los distintos procesos problemáticos que se encuentra vivenciando de forma simultánea.

Como mencionamos anteriormente, la readaptación a la que un sujeto se ve expuesto, como parte de su ingreso a un establecimiento de larga estadía, constituye una nueva crisis en su ciclo vital, como consecuencia de este paso a la adultez mayor, que, a la vez, constituye e integra distintos tipos de duelos y pérdidas.

*Tabla 26: Técnicas de apoyo. Residentes*

<b>“Había una enfermera que se llama a Laura, pero se fue. Eso lo sentí mucho, porque yo me llevaba muy bien con ella (...) Si es triste porque ella era muy dije, íbamos muy bien compatibilizando.” (AM.MI)</b>
<b>“O se van por propio gusto o la enfermera jefa las cambia, por qué no responden, porque sacan la vuelta, por qué no te hacen aquí no te hacen acá, por qué no atienden como se debe a los enfermos, entonces es bien difícil (AM.E)</b>
<b>“Sabén que vienen a trabajar a un hogar con adultos mayores, pero no saben cómo presentarse, llegan algunas que te tutean al tiro...” (AM.Y)</b>

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

A pesar de lo anterior, existen algunas problemáticas que también son visualizadas por las entrevistadas, que impedirían el que se les proporcione efectivamente una atención con estas características. Estas tienen que ver por un lado con la no permanencia de las cuidadoras en estos puestos de trabajo, y por otro, con la baja eficiencia u productividad de este personal de apoyo en sus labores y funciones, lo que, en este caso, ocasionaría las desvinculaciones de la Institución.

Según los extractos anteriores, que desvelan las opiniones de algunas adultas mayores, resulta esencial el contar con el personal idóneo y calificado para desarrollar este tipo de trabajo, ya que la atención a este grupo etario, no solo incluye el desarrollo de las funciones que permitan satisfacer sus necesidades básicas, sino que constituye, además, una labor de cuidado integral, que incorpore un acompañamiento efectivo a estas personas y el empleo de determinadas técnicas de apoyo.

<b>Matriz de Desconstrucción Global</b>	
<b>Subcategoría</b>	<b>Unidad de Registro</b>
<b>Discusión Reflexiva:</b> Pone énfasis en las capacidades cognitivas del individuo, para comprender su situación, trabajar en ella y	<b>“Hay dos chicas jovencitas, así como ustedes, que vienen hacer talleres. En un día hacen talleres para fortalecer o conservar la memoria” (AM.E)</b> <b>“Si, hacemos juegos unas adivinanzas, lo hacen hablar a uno, conversar” (AM.C)</b>

mejorarla.	
------------	--

Tal como se mencionó anteriormente, en relación a la subcategoría **Tratamiento**, la Institución El Naranjo desarrolla en la actualidad, en conjunto a una profesional terapeuta ocupacional, un proceso de intervención que tiene por objetivo mejorar la salud mental y cognitiva del adulto mayor, a través de distintas actividades, para potenciar y trabajar en las habilidades del individuo frente al envejecimiento y sus consecuencias.

Tabla 27: Influencia directa. Residentes

Matriz de Desconstrucción Global	
Subcategoría	Unidad de Registro
<b>Influencia Directa:</b> Los autores señalan que existen casos en que el profesional debe tomar determinadas decisiones por el asistido, con la finalidad de procurar su bienestar, en casos de que existan factores que disminuyan o limiten esta capacidad en los usuarios.	<p><b>“Ya había estado pensando mucho tiempo en tomar esta decisión donde yo tuviera compañía, alguien que me ayudara cuando estaba sola, porque estaba muy sola...” (AM.E)</b></p> <p><b>“Cuando yo tomé la decisión de venirme para acá, que lo conversamos junto a mis tres hijas en este momento porque la hija mayor a fallecido, decidimos que era la mejor solución...” (AM.Y)</b></p>

Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas

Es importante en primer lugar, evaluar en qué condiciones se encuentra la capacidad para tomar decisiones de algunos residentes. En relación a los extractos de la tabla anterior, es posible rescatar, que dos de las entrevistadas toman efectivamente decisiones importantes para su vida, y lo más relevante, es que son capaces de pensar en su bienestar y calidad de vida, al momento de tomarlas. Esta situación guarda una importancia vital, ya sugiere la existencia de preocupación y voluntad por parte de estas personas, lo que resulta esencial en cualquier intervención u tratamiento, donde el sujeto debe formar parte activa de estos procesos.

Tabla 28: Influencia directa. Residentes

<b>“En la plana de abajo están todas en sillas de ruedas entonces incluso están dañadas mentalmente...” (AM.Y)</b>
<b>“Las personas que no pueden comer solas, que no pueden caminar solas...” (AM.E)</b>

Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas

Por otro lado, algunas residentes, identifican ciertas situaciones y problemáticas, que padecen otros adultos y adultas mayores insertas en la

institución, que, de cierta manera, limitarían su capacidad para tomar decisiones, al no encontrarse en un estado autovalente.

Este estado, según las opiniones de las entrevistadas, no les permitirá a estas personas desarrollar su vida normalmente, y necesitar de un apoyo y ayuda constante para satisfacer sus necesidades y requerimientos. Es por esto, que las actividades de estas personas, se encuentran condicionadas por los horarios que el Naranjo ha establecido, en relación a los momentos destinados a la alimentación, descanso, aseo, etc.

*Tabla 29: Manejo ambiental. Residentes*  
**Matriz de Desconstrucción Global**

Subcategoría	Unidad de Registro
Manejo Ambiental: Se refiere a las acciones que el profesional efectúa en el medio ambiente del sujeto de intervención, encontrándose dentro de este, la familia, amigos, vecinos u otras personas con que mantenga una relación de cercanía, con la finalidad de generar un apoyo positivo en su proceso de intervención.	<p><b>“Y estoy bien, estoy contenta, porque, además, ellos tomaron la decisión de hacer un calendario y vienen sábado y domingo a sacarme a dar una vuelta (AM.Y)</b></p> <p><b>“Si bastante porque ahora como estoy con ustedes, igual que cuando me venían a ver, ese día mis hijos...” (AM.C)</b></p>

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

Tal como se ha mencionado anteriormente, la mantención de relaciones y vínculos interpersonales constituye un factor clave en el bienestar de los adultos y las adultas mayores, que ha sido reconocido y valorado por ellos mismos. De acuerdo a estos vínculos, los residentes le asignan una importancia fundamental, a la relación con su grupo familiar, considerándose a la familia, como el apoyo más relevante existente en su medio exterior. Por esta razón, la participación permanente y constante de esta red de apoyo, tanto en el proceso de inserción, como en el transcurso de su estadía, se considera esencial y necesaria, para aminorar los efectos negativos, que se producen con este cambio y proceso de duelo y pérdida, producido en las personas de edad mayor insertas en establecimientos de larga estadía.

*Tabla 30: Manejo ambiental. Residentes*

<b>“Eso emocional mente me quebró, yo sentí que, no sé, una cosa indescriptible, entonces encontré que lo mejor era aislarme un poco de eso, a no ser testigo diariamente de la inhabilidad de las personas ...” (AM.E)</b>
<b>“A mí me da mucha pena porque hay dos o tres mujeres que están completamente out, no saben ni lo que hablan, hablan, se sonríen a mí me da mucha pena (...) pero igual la hace pensar a uno de qué diablos me iré a morir</b>

**yo...” (AM.A)**

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

Por otro lado, existen situaciones no intencionales e inevitables presentes en el medio ambiente de los residentes, que, por el contrario, tienden a generar efectos no deseados, que finalmente, no se constituyen en un apoyo positivo para estos y estas. Entre aquellas situaciones se mencionan, de acuerdo a las percepciones de las adultas mayores de El Naranjo, el deteriorado estado físico, cognitivo y psicológico que padecen algunos integrantes del hogar. Como es posible visualizar en los extractos anteriores, para las entrevistadas, el convivir diariamente con personas con problemas graves en su autovalencia, significa para ellas una situación que afecta directamente a su emocionalidad, ya que tienden a generar proyecciones de ellas mismas, en esta discapacidad e inhabilidad.

El conocimiento de la situación antes descrita es de vital importancia, ya que, continuando con **Hamilton**, el reducir las **presiones del medio**, se constituye en una acción profesional necesaria para contribuir en el proceso adaptación del sujeto de intervención. A pesar de que esta problemática se presenta como un factor inevitable en el ambiente del individuo, su comprensión y manejo son indispensables para aminorar los efectos negativos que se producen ante su encuentro, pudiéndose de esta forma, contribuir en la asimilación y afrontamiento, por parte del o la residente.

*Tabla 31: Referencia. Residentes*

Matriz de Desconstrucción Global	
Subcategoría	Unidad de Registro
<b>Referencia:</b> El profesional asume el rol de articulación de los recursos existentes en el entorno del sujeto, contándose entre estos recursos institucionales, profesionales o de la comunidad.	<b>“Yo tuve un accidente aquí grave (...) me llamaron al médico que yo tengo, Y yo tengo el servicio EMECAR que lo pago yo y me atendieron bien.” (AM.E)</b> <b>“Todas tenemos que pertenecer a algún servicio de atención...” (AM.Y)</b>

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

En relación a los recursos existentes en el medio donde se sitúa el Naranjo, las adultas mayores residentes reconocen la vinculación permanente del hogar con instituciones médicas de salud.

De acuerdo a los extractos anteriores, y tal como fue nombrado anteriormente, los y las residentes deben estrictamente controlar periódicamente su salud, y contar tanto con un médico tratante y un servicio médico de rescate,

conocido y vinculado con el Naranjo, con la finalidad de atender eficientemente cualquier emergencia en esta área.

## 2.2. Colectivo Familiares

Tabla 32: Momentos de intervención. Familiares

Unidad de Análisis N°1: Momentos de Intervención	
Objetivo Especifico N°1	Subcategorías de Análisis
<i>Analizar los significados de los Adultos Mayores de La Residencia El Naranjo de Viña del Mar, en relación a los <b>Momentos de Intervención.</b></i>	Primeros Auxilios Psicológicos
	Entrevista
	Diagnóstico
	Tratamiento

Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas

Tabla 33: Primeros auxilios psicológicos. Familiares

Matriz de Desconstrucción Global	
Subcategoría	Unidad de Registro
<p><b>Primeros Auxilios Psicológicos:</b></p> <p>Slakieu elabora una metodología de intervención en crisis, donde define estrategias para afrontar estos procesos, señalando según Lazarus <b>“El objetivo primario del asistente, es, entonces auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el enfrentamiento con la crisis, la cual incluye el control de sentimientos o los componentes subjetivos de la situación y comenzar el proceso de solución de problema”</b> citado en (Karl Slaikeu, 1944). Es importante señalar que esta estrategia, no necesariamente puede y debe ser aplicada por profesionales.</p>	<p><b>“Empezar a habituarse a todo, quedo también mentalmente muy bloqueada ya a raíz de la operación fundamentalmente, y eso significo que también el ajustarse fue bastante complejo” (F.R.M)</b></p> <p><b>“Si ella se puso un poco triste, pero no fue opuesta, entendió todo lo que le explicamos las razones (...) ahora está un poco más acostumbrada.” (F.R.C)</b></p> <p><b>De repente la sienten muy triste y ella hay veces que está muy triste, y yo creo que ellas le han tomado mucho cariño, porque además son las más antiguas, (F.R.J)</b></p>

Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas

Los primeros auxilios deben ser brindado por cualquier persona que tenga algún conocimiento para hacerlo, comprendiendo la temática que se aborda. En este sentido, los familiares, reconocen que el momento de mayor tensión, en donde los adultos mayores requieren de mayor apoyo es en el momento de su ingreso, puesto a que deben reorganizar su estructura de vida, habituarse a un nuevo sistema y ambiente.

Este cambio y nueva ambientación, a su vez también recae sobre los familiares y/o amigos de los residentes, debido a que deben considerar que el hecho de que los adultos mayores necesitan de más apoyo en los primeros días, para esta nombrada habituación.

Los familiares también sufren una pérdida en este sentido, por lo cual también se les debe prestar atención y colaboración en lo necesario. Al ingresar un adulto mayor a una residencia, se produce una reestructuración de roles familiares, un cambio obligatorio de redes de apoyo y por ende un descuadre familiar. Que debe ser subsanado para volver a tomar el ritmo familiar. Esto provoca mayor conflicto en las familias donde los adultos mayores tienen un rol más activo de participación. No siendo el caso específico de la mayoría de los adultos de la residencia, ya que ellos principalmente vivían en sus casas, con sus parejas. Sin embargo, el cambio los afecta de manera sustancial y deben recibir ayuda, para así sobrellevar adecuadamente la situación, tanto para estar bien ellos como sus familiares.

*Tabla 34: Primera entrevista. Familiares*  
**Matriz de Desconstrucción Global**

Subcategoría	Unidad de Registro
<p><b>Estudio o Primera Entrevista:</b> Tal como lo indica su nombre corresponde a la fase inicial, donde el profesional se propone reunir los datos necesarios para la comprensión del sujeto y su problemática, es decir, consiste en conocer al individuo en su situación, considerándose también su ambiente significativo, familia de origen, los acontecimientos importantes en su vida.</p>	<p><b>“Cuando cayó también mi viejo, y me vi en la imposibilidad de quedarme con la tranquilidad de que estuviesen en el departamento ambos, porque había que cuidarlos a los dos” (F.R.M)</b></p> <p><b>“Después que murió A... se quedó, así como en un estado de... Se le terminó de ir la cabeza” (F.E.A)</b></p> <p><b>“Empezó a caerse y sufrió demasiado” (F.R.C)</b></p> <p><b>“Lo que pasa que desde que se murió su marido ella se fue para abajo, su salud se empeoro” (F.E.N)</b></p>

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

Es necesario el saber específicamente las situaciones que llevaron a la institucionalización de una persona, por ende, es imprescindible para información que brindan los familiares a la hora del ingreso. El reconocer el cómo eran las personas antes de ingresar allí, con quienes compartía a menudo, que situaciones comenzaron a ocurrir, que problemas de salud los afecta, son fundamentales para visualizar el estilo de vida que tenía la persona en cuestión, para detectar las necesidades que ahora los aqueja, para poder cubrirlas de la mejor manera y poder entregar un servicio de calidad que facilite su estadía en la institución.

En este momento los familiares cumplen un rol de gran importancia, debido a que son ellos los que conocen a su familiar y son ellos los que principalmente pueden entregar esta información.

Tabla 35: Tratamiento. Familiares

Matriz de Desconstrucción Global	
Subcategoría	Unidad de Registro
<b>Tratamiento: Gordon Hamilton</b> considera que el tratamiento comienza desde la primera entrevista, ya que la indagación en los aspectos de la vida del sujeto de atención, lo permiten desde un inicio autoevaluar su situación actual y reflexionar sobre la problemática existente. Como se mencionó en primera instancia, esta metodología toma como base la Relación de Ayuda desarrollada entre ambas partes, donde la intervención se constituye en un proceso de colaboración mutua, que se puede generar, como se verá en los siguientes objetivos adelante a través de un Método Directo o Método Indirecto	<i>Viene alguien a hacerle algunas entretenciones, les hace algunos ejercicios para la memoria. (F.E.A)</i> <i>Hubo una chica que vino y que les hacia una pequeña terapia, pero creo yo que eso fue lo que falta un poquito aquí dentro (...) algo que vaya más dirigido a la parte mental de cada uno, como para mantener algo, algo de calidad de vida. (F.R.N)</i> <i>Yo creo que no, porque la verdad es que ella en vez de ir para arriba, va para abajo. (F.E.N)</i> <i>Si le dan, le dan, la llevamos al geriatra porque tiene que ir, tenemos que tener. (F.R.C)</i> <i>Si si, una buena cantidad por el tema del Parkinson y digamos que eso es lo más fuerte para que este estable. (F.R.M)</i>

Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas

Los familiares de los adultos mayores residentes de "el naranjo" se pueden dividir en dos secciones, en base a sus percepciones y opiniones.

La primera recae en aquellos que tienen mayor conocimiento sobre el día a día de sus familiares, reconociendo las dinámicas y actividades que realizan; y por otro lado están aquellos que no las reconocen, pero si esperan que se produzcan.

En el caso de los primeros, estos reconocen existen tratamientos tanto físicos como cognitivos. Describiendo como dan cuenta las entrevistas que sus familiares si reciben medicamentación para sus afecciones físicas y a su vez existen terapias, actividades o dinámicas realizadas por profesionales, que favorecen su estimulación cognitiva, buscando con esto prevenir la degeneración de esta misma. Y en el caso de los segundos, pese a reconocer algunos de ellos la existencia y responsabilidad en cuanto al proceso de medicamentación, dicen no contar con

información sobre las actividades llevadas a cabo en la institución en beneficio de sus familiares. Sin embargo, algunos de ellos si exponen la importancia de llevar a cabo actividades de este tipo, para promover la actividad mental y enlentecer el proceso.

Sin duda el tratamiento que buscan los familiares al ingresar a uno de sus integrantes a residencias, es integral y buscan que reparen y presten ayuda en aquellos ámbitos en los que ellos no tienen competencias, por esta razón sus respuestas son significativas para visualizar y comprender el como ellos se vinculan.

*Tabla 36: Técnicas de intervención. Familiares*

Unidad de Análisis N°2: Técnicas de Intervención	
Objetivo Especifico N°2	Subcategorías de Análisis
<i>Analizar los significados de los Adultos &lt;Mayores de La Residencia El Naranjo de Viña del Mar, en relación a las <b>Técnicas de Intervención.</b></i>	Técnicas de Apoyo
	Discusión Reflexiva
	Influencia Directa
	Manejo Ambiental
	Referencia

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

*Tabla 37: Técnicas de apoyo. Familiares*

Matriz de Desconstrucción Global	
Subcategoría	Unidad de Registro
<b>Técnicas de Apoyo:</b> Corresponden las actitudes positivas que el profesional debe emplear, entre ellas se encuentran el expresar interés, aceptación, compromiso y comprensión.	<p><b>“Yo creo que las chiquillas, son muy profesionales, porque si se cabrean lo disimulan y en general tienen buena voluntad con ella...” (F.E.A)</b></p> <p><b>“Bien ellas son muy atentas, muy amorosas, esta gente es preparada, realmente se le nota la preparación que tienen” (F.R.C)</b></p>

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

Como se ha mencionado en otras oportunidades, el personal de apoyo, o las cuidadoras del Naranjo, constituyen uno de los focos principales para los familiares, al momento de evaluar la atención y cuidado que se les proporciona a los residentes.

El conjunto de entrevistados y entrevistadas identifica efectivamente la importancia de las funciones y tareas que realiza este grupo de trabajadoras, en beneficio de los adultos y adultas mayores, destacándose principalmente la labor

de apoyo y acompañamiento que cumplen estas personas, enfocándose esencialmente en el área emocional a lo largo de la entrevista.

Según algunas opiniones, extraídas de las citas anteriores, existen factores positivos en esta atención, como la disponibilidad y preparación de las trabajadoras en el desarrollo de estas labores. Lo que resulta relevante, ya que estas dos cualidades se constituyen activamente, en técnicas de apoyo dirigidas hacia los sujetos de atención.

*Tabla 38: Técnicas de apoyo. Familiares*

**“Pero si en general que creo que falta una mayor experiencia y dedicación a los usuarios del hogar.” (F.R.M)**

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

Por otro lado, también es posible encontrar algunas percepciones extraídas de un entrevistado, que presentan una visión distinta y contraria a la anterior, donde, de acuerdo a su opinión, el grupo de personal de apoyo y profesionales de la Institución, actualmente no estarían entregando una atención y cuidado que precisamente integre este apoyo emocional y otros conocimientos técnicos sobre el tratamiento a este grupo etario.

*Tabla 39: Discusión reflexiva. Familiares*

Matriz de Desconstrucción Global	
Subcategoría	Unidad de Registro
<p><b>Discusión Reflexiva:</b> Pone énfasis en las capacidades cognitivas del individuo, para comprender su situación, trabajar en ella y mejorarla.</p>	<p><b>“No sé, lo que pasa es que las únicas más o menos cuerdas son la Amalia y la Yoli po, todos los demás están bastante estropeados.” (F.E.A)</b></p> <p><b>“Pero cuando estuvo participo, conversaba con ellas, si le gustaba, lo paso bien, si ella es bien comunicativa.” (F.R.C)</b></p>

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

Resulta relevante el señalar, que el conjunto de entrevistados de este colectivo, han desarrollado la capacidad de evaluar eficientemente la capacidad cognitiva de su familiar.

En este sentido, sus percepciones presentan dos realidades distintas, ya que por un lado hay participantes que evalúan positivamente esta capacidad en su familiar, ya que, de acuerdo a sus opiniones, estos y estas poseen determinadas características, como el ser racional y el ser capaz de comunicarse con sus pares, que les permitirán evaluarlos de esta forma.

*Tabla 40: Discusión reflexiva. Familiares*

<b>“Quedo también mentalmente muy bloqueada ya a raíz de la operación fundamentalmente, y eso significa que también el ajustarse fue bastante complejo.” (F.R.M)</b>
<b>“Entonces es difícil incluso inventar cosas entre ellos...” (F.E.A)</b>

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

Por otro lado, y en cambio, lo que resulta de gran importancia, es que estos entrevistados y entrevistadas, también son capaces de reconocer las deficiencias en la capacidad cognitiva de los adultos y las adultas mayores residentes del hogar, señalando además las problemáticas asociadas a este déficit, que afectan y afectarían su calidad de vida.

*Tabla 41: Manejo ambiental. Familiares*

<b>Matriz de Desconstrucción Global</b>	
<b>Subcategoría</b>	<b>Unidad de Registro</b>
<b>Manejo Ambiental:</b> Se refiere a las acciones que el profesional efectúa en el medio ambiente del sujeto de intervención, encontrándose dentro de este, la familia, amigos, vecinos u otras personas con que mantenga una relación de cercanía, con la finalidad de generar un apoyo positivo en su proceso de intervención.	<p><b>“Pero soy la responsable inmediata y yo me busque esta pega libremente...” (F.E.A)</b></p> <p><b>“Trato de estar en contacto si bien es cierto no todos los días, pero a lo mejor día por medio también estoy llamando, y como digo, los fines de semana trato de venir, sino todos, semana por medio...” (F.R.M)</b></p> <p><b>“No siempre bien preocupadísima, y ella igual ella si no viene, ya está hablando o le cuenta a la señora María...” (F.R.C)</b></p>

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

En base a los extractos de la tabla anterior, se ha logrado identificar, la presencia de cualidades personales y actitudes positivas, que permiten considerar al grupo de familiares entrevistados, como un apoyo externo real y efectivo para el grupo de adultos y adultas mayores. Estas percepciones hablan de preocupación, compromiso e interés por su familiar residente, cualidades que resultan esenciales para el sujeto de atención, ya que se constituyen en acciones directas en beneficio de su bienestar.

*Tabla 42: Discusión reflexiva. Familiares*

<p><b>“Claro que si pues perfecto estando acá yo, puedo estar jugando con ella, ella era buena para jugar a la lotería, esos tipos de juego era buena ella” (F.R.C)</b></p>
<p><b>creo que dentro de la, no me ha tocado participar mucho o casi nada, en alguna festividad que se haga a nivel del hogar en sí, yo creo que por ese lado pienso que debiesen hacerse” (F.R.M)</b></p>

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

Por otro lado, dos de los entrevistados y entrevistadas, manifiestan abiertamente su disponibilidad para participar en actividades, realizadas en la institución, que integren a estos dos actores. Lo anterior, constituye una oportunidad valiosa de trabajo en post de la persona inserta en el Naranjo, que además, constituye una parte esencial en un proceso de intervención, que busque el mantener o mejorar redes de apoyo familiares.

*Tabla 43: Referencia. Familiares*

<b>Matriz de Desconstrucción Global</b>	
<b>Subcategoría</b>	<b>Unidad de Registro</b>
<p><b>Referencia:</b> El profesional asume el rol de articulación de los recursos existentes en el entorno del sujeto, contándose entre estos recursos institucionales, profesionales o de la comunidad.</p>	<p><b>“La llevamos al geriatra porque tiene que ir, tenemos que tener, la tenemos ponte tú en el heló, pero la pusimos aquí en el Inreca...” (F.R.C)</b></p> <p><b>“Vino una chica, una kinesióloga, después de la operación, porque fue primero la cadera, después el fémur, ya eso fue con una kinesióloga algo le ayudo digamos.” (F.R.M)</b></p>

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

En relación a los recursos o redes con sé que se vincula el Naranjo, los familiares reconocen e identifican las existentes en el área médica de la salud.

Ambos entrevistados reconocen la importancia de atender y controlar la salud de los adultos y adultas mayores, adicionalmente con recursos externos, contándose entre estos profesionales del área médica y servicios de salud y de urgencia, lo que sugiere una preocupación por parte de estos actores, por el bienestar de los y las residentes.

El contar con este apoyo y compromiso del familiar en estas áreas, resulta de vital importancia, ya que, en primera instancia, ellos reúnen la autoridad en la toma de decisiones y también la responsabilidad económica, ante emergencias de esta índole.

Tabla 44: Trabajo en equipo multidisciplinario. Familiares

Matriz de Desconstrucción Global	
Subcategoría	Unidad de Registro
<p><b>Trabajo en Equipo Multidisciplinario:</b> Según Valverde, “El trabajo en equipo multidisciplinario se da cuando una o varias disciplinas, concurren a la solución de un problema. Aquí la labor requiere del aporte de los otros profesionales para el logro de objetivos comunes; y puede concebirse como una sumatoria de disciplinas que no se interpenetran, sino que están yuxtapuestas”.</p>	<p>“Recién estuvieron las chicas acá, conversaron entre ellas, conversaron con nosotros, un buen saludo, se ve que hay buena relación” (F.R.C)</p> <p>“Por lo que he visto considero que hay buena, casi siempre me ha tocado que he visto una pareja, pero hay veces en que hay tres personas, pero en general se ve una buena relación” (F.R.M)</p> <p>“La Sra. Lorena informándole a mi hija que es lo que está mal, me dice oye necesitamos tal cosa se le acabaron las pastillas para dormir, listo le compra” (F.R.C)</p> <p>“La verdad de las cosas es que ha habido una rotación y un cambio bastante importante de gente, creo que lo que le falta al hogar, es mantener, que haya una continuidad en la gente, y una mayor especialización” (F.R.M)</p> <p>“No es mala, pero yo las veces que he venido hay distintas, cambian muy seguido al personal” (F.E.N)</p> <p>“Lorena dijo que acá iba a haber un Kinesiólogo, que iba a ver una persona encargada de las comidas, también psicólogo y los podía ayudar” (F.R.M)</p> <p>Viene alguien a hacerle algunas entretenciones, les hace algunos ejercicios para la memoria. (...) Entiendo que es una terapeuta ocupacional. (F.E.A)</p>

Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas

En relación al trabajo en equipo, los familiares reconocen que este existe en la institución principalmente en el momento de relacionarse, identificando que entre los trabajadores hay un trato armónico y de ayuda, bajo el cual, no existen mayores dificultades al momento de desarrollar sus actividades para con los adultos mayores, e incluso con ellos al momento de visitar a su familiar en la residencia.

En el trabajo en equipo además de considerar a los trabajadores de la institución, también es necesario contemplar el apoyo que brindan los familiares al cuidado del adulto mayor, puesto que son estos los principales responsables de la

administración económica y por ende de abastecer de los implementos necesarios a sus familiares. Es por esto que se entiende el vínculo existente entre la institución y el apoderado, tal como se explica en las citas, en donde se explicita que se les informa de las necesidades, problemáticas y requerimientos que los adultos mayores tengan.

Tomando en cuenta la subcategoría de trabajo multidisciplinario, se puede establecer que los familiares en su gran mayoría no reconocen a los distintos profesionales insertos en la institución, puesto que no logran visualizar el trabajo realizado en la residencia en torno al cuidado del adulto mayor. Principalmente solo reconocen el trabajo de las cuidadoras, como miembros activos en la relación con ellos. En este sentido, solo una familiar logra identificar el trabajo realizado por la terapeuta ocupacional en la realización de las actividades en beneficio del retraso del deterioro cognitivo.

Siguiendo con lo anterior dos de los familiares entrevistados, señalan existe un problema con la excesiva rotación del personal en la institución, lo que según sus palabras ocasiona una baja especialización en las temáticas de cuidado.

En cuanto a la especialización de los profesionales y/o trabajadores, uno de los entrevistados señala que en un comienzo se les ofreció un personal multidisciplinario que se encargará de todas las áreas necesarias para el cuidado del adulto mayor, pero pese a ello aún no logra visualizarlos.

### 2.3. Colectivo Profesionales y Trabajadores

Tabla 45: Momentos de intervención. Trabajadores

Unidad de Análisis N°1: Momentos de Intervención	
Objetivo Especifico N°1	Subcategorías de Análisis
<i>Analizar los significados de los Adultos Mayores de La Residencia El Naranjo de Viña del Mar, en relación a los <b>Momentos de Intervención.</b></i>	Primeros Auxilios Psicológicos
	Entrevista
	Diagnóstico
	Tratamiento

Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas

Tabla 46: Primeros auxilios psicológicos. Trabajadores

Matriz de Desconstrucción Global	
Subcategoría	Unidad de Registro
<p><b>Primeros Auxilios Psicológicos:</b></p> <p>Slakieu elabora una metodología de intervención en crisis, donde define estrategias para afrontar estos procesos, señalando según <b>Lazarus (1980)</b> “El objetivo primario del asistente, es, entonces auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el enfrentamiento con la crisis, la cual incluye el control de sentimientos o los componentes subjetivos de la situación y comenzar el proceso de solución de problema.” Es importante señalar que esta estrategia, no necesariamente puede y debe ser aplicada por profesionales.</p>	<p><i>“En general ellos llegan aquí un poco decaído y después se van aliviando a medida que uno los va integrando al grupo o conociéndose con los demás o conociéndonos a nosotras mismas”. (T.R.T)</i></p> <p><i>“Hay un proceso de días, en que ellos empiezan a tirar, a adaptarse, me entendí, al nuevo sistema, que se está haciendo acá y ahí después pasa un momento en el que como ya entienden el lugar en el que están, se adaptan y ahí empiezan hacer ellos mismos”. (T.R.T)</i></p> <p><i>“Inicialmente cuando ellos llegan, hay un periodo en que están súper, viene el proceso de echar de menos, de que quieren irse, y ya después no se quieren ir, que es lo más lindo”. (P.L.A)</i></p>

Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas

De acuerdo a la información recopilada de las entrevistas realizadas a los trabajadores y Profesionales de “El Naranjo”, es posible establecer que en donde mayoritariamente se deben aplicar primeros auxilios psicológicos es en la fase de inserción del adulto mayor a la residencia. Puesto que durante este periodo ellos atraviesan un **proceso de adaptación a un nuevo estilo de vida**, como

consecuencia de pérdidas importantes en la misma. Tal y como se señala en el marco teórico en donde se explica según Poch, 2003 que:

***“[...] toda pérdida significativa, en general, rompe la continuidad de nuestras vidas; en este sentido, el proceso de duelo puede entenderse como el intento de restablecer dicha continuidad”***

Por lo cual se hace imprescindible que se les ayude a comprender y a aceptar estos cambios vivenciados en sus vidas, con el fin de lograr un equilibrio que les permita adaptarse lo mejor posible a su nueva realidad.

La adaptación a esta nueva realidad, debe realizarse debido a que los adultos mayores, cambian su estructura de vida, cuando son llevados desde sus hogares, en donde cada uno de ellos tenía sus propias reglas, sus propios hábitos y contaba con un entorno conocido, por lo cual se produce una **ruptura en su realidad y ambiente cotidiano**, y esto debe ser controlado para no provocar a aquella persona sufra una crisis mayor, no pueda adaptarse a su nueva situación y por ende vivencie un duelo complicado.

Para conseguir que los adultos mayores logren aquello, según los propios trabajadores, se les comienza a incorporar en las actividades realizadas en la residencia, se les comunica y explica el cómo se vive en ella y se les hace parte de la comunidad, presentándoseles los trabajadores que serán quienes los acompañen y respondan a sus necesidades y a los demás residentes, para que compartan de con ellos esta nueva etapa, puedan integrarse y sentirse a gusto en este que será su nuevo hogar.

Tal como plantea Slakieu, este momento de intervención, no necesariamente debe ser desarrollado o llevado a cabo por un profesional del área social, sino que por cualquier profesional o trabajador que se encuentre capacitado para afrontar este tipo de situaciones, tal y como ocurre en la residencia, ya que si bien existen profesionales de área social, que forman parte del equipo y que desarrollan actividades colaborativas, que buscan el desahogo y vinculación entre los participantes, son las cuidadoras y técnicos paramédicos, las que se encuentran mayoritariamente vinculadas a los adultos mayores cuando experimentan estos conflictos, puesto que son ellas las que conviven diariamente con ellos.

Ahora bien, si bien el ingreso al hogar es uno de los momentos más complicados, a lo largo de la estadía en él también surgen otros momentos complejos, en los cuales es necesaria la intervención para dar solución a los conflictos internos que se le generan a los residentes. Existen momentos en los cuales comienzan a extrañar a sus familias, o debido al deterioro cognitivo que algunos de ellos presentan, olvidan el lugar que se encuentran y solo quieren

regresar a su hogar con sus seres queridos, en estos momentos los profesionales o cuidadores, reaccionan prestando colaboración a los adultos mayores buscando redirigir su atención a otro punto focal, tal y como se expuso en las entrevistas realizadas, generando de este modo que los adultos mayores, superen este momento de preocupación y vuelquen sus pensamientos, evitando con esto que sufran innecesariamente.

Tomando en consideración lo expuesto anteriormente este momento de intervención según los trabajadores es desarrollado en el establecimiento de manera constante y sistemática, procurando promover bienestar a los adultos mayores.

*Tabla 47: Primera entrevista. Trabajadores*  
**Matriz de Desconstrucción Global**

Subcategoría	Unidad de Registro
<p><b>Estudio o Primera Entrevista:</b> Tal como lo indica su nombre corresponde a la fase inicial, donde el profesional se propone reunir los datos necesarios para la comprensión del sujeto y su problemática, es decir, consiste en conocer al individuo en su situación, considerándose también su ambiente significativo, familia de origen, los acontecimientos importantes en su vida.</p>	<p><b>“Evalúa si está propicio para las características de nuestro hogar... Luego de eso hace una entrevista con la familia, en consecuencia, también vemos si económicamente la familia puede sostener al residente durante el tiempo. Y luego de eso invitamos al residente a que conozca el hogar y que pueda ver a los residentes y las instalaciones y que se sienta cómoda”. (P.R.Q)</b></p> <p><b>“Los recibe uno le da la bienvenida, anota todo en la bitácora cada cosa que trae el paciente y después se le se va a guardar lo que trae y se lo lleva la pieza, lo primero de lo que se preocupa uno es del paciente y después uno va notando el ingreso de las demás cosas”. (T.R.T)</b></p> <p><b>“Anotar todo lo que traen los medicamentos que es lo principal y lo que... Y dentro de todo eso hay que bañarlo para revisarlo, y para dejar el paciente limpio al tiro cuando ingresa revisarlo”. (T.R.T)</b></p> <p><b>Se hace esta previa entrevista, donde vemos, todo lo que es la patología, toda la parte médica, todo lo que es morbilidad, y nos contactamos con su médico tratante, que si no lo tiene, tiene que ser su geriatra, su unidad de rescate al día, sus medicamentos, y sus controles en el consultorio, si es que están, y con todo hacemos una anamnesis más o menos. (P.L.A)</b></p>

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

A la hora de prestar el servicio de cuidados a los adultos mayores, resulta indispensable conocer la forma de vida previa, las condiciones actuales y el cómo manejar los requerimientos específicos de los adultos mayores, por lo cual es imprescindible contar con información personal de los residentes anterior a su incorporación.

Según lo planteado, se realizan reuniones previas con los familiares y/o apoderados del adulto mayor, en post de obtener la información requerida. En estas reuniones los directivos del hogar, plantean los requerimientos y establecen las pautas de cuidado demandadas por el adulto mayor, para que este sea tratado como corresponde al llegar a la residencia, favoreciendo de este modo su integración a su nuevo mundo, lo cual por consiguiente favorece a su vez su proceso de Buen Morir.

Es fundamental la realización de estas entrevistas previas, para el conocimiento de los requerimientos de cada posible residente, puesto que, de no contar con los implementos o los profesionales indicados para el cuidado del adulto mayor, el fin principal de buscar el apoyo de una Residencia de Larga Estadía para el cuidado del adulto mayor, no estaría siendo cumplido. Por lo que el adulto mayor en cuestión estaría siendo mal atendido y no se le estaría permitiendo tener **un proceso adecuado de Buen Morir**. Entendiéndose este término como el mantener una calidad de vida deseable para las personas, comprendiendo y considerando las particularidades de cada sujeto y contexto, atendiendo el final de la etapa vital de un individuo.

Con lo anterior también se puede observar que el conocimiento detallado de las personas que ingresan a la residencia es de suma importancia, puesto que estas personas quedarán al cuidado de los trabajadores de la residencia, lo que conlleva a que en caso de alguna eventualidad la responsabilidad recaería sobre la institución, por esta razón cualquier tipo de información relevante es indispensable para el cuidado del adulto mayor.

*Tabla 48: Diagnóstico. Trabajadores*  
**Matriz de Desconstrucción Global**

Subcategoría	Unidad de Registro
<b>Diagnóstico:</b> Corresponde al proceso de interpretación de los datos reunidos en la etapa anterior, con el objetivo de identificar situaciones, y factores	<p><i><b>“Hay chicas que vienen que son kinesiólogas, que tiene cada paciente y también hay nutricionista, ella siempre está viniendo, una vez al mes y los mide y pesa para saber cómo están en el estado nutricional, ella los evalúa y hace una minuta para el mes” (T.R.T)</b></i></p> <p><i><b>“Por la hemodinámica diaria (...) uno globalmente ve</b></i></p>

<p>causales de la problemática. Una vez aproximada esta identificación, resulta esencial para el diagnóstico, también, los significados que el sujeto desarrolla en torno a lo que el profesional determina en el diagnóstico, incluyéndose estas percepciones y la opinión del individuo sobre el mismo.</p>	<p><b><i>la hoja de enfermería, y vas directamente como está la presión, como está la saturación, como está la alimentación, como están los ingresos y los egresos, y la parte anímica que es súper importante” (P.L.A)</i></b></p> <p><b><i>“Si acá hay nutricionista, a veces vienen personas acá de psicología, les hacen tratamiento, les hacen preguntas, los que están más lúcidos contestan las preguntas personalmente” (T.M.Z)</i></b></p> <p><b><i>“La vinculación la hace el médico psiquiatra, y él determina los parámetros a seguir y la medicamentación adecuada” (P.R.Q)</i></b></p> <p><b><i>“Diariamente la encargada del hogar María, hace un chequeo de cada uno de los residentes, primero midiendo la presión, segundo ehh... chequeando si el paciente el día anterior se tomó los medicamentos, pero vinculando la dieta del residente” (P.R.Q)</i></b></p> <p><b><i>“tomamos los signos vitales, ¿me entiende? A los que tienen diabetes se les toma el glucotest en la mañana. (...) se les ve la presión sistólica y diastólica me entiendes, el pulso, el agitación o la somnolencia que pueda tener el paciente” (T.R.T)</i></b></p>
---	---

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

Considerando la información recabada en el momento previo de intervención, en donde se dan a conocer los requerimientos especiales de cada adulto mayor con respecto a su cuidado específicamente, es que se debe realizar un plan de seguimiento en el que estos se observen y se controlen, para de este modo mantener un estado de salud tanto físico como psicológico adecuados en el adulto y la adulta mayor.

La adultez mayor es la **última etapa del ciclo vital** tal como lo explica Erik Erikson, en la Teoría Psicosocial del Desarrollo Humano, y esta se caracteriza por una **relativa disminución de las capacidades físicas y mentales**. Por lo cual, debido a esta situación, es que el adulto mayor requiere de mayor atención, debido a las características propias de la etapa.

Según las entrevistas realizadas, diariamente en el Naranjo se realiza un seguimiento de signos vitales, para detectar cualquier anomalía que pueda surgir, y se ejecutan estos procedimientos atendiendo las particularidades de cada individuo.

Siempre en post de la salud de los adultos y adultas mayores, se debe contar con el personal idóneo para su cuidado. Para diagnosticar cualquier tipo de patología debe ser un profesional quien lo realice, por lo cual el contar con el apoyo de profesionales externos a la institución es vital, para que estos sean evaluados exhaustivamente.

En el Naranjo cuentan con nutricionista y enfermera, quienes ayudan al cuidado integral del adulto mayor, diagnosticando y dando tratamientos competentes a sus áreas específicas.

A su vez, el Trabajador Social y la Terapeuta Ocupacional, pueden detectar otro tipo de anomalías y derivar a los profesionales especializados, así como también tratarlos ellos con los conocimientos desde sus experticies

Tabla 49: Tratamiento. Trabajadores  
Matriz de Desconstrucción Global

Subcategoría	Unidad de Registro
<p><b>Tratamiento:</b> Gordon Hamilton considera que el tratamiento comienza desde la primera entrevista, ya que la indagación en los aspectos de la vida del sujeto de atención, lo permiten desde un inicio autoevaluar su situación actual y reflexionar sobre la problemática existente. Como se mencionó en primera instancia, esta metodología toma como base la Relación de Ayuda desarrollada entre ambas partes, donde la intervención se constituye en un proceso de colaboración mutua, que se puede generar, como se verá en los siguientes objetivos adelante a través de un Método Directo o Método Indirecto</p>	<p><b>“Acá vienen a hacerles ejercicios a ellos les cortan dibujos, hacen calendarios ellos también lo hacen recordar, les preguntan qué número es y esto otro y ellos responden conversan con ellos” (T.G.M)</b></p> <p><b>“Incluimos a la terapeuta ocupacional, quien hace talleres, relaciones, trabaja día a día con ellos, y además tiene un taller de huerto” (P.R.Q)</b></p> <p><b>“En la salud mental está vinculada por la terapeuta ocupacional, y con el asistente social. Ambos hacen sesiones de vinculación, de conversación, de desahogo, y la terapeuta ocupacional se encarga de todos los lúdico, lo cognitivo” (P.R.Q)</b></p> <p><b>“La parte de enfermería, la parte médica, que tiene que cumplir con sus medicamentos cada uno” (P.L.A)</b></p> <p><b>“Está el taller cognitivo, que fomenta el la estimulación neuronal y cognitiva (...) Y los que tienen que ver con algo más lúdico en grande está el taller de huerto orgánico (...) que también trabaja la motricidad fina” (P.R.Q)</b></p> <p><b>“Se les hace creaciones, se les hace por ejemplo, conversar, estar con ellos, compañía, a la hora de almuerzo, a la hora en que ellos están en pie de la mañana, a esa hora ponerles música, a veces películas, hay algunos que le gustan las películas”</b></p>

	<p><b>(T.M.Z)</b></p> <p><b>“Viene la terapeuta, dos veces a la semana, y ahí o va el señor que les canta, viene a cantar canciones folclóricas” (P.L.A)</b></p> <p><b>“Tratamos de que no pasen mucho viendo televisión o en su habitación, tratamos de que interactúen, de los que pueden caminar, caminen” (P.L.A)</b></p>
--	---

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

Todo tratamiento que se asocie al Buen Morir, implica ser tratado de manera integral y debe considerar que los adultos mayores, pese a estar institucionalizados o tener ciertas situaciones de discapacidad tanto físicas, como psicológicas, deben tener una vida como cualquier otra persona, que quiere decir esto, que deben ser personas activas, capaces de realizarse y contar con el apoyo de sus familiares y seres queridos. En fin, se debe intentar promover un **envejecimiento activo**, que proporcione oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas, considerando los contextos en los que se manejan.

Debido a que a esto se relaciona directamente al **Buen Morir**, puesto que este busca que las personas, pese a saber que el fallecimiento es próximo, en este caso debido a la edad y las circunstancias, tengan una **vida plena y satisfactoria** hasta el final de los días, que se les brinde amor, atención y alegrías y que se les siga entregando herramientas para desarrollarse.

Según la información obtenida de los trabajadores de la Residencia, en ella se trabaja para la consecución de esto. Se mantiene una **comunicación constante** con los adultos mayores, que favorece la vinculación y la utilización del lenguaje, como así también inhibe el sentimiento de abandono, que podrían llegar a sentir al encontrarse insertos en una institución.

Así como la comunicación es importante para las personas, también lo es **mantener su mente activa**, en esto las actividades diarias que se ofrecen en la institución adquieren un papel significativo, puesto que son en beneficio de enlentecer la degeneración cognitiva, **utilizando herramientas matemáticas, lingüísticas y lúdicas**, estas últimas con el fin de promover la capacidad motora y motriz de las adultas y adultos mayores.

Considerando, como se dijo anteriormente, que el **cuidado del adulto mayor debe ser integral**, no puede ser obviada él área médica en el tratamiento, refiriendo con esto a la salud física y mental de ellos.

Los adultos mayores presentes en el Naranjo, deben por obligación asistir regularmente a un geriatra que controle su salud y medique de ser necesario. Ante la respuesta de este Médico, los profesionales y trabajadores, responden haciéndose responsables de la administración medicamentosa de los residentes, con el fin de asegurar su correcta administración.

Otro punto importante en cuanto al tratamiento que reciben es en cuanto a la nutricionista que se hace cargo de su dieta mes a mes, en este sentido los adultos mayores son evaluados y tomando en consideración sus afecciones y requerimientos se establece una minuta para ellos, para satisfacer adecuadamente sus necesidades.

El trabajo realizado en este ámbito por los profesionales y trabajadores, responde a los requerimientos de los adultos mayores, debido a que tienen una estructura de trabajo que logra desempeñar bien la labor.

Cuentan con el personal capacitado para realizar las actividades y el resto de las labores, por lo que el tratamiento del que hablan en las entrevistas es llevado a cabo con éxito. Sin embargo, el grupo al cual van dirigidos los talleres se acota principalmente a 4 o 5 personas que son las que participan activamente de los mismos.

*Tabla 50: Técnicas de intervención. Trabajadores*

Unidad de Análisis N°2: Técnicas de Intervención	
Objetivo Especifico N°2	Subcategorías de Análisis
<i>Analizar los significados de los Adultos Mayores de La Residencia El Naranjo de Viña del Mar, en relación a las <b>Técnicas de Intervención.</b></i>	Técnicas de Apoyo
	Discusión Reflexiva
	Influencia Directa
	Manejo Ambiental
	Referencia

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

*Tabla 51: Técnicas de apoyo*

Matriz de Desconstrucción Global	
Subcategoría	Unidad de Registro
<b>Técnicas de Apoyo:</b> Corresponden las actitudes positivas que el profesional debe emplear, entre ellas se encuentran el expresar interés, aceptación, compromiso y comprensión.	<b>“Yo creo que la escucha, es como la principal herramienta que utilizo yo, ehh... darle los espacios de comunicación y de expresión para ellos, porque de repente estamos diciendo lo mismo, pero la forma de expresar es súper distinta” (P.J.I)</b> <b>Primero es el respeto a los abuelitos, hay que respetar a los abuelitos, y hay muchas cosas, hay que saber la psicología como dicen, de que no todos</b>

	<p><i>los pacientes son iguales, y ahí hay que tener una paciencia, más que todo atenderlos y comprenderlos, tener mucha paciencia con los adultos mayores. (T.M.Z)</i></p> <p><i>Las entrevistas van siempre acompañadas de una observación activa y una escucha activa, cosa que cualquier comentario que él haga, se acompañe con una sonrisa o con algún comentario positivo que es la demostración de que le estás poniendo atención y eso les anima. (P.R.Q)</i></p>
--	--

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

Las técnicas de apoyo, son para garantizar a los adultos mayores que se encuentran insertos en residencias de larga estadía que se establezcan y sientan que son parte de la nueva comunidad que constituyen.

Como se expresa en las entrevistas, los profesionales utilizan este tipo de técnicas para lograr primordialmente que los adultos mayores se encuentren bien, se sientan acogidos, queridos, escuchados y respetados.

A los adultos mayores, Se les debe **prestar atención y actuar con verdadero interés**, incluso en los momentos en los que se tienen simples conversaciones, para que se sientan escuchados, y cuenten con la sensación de ser apoyados. Esta situación evita que los adultos mayores se ensimismen y puedan caer en un cuadro depresivo.

Los adultos mayores atraviesan por periodos de muchos cambios, que se generan día a día en sus cuerpos, en sus mentes e inclusive en su medio, por lo que deben ser comprendidos más que cuestionados, por sus formas de actuar, de desenvolverse.

Por la misma razón anterior, es que se requieren **trabajadores comprometidos**, que gusten de su trabajo y lo realicen con entusiasmo, entrega y cariño, ya que el trabajar con adultos mayores puede significar grandes conflictos internos, por diversas circunstancias.

El uso de estas técnicas es inherente a las personas y cada cual ve el modo de emplearlas.

*Tabla 52: Discusión reflexiva. Trabajadores*  
**Matriz de Deconstrucción Global**

Subcategoría	Unidad de Registro
<b>Discusión Reflexiva:</b> Pone énfasis en las capacidades	<i>“Hay un proceso de días, en que ellos empiezan a tirar, a adaptarse, me entendí, al nuevo sistema, que</i>

<p>cognitivas del individuo, para comprender su situación, trabajar en ella y mejorarla.</p>	<p><i>se está haciendo acá y ahí después pasa un momento en el que como ya entienden el lugar en el que están, se adaptan y ahí empiezan hacer ellos mismos” (T.R.T)</i></p> <p><i>“Los conflictos los resolvemos en base a la densidad del conflicto, si es que es un conflicto más bien ligero (...) esperamos que las partes inmediatamente resuelvan el conflicto y ahí (...) autocompositivamente invitamos a que las partes en discusión resuelvan su conflicto” (P.R.Q)</i></p> <p><i>“Los conflictos son porque que uno no escucho lo que el otro quiso decir, no lo escucho o lo malinterpreto, entonces se trata un poco de aterrizar o bajar un poco el calor de la conversación, tratando de hablar con ellos, de que está pasando, porque, o muchas veces uno cree que la cosa es así porque nunca lo ha vivido” (P.J.I)</i></p>
--	---

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

Todas las personas tienen personalidades distintas, por lo que tienen diversos puntos de vista, ante lo cual en ocasiones se generan dificultades en el trato interpersonal, así que **la conversación es fundamental para poder dar solución a los conflictos o discrepancias**, motivando de este modo, la reflexión y comprensión.

La discusión reflexiva es una técnica que suele utilizarse cuando una persona presenta conflictos, sean estos internos o externos, conllevando estos últimos un mayor número de involucrados.

Lo que se espera con el empleo de esta técnica es **favorecer la comprensión del individuo sobre el tema que lo está conflictuando**.

Según las respuestas de las entrevistas el llamado a la discusión reflexiva se utiliza mayoritariamente cuando existen **conflictos entre dos o más residentes**, llamando a la comprensión y entendimiento por medio de la discusión, de modo que los conflictos puedan ser solucionados y los problemas queden atrás, se logre **comprender las visiones de los demás** y el ambiente vuelva a ser ameno y relajado.

Los problemas y conflictos tal y como señala uno de los entrevistados son resueltos en base a la magnitud del mismo, para de este modo no provocar un daño mayor.

Tabla 53: Influencia directa. Trabajadores  
Matriz de Desconstrucción Global

Subcategoría	Unidad de Registro
<p><b>Influencia Directa:</b> Los autores señalan que existen casos en que el Trabajador Social debe tomar determinadas decisiones por el asistido, con la finalidad de procurar su bienestar, en casos de que existan factores que disminuyan o limiten esta capacidad en los usuarios.</p>	<p><i>“Las decisiones no las tomamos nosotros, las toma el médico, ellos lo tratan, ellos dan las indicaciones, que tratamiento y todo, pero de ahí nosotros le damos la atención que ya es de enfermería y toda la cosa” (T.M.Z)</i></p> <p><i>“Las decisiones de ella, de la señora Meme y la señora Nora, las decisiones la tomamos nosotras porque ellos se levantan en silla de ruedas, se levantan a las 9 a las 9:45 o a las 10, y a las tres o cuatro ya están cansadas, entonces hay que ir a mudarlas, llevarlas al baño, y acostarlas porque han estado todo el día sentadas” (T.G.M)</i></p> <p><i>“La decisión como más fuerte que hemos tomado por ellos es que le damos las pastillas escondidas, por qué no se lo quieren tomar, entonces las molemos y se las damos en juguitos o en la comida, y es porque ya se sienten bien y no quieren tomar más medicamentos” (P.R.Q)</i></p>

Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas

Los trabajadores, pese a explicitar que preferentemente permiten a los adultos o adultas mayores, sus familiares y/o médicos tratantes tomar las decisiones correspondientes a los primeros, para no generar una intromisión demasiado dictatorial, en ocasiones, sin embargo, **decidir por los adultos mayores**, sobre todo por aquellos que presentan alguna situación de discapacidad o demencia tipo Alzheimer, debido a que en algunas circunstancias cuando los adultos mayores se ven imposibilitados para decidir qué es lo que les favorece y que es lo que no.

En edades avanzadas la capacidad de realizar todo tipo de cosas, se ve cada vez más disminuida, por lo tanto, es importante que **las decisiones** que se tomen por un adulto mayor sea directamente **relacionada con el bienestar** del mismo, buscando de este modo que no se produzca un desmedro en su salud, tanto física, como psicológica.

A causa de lo anterior es que el trabajo desempeñado por los trabajadores de la residencia, toma valor, al intervenir de manera directa sobre los requerimientos del adulto mayor, cuando este debido a las circunstancias se ve imposibilitado a realizarlo.

Tal como se plantea entre los entrevistados, las decisiones que deben tomarse son en relación a múltiples variables, desde la simple administración de un

medicamento, hasta el decidir por ellos cuando es el tiempo de acostarse, claramente esto último siempre va a estar ligado al bienestar de la persona.

*Tabla 54: Manejo ambiental. Trabajadores*  
**Matriz de Desconstrucción Global**

Subcategoría	Unidad de Registro
<p><b>Manejo Ambiental:</b> Se refiere a las acciones que el profesional efectúa en el medio ambiente del sujeto de intervención, encontrándose dentro de este, la familia, amigos, vecinos u otras personas con que mantenga una relación de cercanía, con la finalidad de generar un apoyo positivo en su proceso de intervención.</p>	<p><b>“Cada vez que hay una información importante en cuanto al Naranjo, invitación a las actividades, se vincula a ese apoderado y es el vínculo o nexo con la familia” (P.R.Q)</b></p> <p><b>“Hay familiares que vienen todos los días, y a veces vienen dejando un día según su horario de su trabajo, aquí el horario es durante todo el día, no hay horario que es de 8 a 8, no todos los días a cualquier hora, las 24 horas del día, a cualquier hora pueden venir los familiares a verlos” (T.M.Z)</b></p> <p><b>“Los otros vínculos que tienen o la otra participación es cuando las familias participan (...) nosotros entregamos este espacio, para que vengan a tomar 11, para que vengan a almorzar, Hacemos el espacio y le damos el gancho, les dejamos el pase de gol para que la familia también caché que es bueno que participen un poco” (P.R.Q)</b></p> <p><b>“Yo estoy en permanente contacto siempre con ellos, oye mira vamos a hacer, que te parece si incorporamos a un Kinesiólogo (...) es una buena relación una buena dinámica que tenemos con ellos” (P.L.A)</b></p> <p><b>“A fin de mes se hace una pequeña evaluación, y se les manda el inventario de los medicamentos, que es lo que falta, que es lo que hay que hacer, sus útiles de aseo, y esas cosas puntuales, se mandan por correo también, vía mail, tenemos comunicación y contacto periódicamente” (P.L.A)</b></p>

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

Al ingresar a una residencia de larga estadía al adulto y adulta mayor se le provoca un quiebre en su estructura habitual de vida, puesto que es expuesto a otro medio ambiente, con personas a las que no conoce y con hábitos distintos a los de él o ella. Debido a esta situación es que debe mantenerse un vínculo próximo con su red de apoyo primaria, con el fin de no generar una desvinculación tan extrema con su estructura anterior.

Al ingresar a una residencia es importante tener en consideración que algunas de ellas cuentan con horarios establecidos de visitas, por lo cual el tiempo para estar con los adultos mayores es reducido, sin embargo, en El Naranjo esa norma no procede, por lo que el acceso a la institución puede realizarse las 24 horas del día, permitiendo de este modo que los familiares, amigos, o cercanos, tengan más posibilidades para acercarse a su familiar, no limitando su tiempo con ellos, y pudiendo además visualizar el cuidado que se les brinda durante el día.

Además, para poder **enfrentar el duelo** ocasionado por la pérdida ocurrida al ingresar a una residencia, es fundamental contar con el **acompañamiento afectivo** de la familia, con el fin de que ellos se logren adecuar a su nuevo medio. Esto puesto lo anteriormente mencionado, se puede realizar sin ni una dificultad en la institución, por las razones nombradas, lo cual promueve el vínculo afectivo entre la red de apoyo primaria y los residentes.

Como se plantea en las entrevistas realizadas, los trabajadores de la institución facilitan el acceso a la información del paciente de distintas maneras, vía correo electrónico, vía telefónica, o de manera presencial cuando los familiares se encuentran en la residencia y solicitan información.

Igual de importante que facilitar la información y las instalaciones para realizar sus visitas, es necesario comprender el estilo de vida de sus familiares por lo cual, es importante **gestionar espacios de encuentro** entre ellos, proporcionando las instancias para aquello, a través de **actividades de vinculación**, siempre en beneficio del adulto mayor inserto en la residencia.

*Tabla 55: Referencia. Trabajadores*  
**Matriz de Desconstrucción Global**

Subcategoría	Unidad de Registro
<p><b>Referencia:</b> El profesional asume el rol de articulación de los recursos existentes en el entorno del sujeto, contándose entre estos recursos institucionales, profesionales o de la comunidad.</p>	<p><i>“Nosotros hacemos el llamado al hospital, que en este caso a nosotros nos toca el más cercano (...) Fricke” (P.R.Q)</i></p> <p><i>“Tenemos una vinculación con el medio tanto con las universidades, como con los institutos profesionales, para que los alumnos vayan a hacer prácticas o tesis, de forma que los residentes puedan tener un mayor vínculo, porque se gana por ambas partes, gana el estudiante o gana la institución que puede poner estudiantes en nuestra residencial y ganan nuestros residentes, porque ven caras frescas, jóvenes, que que dan ánimo para conversar y plantear nuevas cosas” (P.R.Q)</i></p> <p><i>“Nosotros trabajamos también con CESFAM, con</i></p>

	<b>Consultorio, con Hospital, o sea igual tenemos vínculos, siempre, con el trabajador social, siempre vamos a estar vinculados” (P.L.G)</b>
--	--

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

Toda persona debe contar a lo largo de su vida con redes de apoyo, sean estas primarias, secundarias o institucionales. Se debe entender por **redes primarias**, las compuestas, por las familias, amigos y/o personas cercanas; por **redes secundarias**, a aquellas conformadas por el mundo externo a las familias, organizaciones, grupos recreativos, grupos de adultos mayores, centros de madre, clubes deportivos, etc.; y por **redes institucionales**, comprenden al conjunto de organizaciones del sector público, además de los sistemas judicial y legislativo, en los distintos niveles.

Y así como las personas deben contar con redes de apoyos, las instituciones también lo deben hacer, en beneficio del bienestar de las personas a quienes prestan el servicio que brindan.

En un hogar es fundamental, contar con redes de apoyos fijas y confiables, ya sean tanto los familiares de los adultos mayores, como instituciones hospitalarias o servicios de emergencias.

Una institución como El Naranjo debe vincularse con redes institucionales para garantizar a los residentes un **amplio resguardo y vinculaciones con el medio**.

Tal como se plantea en las respuestas que responden a esta subcategoría, la institución se relaciona con el hospital Gustavo Fricke, que se encuentra a escasos metros del hogar en caso de ocurrir alguna emergencia, cuentan con el apoyo del municipio, y se vinculan con universidades e institutos para la realización de prácticas y tesis, que favorece a los adultos mayores, debido a que los alumnos de estos establecimientos, se relacionan en su mayoría con los residentes, favoreciendo las relaciones interpersonales de estos, promoviendo la comunicación oral, y el vínculo con personas externas a la institución y sus familias.

*Tabla 56: Trabajo en equipo. Trabajadores*

Unidad de Análisis N°3: Trabajo en Equipo	
Objetivo Especifico N°3	Subcategorías de Análisis
<b>Analizar los significados de los Adultos Mayores, de La Residencia El Naranjo de Viña del Mar, en relación al Trabajo en Equipo.</b>	Trabajo Multidisciplinario
	Trabajo Interdisciplinario

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

Tabla 57: Trabajo en equipo multidisciplinario. Trabajadores

Matriz de Desconstrucción Global	
Subcategoría	Unidad de Registro
<p><b>Trabajo en Equipo Multidisciplinario:</b> Según Valverde, “El trabajo en equipo multidisciplinario se da cuando una o varias disciplinas, concurren a la solución de un problema. Aquí la labor requiere del aporte de los otros profesionales para el logro de objetivos comunes; y puede concebirse como una sumatoria de disciplinas que no se interpenetran, sino que están yuxtapuestas”.</p>	<p>“Como la palabra lo dice, de muchas disciplinas que se van a poder complementar con el otro, y lo que tienen los dos se fortalecen. Eso más que nada es un trabajo más completo” (P.J.I)</p> <p>“Este hogar yo pienso que si es multidisciplinario, porque tiene terapeuta, tiene nutricionista, tiene manipuladora de alimentos, tienen Enfermera, tiene Paramédicos, tiene Trabajador Social, así que yo pienso que sí” (T.R.T)</p> <p>“Tienen que tener vínculos con el geriatra, kinesiólogo, terapeuta, con la auxiliar, la nutricionista, todos, los alumnos, los que van a práctica, todos son necesarios” (P.L.G)</p> <p>“Estamos tratando que cada vez sea mejor (...)nos ha costado en el fondo es tener y mantener el perfil que nosotros queremos, del personal” (P.L.G)</p>

Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas

Tabla 58: Trabajo en equipo. Trabajadores

<p>“Somos bien unidas todas, no hay peleas, no hay nada, todas nos ayudamos entre todas” (T.G.M)</p> <p>“El trabajo en equipo es fundamental, para trabajar con grupos de personas (...) Si se trabaja en equipo frente a un objetivo, de trabajar lo que es lo cognitivo, psicológico que es lo que más aqueja al adulto mayor, ehh... todos vamos hacia el mismo lado, nadie esta como remando al contrario” (P.J.I)</p> <p>“El trabajo en equipo hoy día lo es todo, el trabajo en equipo lo que desarrollamos día día en el hogar, cada uno cumple un rol y ese rol es fundamental, ninguno es más importante que el otro” (P.R.Q)</p> <p>“Nos ayudamos, si una no puede hacer una cosa, la otra está ahí, siempre trabajamos así con mis compañeras” (T.G.M)</p>
---

Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas

Para comenzar es preciso señalar el parecer de los trabajadores en torno primero al Trabajo en Equipo, puesto que si bien esta es la categoría principal, es la mayoritariamente identificada por los trabajadores del establecimiento, reconociendo tanto el concepto como la importancia de desarrollarlo dentro de la institución.

El trabajar en equipo, es **trabajar en post de un objetivo común**, que en el caso de la residencia, favorece a los adultos mayores, puesto que se trabaja con ellos y para ellos en la institución.

Cada profesional y trabajador entrevistado, respondió que si se desarrolla el trabajo en equipo en la institución, que se trabaja desde la cooperación y el compañerismo, que siempre que es necesario se entrega una mano a los demás.

Ahora bien comenzando a trabajar la subcategoría se puede señalar que, en cuanto al concepto de trabajo multidisciplinario, este es un concepto que no fue reconocido por todos los trabajadores, sino solo por 3 de ellos, sin embargo con lo que señalan, si se puede establecer que existe, comenzando en primer lugar porque existen **profesionales de distintas áreas** trabajando en el Naranjo y se vela por un **objetivo final y común**, que beneficia a los adultos mayores y sus familias.

El trabajo multidisciplinario, abarca distintas disciplinas, buscando formar un equipo que trabaje y satisfaga todos los requerimientos de los adultos y adultas mayores. En ese sentido, El Naranjo si cuenta con un equipo multidisciplinario de trabajadores, ya que, existen distintos profesionales inmersos en la institución, teniendo ya sea un trabajo constante, como también trabajos más esporádicos, en los cuales se invita a la conversación y reflexión.

Las carreras involucradas en el tratamiento del adulto mayor son, el Trabajo Social, la Terapia Ocupacional, la Enfermería, Técnicos Paramédicos, Nutricionista, Manipuladora de alimentos, con los cuales se cubre una gran proporción de los requerimientos del adulto mayor. A esto se le debe sumar que en caso de requerirse, la institución tiene abierta sus puertas a cualquier profesional externo que las familias deseen incorporar al tratamiento de su familiar.

Con razón de lo anterior y lo establecido por los profesionales entrevistados, quienes señalan que el grupo de trabajo se encuentra bien constituido en este momento, es que se puede señalar, que el trabajo desempeñado por los trabajadores es visualizado por los adultos mayores.

El trabajo multidisciplinario, lleva consigo el buen trato entre los trabajadores, siendo esto lo principal a la hora de mantener un equipo de trabajo centrado en su labor. Considerando esto último, las respuestas obtenidas y lo observado durante el momento de recabación de información, los trabajadores desempeñan un trabajo colaborativo en la Institución que efectivamente tiene como objetivo central el cuidado al adulto mayor, de manera integral y generar valor de esta etapa de sus vidas.

Tabla 59: Trabajo en equipos interdisciplinario. Trabajadores  
Matriz de Desconstrucción Global

Subcategoría	Unidad de Registro
<p><b>Trabajo en Equipo Interdisciplinario:</b> Con la finalidad de complementar a la estrategia anterior, <b>Valverde</b> hace alusión al Trabajo Interdisciplinario “La metodología del trabajo interdisciplinario implica una visión detallada, profunda y de totalidad de un problema”. Esta visión integral se conseguiría a través de un proceso de aprendizaje en que cada profesional es capaz de comunicar conocimientos y desarrollar aptitudes en los demás integrantes del equipo, y al mismo tiempo ser capaz de recibirlos. Por lo que además de un manejo teórico, la persona debe ser capaz de desarrollar habilidades sociales “Al haber una integración de lo intelectual y lo afectivo, el trabajo en equipo interdisciplinario permite a los miembros del grupo un aprendizaje y un conocimiento totalizador que relaciona la comprensión horizontal; es decir el proceso del grupo con respecto a la tarea y su dinámica propia, y la comprensión vertical, o sea la historia de cada individuo”. Finalmente se considera que este tipo de trabajo permitía obtener mayores conocimientos sobre la realidad social, lo que a su vez, conducirá a la creación de mejores acciones de intervención para enfrentar la problemática existente.</p>	<p><b>“Los trabajos que hacemos internamente con el equipo multidisciplinario que está vinculado al Naranjo, se complementan y se potencian a través del vínculo exterior y de la conexión que podemos lograr a través de las redes, los vínculos que tienen que ver con el hospital, con la junta de vecinos, o con la plaza, con las actividades sociales, en fin” (P.R.Q)</b> <b>“Siempre una vez al mes mínimo tenemos una reunión con todos los trabajadores, y ahí quien lidera es Mauricio, como encargado de vínculos de todo el hogar, en consecuencia capacita y orienta, vincula a los trabajadores y si hay alguna necesidad, tanto en particular que tienen en particular tanto de salud como administrativa nos complementamos con ellos” (P.R.Q)</b> <b>“Cuando entra una persona nueva, de preferencia una mujer porque los abuelitos se sienten más cómodos, se le explica aquí se baña, aquí está la silla, hay que ponerlo así, entre dos o entre una” (T.G.M)</b></p>

Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas

El trabajo interdisciplinario como concepto, no logró ser desarrollado por ningún trabajador, pese a acercarse algunos de ellos. Ahora bien, aunque no logro ser descrito correctamente, si se logra visualizar en el trabajo realizado en la institución.

El Trabajo interdisciplinario, lo que busca principalmente es la **unión de fuerzas de trabajo en favor de un objetivo**, promoviendo el traspaso de

información para generar una banca de conocimientos que permita a todos los trabajadores que se encuentran trabajando en la causa, desarrollar **habilidades compartidas**, con el fin de poder suplir de manera general a un faltante de ser necesario, por ende, es preciso el traspaso de conocimientos y la integración de los mismos a la hora de desarrollar una labor, para de esta manera poder realizar un trabajo que garantice el cumplimiento final del objetivo a querer realizar.

En este sentido en la residencia El Naranjo, la red de trabajadores, cuentan con reuniones, mensuales en las cuales participan todos los trabajadores de la misma, y comparten información sobre lo vivenciado por cada uno de ellos en la institución. A su vez la colaboración que existe entre unos y otros, promueve el traspaso de información, al poder observar el cómo desarrolla el trabajo otro.

Otro punto importante a la hora de desarrollar un trabajo interdisciplinario es el realizar capacitaciones a los trabajadores, para capacitarlos en temas que requieran ser tratados y conocidos por todos. Este punto es fundamental cuando hay solo un experto en el equipo, frente a cualquier temática.

Estas capacitaciones son vitales cuando existe un experto en el tema que forma parte del equipo pero no se encuentra exclusivamente desarrollando labores en la institución, razón por la cual, en caso de existir una emergencia, existiría la posibilidad de no encontrarse presente. Para evitar que las personas no sepan reaccionar ante alguna emergencia, capaz de ser resulta por este experto, este mismo puede capacitar al resto, en beneficio de desarrollar un trabajo interdisciplinario y brindar un servicio garantizado en este caso a los residentes del hogar.

En la residencia existe ese caso en particular y se brindan capacitaciones de este tipo en las mismas reuniones antes mencionadas por parte de los miembros expertos, por lo que se debiese poder afrontar cualquier crisis de manera satisfactoria.

Para finalizar con esta subcategoría se debe señalar que la importancia del trabajo interdisciplinario radica principalmente en el otorgar al paciente, en este caso adulta y adulto mayor un tratamiento integral, que abarque tanto el área médica, como el área social.

## 2.4. Triangulación de los Colectivos de Investigación

Tabla 60: Primeros auxilios. Triangulación  
Matriz de Desconstrucción Global

Matriz de Desconstrucción Global
Subcategoría: Primeros Auxilios
Unidad de Registro
<p><b>Adulta mayor.</b>  <i>“La mayoría de las personas que entran a un hogar, sufren de una depresión, eso ya está comprobado, entonces una porque les cuesta adaptarse al sistema en que ya no son las que mandan, no son las manejan toda su casa...” (AM.Y)</i></p>
<p><b>Familiar.</b>  <i>“Se puso un poco triste, pero no fue opuesta, entendió todo lo que le explicamos las razones (...) ahora está un poco más acostumbrada” (F.R.C)</i></p>
<p><b>Trabajadora.</b>  <i>“En general ellos llegan aquí un poco decaído y después se van aliviando a medida que uno los va integrando al grupo o conociéndose con los demás o conociéndonos a nosotras mismas”. (T.R.T)</i></p>

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

Considerando los primeros auxilios psicológicos, tanto los adultos mayores, como sus familiares y los trabajadores de la residencia, señalan que el momento en que más los necesitan es en el periodo de ingreso y adaptación, debido a que este es el momento en donde sienten más tristeza, desconcierto, extrañeza, desvincularon y aislamiento.

Esta información se reafirma al ser contrastada con la teoría, puesto que el proceso que atraviesa un adulto mayor inserto en un hogar de larga estadía, genera fuertes choques emocionales, que lo han llevado a vivenciar momentos de estrés producto de las pérdidas simultáneas que se han desarrollado. Estas pérdidas, no solo se constituyen en problemáticas derivadas por el cambio de ambiente, sino también de constituyen en pérdidas de sentido de pertenencia, de habituación familiar, pérdidas relacionales, materiales, e interpersonales, por lo tanto, este proceso requiere y necesita indispensablemente contención y apoyo tanto profesional, como familiar.

Tabla 61: Primera entrevista. Triangulación  
Matriz de Desconstrucción Global

Matriz de Desconstrucción Global
Subcategoría: Estudio o Primera Entrevista
Unidad de Registro
<p><b>Adultos y Adultas Mayores</b></p> <p><i>“Todos entramos con un médico, y se entra con una receta médica, a mi antes de entrar, yo fui a ver a un geriatra, que me hizo un examen total, con psicólogo incluido, completo, porque acá tienen que saber en qué condiciones viene la persona que entra...” (AM.Y)</i></p>
<p><b>Familiares</b></p> <p><i>“Empezó a caerse y sufrió demasiado” (F.R.C)</i></p> <p><i>“Lo que pasa que desde que se murió su marido ella se fue para abajo, su salud se empeoro” (F.E.N)</i></p>
<p><b>Profesionales y Trabajadores</b></p> <p><i>“Se hace esta previa entrevista, donde vemos, todo lo que es la patología, toda la parte médica, todo lo que es morbilidad, y nos contactamos con su médico tratante, que si no lo tiene, tiene que ser su geriatra, su unidad de rescate al día, sus medicamentos, y sus controles en el consultorio, si es que están, y con todo hacemos una anamnesis más o menos” (P.L.G)</i></p>

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

La primera entrevista como se señaló con anterioridad es de vital importancia para poder brindar un mejor tratamiento a los adultos mayores una vez se insertan en la institución.

En este periodo de reconocimiento se debe estudiar, su historia de vida, contemplando sus actividades previas, su razón de ingreso, los requerimientos especiales de los adultos mayores, tanto físicos, como médicos y psicológicos.

Según la información recabada de las tres fuentes de información, esta etapa es llevada a cabo, puesto que existe un primer momento en donde se explican las condiciones en las que se encuentra el adulto mayor. Estas condiciones deben ser diagnosticadas por un médico geriatra según lo expuesto por ellos, para que de esta forma se realice un diagnóstico general, en donde se medique correspondientemente a los pacientes de ser necesario.

Matriz de Desconstrucción Global
Subcategoría: Diagnóstico
Unidad de Registro
<p><b>Adultos y Adultas Mayores</b></p> <p>No se expresa la subcategoría</p>
<p><b>Familiares</b></p> <p>No se expresa la subcategoría</p>

**Profesionales y Trabajadores**

**“Por la hemodinámica diaria (...) uno globalmente ve la hoja de enfermería, y vas directamente como está la presión, como está la saturación, como está la alimentación, como están los ingresos y los egresos, y la parte anímica que es súper importante” (P.L.G)**

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

En cuanto al diagnóstico en la información recabada tanto en los adultos mayores como en los familiares, no se logra identificar respuestas que señalen información sobre este momento, puesto que no hacen referencias a los cuidados y tratamientos que se les brindan. Es por lo anterior que la información no se puede triangular.

*Tabla 62: Tratamiento. Triangulación  
Matriz de Desconstrucción Global*

Matriz de Desconstrucción Global
Subcategoría: Tratamiento
Unidad de Registro
<p><b>Adultas y Adultos Mayores</b></p> <p><b>“Son muy cumplidores con el horario de los remedios, por eso no me sé ni los nombres. En una cajita te ponen en un platito te ponen los remedios a la hora que te corresponden ...” (AM,A)</b></p>
<p><b>Familiares</b></p> <p><b>“Hubo una chica que vino y que les hacía una pequeña terapia, pero creo yo que eso fue lo que falta un poquito aquí dentro (...) algo que vaya más dirigido a la parte mental de cada uno, como para mantener algo, algo de calidad de vida” (F.R.M)</b></p>
<p><b>Profesionales y Trabajadores</b></p> <p><b>“La parte de enfermería, la parte médica, que tiene que cumplir con sus medicamentos cada uno” (P.L.A)</b></p> <p><b>“En la salud mental está vinculada por la terapeuta ocupacional, y con el asistente social. Ambos hacen sesiones de vinculación, de conversación, de desahogo, y la terapeuta ocupacional se encarga de todos los lúdico, lo cognitivo” (P.R.Q)</b></p>

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

A la hora de analizar la subcategoría relacionada al tratamiento, tenemos múltiples versiones. La primera de ella es en torno al tratamiento médico que reciben los adultos y adultas mayores, entendiéndose por ello la medicamentación que se les entrega.

Los trabajadores señalan que este servicio es entregado a cada uno de los residentes considerando sus necesidades y horarios establecidos, ante esto los adultos mayores, señalan que los medicamentos son entregados en los horarios

correspondientes y muy responsablemente, por lo cual en este sentido el trabajo realizado satisface esta necesidad. A su vez la responsabilidad en el tema de la medicamentación es reconocida también por los familiares.

Ahora bien, considerando el tratamiento cognitivo, motriz y lúdico, es en donde se producen las divergencias. Si bien tanto los adultos mayores como los trabajadores, señalan realizar actividades que trabajan en función de su salud mental, cognitiva y motriz, la mayoría de los familiares no reconoce las actividades realizadas en favor de esto, e incluso alguno de ellos señalan debiesen existir más instancias que trabajasen el tema, para así garantizarles una buena calidad de vida. Sin embargo, existen otros que sí reconocen esas actividades y quienes son los responsables de realizarlas.

Al percibir lo anterior se logra detectar que la información de las actividades desarrolladas en la institución no es reconocida por todos los familiares de los residentes

*Tabla 63: Técnicas de Apoyo. Triangulación  
Matriz de Deconstrucción Global*

Subcategoría: Técnicas de Apoyo
Unidad de Riesgo
<p><b>Adultos Mayores</b></p> <p><i>“Me siento bien cuando están un rato aquí, pero cuando quedo solo, ustedes me vieran como estaba yo aquí, yo echo de menos la visita de gente, pa conversar un rato, alternar con las personas.” (AM.C)</i></p>
<p><b>Familiares</b></p> <p><i>“Bien ellas son muy atentas, muy amorosas, esta gente es preparada, realmente se le nota la preparación que tienen” (F.R.C)</i></p>
<p><b>Profesionales y Trabajadores</b></p> <p><i>“Cosa que cualquier comentario que él haga, se acompañe con una sonrisa o con algún comentario positivo que es la demostración de que le estás poniendo atención y eso les anima.” (P.R.Q)</i></p>

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

Los tres colectivos identifican la importancia tanto de la entrega de actitudes positivas por parte del personal de apoyo y profesionales del Naranjo, destacándose acciones como el apoyo y el acompañamiento a los adultos y adultas mayores.

Tabla 64: *Discusión reflexiva. Triangulación*

Matriz de Deconstrucción Global
Subcategoría: Discusión Reflexiva
Unidad de Registro
<p><b>Adultos Mayores</b>  <i>“Todos los problemas que yo tengo son por mi culpa, porque soy muy posesivo, y no me gustan a mí las personas que me quieren llevar lo contrario, que vayan en contra de la razón, entonces ahí está el error que cometo yo.” (AM.C)</i></p>
<p><b>Familiares</b>  <i>“No sé, lo que pasa es que las únicas más o menos cuerdas son la Amalia y la Yoli po, todos los demás están bastante estropeados.” (F.E.A)</i></p>
<p><b>Profesionales y Trabajadores</b>  <i>“Los conflictos son porque que uno no escucho lo que el otro quiso decir, no lo escucho o lo malinterpreto, entonces se trata un poco de aterrizar o bajar un poco el calor de la conversación, tratando de hablar con ellos, de que está pasando” (P.J.I)</i></p>

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

Resulta relevante el señalar que los tres colectivos son capaces de evaluar la capacidad cognitiva de los adultos y adultas mores, incluyéndose a estos mismos, que en algunas oportunidades y casos, realizan eficientemente análisis racionales sobre su situación, relatando experiencias personales y percepciones sobre su pasado y presente.

Por otro lado, también es posible concluir, que los tres grupos de participantes expresan la voluntad de trabajar, a través de distintas actividades, en beneficio del bienestar de los y las residentes, e incluso otorgan testimonios del desarrollo efectivo en el Naranjo de actividades específicas que tiene por objetivo fortalecer la capacidad cognitiva de los y las residentes.

Tabla 65: *Influencia directa. Triangulación*

Matriz de Deconstrucción Global
Subcategoría de Análisis: Influencia Directa
Unidad de Registro
<p><b>Adultos Mayores</b>  <i>“Cuando yo tomé la decisión de venirme para acá, que lo conversamos junto a mis tres hijas en este momento porque la hija mayor a fallecido, decidimos que era la mejor solución...”(AM.Y)</i></p>
<p><b>Familiares</b>            No se expresa la subcategoría</p>
<p><b>Profesionales y Trabajadores</b>  <i>“Las decisiones de ella, de la señora Meme y la señora Nora, las decisiones la tomamos nosotras porque ellos se levantan en silla de ruedas” (T.R.T)</i></p>

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

Con respecto a la influencia directa los familiares no manejan la información, por ende no se puede desarrollar la triangulación de la pregunta.

*Tabla 66: Manejo ambiental. Triangulación*

Matriz de Deconstrucción Global
Subcategoría de Análisis: Manejo Ambiental
Unidad de Registro
<b>Adultos Mayores</b> <i>“Si bastante porque ahora como estoy con ustedes, igual que cuando me venían a ver, ese día mis hijos...” (AM.C)</i>
<b>Familiares</b> <i>“No siempre bien preocupadísima, y ella igual ella si no viene, ya está hablando o le cuenta a la señora María...” (F.R.C)</i>
<b>Profesionales y Trabajadores</b> <i>“Hay familiares que vienen todos los días, y a veces vienen dejando un día según su horario de su trabajo, aquí el horario es durante todo el día.” (T.M.Z)</i>

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

De acuerdo a las opiniones del conjunto de entrevistados, es posible identificar a la familia de los adultos y las adultas mayores insertas en el Naranjo, como el actor de mayor importancia presente en el medio, para estas personas. La familia constituye un apoyo externo real y primordial, extrayéndose finalmente de las diversas percepciones, que todos estos los participantes desarrollan gran preocupación por mantener estos vínculos, de forma bidireccional, por lo que los trabajadores y profesionales, se encuentran permanentemente otorgando información a la familia, y la familia también se encuentra constantemente vinculándose con el hogar y los residentes.

*Tabla 67: Referencia. Triangulación*

Matriz de Deconstrucción Global
Subcategoría de Análisis: Referencia
Unidad de Registro
<b>Adultos Mayores</b> <i>“Todas tenemos que pertenecer a algún servicio de atención...” (AM.Y)</i>
<b>Familiares</b> <i>“La llevamos al geriatra porque tiene que ir, tenemos que tener, la tenemos ponte tú en el HELP, pero la pusimos aquí en el INRECAR...” (F.R.C)</i>
<b>Profesionales y Trabajadores</b> <i>“Nosotros trabajamos también con CESFAM, con Consultorio, con Hospital, o sea igual tenemos vínculos, siempre...” (P.L.A)</i>

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

Al momento de identificar otros vínculos externos al Naranjo, los tres colectivos se refieren, y le asignan un rol esencial a los servicios, instituciones y profesionales del área médica de la salud, nombrándose entre estos al médico geriatra, servicios de rescate, consultorios y CESFAM, y hospitales

*Tabla 68: Trabajo multidisciplinario. Triangulación*

Matriz de Deconstrucción Global
Subcategoría de Análisis: Trabajo Multidisciplinario
Unidad de Registro
<b>Adultos mayores</b> <b>No se expresa la subcategoría</b>
<b>Familiares</b> <i>“Viene alguien a hacerle algunas entretenciones, les hace algunos ejercicios para la memoria. (...) Entiendo que es una terapeuta ocupacional” (F.E.A)</i>
<b>Profesionales y Trabajadores</b> <i>“El trabajo en equipo es fundamental, para trabajar con grupos de personas (...) Si se trabaja en equipo frente a un objetivo, de trabajar lo que es lo cognitivo, psicológico que es lo que más aqueja al adulto mayor, ehh... todos vamos hacia el mismo lado, nadie esta como remando al contrario” (P.J.I)</i>

*Elaboración propia. Fuente: Entrevistas Semiestructuradas*

En cuanto al Trabajo Multidisciplinario, en la información recabada en el colectivo de los adultos mayores, no se logra identificar respuestas que señalen información sobre esta modalidad de trabajo en equipo. Es por lo anterior que la información no se puede triangular.

**Capítulo V**  
**Conclusiones**

## **1. CONCLUSIONES METODOLÓGICAS**

Para llevar a cabo la investigación cualitativa, se utilizó la entrevista semiestructurada con el fin de recabar la información necesaria de las temáticas abordadas, tomando en consideración las opiniones, percepciones y significados que las personas miembros de los colectivos tenían sobre ellas.

Durante el desarrollo del proceso de recolección de información hubo situaciones que dificultaron y otras que favorecieron este proceso. Tomando en cuenta, las situaciones que lo dificultaron, se puede indicar principalmente, la coordinación con los familiares de los adultos y adultas mayores para la realización de la entrevista, esto debido a que ellos no asisten con regularidad al hogar a visitar a sus familiares, por ende encontrarse con ellos resultaba azaroso, y el contactarse con ellos para la coordinación de una entrevista vía telefónica, en dos situaciones no pudo ser llevado a cabo, sin embargo, la información recabada de los familiares contribuyó de manera positiva a dar cumplimiento de los objetivos.

En virtud de la dificultad ocurrida con la recolección de información de los familiares, también es importante concluir que por este aspecto se logra percibir el vínculo existente entre los familiares y los residentes, en donde se ve por un lado la preocupación de algunos y la indiferencia de otros en ciertos aspectos de lo que ocurre o deja de ocurrir en las instalaciones en cuanto al cuidado brindado a sus familiares.

Por otro lado lo que favoreció el proceso fue que en un primero momento, previo a la realización de las entrevistas era imprescindible comunicar el porqué de ésta y el cómo sería desarrollada, a su vez se les hacía saber sobre la confidencialidad de la información allí vertida, con lo que los familiares, amigos, profesionales y trabajadores se relajaban y podían contestar con mayor naturalidad. A su vez la elaboración del instrumento o protocolo de la entrevista favoreció también el proceso, puesto que permitió en su mayoría responder a todos los objetivos planteados y obtener la información requerida en cada pregunta, sin embargo, en algunas de ellas no se consiguió obtenerla, pero no debido a un problema de formulación de preguntas, sino más bien a que los entrevistados no conocían las respuestas, principalmente por falta de información sobre los hechos consultados. Siguiendo con este punto, otro hecho beneficioso, fue el recibimiento y aceptación de las autoras del proyecto de título por parte de los adultos y adultas mayores, como de los profesionales y familiares para la realización de la entrevista. Los adultos y adultas mayores, se mostraron receptivos a contestar la entrevista, y comentaron luego de ella lo importante y

agradable que resultaba para ellos el recibir la visita de personas anexas al hogar y sus familiares, puesto que con esto lograban contactarse con el medio y despejar su mente; los trabajadores y profesionales brindaron parte de su tiempo y aportaron en todo lo que pudieron con el fin de aportar a la investigación; y en cuanto a los familiares, no tuvieron problemas en restar unos minutos de la visita a sus familiares para responder.

Como se dijo con anterioridad en El Naranjo se integró a las autoras de la investigación de manera receptiva, siendo integradas a la comunicas desde un principio, lo que les permitió desenvolverse con naturalidad en frente de los adultos, familiares y trabajadoras.

Para concluir a modo general el desarrollo de la metodología de investigación cualitativa ésta resultó ser la más apropiada para enfrentar la temática abordada, puesto a que de manera concreta y específica no existía información y por ende era necesario reconocerla para lograr intervenirla de una mejor manera. Para ello era necesario conocer lo que las personas involucradas en los hechos investigados, piensan sobre ellas y cuáles son los significados que les dan a los sucesos vivenciados día a día.

## 2. CONCLUSIONES TEÓRICAS Y TEMÁTICAS

Desde un previo inicio a la elaboración del presente proyecto de título, las correspondientes autoras se reunieron y asociaron, con el objetivo de abordar durante este proceso, determinadas temáticas que representaban de forma relevante, un interés personal y profesional compartido.

Entre aquellas temáticas, contándose el **Buen Morir, Perdidas y Duelos**, que constituyen los dos ejes temáticos desarrollados en un inicio en el capítulo del marco teórico, se encuentran referentes y concepciones teóricas, que fueron integrándose y profundizándose paulatinamente, a través de la vinculación de las estudiantes con El Naranjo Institución Patrocinante. Lo que finalmente, condujo a realizar una efectiva síntesis que permitió trasladar lo teórico a la realidad de la residencial, consiguiéndose que las temáticas anteriores pudieran expresarse y estudiarse tanto en las dinámicas como procedimientos existentes en la institución.

Continuando con las primeras conclusiones, las siguientes se desarrollan en base al primer eje temático nombrado **Perdidas y Duelos**, que tuvo por objetivo esencial el comprender como estos dos procesos son vivenciados y percibidos por un adulto o adulta mayor inserto en un hogar de larga estadía, en conjunto con su grupo familiar y por otro lado en conjunto con el equipo de trabajo o de profesionales.

Como se ha podido constatar a lo largo de la investigación, el paso a la vejez y el paulatino envejecimiento y deterioro en esta etapa, constituyen crisis en el ciclo vital para las personas mayores, que traen consigo la experimentación de diversos cambios tanto en su individualidad como medio exterior, que exigen la capacidad constante de readaptación por parte del sujeto. Entre estos cambios, de acuerdo a los relatos del conjunto de entrevistados y entrevistadas, se mencionan el ingreso a un hogar de larga estadía, la muerte de un familiar, el padecimiento de una enfermedad, y entre otros, que desvelan y reflejan determinados acontecimientos dilemáticos. De acuerdo a lo anterior, es que se encuentra una coherencia entre lo señalado por autores como Freud, Poch, Tizón, entre otros, que logran anticiparse señalando la ocurrencia común y natural de estas situaciones y las posibles problemáticas que se originan ante la no posibilidad de adaptación o afrontamiento normal por parte del individuo en esta etapa del ciclo vital. Es por esto, que finalmente es posible encontrar relevantes similitudes entre las opiniones de los tres colectivos de investigación, y lo señalado anteriormente por los teóricos, ya que todos logran identificar al proceso de inserción en un hogar de larga estadía y al posterior proceso de adaptación por parte del sujeto, como una **Crisis, Perdida y Duelo** para el adulto o la adulta mayor, lo que constituye un hallazgo relevante,

que permite evidenciar la existencia de una problemática real y concreta existente época actual.

Por otro lado, un segundo eje temático denominado **Buen Morir** señala la necesidad de intervenir los procesos antes mencionados, con la finalidad de propiciar la adaptación y asimilación por parte del sujeto, contribuyendo de esta forma a mantener y mejorar su calidad de vida y bienestar en el transcurso de su estadía en el hogar o residencial. En este sentido, un cuidado y apoyo integral dirigido hacia el adulto mayor, se constituye en la estrategia principal para actuar bajo la perspectiva de este enfoque, que permita satisfacer las necesidades vitales y de desarrollo personal especiales de este grupo etario. Lo anterior representa también un segundo hallazgo relevante en la investigación, ya que, de acuerdo a las opiniones emitidas por los tres colectivos, actores fundamentales dentro de la Institución El Naranjo, el que las personas mayores puedan recibir un tratamiento y cuidado bajo esta perspectiva, representa una percepción común y transversal en el relato del conjunto de entrevistados y entrevistadas. Es por esto, que en sus respuestas es posible encontrar por un lado, un énfasis en la necesidad de que la institución sea capaz de otorgar un tratamiento biopsicosocial, en base a la acción de distintos profesionales que intervengan las problemáticas particulares surgidas en la etapa de la vejez, y por otro lado, la necesidad de que las personas insertas en la institución puedan recibir un cuidado, apoyo y acompañamiento que se enfoque en entregar afectividad, respeto y comprensión.

Por otro lado, el proceso de inmersión inicial en el campo de investigación, también sugirió la necesidad de buscar modelos de intervención desde el Trabajo Social, que permitieran abarcar los procesos y dinámicas existentes en El Naranjo, por esta razón, es que el Modelo de Intervención en Crisis desarrollado por Slaikeu, y el Modelo Psicosocial elaborado en primera instancia por Gordon Hamilton, continuando más adelante esta labor Hollys y Woods, configuraron los referentes teóricos utilizados metodológicamente en la siguiente etapa destinada a la investigación cualitativa.

Continuando con lo anterior, el proceso de investigación cualitativa, llevado a cabo por las autoras, en los periodos de Octubre a Diciembre del año 2016, tuvo por objetivo general el **Conocer las prácticas de intervención biopsicosocial, en torno a las temáticas de buen morir, pérdida y duelo, desarrolladas en La Residencia El Naranjo para Adultos y Adultas Mayores de Viña del Mar**. Todo esto en base a las percepciones, opiniones y significados atribuidos por parte de los tres colectivos y actores fundamentales de la investigación y en la Institución El Naranjo, Adultos y Adultas Mayores, Grupos Familiares, Trabajadores y Profesionales.

Para cumplir el objetivo anterior, es que se elaboraron tres objetivos específicos, con sus respectivas subcategorías de análisis, que permitieran generar el conocimiento y aproximación a la categoría mayor **prácticas de intervención biopsicosocial**.

Un primer objetivo específico tuvo por finalidad **Analizar los significados de los Adultos Mayores, Familiares, Trabajadores y Profesionales de La Residencia El Naranjo de Viña del Mar, en relación a los Momentos de Intervención**. En relación a esta primera subcategoría, es posible concluir, a partir de una contrastación entre los Momentos de Intervención señalados según la teoría, de acuerdo a los respectivos Modelos de Intervención Social, y a partir de las percepciones de los colectivos de investigación, es que en el proceso de tratamiento otorgado por la residencial de adultos mayores, existen momentos fases específicas, que guían el actuar de los trabajadores y profesionales dependiendo de cada situación que se desarrolle, en el transcurso de la estadía de un adulto mayor, es por esto, que al ingreso de un nuevo residente, existirá una forma de intervención específica para tratar esta etapa, en conjunto con la persona y su grupo familiar.

Los momentos de intervención mayormente conocidos y nombrados por los entrevistados y entrevistadas, tienden a relacionarse y distinguirse en base a determinados acontecimientos, como por ejemplo, tal como se nombró anteriormente, el recibimiento de un nuevo residente, o por otro lado, el fallecimiento de un adulto o adulta mayor. De acuerdo con estas opiniones, cada una de las situaciones descritas, necesita de un tratamiento específico y diferente, con la finalidad de atender las problemáticas y necesidades particulares en este momento. Lo anterior, presenta una importancia significativa, ya que es posible encontrar similitudes con lo señalado según las teorías utilizadas como referentes, lo que permite finalmente, fundamentar la necesidad de integrar en la metodología de intervención del Trabajo Social dirigida a personas mayores insertas en hogares de larga estadía, cinco momentos o fases específicas de tratamiento. Entre estos momentos se nombra a **Los Primeros Auxilios Psicológicos (Slakieu, Modelo de Intervención en Crisis)** como la primera forma de atención dirigida a la persona inserta en el hogar, con la finalidad de, por un lado, entregar contención y apoyo frente a la crisis o problemática, y por otro lado ayudar a su enfrentamiento o solución. **La Primera Entrevista (Hamilton, Modelo de Intervención Psicosocial)** corresponde a otro momento, donde el profesional tiene por objetivo comunicarse con el posible futuro residente y su grupo familiar, y recopilar antecedentes que permitan elaborar un **Diagnostico (Hamilton, Modelo de Intervención Psicosocial)** o una tercera fase, que en base a la información

recabada, evalué la situación de la persona mayor, determinando la posibilidad de su inserción, y la posibilidad de desarrollar un tratamiento que considere las necesidades y requerimientos del sujeto, en base a los recursos de la institución. Por último, un cuarto momento denominado **Tratamiento (Hamilton, Modelo de Intervención Psicosocial)** señala la necesidad de establecer una relación de apoyo con el individuo, con el objetivo de propiciar su adaptación, trabajando en la mejora de su situación actual y en beneficio de su situación futura.

El segundo objetivo específico, se constituyó en **Analizar los significados de los Adultos Mayores, Familiares, Trabajadores y Profesionales de La Residencia El Naranjo de Viña del Mar, en relación a las Técnicas de Intervención**, teniéndose como subcategoría de análisis este último concepto.

Hollis y Wood, como parte del Modelo Psicosocial, proponen cinco Técnicas de Intervención para el trabajo con los sujetos de atención, que se dividen según sus formas de acción en **Métodos Directos e Indirectos**. Los métodos directos toman como base a la relación de ayuda establecida entre el profesional y el sujeto de atención, donde el conjunto de acciones y estrategias se encuentran orientadas al trabajo directo con la persona o caso. Trasladándonos nuevamente a la realidad del Naranjo, el conjunto de entrevistados y entrevistadas identifico y valoro algunas estrategias vinculadas a las de este tipo, que han sido utilizadas efectivamente por los trabajadores y profesionales de la institución, y reconocidas por los residentes y sus grupos familiares. De acuerdo a las percepciones de los participantes del estudio, las acciones y actividades de acompañamiento, apoyo y terapia en beneficio de la afectividad y salud mental de las personas mayores, son identificadas como pilares fundamentales para el bienestar de los residentes, que pueden ser relacionadas con las denominadas **Técnicas de Apoyo y Técnicas de Discusión Reflexiva** en relación al Modelo Psicosocial. Entre los trabajadores y profesionales que son reconocidos por los entrevistados y entrevistadas, como actores vinculados estas técnicas, se encuentran al conjunto de cuidadoras, que representan y constituyen una figura de apoyo esencial, y también a la profesional terapeuta ocupacional, encargada de desarrollar el tratamiento en beneficio de la salud mental de los adultos y adultas mayores, a través de juegos y actividades que les permitan además de trabajar lo cognitivo, comunicarse y recrearse.

Continuando con los Métodos Indirectos, estos a diferencia de los anteriormente descritos, se desarrollan a través del trabajo directo con el ambiente del sujeto, con el objetivo de generar recursos y vínculos en este, que representen un apoyo para el sujeto y un aporte en su bienestar. También de forma distinta a los Métodos Directos, esta estrategia pudo ser analizada mayoritariamente en relación a las percepciones del colectivo de trabajadores y profesionales, ya que,

en los otros dos colectivos, no se logró recabar información donde se consiguieran expresar estas temáticas.

A pesar de lo anterior, en base a los extractos de estos actores, es posible concluir que en la institución El Naranjo se desarrollarían acciones que se encuentren dirigidas al ambiente y medio de los residentes, pudiéndose expresar las técnicas de este método señaladas en el Modelo Psicosocial. Es por esto, que en primer lugar se logra identificar la presencia de la técnica **Referencia**, al identificarse la existencia de vínculos y redes sociales entre el hogar y distintas instituciones y servicios de salud y también instituciones universitarias, como lo es en el caso personal de las autoras. Por otro lado, también El Naranjo mantiene canales de comunicación e información permanentes con el grupo familiar de los residentes, ante cualquier contingencia, y de forma periódica. Sin embargo, no se logró identificar la existencia de acciones desarrolladas por la institución, orientadas a mejorar y fortalecer la vinculación entre la persona inserta y su familia, además de la celebración de festividades importantes, lo que guarda una importancia fundamental, al constituirse en fechas sensibles para los residentes. Por otro lado, si se identificaron acciones que tengan por objetivo gestionar recursos en conjunto con el grupo familiar, orientadas a la satisfacción de sus necesidades básicas, es por esto que la técnica de **Manejo Ambiental** se expresaría de una forma leve.

Finalmente, el tercer y último objetivo específico **Analizar los significados de los Adultos Mayores, Familiares, Trabajadores y Profesionales de La Residencia El Naranjo de Viña del Mar, en relación al Trabajo en Equipo**, sugirió la necesidad de conocer como este concepto se desarrollaba en la institución, a través de la relación y organización laboral entre trabajadores y profesionales del Naranjo.

Al igual que con la técnica anterior, la subcategoría de trabajo en equipo solo pudo ser analizada levemente en base a las percepciones del colectivo de investigado mencionado anteriormente.

### **3. CONCLUSIONES VINCULADAS AL TRABAJO SOCIAL**

En cuanto al abordaje de las temáticas de Buen Morir, luego de ser llevada a cabo la investigación, se considera que el Trabajo Social es sin duda fundamental, debido a que como profesión se desarrolla un trabajo en favor de los adultos y adultas mayores insertas en residencias de larga estadía, principalmente actuando como gestores de redes, tanto primarias, como secundarias e institucionales. Las primeras son de vital importancia para que el adulto mayor inserto logre conllevar el proceso por el cual atraviesa contando con el apoyo de sus seres queridos, buscando promover y proporcionar instancias de vínculo afectivo; mientras que las segundas y terceras, son fundamentales para entregarle al adulto mayor espacios de vinculación con el medio. Buscando con esto que los adultos y adultas mayores, pese a estar insertos en una institución tengan vinculación con el mundo exterior y sus familias, permitiéndoles desarrollar una vida sana, e incentivando un estilo de vida que promueva el Buen Morir.

Siguiendo con el tema de gestión el o la Trabajadora Social puede fortalecer el trabajo interdisciplinario, en el que cada individuo miembro del equipo de trabajo logre compartir y nutrir de información desde su experticia a los demás, para con esto lograr generar un equipo experto desde la práctica en las temáticas abordadas, en este caso inserción del adulto o adulta mayor en residencia de larga estadía.

Por lo dicho con anterioridad, ciñéndose a lo observado y a lo necesaria que se vuelve la intervención del Trabajo Social en las Residencias de Larga Estadía, es que se considera fundamental que se desarrollen a nivel académico cursos que impartan la temática a nivel de pregrado, puesto que hoy en día la expectativa de vida va en aumento y por ende la población adulta mayor también, generando espacios de trabajo para los cuales se necesita tener al menos cierto grado de conocimiento.

## **Capítulo VI**

### ***Protocolo de Intervención***

Tabla 69: Protocolo de intervención

<b>Protocolo de Intervención Social desde el Trabajo Social frente al Buen Morir, Perdidas y Duelos, para los Adultos y Adultas Mayores insertos en una residencia de larga estadía y su Grupo Familiar.</b>
<p><b><u>Fundamentación:</u></b></p> <p>El cuidado del adulto y adulta mayor en Residencias de Larga Estadía es un trabajo complejo, en el que se espera principalmente se les brinde a los y las residentes cuidados mayoritariamente de carácter medico (físicos), pero en muchas ocasiones no se considera lo social como parte del tratamiento, siendo este último fundamental para el desarrollo óptimo de la persona, sobre todo considerando el que se encuentran en la etapa final del ciclo vital, atravesando además por procesos de desajuste emocional ocasionados por el sentimiento de pérdida producidas por la misma inserción a una residencia.</p> <p>Para brindar un tratamiento de calidad, que promueva el Buen morir en los pacientes es necesario por ende, atender todas sus necesidades, por lo cual es indispensable el mantener un equipo multidisciplinario que responda a su cuidado.</p> <p>Por esta razón es que se presenta este protocolo de acción que busca incorporar la arista social, desde el Trabajo Social, en el tratamiento del adulto y adulta mayor.</p>
<p><b><u>Objetivo General:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“Proporcionar una guía de abordaje en favor del Buen Morir, Pérdidas y Duelo en Establecimientos de Larga Estadía para el adulto y la adulta mayor”</i></li> </ul>
<p><b>Momentos o Fases de Intervención.</b></p>
<p><b><u>1° Fase: PRIMERA ENTREVISTA</u></b></p> <p>Fase inicial donde el profesional se propone recopilar la información necesaria para la comprensión del sujeto y su problemática, considerándose su ambiente significativo, familia de origen, los acontecimientos importantes en su vida, entre otros.</p> <p><b>Actividades y Acciones Profesionales.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de herramientas de registro y elaboración de fichas clínicas.</li> <li>• Orientación y Asesoramiento a la persona mayor y su grupo familiar.</li> <li>• Investigación de antecedentes personales y familiares.</li> <li>• Detección de problemáticas y necesidades actuales y futuras del adulto o adulta mayor.</li> <li>• Vinculación entre familiares y adultos mayores.</li> </ul>
<p><b><u>2° Fase: DIAGNÓSTICO</u></b></p>

**Proceso de interpretación de los datos reunidos en la etapa anterior, con el objetivo de identificar situaciones, y factores causales de la problemática.**

**Actividades y Acciones Profesionales.**

- Elaboración de herramientas de registro y elaboración de fichas clínicas.
- Realización de entrevistas periódicas para la identificación de necesidades y problemáticas actuales y futuras.
- Evaluación del posible tratamiento e inserción de la persona mayor.
- Vinculación entre familiares y adultos mayores.
- Orientación y Asesoramiento a la persona mayor y su grupo familiar.

**3° Fase: TRATAMIENTO**

**Comienza desde la primera entrevista, y se va desarrollando través de la relación de apoyo constituida entre el profesional y la persona inserta. Implica también la gestión de recursos y redes sociales de apoyo en beneficio de los adultos y adultas mayores y el equipo de trabajo de la institución.**

**Actividades y Acciones Profesionales.**

- Realización de herramientas de registro y evaluación.
- Acompañamiento y apoyo espiritual y afectivo.
- Promoción de calidad de vida y bienestar del adulto o adulta mayor.
- Incrementar la comunicación entre la persona mayor y su familia, y entre ambos con el equipo de trabajo.
- Establecer canales de información permanentes entre el grupo familiar y el equipo de trabajo.
- Desarrollo de entrevistas, actividades y reuniones periódicas entre la persona mayor, grupo familiar y el equipo de trabajo.
- Gestión o desarrollo actividades inclusiva considerando las situaciones de salud de los y las residentes
- Mediación de conflictos y facilitación para su resolución.
- Vinculación con redes sociales de apoyo (Instituciones y Servicios de Salud, Universidades, Institutos, etc.)
- Capacitación y Educación al equipo de trabajo en las temáticas de Buen Morir, Pérdida y Duelo
- Orientación y Asesoramiento al grupo familiar en las temáticas de Buen Morir, Pérdida y Duelo.
- Prevención del Síndrome de Burnout o desgaste profesional.

**4° Fase: SEGUIMIENTO**

**Constituyen las acciones profesionales desarrolladas ante el fallecimiento de un residente, en conjunto con el grupo familiar y equipo de trabajo, con el objetivo**

**de facilitar el proceso de Pérdida y Duelo.**

- Orientación y Asesoramiento al grupo familiar.
- Contención, acompañamiento y apoyo espiritual al grupo familiar durante el proceso de pérdida y duelo.
- Gestión de redes sociales de apoyo (Instituciones y Servicios de Salud, Universidades, Institutos, etc.).

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Agrafo, E., Manrique, B. (1999). Aspectos sociales de la enfermedad terminal e intervención del Trabajador Social.
- Andrea Slachevsky, F. O. (2008). Las Demencias: Historia, Concepto, Clasificación y Aproximación Clínica. Buenos Aires, Argentina : Librería Alcadia .
- Aylwin, N. (1986). El Trabajo Social como profesión . *Revista de Trabajo Social N° 50*, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Bolwby, J. (1998). El apego. Buenos Aires: Paidós
- Bolwby, J. (1980). La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby-West, L. (1983). *"The impact of Death on the Family System"*.
- BOREAL, I. (2011). *Estudio de Recopilación, Sistematización y Descripción de información estadística disponible sobre Vejez y Envejecimiento en Chile*. Santiago.
- Fernández-Ballesteros. (2002). Vivir con Vitalidad Vol. I. Envejecer bien. Madrid: Pirámide.
- Erikson, E. (1950). Teoría del desarrollo Psicosocial.
- Freud, S. (1915 [1917]). *Duelo y Melancolia*.
- Gordon Hamilton, A. (1965). *Teoría y Práctica del Trabajo Social de Casos*. La Prensa Medica Mexicana: Lito-Arte.
- Hernández Sampieri , R., Fernández Collado , C., & Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la Investigación* (Quinta ed.). México DF: McGRAW-HILL/Interamericana. Quinta Edición.
- Karl Slaikeu, A. (1944). *Intervención en Crisis. Manual para práctica e investigación*. México: El Manual Moderno.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido: Teoría y práctica*. Barcelona: Paidós.
- Kübler-Ross, E. (1993.). *Sobre la Muerte y los Moribundos*. Barcelona: Grijalbo, Cuarta edición.
- Lampert, M. P., & de la Paz, V. (2014). *Regulación de los establecimientos destinados a Hogares para Adultos Mayores* . Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile .
- Ley N° 20.584. Sobre los derechos y deberes de los paciente, 2012. Chile.}
- Lindemann, E. (1994). The symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry* 101, 141-148
- López, J. M. (2011). *Libro Blanco Envejecimiento Activo*. Madrid: IMSERSO. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

- Martínez Salgado, C. (2012). El Muestreo en Investigación Cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. . *Ciencia y Salud Colectiva*.
- Max-Neef, M. (1998). Desarrollo a escala humana. Montevideo: Nordan Comunidad.
- Montecinos, J. L. (2005). De la Inmovilidad a la Dismovilidad en Geriatria. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Psicogeriatría.
- Nomen, L. (2009). *El Duelo y la Muerte*.
- Olaizola, P. (2006). *¿Que lugar ocupa el Trabajo Social en el área de Cuidados Paliativos?* Universidad Nacional de Lujan .
- Organización Mundial de la Salud, (1990). Alivio del dolor del cáncer y Cuidados Paliativos.
- Organización Panamericana de Salud, O. (2002). Envejecimiento Activo. Un marco Político. *Rev. Española de Geriatria y Gerontología*, pág. 37- 74-105.
- Papalia, D. (2010) Desarrollo de Escala Humana. México.
- Pino Juste, M. (s.f.). *Algunos Métodos y Técnicas de Recogida y Análisis de datos*. Orense : Universidad de Vigo.
- Poch, C. y. ( 2003). *La muerte y el duelo en el contexto educativo. Reflexiones, testimonios y actividades*. . Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Ramos, M. A. (2006). La intervención del Trabajador Social en los equipos interdisciplinarios de salud mental. *Revista Confluencia N°54*.
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., & García Jiménez, E. (1999). *Metodología de la Investigación*. Málaga: Aljibe.
- Salgado Lévano, A. C. (2007). *Investigación Cualitativa: Diseños, Evaluación del Rigor Metodológico y Retos*. . Lima : Universidad de San Martín de Porres .
- SENPLADES. (2009). *Plan Nacional Para el Buen Vivir 2009-2013*. Quito, Ecuador.
- Serbia, J. M. (2007 ). *Diseño, Muestreo y Análisis en la Investigación Cualitativa*. . *Hologramática* .
- SERNAC. (Octubre 2014). *Reporte sobre publicidad y establecimientos de larga estadía para el adulto mayor*. Santiago, Chile: Observatorio de Publicidad y Practicas Comerciales.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1998). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación* . Barcelona: Ibérica S.A.
- Thumala, D., Arnold, M., Massad, C., & Herrera , F. (2015). *Inclusión y exclusión social de las personas mayores en Chile*. Santiago: SENAMA - FASCO U. Chile.: Servicio Nacional del Adulto Mayor.

Tizón, J. (2004). *Pérdida, pena, duelo: Vivencias, investigación y asistencia. Tipos de Perdidas.*

Worden, J. W. (2010). *El tratamiento del Duelo.* Barcelona, España: Paidós.

Zolotow, D. (2013). *¿Qué hacemos o deshacemos los trabajadores sociales en los hogares de ancianos.* La Plata, Argentina: Facultad de Trabajo social de la Universidad Nacional de La Plata.

## LINKOGRAFÍA

- Banco Interamericano del Desarrollo, en [www.iadb.org/envejecimientoexitoso/](http://www.iadb.org/envejecimientoexitoso/) . Recuperado 25 de Mayo 2016.
- Estudio publicidad establecimientos de larga estadía para adultos mayores. Información obtenida de <http://www.sernac.cl/wp-content/uploads/2014/10/Estudio-publicidad-establecimientos-de-larga-estad%C3%ADa-para-adultos-mayores.pdf>. Recuperada el 11 de Mayo 2016.
- La intervención del Trabajador Social en los equipos interdisciplinarios de salud mental. Revista Confluencia, 2006. Recuperada de <http://cpsscba.org/Revista/Digital54/saludmental.htm> el 15 de Diciembre 2016
- SENAMA. Envejecimiento activo Información Obtenida de <http://www.senama.cl/EnvejecimientoAct.html> . Recuperado el 01 de junio de 2016.
- SENAMA, Glosario Gerontológico Información obtenida de [www.senama.cl/filesapp/GLOSARIO\\_GERONTOLOGICO.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/GLOSARIO_GERONTOLOGICO.pdf) Recuperada el 15 de mayo 2016.
- SENAMA, Las personas mayores en Chile. Información obtenida de [http://www.senama.cl/filesapp/las\\_personas\\_mayores\\_en\\_chile\\_situacion\\_avances\\_y\\_desafios\\_2.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/las_personas_mayores_en_chile_situacion_avances_y_desafios_2.pdf) página 39, Recuperada el 10 de Mayo
- SENAMA, Residencias, Información recuperada de <http://www.senama.cl/residenciasSENAMA.html> el 11 de mayo 2016.
- SEREMI, Información recuperada de [http://seremi5.redsalud.gob.cl/?page\\_id=70](http://seremi5.redsalud.gob.cl/?page_id=70) el 11 de mayo 2016.
- SERNAC, Información recuperada de <http://www.sernac.cl/acerca/> el 11 de mayo 2016

## ANEXOS

### ANEXO 1

<b>Entrevista Semiestructurada Adultos y Adultas Mayores</b>	
<b>Preguntas Introductorias</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Podría decir por favor su nombre, edad, estado civil, ocupación que desarrollaba antes de ingresar a la residencia?</li> <li>2. ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en la residencia?</li> <li>3. ¿Qué actividades realizaba cotidianamente, antes de ingresar a la residencia?</li> </ol>
<b>Objetivo Especifico n°1</b> <b>Analizar las percepciones de los Adultos Mayores, Familiares, Trabajadores y Profesionales de La Residencia El Naranjo de Viña del Mar, en relación a los Momentos de Intervención.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. ¿Cómo tomó usted el ingresar a una Residencia?</li> <li>5. ¿Cómo recuerda que fue su ingreso a El Naranjo?</li> <li>6. ¿Cómo evaluaría su recepción a la residencia?</li> <li>7. ¿Qué cree usted es lo más difícil de insertarse en una residencia?</li> <li>8. ¿Evalúan su estado físico y cognitivo? ¿De qué forma lo realizan?</li> <li>9. En caso de necesitarlo, ¿De qué modo dan tratamiento a sus requerimientos especiales?</li> </ol>
<b>Objetivo Especifico n°2</b> <b>Analizar las percepciones de los Adultos Mayores, Familiares, Trabajadores y Profesionales de La Residencia El Naranjo de Viña del Mar, en relación a las Técnicas de Intervención.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. ¿Cómo los profesionales consideran sus intereses?</li> <li>11. ¿Qué siente usted con respecto al cuidado que le dan los trabajadores?</li> <li>12. Como es la relación entre usted y los trabajadores de la residencia.</li> <li>13. ¿Cómo son las actividades grupales que realizan? ¿Qué temáticas abordan?</li> <li>14. ¿Cuáles actividades grupales le gustaría realizar en conjunto con los demás residentes?</li> </ol>

	<p>15. ¿Qué temática en particular le gustaría abarcar en los talleres?</p> <p>16. En momentos de angustia ¿Cómo se han comportado los trabajadores?</p>
<p><b>Objetivo Especifico n°3</b> <b>Analizar las percepciones de los Adultos Mayores, Familiares, Trabajadores y Profesionales de La Residencia El Naranjo de Viña del Mar, en relación al Trabajo en Equipo</b></p>	<p>17. Entre las actividades que realizan en la residencia ¿Qué profesionales participan normalmente?</p> <p>18. ¿Usted visualiza a los trabajadores colaborándose entre sí para realizar el trabajo?</p> <p>19. ¿Cómo cree usted es la comunicación de los trabajadores en la residencia?</p>
<p><b>Preguntas de Cierre</b></p>	<p>20. ¿Cómo evaluaría su estadía en la residencia?</p>

## ANEXO 2

<b>Entrevista Semiestructurada Familias de Adultos y Adultas Mayores.</b>	
<b>Preguntas Introductorias</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Podría decir por favor su nombre, edad, estado civil?</li> <li>2. ¿Cuál es su parentesco con él o la adulta mayor residente en El Naranjo?</li> <li>3. ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en la residencia su familiar?</li> <li>4. ¿Cómo era su vida familiar con el Adulto Mayor, antes de ingresar a la residencia?</li> </ol>
<b>Objetivo Especifico n°1</b> <b>Analizar las percepciones de los Adultos Mayores, Familiares, Trabajadores y Profesionales de La Residencia El Naranjo de Viña del Mar, en relación a los Momentos de Intervención del Trabajo Social.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. ¿Cuáles fueron las principales razones para insertar a su familiar en la Residencia?</li> <li>6. ¿Cuáles fueron sus razones para optar por esta residencia?</li> <li>7. Podría describir la experiencia de ingreso de su familiar a la residencia</li> <li>8. ¿Cómo es su relación actual con su familiar?</li> <li>9. ¿Podría describir una visita a su familiar?</li> <li>10. ¿Qué tratamientos recibe su familiar en la residencia? ¿Cuáles integraría?</li> <li>11. ¿Cómo son considerados los requerimientos especiales de su familiar?</li> <li>12. ¿Cómo se les proporciona información sobre su familiar en la residencia? ¿Cuál es la información que se les proporciona? ¿Qué información les gustaría recibir?</li> <li>13. ¿Cómo evaluaría el cuidado y atención general que se le brinda a su familiar en la residencia?</li> </ol>
<b>Objetivo Especifico n°2</b> <b>Analizar las percepciones de los</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>14. ¿Cómo es su relación con los trabajadores y profesionales de la</li> </ol>

<p><b>Adultos Mayores, Familiares, Trabajadores y Profesionales de La Residencia El Naranjo de Viña del Mar, en relación a las Técnicas de Intervención del Trabajo Social.</b></p>	<p>residencia?</p> <p>15. ¿Cómo son incorporadas sus decisiones en la atención y cuidado del adulto o adulta mayor?</p> <p>16. ¿Cómo son incorporadas las opiniones o sugerencias de los adultos mayores en su atención y cuidado?</p> <p>17. ¿Cuáles son las actividades que los profesionales y trabajadores realizan con los adultos mayores?</p> <p>18. ¿Cuáles son las actividades que realiza la residencia en conjunto con usted y su familiar?</p> <p>19. ¿La residencia tiene vinculación con otras instituciones?</p> <p>20. ¿Con respecto a que temáticas o tramites, les gustaría recibir información por parte de los trabajadores o profesionales?</p> <p>21. ¿Qué significa para usted el concepto de Buen Morir?</p> <p>22. ¿Qué significa para usted el concepto de Duelo y Pérdida?</p>
<p><b>Objetivo Especifico n°3</b></p> <p><b>Analizar las percepciones de los Adultos Mayores, Familiares, Trabajadores y Profesionales de La Residencia El Naranjo de Viña del Mar, en relación al Trabajo en Equipo</b></p>	<p>23. ¿Qué profesionales desarrollan las actividades nombradas anteriormente?</p> <p>24. ¿Cómo se vinculan de los trabajadores en la residencia?</p> <p>25. ¿Cómo es la relación de los trabajadores en la residencia?</p>
<p><b>Preguntas de Cierre</b></p>	<p>26. ¿Cómo evaluaría la estadía de su familiar en la residencia?</p> <p>27. ¿Qué aportes integraría a la mejora de la residencia?</p>

### ANEXO 3

<b>Entrevista Semiestructurada Trabajadores y Profesionales.</b>	
<b>Preguntas Introductorias</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Podría decir por favor su nombre, edad, labor o profesión que desempeña en El Naranjo?</li> <li>2. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la residencia?</li> </ol>
<p><b>Objetivo Especifico n°1</b></p> <p><b>Analizar las percepciones de los Adultos Mayores, Familiares, Trabajadores y Profesionales de La Residencia El Naranjo de Viña del Mar, en relación a los Momentos de Intervención del Trabajo Social.</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. ¿Podría describirnos un día de trabajo en la residencia?</li> <li>4. ¿Cómo es incorporado un nuevo Adulto o Adulta Mayor a la residencia?</li> <li>5. ¿Cuáles son las instancias o momentos en que se comunica con los Adultos y adultas Mayores?</li> <li>6. ¿Cómo evalúan la salud de los Residentes?</li> <li>7. ¿Qué tratamientos o acciones se desarrollan en beneficio de la salud de los Adultos y adultas Mayores?</li> <li>8. ¿Cómo evalúan el estado psicológico y cognitivo de un Adulto o Adulta Mayor?</li> <li>9. ¿Qué tratamientos o acciones se desarrollan en beneficio de la salud mental de los Adultos y adultas Mayores?</li> <li>10. ¿Qué significa para usted el concepto de Buen Morir?</li> <li>11. ¿Qué significa para usted el concepto de Duelo y Pérdida?</li> <li>12. ¿Qué procedimientos existen al presentarse el fallecimiento de un residente?</li> </ol>
<p><b>Objetivo Especifico n°2</b></p> <p><b>Analizar las percepciones de los Adultos Mayores, Familiares, Trabajadores y Profesionales de La Residencia El Naranjo de Viña del Mar, en relación a la Técnicas de Intervención.</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>13. ¿Utiliza técnicas especiales para relacionarse con los Adultos y adultas Mayores? ¿Cuáles?</li> <li>14. ¿Cuáles son sus fortalezas y debilidades en el trabajo con los Adultos y adultas Mayores?</li> <li>15. ¿Cómo trata o negocia los</li> </ol>

	<p>conflictos con un adulto o adulta mayor, o entre dos o más residentes?</p> <p>16. ¿Cómo considera las sugerencias o requerimientos de un adulto o adulta mayor?</p> <p>17. ¿Qué decisiones toma usted por un adulto o adulta mayor?</p> <p>18. ¿Qué actividades realiza en conjunto con más de dos Adultos y adultas Mayores?</p> <p>19. ¿Cómo se vincula con la familia de los residentes?</p>
<p><b>Objetivo Especifico n°3</b></p> <p><b>Analizar las percepciones de los Adultos Mayores, Familiares, Trabajadores y Profesionales de La Residencia El Naranjo de Viña del Mar, en relación al Trabajo en Equipo</b></p>	<p>20. ¿Qué significa para usted el Trabajo en Equipo?</p> <p>21. ¿Cómo se desarrolla el Trabajo en Equipo dentro de la Residencial?</p> <p>22. ¿Qué rol se adjudicaría dentro de la institución, teniendo en cuenta que pertenece a un equipo de trabajo?</p> <p>23. ¿Qué significa para usted el trabajo multidisciplinario?</p> <p>24. ¿Cómo se desarrolla el trabajo multidisciplinario en la residencia?</p> <p>25. ¿Qué significa para usted el Trabajo Interdisciplinario?</p> <p>26. ¿Cómo son las actividades o reuniones entre trabajadores y profesionales? ¿De qué se tratan?</p> <p>27. ¿Comparte conocimientos o tips que aporten a los demás trabajadores o profesionales? ¿Cuáles son?</p> <p>28. ¿Qué actividades laborales o profesionales le gustaría realizar en conjunto con los demás trabajadores o profesionales?</p>
<p>Preguntas de Cierre</p>	<p>29. ¿Cuáles son los aportes de su trabajo en la residencial?</p> <p>30. ¿Cuáles son las dificultades de trabajar con Adultos y Adultas</p>

	<p>Mayores?</p> <p>31. ¿Cuáles son sus aprendizajes del trabajo con Adultos y Adultas Mayores?</p>
--	--

## **ANEXO 4**

### **Resolución Ministerial N° 934 / 01 “Norma de Organización y Funcionamiento en Cuidados Paliativos”, Ministerio de Salud, Argentina 2001.**

- Extracto del establecimiento de los objetivos, funciones y actividades del Trabajo Social en los niveles de intervención de Cuidados Paliativos.

#### **NIVEL I.**

Se trata de pacientes con diagnóstico de enfermedad, avanzada, progresiva, incurable y potencialmente mortal a corto plazo o mediano plazo, con uno o más síntomas físicos, psicológicos, sociales y / o espirituales con diferentes grados de sufrimiento, en algunos casos severo, pero controlables, con los recursos disponibles en dicho nivel.

#### **Objetivos Específicos:**

1. Promoción de bienestar y calidad de vida del paciente, su familia o entorno significativo dentro de las condiciones que la evolución de la enfermedad le permita.
2. Detección de necesidades actuales y potenciales de la unidad de tratamiento (el paciente y la familia).
3. Control de síntomas físicos que alteren la calidad de vida y prevención de la aparición de complicaciones y / o efectos secundarios de los tratamientos instituidos.
4. Implementación de intervenciones educacionales y terapéuticas en las áreas farmacéuticas, psicológicas y sociales.
5. Disponibilidad de ámbitos y sistemas de acompañamiento y apoyo espiritual.
6. Prevención de duelo patológico.

#### **Funciones del área de Trabajo Social:**

1. Evaluar el grado de impacto que produce la enfermedad en el paciente, familia y entorno significativo, con el fin de arribar al diagnóstico social.
2. Propiciar una adecuada comunicación con el paciente y su familia para unificar criterios y optimizar objetivos.
3. Incrementar la comunicación entre el paciente y la familia y estos con el equipo tratante.

4. Promover la adaptación individual y colectiva a la nueva situación, a fin de propiciar el cuidado del paciente y el auto -cuidado de la familia.
5. Orientar hacia la resolución de temas prácticos y complicaciones que se puedan plantear aportando información, asesoramiento y contactos con los recursos idóneos.
6. Contener a las familias durante el proceso de duelo y facilitar la resolución de los problemas sociales inherentes al mismo.

### **Actividades del Área de Trabajo Social.**

1. Realización de entrevistas diagnósticas con el paciente, familia y /o entorno significativo. Registro en Historia Clínica.
2. Planificación de abordaje para el tratamiento social.
3. Realización de entrevistas de seguimientos individuales y familiares.
4. Realización de entrevistas complementarias en domicilios con fines de diagnóstico social.
5. Inter consultas y derivaciones ante disfunciones sociales no controlables en este nivel.
6. Conexión con los recursos sociales necesarios para la resolución de las problemáticas detectadas (obtención de medicación, traslados, conexión con escuelas, orientación previsional, etc.).
7. Utilización de herramientas de registro y valorización de resultados.
8. Realización de entrevistas individuales o grupales de soporte social en duelo.

### **NIVEL II.**

Se trata de pacientes en etapa paliativa, con problemas médicos, psicológicos, sociales o espirituales de mayor nivel de riesgo que no pueden manejarse en el nivel I.

#### **Objetivos Específicos:**

1. Resolución de las urgencias y emergencias mencionadas como criterios de Inter- consultas y / o derivación a este nivel desde el nivel I.
2. Implementación de estrategias de intervención en las diferentes áreas para situaciones no resueltas en el nivel I.
3. Creación de espacio de comunicación para el paciente, la familia y el equipo de aspectos relacionados con la etapa final de la vida (últimos días o últimas horas).

4. Facilitación de recursos para favorecer la adaptación a situaciones de conflictos psicosociales de mayor complejidad.
5. Prevención del síndrome de desgaste profesional.
6. Seguimiento de duelo y asistencia de duelo patológico.
7. Promoción de cuidados en domicilio.
8. Promoción de condiciones adecuadas destinadas a posibilitar el fallecimiento en domicilio cuando la unidad de tratamiento (el paciente y la familia) así lo requiera.

### **Funciones del Área de Trabajo Social:**

#### **A las del nivel I se agregan:**

1. Identificar factores que favorezcan la claudicación familiar. (Evitar que algún miembro de la familia claudique en el cuidado del paciente)
2. Planificar estrategias que reduzcan los episodios de claudicación.
3. Detectar conductas que obstaculizan el trabajo con la unidad de tratamiento (paciente – familia).
4. Asesorar en todos aquellos aspectos que se consideren necesarios para conseguir una adecuada evolución del proceso del duelo.
5. Articular aquellos recursos sociales, tanto públicos como privados que dispongan la comunidad y de los que se puedan beneficiar tanto el paciente como su familia.
6. Intervenir en los obstáculos comunicacionales que dificultan el adecuado desenvolvimiento del proceso de enfermedad.
7. Capacitar y coordinar al voluntariado con el fin de colaborar con las tareas inherentes al cuidado específico del paciente que aliviará a la familia en tareas prácticas.

### **Actividades del área de Trabajo Social:**

#### **A las del Nivel I se agregan:**

1. Realización de entrevistas con el objetivo de detectar factores que puedan determinar claudicación familiar.
2. Intervenciones familiares destinadas a disminuir o neutralizar los síntomas de claudicación instalados.
3. Realización de entrevistas familiares destinadas a reducir de los efectos negativos de las dificultades de la comunicación (conspiración de silencio), la expresión de emociones y preocupaciones propias del proceso del duelo luego de fallecimiento del paciente, detectar y derivar los casos de duelo patológico.

4. Atención de los problemas prácticos luego del fallecimiento del paciente (traslado del cuerpo, entierro, velatorio, documentación específica).
5. Elaboración de la carta de condolencias y/o contacto telefónico post fallecimiento del paciente.
6. Conexión de los recursos sociales necesarios para la resolución de la problemática detectada.
7. Capacitación y coordinación de las actividades del voluntariado.
8. Coordinación de actividades de la red de soporte social necesarias para optimizar el tratamiento indicado (escuelas, lugares de trabajo, etc.).

### **NIVEL III.**

Se trata de pacientes en etapa paliativas con problemas médicos, psicológicos, sociales o espirituales de mayor nivel de riesgo que no pueden manejarse en el nivel I y II.

#### **Objetivos Específicos:**

1. Disponibilidad de un equipo interdisciplinario que garantice la atención de Pacientes, familia y / o entorno significativo con sufrimiento máximo.
2. Implementación de programas asistenciales de máxima complejidad en Cuidados Paliativos adaptados a las necesidades.
3. Promoción de internación del paciente para recuperación familiar en caso de claudicación inminente o instalada.
4. Promoción y realización de actividades de capacitación interna y externa.
5. Realización de trabajos de investigación en las diferentes áreas.
6. Disponibilidad como equipo de Inter - consulta de otros niveles y otras especialidades.

#### **Funciones del Área de Trabajo Social:**

##### **A las del Nivel I y II se agregan:**

1. Evaluar la necesidad de internación del paciente ante la crisis de claudicación familiar detectada.
2. Planificar e implementar intervención de tratamiento en domicilio y / o en instituciones con el objetivos de contribuir a reorganizar la dinámica familiar.
3. Coordinar las actividades de soporte social para el eficaz cumplimiento del tratamiento.

4. Evaluar el tipo de problemáticas socioeconómica que dificulte el cumplimiento del tratamiento indicado.
5. Detectar y derivar aquellos pacientes y / o familias con trastornos psicológicos de riesgo.
6. Coordinar y supervisar acciones del voluntariado adecuadas a la complejidad de este nivel.

**Actividades del área de Trabajo Social:**

**A las del Nivel I y II se agregan:**

1. Realización de entrevistas con el objetivo de diagnosticar las necesidades sociales que determinen la internación del paciente, soporte social a familias con pacientes que presenten trastornos psicológicos o psiquiátricos atendibles en este nivel.
2. Implementación de estrategias de intervención en caso de claudicación instalada con el objetivo de:
  - Propiciar la neutralización de la crisis.
  - Favorecer la gradual re- implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente.
  - Realizar Tratamiento social domiciliario (trabajar en re – definición de roles, de distribución de tareas, visitas del voluntariado, conexión con la escuela, lugares de trabajo, etc.)