



Prácticas de Cuidado y Percepciones de Maltrato en Personas Mayores Institucionalizadas

Natalie Figueredo Borda

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



Prácticas de Cuidado y Percepciones de Maltrato en Personas Mayores
Institucionalizadas

Tesis presentada por

NATALIE FIGUEREDO BORDA

Para obtener el título de doctora por la Universidad de Barcelona

Dirigida por:

Dra. Adelaida Zabalegui Yárnoz

Dra. Mariana Paredes Della Croce

Programa de Doctorado Medicina

Universidad de Barcelona

2014



Health Universitat de
Barcelona
Campus



*A las personas mayores, a mis queridos mayores,
inspiradores de mi trabajo.*

Agradecimientos

AGRADECIMIENTOS

Los caminos que recorre una persona están orientados en cierta forma por aquellos con quienes se relaciona. Y el haber andado estos caminos ha sido gracias a quienes me aconsejaron, impulsaron, animaron en esta decisión; a todos ellos mi agradecimiento:

A *mi familia* por sobrellevar una separación durante cuatro años consecutivos entre idas y venidas de España a Montevideo, por alentarme en esta empresa, y por eximirme del tiempo que no les he dedicado.

Mi formación y este trabajo no hubieran sido posibles sin el apoyo recibido a través de la Beca para Doctorado otorgada por *Fundación Carolina*, institución que promueve las relaciones culturales y la cooperación en materia educativa y científica entre España y los países de la Comunidad Iberoamericana de Naciones.

El impulso para presentarme a un concurso de becas fue posible mediante la ayuda proporcionada por las autoridades de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud de la *Universidad Católica del Uruguay* y en especial a la Directora del Departamento de Educación y Salud Comunitaria, *Mag. Teresa Delgado*.

Agradezco a mis directoras de tesis, *Dra. Adelaida Zabalegui* y *Dra. Mariana Paredes* por inducirme a ver, por ayudarme a crecer en la investigación y por ser en definitiva mis maestras.

Finalmente mi especial reconocimiento para todos aquellos quienes participaron en esta investigación, y a *las residencias* que me abrieron sus puertas y me permitieron conocer.

Índice

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN DE LA TESIS DOCTORAL.....	XI
SUMMARY OF THE DOCTORAL THESIS	XIII
TABLA DE CONTENIDOS	XV
INDICE DE TABLAS	XVII
ÍNDICE DE FIGURAS	XVIII
ABREVIATURAS	XIX

RESUMEN DE LA TESIS DOCTORAL

La institucionalización de las personas mayores con distintas patologías y niveles de dependencia se ha generalizado, siendo las residencias un lugar donde un número significativo de personas pasan los años finales de su vida. El cuidado de las personas mayores parece estar influido por factores como la formación, información, apoyo emocional, social y económico de los cuidadores, entre otros. En Uruguay el 19% de la población ha alcanzado 60 años o más. Gran parte de las necesidades de cuidado de la población, no han sido satisfechas por el Estado en este país. La salida de las mujeres al mercado laboral, sumado a los cambios demográficos, la crisis económica y las transformaciones del Estado han acentuado las necesidades de cuidado no satisfechas, causando un indiscutible déficit de cuidado. Entre las opciones de cuidado que pueden tener las personas mayores fuera del hogar, se encuentran los centros de larga estancia donde se localiza el 2% de los mayores institucionalizados de Uruguay. En estas instituciones, las relaciones entre cuidadores y personas cuidadas surgidas desde la práctica del cuidado son desconocidas en el contexto uruguayo. El objetivo de esta investigación se centró en explorar y comprender desde la perspectiva de los actores las prácticas de cuidado a personas mayores en los Centros de Larga Estancia. Se desarrolló un estudio cualitativo con enfoque etnográfico. Se recogieron datos de nueve residencias para personas mayores de Uruguay, ubicadas al norte, centro y sur del país. Se realizaron un total de veintitrés entrevistas cualitativas a los diferentes actores del cuidado en la residencia: personas mayores residentes, cuidadores y gestores. Los criterios de inclusión fueron: estar en condiciones de salud física y mental que les habilite a comprender y responder las preguntas para proporcionar información, y tener un vínculo de un mínimo de seis meses con la residencia. Se utilizaron técnicas

de entrevista en profundidad y observación participante. La recolección de datos y análisis constituyeron un proceso continuo y se estuvo alerta a temas emergentes. Se efectuó análisis de contenido siguiendo las etapas de identificación de temas, desarrollo de conceptos y proposiciones, codificación y refinamiento de la comprensión del fenómeno. A partir del análisis emergen los temas *percepción del cuidado* y *situaciones que afectan a cuidadores, gestores y residentes en centros de larga estancia*, siendo el *sufrimiento* y *el maltrato* hacia los residentes uno de los hallazgos más relevantes. En estos temas se identifican categorías que revelan la percepción de necesidades insatisfechas tanto en cuidadores como en residentes, relaciones de compromiso, de intercambio de afecto entre residentes y cuidadores, así como de reconocimiento hacia la tarea de cuidar, haciendo que el cuidado se perpetúe por parte de los cuidadores. El cuidado de los mayores en las residencias estudiadas, revela acontecimientos no descritos anteriormente, como el manejo de situaciones delicadas y en ocasiones, la falta de apoyo de la dirección de la institución para resolverlas. El hermetismo en torno a las experiencias dentro de las residencias impide conocer cuestiones vitales para mejorar el cuidado de las personas que allí residen. Varios aspectos confluyen para vincular conductas inadecuadas: la falta de una normativa sobre seguridad y calidad del cuidado, de un modelo de cuidado, de formación de los cuidadores, de controles, así como la falta de apoyo hacia el personal en situaciones que tienen repercusiones psicológicas y espirituales. De esta forma, la perspectiva de la propia vejez en los gestores y cuidadores se percibe con incertidumbre.

Palabras clave: cuidado, cuidadores, maltrato, personas mayores, centros de larga estancia, Etnografía.

SUMMARY OF THE DOCTORAL THESIS

The institutionalization of the elderly who suffer from different pathologies and have different levels of dependency has spread, and nursing homes are the places where many spend their last days. The care of the elderly seems to be influenced by elements such as the formation, the information, the emotional, social and economic support of the caregivers. In Uruguay, 19% of the population has reached the age of 60 or more. Although a big portion of the caring needs of the population have not been met by the State, the inclusion of women in the working place, the demographic changes, the economic crisis, and the State transformations have all accentuated the gap between the supply and the demand in care, causing an undeniable deficit in the caregiving area. Among the caregiving options the elderly may have outside their homes, there are the long term care centers, where 2% of elderly institutionalized Uruguayans live. In these institutions, the relationship between caregivers and those receiving the care has not yet been studied in the Uruguayan context. *Objective:* The aim of this study was to explore and understand the perspective of the actors of the caregiving practices in the long-term care centers. *Design:* It was a qualitative study with ethnographic design. *Location:* Nine long-term care centers for the elderly in Uruguay, located in north, central, and south Uruguay. *Participants:* A total of 23 qualitative interviews were done with different actors in the caregiving of the centers: the elderly, the caregivers, and the administrators. The inclusion criteria were to be in mental and physical condition to understand the questions and be able to respond in order to give information, and to be linked with the institution for no less than 6 months. *Method:* In depth interviews and participant observation techniques were used. The data recollection and analysis constitutes a continuous process, and it was open to emerging themes. Content analysis

was performed following the stages of identification of themes, concept and proposition development, coding, and refinement of the comprehension for the phenomenon.

Results: From the analysis, emerged the themes of *perception of care* and *situations that affect the caregivers, the administrators and the residents in the long term care centers*, highlighting the suffering and the abuse of the elderly. In these themes certain categories were observed that reveal the perception of unfulfilled needs in caregivers and the elderly, commitment relationships, the exchange of affection between caregivers and residents, and also the recognition of the caregiving task, making the caregiving perpetuated by the caregivers. **Conclusion:** The care of the elderly in the studied institutions reveals events that were not studied ever before, such as the handling of delicate situations and in occasions, the lack of support of the management to solve them. The hermetic behavior involved in the experiences inside the institutions obtrudes getting to know vital questions to improve the care of the residents. Several aspects converge in the inadequate behaviors: lack of sufficient safety and quality of care regulations, lack of a care model, of the education level of the caregivers, of controls, and also the lack of support to the staff in delicate situations that have psychological and spiritual repercussions. Therefore, the perspective of the caregivers and administrators older age is perceived with uncertainty.

Key words: abuse, care, caregivers, elderly, Ethnography, long term care centers.

TABLA DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN.....	22
1.1 Envejecimiento e institucionalización de personas mayores	22
1.2 El cuidado.....	29
1.3 Aspectos que influyen en el cuidado de las personas mayores	32
1.4 Relaciones que se instauran en el cuidado.....	38
<i>1.4.1 Abuso y maltrato</i>	<i>38</i>
<i>1.4.2 Tipología del maltrato.....</i>	<i>41</i>
1.5 Cuidadores de personas mayores.....	43
1.6 Envejecimiento y cuidados en América Latina.....	46
1.7 Contexto del estudio	48
1.8 Formación Geronto-Geriátrica	53
1.9 Marco referencial	56
2. OBJETIVOS	62
2.1 Preguntas que orientaron la investigación	64
3. METODOLOGÍA.....	66
3.1 Enfoque metodológico.....	66
3.2 Participantes y escenario	67
3.3 Muestreo.....	69
3.4 Estrategia de Recolección de Datos	70
<i>3.4.1 Entrevistas en profundidad</i>	<i>70</i>
<i>3.4.2 Observación participante.....</i>	<i>71</i>
3.5 Análisis de la información	72

3.6 Rigor metodológico	73
3.7 Consideraciones éticas.....	74
4. RESULTADOS.....	77
4.1 Resultados del primer estudio: cuidado a largo plazo de las personas mayores en Uruguay	78
4.1.1 <i>Significación del cuidado.</i>	79
4.1.2 <i>Vivencia del cuidado.</i>	83
4.1.3 <i>Mantenimiento del cuidado.</i>	86
4.2 Resultados del segundo estudio: Percepciones de maltrato en las relaciones de cuidado en residencias para persona mayores de Uruguay.....	88
4.2.1 <i>Sufrimiento</i>	89
4.2.2 <i>Maltrato</i>	95
5. DISCUSIÓN.....	104
5.1 Significado del cuidado	105
5.2 Vivencia del cuidado	110
5.3 Mantenimiento del cuidado	116
5.4 Sufrimiento	117
5.5 Maltrato.....	122
6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	130
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL Y PARA FUTURAS INVESTIGACIONES.....	133
8. REFERENCIAS	140
ANEXOS	164

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Tipología del maltrato hacia personas mayores</i>	41
Tabla 2. <i>Criterios de inclusión</i>	68
Tabla 3. <i>Perfil de los participantes</i>	69

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Porcentaje de personas de 65 años o más según departamentos.....	48
<i>Figura 2.</i> Adaptación del Modelo de A. Donabedian.....	59
<i>Figura 3.</i> Categorías que se insertan en el tema Percepción del cuidado en los Centros de Larga Estancia en Uruguay	79
<i>Figura 4 .</i> Situaciones que afectan a cuidadores, gestores y residentes en CLE.....	89

ABREVIATURAS

CES Consell de Treball, Economic i Social de Catalunya

MIDES Ministerio de Desarrollo Social

MSP Ministerio de Salud Pública

OMS Organización Mundial de la Salud

ONU Organización de las Naciones Unidas

OPS Organización Panamericana de la Salud

PM Personas Mayores

RHS Recursos Humanos en Salud

SMU Sindicato Médico del Uruguay

SUGG Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriátría

UdelaR Universidad de la República

Introducción

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Envejecimiento e institucionalización de personas mayores

Como persona mayor (PM) la mayoría de los países desarrollados han aceptado la edad cronológica de 65 años, como una definición de tercera edad o adulto mayor, aunque desde la Organización de las Naciones Unidas (ONU) no hay un criterio estandarizado en cuanto a número de años. La Organización Mundial de la Salud afirma que generalmente una persona se considera mayor una vez que ha alcanzado los 60 o 65 años independientemente de su salud o historia individual (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1998).

Las personas experimentan un proceso de envejecimiento que no es uniforme en todos los individuos, existiendo matices entre el envejecimiento satisfactorio y aquel al que se llega con diferentes grados de dependencia, por lo que es posible advertir que tanto al inicio como al término de la vida, la necesidad de cuidado se universaliza como resultado directo de la edad (Tobío, Agulló, Gómez & Martín, 2010). Así, como desenlace de la necesidad, el concepto del cuidado se ha prolongado del terreno micro, o familiar y las relaciones interpersonales en las que se desarrollan prácticas sociales concretas, al terreno macro compuesto por instituciones y agentes sociales, los cuales conforman maneras diversas de atención a las personas que requieren cuidados (Tobío et al., 2010).

Con el envejecimiento de la población, el aumento de la esperanza de vida, los avances científicos, y el debilitamiento del modelo tradicional de atención a las personas dependientes, han aumentado las demandas de servicios asociados a la

necesidad de cuidados de los mayores (Bandera, 1990). Si bien la causa de ingreso a una residencia o centro de larga estancia (CLE) está originada por problemas sociales, el principal condicionante de ingreso está vinculado a los problemas de salud, por lo cual las circunstancias sociales no constituyen el motivo fundamental de la decisión. El ingreso a una institución implica privar a las personas de su rol social, del vínculo con grupos de referencia, con lo cual el mayor asume un nuevo papel, en cuanto a sus pares y a sus conductas. De esta manera, en un ambiente que puede estar marcado por la incapacidad, dependencia, demencia, conductas disruptivas, incontinencia e inmovilización, el mayor pierde su personalidad, sus habilidades y abandona sus actividades. Asimismo, el proceso de institucionalización podría provocar efectos adversos que pueden verse reforzados por el ambiente (Guillén, Pérez del Molino & Petidier, 2008). En este sentido, la salud mental y la capacidad funcional según Garrido et al. (2002) son los principales factores que influyen en la calidad de vida y percepción de la salud de las PM. Los aspectos importantes que han sido descritos para la calidad de vida de los mayores se vinculan con la conservación de las relaciones familiares y sociales, así como de la disponibilidad de recursos económicos. Sin embargo, según el mismo autor, las asociaciones con una percepción de mal estado de salud también se han vinculado a sentimientos de soledad, estilo de vida sedentario, falta de apoyo social y emocional.

La institucionalización de las personas de mayor edad comporta cambios significativos que podrían estar disminuidos a partir del apoyo familiar (Molero, Pérez-Fuentes, Gázquez & Mercader, 2013). Según Molina, Meléndez y Navarro (2008), los mayores residentes en CLE, confirieron gran importancia a los aspectos

vinculados con las relaciones sociales, aunque presentaron altos niveles de insatisfacción con respecto a éstas.

Las redes familiares son un determinante importante para el ingreso de los mayores a un centro de larga estancia. Así, la pérdida del cónyuge, la falta de hijos que se impliquen en la atención de sus padres son categóricos para el ingreso a una residencia (Noël-Miller, 2010). La comprensión de las transiciones del curso de vida, incluyendo la institucionalización, requiere tener disponibilidad de los lazos sociales, dado que la mayoría de los residentes han experimentado pérdidas que producen sufrimiento (Bickerstaff, Grasser, & McCabe, 2003). En cuanto a ello, se ha visto un rol decisivo de los miembros de la familia en la tarea de ayudar a las personas mayores, especialmente al final de la vida (Lowson et al., 2013).

Generalmente, la proximidad de la muerte aumenta significativamente la probabilidad de institucionalización de los mayores en una residencia, así como el uso formal de atención domiciliaria. En el caso de personas mayores con pareja, la proximidad de la muerte no ha sido considerado un factor determinante de institucionalización (Weaver, Stearns, Norton & Spector, 2009). Las experiencias personales y profesionales, así como las actitudes de los cuidadores ante la muerte de personas mayores institucionalizadas, pueden afectar la atención de los residentes frente a los procesos del final de la vida. En este sentido, los estudios han encontrado diferencias significativas entre los profesionales sanitarios y gestores, con respecto a los cuidadores representados por auxiliares de enfermería, asistentes y voluntarios, en cuanto a los aspectos actitudinales del cuidado de los moribundos (Leclerc et al., 2014).

Aunque en algunos países las residencias están altamente reguladas, su calidad sigue siendo un motivo de preocupación y puede ser un problema para las personas que viven en las comunidades rurales por falta de recursos socio-sanitarios. Con respecto a la calidad de los cuidados, algunos estudios encontraron diferencias en la calidad de la atención entre centros rurales, donde éstos no desarrollaban el mismo nivel de calidad que los centros de larga estancia urbanos (Lutfiyya, Gessert & Lipsky, 2013). Además, las necesidades de las personas en las residencias son muy complejas, sumado a ello, las asignaciones de recursos no siempre corresponden a las necesidades, y la calidad puede variar sustancialmente entre y dentro de las diferentes zonas geográficas (Hirdes, Mitchell, Maxwell & White, 2011).

A pesar del rápido envejecimiento de la población mundial, existen dificultades para contratar enfermeras que brinden cuidados a las PM. Según Neville, Dickie y Goetz (2014), dentro de las especialidades, enfermería gerontológica no ha sido considerada como una meta profesional, si bien en un futuro cercano habrá una mayor necesidad de prestar atención a la población mayor. En los países existe preocupación para hacer frente a la escasez de profesionales de la salud preparados para el cuidado de los mayores, sobre todo profesionales que mejoren la fuerza de trabajo de la enfermería gerontológica. De esta manera, se han planteado desafíos relacionados con la preparación de profesionales en el área geriátrica, debido a la falta de profesorado, programas incompatibles, y muy pocas oportunidades de formación en el área (Houde & Melillo, 2009). Igualmente, hay una menor motivación por parte de los profesionales de enfermería para trabajar en centros residenciales de persona mayores que en centros de alta tecnología, como son los centros hospitalarios, o los centros de atención primaria donde la promoción de la salud es un elemento clave.

El envejecimiento de la población mundial sumado a los avances médicos recientes ha hecho que aumente el porcentaje de la población de las personas de edad a un ritmo vertiginoso. Es así que en países asiáticos como Japón donde el porcentaje personas mayores de 75 años y más, conformado por personas frágiles, ha excedido el 10% de la población. En tal situación, muchos mayores desean pasar sus últimos años en condiciones de vida saludables.

Sin embargo, existen factores que obstaculizan conseguir una vida saludable en la vejez; entre estos factores se incluyen diversos problemas psicológicos y sociales que ocurren en la edad avanzada, así como una alta incidencia de enfermedades (Arai et al., 2012). Se ha visto con gran preocupación la necesidad de atención multidisciplinaria para esta población y la falta de desarrollo de un sistema educativo integral para profesionales, planteándose la necesidad de reconocer la importancia de la Gerontología y Geriatría, y de una reforma de los servicios de atención de salud, con el fin de hacer frente a la sociedad envejecida. Al mismo tiempo, según los autores, la atención multidisciplinaria es cada vez más necesaria para satisfacer diversas demandas de cuidado y bienestar de los mayores. Se ha vislumbrado vital la promoción de la Gerontología, y la reforma y mejora de la Geriatría en la educación de pregrado, postgrado y formación permanente.

En este sentido, el rol de enfermería en los cuidados de las PM se orienta hacia la capacidad y compromiso en la prestación de servicios centrados en el mayor y la familia, respetando sus valores, preferencias, tradiciones y fortalezas (Capezuti & Hamers, 2013). De la misma forma, Liu, Norman y While (2013), aseveran que las actitudes de las enfermeras hacia las personas de edad, se vinculan con la educación y

con las prácticas, y que las experiencias clínicas positivas se asocian con actitudes favorables.

Si bien existe una gran variación en el uso de estándares de evaluación de la persona mayor antes de su ingreso a la residencia, no está clara la forma en que se desarrollaron las herramientas de recolección de estos datos y cómo se utilizan. Según Nakrem, Vinsnes y Seim (2011), algunos países han desarrollado sistemáticamente indicadores de calidad sobre la base de evaluaciones de PM residentes. Aunque no hay evidencia de que los indicadores de calidad pueden demostrar diferencias significativas en el cuidado, si es innegable que el desarrollo de indicadores en las residencias está escasamente documentado. Mientras que algunos centros proporcionan atención de alta calidad para los mayores con discapacidad, en otros centros no es así. Morley (2010), sostiene que la formación de directores médicos ha demostrado una mejora en la calidad de cuidados en la residencia. En este sentido, los médicos deberían tener conocimiento de cómo implementar la mejora continua de calidad y el cambio cultural. Según este autor, cuestiones médicas tales como promover un entorno libre de contenciones, prevenir los disturbios del comportamiento, la pérdida de peso, el manejo del dolor, influirían en el mejoramiento de la calidad. A menudo las residencias expresan proveer atención integral a las personas mayores, aunque no se manifiesta que proporcionen calidad de vida. De esta manera, según Hughes y Moore (2012), el cuidado en centros de larga estancia requiere de investigación y análisis, debido a la gran vulnerabilidad de los destinatarios. Ciertamente, el envejecimiento de la población ampliaría la necesidad de cuidados a largo plazo. Aunque la asignación de los recursos requiere una combinación óptima de los servicios de atención en función de costos y beneficios, no obstante, los beneficios siguen siendo en gran medida desconocidos.

Nieboer, Koolman y Stolk (2010), determinaron que las preferencias en el cuidado a largo plazo, en general, producen mayor bienestar en los residentes sin pareja y con demencia. De esta manera, se percibió que los cuidados en residencias tenían diferentes representaciones para los distintos tipos de usuarios, y que el valor de un servicio dependía del contexto social.

Algunos mayores, a pesar de realizar el tratamiento permanente de enfermedades crónicas que puede requerir cuidados constantes, aspiran a terminar sus últimos días de vida en la propia casa (Nicholson, Meyer, Flatley & Holman, 2013), pudiendo lograr una aceptable calidad de vida, manteniendo la constancia de rituales diarios y el compromiso social, frente a la pérdida de funcionalidad y el cambio de hábitos. Sin embargo, el enfoque funcional en el cuidado de los adultos mayores puede afectar la calidad de vida (Beerens, Zwakhalen, Verbeek, Ruwaard & Hamers, 2013), sobre todo en aquellas situaciones percibidas por la persona con deterioro cognitivo. En este sentido, el estado de conciencia de la persona, especialmente cuando se acompaña de síntomas depresivos y agitación, se podrían relacionar con una inferior calidad de vida (Capezuti & Hamers, 2013).

Por otra parte, la población envejecida con discapacidades intelectuales y del desarrollo debe recibir asistencia médica y cuidados adecuados, así como apoyo social oportuno. Esta población plantea desafíos sanitarios y sociales únicos al equipo multidisciplinario que provee el cuidado (Kim, Hoyek & Chau, 2011). Las opciones entre cuidados formales e informales para los mayores con discapacidad son un componente clave de los problemas de provisión de cuidados a largo plazo que enfrenta la población que envejece, así como una clara desigualdad en el acceso a la atención comunitaria (Paraponaris, Davin & Verger, 2012).

La experiencia de las personas implicadas en el cuidado debe ser comprendida para mejorar la calidad del mismo, sobre todo en un país envejecido y con una normativa aún insuficiente para las residencias de personas mayores.

1.2 El cuidado

El cuidado es una vivencia única, tanto para el cuidador como para la persona cuidada. Asimismo, es un fenómeno influido por el contexto, el momento histórico, la geografía, los recursos, por los conocimientos de quien cuida y por las necesidades de la persona que los requiere. Para los profesionales de enfermería, es una vivencia que se vincula con las necesidades humanas, de la sociedad y de las instituciones (Watson, 2007). Integrar la relación transpersonal persona-cuidador de acuerdo a Watson (1988), es fundamental, puesto que demuestra el proceso de cuidado de persona a persona, en escenarios diferentes y donde el cuidado se transfiere de acuerdo a las prácticas culturales que poseen las diferentes comunidades. El cuidado según Watson (2007), se articula en un vínculo transpersonal, desarrollando un tipo especial de relación: una conexión con el otro, con un alto sentido de su totalidad. Esta autora lo describe como el acceso a la experiencia de la otra persona, donde la enfermera y la persona que recibe cuidados están implicadas. Para la teórica Jean Watson (1988, 2007) el cuidado se basa en una visión filosófica y metafísica del ser humano. Los seres humanos pueden evolucionar a estados superiores de conciencia buscando significado a su vida y persiguiendo la armonía interna.

Los diez factores del cuidado para Watson (1988, 2007) permiten interpretar la complejidad del mismo, por lo cual dar una definición concreta simplifica las múltiples dimensiones del mismo (Urrea, Jana & García, 2011). Estos factores se expresan en:

- *Formación humanista y altruista en un escala de valores.*

La persona a lo largo de la vida evoluciona en el desarrollo moral. Lo que le permite entender los sistemas morales de los otros. Esto implica un cuidado no solamente basado en conocimientos científicos, sino además con componentes afectivos y de justicia.

- *Sistema de creencias.*

Las personas cuidadas poseen sus propios sistemas de valores y creencias, los cuáles deben ser respetados por el cuidador, quien debe permitir y promover su práctica a través de rituales y oraciones.

- *Expresión de sentimientos*

El cuidador reconocerá sus propios sentimientos para promover la exteriorización de los sentimientos en los otros a quienes brinde cuidado, siendo empático en las situaciones de dolor o sufrimiento que pueden atravesar.

- *Ayuda y confianza*

La relación humana que se establece en el cuidado, proporciona ayuda en los aspectos que el otro necesite, estableciendo un vínculo de confianza que implique la comprensión y aceptación de los sentimientos. Esta relación se basa en pilares de honestidad, altruismo y coherencia con los procesos de salud-enfermedad.

- *Permitir exteriorizaciones de sentimientos positivos y negativos*

El cuidador favorecerá la manifestación de frustraciones y de ira, así como de aciertos y de alegrías que las personas necesiten expresar, para alcanzar la aceptación de los procesos vitales positivos y negativos.

- *Sistematización de resoluciones de problemas*

La flexibilización en la metodología enfermera permitirá un cuidado humano y creativo. El cuidador profesional ejercerá su autonomía en forma reflexiva para no caer en sistematizaciones excesivamente rígidas.

- *Enseñanza-aprendizaje*

La práctica de la enseñanza participativa con las personas buscará lograr un aprendizaje que contemple al otro mediante una fluida relación interpersonal.

- *Ambiente protector*

El entorno deberá contemplar los aspectos físicos y no físicos del cuidado. Se contemplará los medio ambientes internos y externos, interconectados entre sí. Con relación al ambiente externo se considerará la seguridad y el confort, mientras que en el ambiente interno se orientará hacia la autoestima, comunicación y autorrealización.

- *Necesidades básicas*

El cuidado se refiere a la gratificación de las necesidades humanas, las cuales incluyen los aspectos físicos, psicoemocionales, sexuales, sociales y de autorrealización.

- *Orientación fenomenológica y existencial*

La fenomenología permitirá que en la interacción, se observen los diferentes eventos en la forma tal cual aparecen, contemplando las necesidades básicas de las personas como seres holísticos.

Todos y cada uno de estos conceptos y proposiciones contenidos en los diez factores del cuidado según Watson (1988, 2007), serían aplicables al cuidado de las personas mayores institucionalizadas, objeto de estudio de esta investigación.

1.3 Aspectos que influyen en el cuidado de las personas mayores

El cuidado a las PM dependientes implica atención de pluripatologías, enfermedades crónicas, polifarmacia, alteraciones cognitivas, falta de ayuda social y sanitaria, alteración de las actividades de la vida diaria y falta de apoyo material o equipamiento. Todo ello admite que en ocasiones, la mejor opción se encuentre en la institucionalización de la persona mayor. Esta situación exige la creación de nuevas infraestructuras y la adquisición de recursos humanos capacitados para estas tareas. Sin embargo, la capacitación de los cuidadores es generalmente adquirida dentro del sistema, o se forman en el día a día de la propia función como trabajador. Esta realidad hace convivir dentro del CLE con una gran diversidad en cuanto a la cualificación, y se relaciona directamente con las personas que reciben cuidados. Es por ello necesario la capacitación en cuanto al manejo de material, en cuanto a la práctica de cuidados a

personas con características específicas y sobre todo, en cuanto a capacitación relacional y emocional (Tobío et al., 2010).

En el mismo sentido, el Consell de Treball, Economic i Social de Catalunya [CES], 2008) consideró que la calidad de la asistencia socio-sanitaria es la base para generar ocupaciones de calidad. Asimismo, se considera que entre los factores negativos que influyen en el personal que atiende a los mayores se hallan: los altos índices de rotación, la falta de incorporación de personal joven, la edad madura de los trabajadores actuales, la jornada de trabajo irregular, la baja remuneración y el poco prestigio de la tarea. Se consideró, según el Informe sobre el futuro de la ocupación y la atención social en la Unión Europea del año 2008, que dicha cuestión está en sintonía con las expectativas que los usuarios y los cuidadores tienen respecto de los servicios sociales: la mejora de la calidad de los servicios se relaciona con la mejora de las condiciones de trabajo, en la cualificación y la formación de los profesionales que trabajan en estas instituciones (CES, 2008).

La práctica del cuidado parecería estar mediada por varios componentes como la formación, apoyo emocional y social, factores económicos y afrontamiento personal (Zabalegui, 2008). El cuidado de los mayores forma parte de políticas públicas y la actuación de múltiples instituciones de la sociedad civil más allá de la familia. Se trata de una atención variada y compleja que conlleva a una relación biunívoca: alguien que cuida y otro que es cuidado. Todo esto comporta diversas situaciones y vínculos entre ambas partes, con numerosas necesidades, así como también diversidad de respuestas (Tobío et al. 2010).

Los mayores con deterioro cognitivo avanzado poseen una expectativa de vida limitada, donde el uso de múltiples fármacos puede ser de beneficio cuestionable en esta población. De esta manera, la polifarmacia se asocia con un aumento de la mortalidad en los residentes de instituciones de larga estancia con avanzado deterioro cognitivo. Según Onder et al. (2012), la polifarmacia (entendida como el consumo de entre 5 y 9 drogas), así como la polifarmacia excesiva (consumo de un número igual o mayor a 10 drogas), son comunes entre los residentes. Siendo los determinantes del estado de la polifarmacia la co-morbilidad, así como también síntomas específicos, que repercuten en el estado funcional y cognitivo. Los estudios señalan la necesidad de evaluar la esperanza de vida de los residentes para mejorar el proceso de prescripción y facilitar los regímenes de fármacos (Onder et al., 2013).

En los cuidados de los mayores dependientes, tanto la alimentación como la hidratación son necesidades a atender minuciosamente. La ingesta de agua está asociada con las comidas y la administración de medicación. Tanto la sensación de sed disminuida, como la restricción intencional de líquidos, disfagia y dependencia funcional son los factores individuales que más contribuyen a la ingesta de agua disminuida. En este sentido, la falta de apoyo familiar y el personal insuficiente en número y formación, son importantes, puesto que pueden contribuir a la asistencia inadecuada de los residentes (Presse & Ferland, 2010).

Las personas de edad avanzada que residen en CLE tienen necesidades de cuidados cada vez más complejas, comportando una mayor demanda del personal que los asiste. En general, el personal de enfermería representa el mayor grupo de los proveedores de atención sanitaria que se encuentra insatisfecho con esta tarea, asociada con un mayor desgaste, menor satisfacción en el trabajo, y a las relaciones con los

residentes (McGilton, Tourangeau, Kavcic & Wodchis, 2013). Los problemas de salud mental y tensión emocional de los enfermeros, se incrementaron a través del tiempo, tanto en pequeñas residencias para personas mayores con demencia, como en centros de larga estancia tradicionales (Rooij de, Luijkx, Declercq, Emmerink, & Schols, 2012). En algunos países los CLE emplean cuidadores adicionales (no enfermeros), para los residentes dependientes. No se cuenta con disponibilidad de estudios sobre la experiencia de cuidadores de personas mayores con respecto al estrés, aunque se tiene evidencia de estudios que se refieren a las enfermeras entrenadas y sus manifestaciones de sobrecarga. Tal situación puede presumir que, si las enfermeras entrenadas manifiestan las reacciones de estrés típico, los cuidadores adicionales podrían presentar mayor sobrecarga (Kwiatkowski, 2011).

Los cuidadores de personas mayores pueden enfrentarse a dificultades éticas en su trabajo diario. Asimismo, sufren presiones por el tiempo empleado, y experimentan situaciones de ambigüedad de la función. Estas condiciones pueden trasladarse en sentimientos de incertidumbre acerca de las responsabilidades y la autoridad (Rees, King & Schmitz, 2009). Así, el estrés y la sobrecarga entre el personal que brinda cuidados, y las experiencias de dificultades éticas, aparentan vincularse con problemas de conciencia, ya que en el cuidado de los mayores algunas experiencias se relacionan con el rol ocupacional que desempeña el personal (Juthberg, Eriksson, Norberg & Sundin, 2010).

La tarea de cuidar puede comportar violencia hacia el personal en aquellas residencias que alberguen PM con demencia. Estas situaciones, según Scott, Ryan, James y Mitchell (2011), podrían acarrear consecuencias psicológicas en los cuidadores y consecuencias también para la práctica del cuidado. El abuso como violencia o

agresión contra los profesionales de la salud es un hecho que ocurre con frecuencia. Sin embargo, cuando se trata de personas mayores con demencia en centros de larga estancia, se considera que es parte del trabajo. En ocasiones, el cuidador puede experimentar temor de ser acusado, inseguridad en el empleo y puede llegar a aceptar el abuso como parte del entorno de cuidados. Estas relaciones surgidas de la interacción en el cuidado pueden tener un efecto acumulativo de los malos tratos psicológicos, lo que podría llevar al trabajador al agotamiento emocional, despersonalización, y sentido de menosprecio (Scott et al., 2011).

Las investigaciones han hallado que tanto los usuarios mayores, como familiares y enfermeros, percibieron desinterés hacia los residentes mayores, así como un entorno poco favorecedor dentro de las residencias. Entre los problemas de la institucionalización de PM, se destacaron la escasez de personal, la escasa motivación, habilidades de comunicación insuficientes, e inexperiencia. De igual manera, el personal de enfermería de centros de larga estancia, informaron que no estaban en condiciones de ofrecer la mejor calidad en la atención (Habjanič, Saarnio, Elo, Turk, & Isola, 2012). Asimismo, estos autores afirmaron que para mejorar la situación de vida en los centros de cuidado a largo plazo, sería importante considerar las opiniones de todos aquellos que participan estrechamente en el cuidado y conocer también, la causa de la institucionalización de los mayores.

Lamentablemente, los cuidados en centros de larga estancia para las personas mayores pueden ser insuficientes. El servicio básico en algunas residencias, según Hao et al. (2012), incluye cuidado personal, atención médica básica, limpieza de habitaciones, alimentación y lavandería. Aunque aún no se han establecido estándares de cuidado, evaluación, terapia de rehabilitación, y uso de equipos, se considera que

algunos servicios son insuficientes para brindar cuidados a la población de personas mayores. En cuanto al personal, se advierte poco entrenamiento en cuidados en la vejez. De la misma forma, una gran parte de las personas que brindan cuidados directos, no tienen ninguna certificación o cualificación, perciben bajos ingresos, realizan un trabajo pesado, están expuestos a un alto grado de movilidad y tienen falta de conocimientos específicos para cuidar personas mayores (Hao et al., 2012).

Dentro de una residencia, el sufrimiento puede condicionar la vida diaria de las PM institucionalizadas en todas sus dimensiones, y la forma en cómo actúan los cuidadores puede influir positiva o negativamente en la experiencia del dolor (Gran, Festva & Landmark, 2010). Del mismo modo, la experiencia de enfrentarse a la muerte, provoca angustia emocional causada por el afecto y el apego del personal a los residentes (Carlson, 2007). No obstante, hay un desequilibrio entre lo ideal y la prestación de cuidados real para algunas personas mayores que viven y mueren en las residencias, las cuales son cada vez más frágiles y discapacitadas, con síntomas físicos y psicosociales, que podrían beneficiarse de un enfoque paliativo para aliviar el sufrimiento, y promover la comodidad. Para ello, el apoyo de programas de salud, y la combinación de habilidades del personal serían beneficiosos, sobre todo porque es probable que la demanda de dichos cuidados en residencias aumente en el futuro cercano (Reid et al., 2012). El fenómeno de la muerte en los centros de larga estancia requiere una comprensión profunda de la filosofía de cuidados paliativos, por lo que se torna necesario desarrollar y adaptar la atención a las personas moribundas en estos cuidados específicos. En este sentido, el personal debe recibir formación en dichos aspectos para poder gestionar el cuidado. Las investigaciones han mostrado que en torno a este fenómeno se conceptualizaron varias dimensiones tales como aliviar el

sufrimiento y dolor; encontrar significado en la vida cotidiana; pensamientos y actitudes acerca de la muerte; cuidado del cuerpo de la persona muerta; y hacer frente a la brecha entre la realidad y los ideales personales (Dwyer, Hansebo, Andershed & Ternestedt, 2011).

1.4 Relaciones que se instauran en el cuidado

1.4.1 Abuso y maltrato

Desde los vínculos que se establecen, se desarrollan conductas hacia y entre las PM institucionalizadas surgidas en el entorno, de tipo personal o institucional que pueden ser catalogadas como abuso o maltrato. Se ha reconocido que dentro de los grupos más vulnerables de una población, se ubica el colectivo de PM, un grupo heterogéneo y por ello con necesidades diferentes.

Las enfermeras y los cuidadores de personas mayores deben ser capaces de identificar situaciones de abuso y contar con el respaldo institucional para hacer frente a la incertidumbre que rodea a este complejo fenómeno (Daly & Coffey, 2010).

El maltrato se ha mencionado como una forma oculta de violencia (Smith et al., 2010), como un problema de múltiples y complejas dimensiones, que puede ser originado por factores de riesgo vinculados al maltratado o al maltratador, y/o vinculados con la dinámica de la relación. Este fenómeno ha sido considerado un problema médico y social dónde el principal impedimento para entenderlo ha sido la

variedad de definiciones (Lachs & Pillmer, 2004), y se asocia a falta de conocimientos en los cuidados geriátricos por parte de los cuidadores (Hsieh, Wang, Yen & Liu, 2009).

El maltrato hacia las PM ha sido definido como una acción intencional que causa daño, o crea un serio riesgo de daño para una persona mayor vulnerable por un cuidador u otra persona que se encuentra en una relación de confianza, o incumplimiento por parte del cuidador para satisfacer sus necesidades básicas o para protegerlo de los daños (National Academies of Sciences, 2002). La Primera Conferencia de Consenso sobre la persona mayor maltratada, celebrada en España en 1995, acordó definir maltrato al persona mayor como: *“Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente”* (como se citó en Kessel Sardinias et al., 1996, p. 369). Otra de las definiciones que pueden recogerse en el Libro de la Salud del Hospital Clínico de Barcelona, considera al maltrato como un *“fenómeno social y antropológico en el cual una persona más fuerte física o socialmente, agrede de forma esporádica o continuada por cualquier razón o motivo, a una persona más débil ocasionándole problemas de salud”* (Rodés, Piqué, & Trilla, 2007, p. 137).

Se ha demostrado que el problema de los malos tratos o abuso a las personas mayores existe en todas las sociedades, ya que la violencia en general y la violencia familiar en particular, se producen como resultado de la capacidad de los seres humanos para producir daño a otros, sea de forma voluntaria o involuntaria (Cuesta-Arzamendi

de la, 2006). El maltrato de las PM por sus familiares data de tiempos muy antiguos, aunque no fue abordado como problema social hasta la década de los ochenta. Luego pasó a ser considerado una cuestión relacionada con el envejecimiento y actualmente es un tema vinculado a la salud pública y a la justicia penal. Este problema fue detectado inicialmente en países desarrollados, aunque las investigaciones confirman que se trata de un problema global (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2003).

Asimismo, los estudios señalan que reconocer los signos sutiles de maltrato sigue siendo una barrera para los profesionales sanitarios que brindan atención a personas mayores, sin embargo se ha visto que la educación mejora el reconocimiento y detección de este fenómeno (Wagenaar, Rosenbaum, Page & Herman, 2010).

Se emplean diferentes categorías de abuso o maltrato, incluyendo maltrato físico, psicológico, sexual, espiritual, material, financiero y robo, no existiendo una definición común de maltrato a residentes. Las enfermeras canadienses definieron como conductas de maltrato, aquellos comportamientos que producen una percepción de daño en un residente mayor (Hirst, 2002). Un estudio reciente encontró que el bajo soporte social y la dependencia para las actividades de la vida diaria estaban asociadas a los distintos tipos de maltrato en PM (Acierno et al. 2011).

El uso de medidas de contención para limitar a los mayores, se ha utilizado en centros de larga estancia e indicaría que la decisión de esta medida por parte del personal de enfermería estaría en sus pautas de comportamiento, en sus creencias y actitudes, así como en normativas. De igual manera, otros motivos para la utilización de la sujeción fueron tener a su cargo residentes demenciados o dependientes, como

también el propio estado de estrés de los cuidadores (Ben Natan, Akrish, Zaltkina & Noy, 2010).

1.4.2 Tipología del maltrato

Los informes clínicos y la mayoría de los estatutos jurídicos internacionales coinciden en reconocer los diferentes tipos de maltrato a las personas mayores, los cuales se detallan en la Tabla 1 (Lachs & Pillermer, 2004).

Tabla 1.

Tipología del maltrato hacia personas mayores.

Tipo de Maltrato	Descripción de conductas
Abuso físico	Uso no accidental de la fuerza física que produce lesiones corporales, dolor o daño, incluyendo el uso de sujeciones mecánicas o medicamentos en las personas mayores para que resulten dóciles.
Abuso psicológico o emocional	Uso persistente de amenazas, humillación, intimidación, insultos y otras conductas verbales y / u otras formas de crueldad mental que dan lugar a trastornos mentales.
Abuso económico	Uso no autorizado o inapropiado de fondos, bienes o los recursos de una persona mayor.
Acoso o abuso sexual	Participación directa o indirecta en la actividad sexual sin consentimiento.
Negligencia	Privación repetida de asistencia o cuidados que necesita la persona mayor, como la nutrición adecuada, la higiene personal y las medidas para prevenir el desarrollo de problemas de salud.

Adaptado de "Elder abuse" por M. S. Lachs & K. Pillermer, 2004, *Lancet*, 364:1263-1273.

Mientras que prácticamente cualquier persona mayor puede convertirse en una víctima de maltrato, existen factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad a los mismos, tales como:

- Fragilidad física del individuo: incluyendo enfermedades crónicas, discapacidades físicas y sensoriales que conducen a la dependencia y la pérdida de autonomía.
- Condición mental comprometida: trastornos cognitivos y discapacidades, demencia, depresión, incapacidad mental permanente, dificultades de comunicación.
- Factores sociales que afectan a la persona: el aislamiento, el desplazamiento, la falta de hijos, la pobreza, la baja condición social, la falta de apoyo de la comunidad, barreras culturales y del idioma.
- Condiciones generales de la sociedad y las tendencias: la insuficiencia de recursos asignados por la sociedad a las necesidades de bienestar, las políticas que son insensibles o desfavorables a las personas mayores, la interrupción de la solidaridad entre las generaciones derivada de los cambios socio-económicos, en particular, como resultado de una mayor movilidad geográfica y la separación de familiares (European Commission, 2008).

De acuerdo a Muñoz (2006), los factores de riesgo de maltrato en los centros de larga estancia estarían vinculados a:

- La existencia de barreras arquitectónicas.
- Falta de programas de cuidado individualizados.
- Falta de medicación o sobre medicación.
- Entornos poco hogareños.

- Falta de respeto a la intimidad de las personas mayores.
- Falta de programas de estimulación cognitiva y/o funcional.
- Desconocimiento de la voluntad del paciente.
- Escasa dotación de personal.
- Infraestructura deficiente.
- Cuidadores que viven estrés por factores externos a su lugar de trabajo, sentimientos negativos hacia la vejez, falta de autocontrol.
- Condiciones laborales causantes de *burnout*, falta de directrices u objetivos, falta de formación.

La incertidumbre sobre lo que constituye el maltrato de personas mayores puede ser una barrera para su detección y prevención (Daly & Coffey, 2010).

1.5 Cuidadores de personas mayores

En el tesoro de Medline (1992), se establece el concepto de cuidadores para las personas que proporcionan atención a aquellos que necesitan supervisión o asistencia en estados enfermedad o discapacidad. El cuidado puede proporcionarse en el hogar, en un hospital, o en una institución. Aunque entre los cuidadores se incluye a profesionales con formación médica, de enfermería y otras ciencias de la salud, el concepto también se refiere a los padres, cónyuges, u otros miembros de la familia, amigos, miembros del

clero, maestros, trabajadores sociales, que brindan cuidados a las personas en circunstancias de enfermedad o dependencia.

Para satisfacer las necesidades de salud de los mayores se consideran en Latinoamérica, dos tipos de cuidadores, los no profesionales y los profesionales. Los cuidadores profesionales han sido formados en instituciones de educación superior a través de pre y postgrado en Geriatría y Gerontología. Los cuidadores no profesionales poseen eventualmente conocimientos elementales de enfermería y elementales condiciones para trabajar con personas mayores (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2011). Se han denominado cuidadores de personas mayores como los trabajadores instruidos mediante cursos teóricos-prácticos de formación los cuáles son impartidos por equipos docentes conformados en forma multi e interdisciplinar, con el objetivo de brindar atención preventiva, asistencial y educativa a las personas mayores y familia. Estos cuidadores cumplen sus funciones de cuidado en el domicilio de los mayores, hospital de día, clubes y centros de jubilados, residencias geriátricas y servicios sanatoriales donde se encuentre el mayor. El cuidador forma parte del personal de apoyo de enfermería y los equipos gerontológicos (Valderrama, 1997).

En América Latina, la formación de cuidadores de personas mayores es aún muy reciente, con costes altos para los que deciden formarse y para quienes necesitan de sus servicios. En las residencias los proveedores de cuidados, o asistentes geriátricos adquieren esta condición en el ejercicio de la práctica junto a otros asistentes con más antigüedad, lo que ocurre de igual manera en el caso de las auxiliares de enfermería. Son pocos los centros de larga estancia privados que estimulan la capacitación del personal. Asimismo, es eventual la contratación de enfermeras profesionales. Las personas mayores que padecen algún tipo de disfunción o incapacidad marcan una

demanda médico-asistencial que justifica el descuido de las múltiples dimensiones de la atención a los residentes, al centrarse en las prácticas bio-médicas (Reyes de los, 2001). La subjetividad del personal no ha sido tomada en cuenta en los CLE, ya que la angustia por la muerte de los mayores, el afrontamiento de las situaciones afectivas originadas en el aislamiento familiar y social, el peso de las quejas permanentes entre los que sufren diferentes deterioros, fueron algunos de los innumerables problemas que los cuidadores debieron afrontar sin posibilidad de hablar o reflexionar sobre ellos (Zolotow, Reyes de los & Buzeki, 2001).

La red de recursos socio-sanitarios para personas mayores en Latinoamérica es de desarrollo heterogéneo según los países. Hay un número insuficiente de residencias y hogares de larga estancia para los mayores en situación de dependencia, así como un exiguo número de hospitales geriátricos o de unidades especializadas en geriatría dentro de hospitales generales. Si bien existen centros de convivencia y centros comunitarios de atención diurna, los recursos especializados como los Centros de Día para mayores dependientes, el Servicio de Ayuda a Domicilio y el Servicio de Tele asistencia son prácticamente nulos. Debido a la reducida oferta en los servicios públicos, las instituciones no lucrativas dirigen sus servicios a las personas de bajos ingresos, y las instituciones lucrativas los dirigen al público que pueda acceder al coste de sus servicios (Organización Iberoamericana de Seguridad Social & Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España, 2006).

Conjuntamente, en pocos países de Latinoamérica existe un registro fiel de residencias, y en aquellos que tienen una legislación al respecto, no existe la capacidad de indagar su cumplimiento (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía [CELADE], 2006). Estas instituciones brindan servicios con cuidadores sin capacitación

formal, y en general sin una supervisión profesional. En el 90% de estos países no existen leyes que regulen o requieran la fiscalización de estas instituciones (CELADE, 2006).

1.6 Envejecimiento y cuidados en América Latina

En tanto comparativamente se ha reducido la prevalencia de enfermedades infecciosas como causa de muerte, la media de edad de la población se ha incrementado, y el periodo de vida de las personas que han superado las enfermedades de la infancia sigue aumentando en el tiempo. Asimismo, en las últimas décadas ha ido aumentando la población de personas mayores, y también se ha dado una mayor probabilidad de que aumente la prevalencia de enfermedades no transmisibles (Huenchuan, 2009). La velocidad de los cambios fue mucho más lenta en los países desarrollados que en los países de América Latina y el Caribe; en aquellos, donde el proceso de envejecimiento tuvo lugar después de haber logrado más altos niveles de vida, menores divergencias sociales y económicas, y después de suprimir las desigualdades de acceso a los servicios de salud. Como resultado, es previsible que parte de los años de vida durante la vejez acarreen un inminente riesgo de dependencia o pérdida de la autonomía personal, lo que entrañará la necesidad de asistencia para la realización de actividades cotidianas (Huenchuan, 2009).

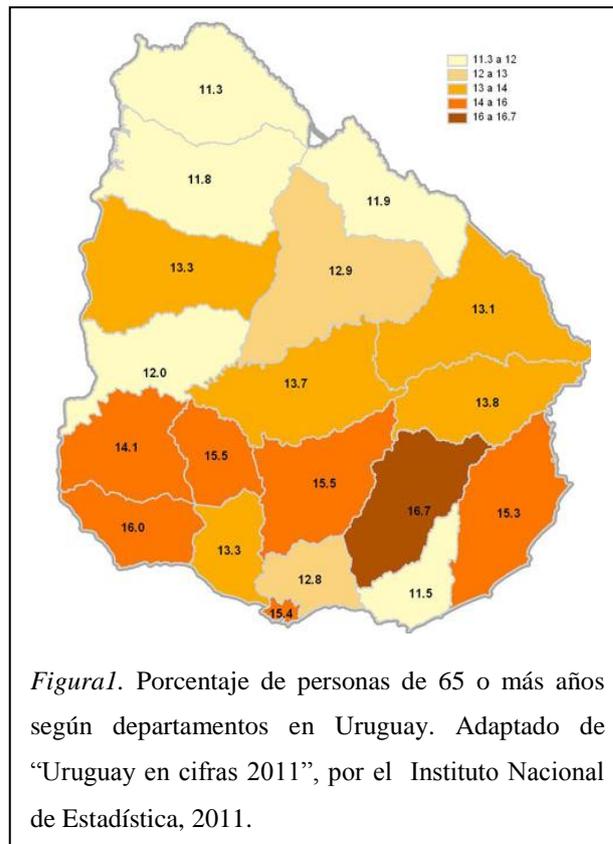
En la región de América Latina y el Caribe, se ha observado un lento acomodo de los sistemas de salud a los cambios de la demanda surgidos desde la dinámica demográfica, epidemiológica y tecnológica, aumentando los costes de atención sanitaria, y existiendo una cobertura desigual. De igual manera, la posibilidad de

cuidados en centros de larga estancia calificados, y en los que se respeten los derechos cuando aumenta la dependencia, son cuestiones que preocupan a las personas mayores. Además, la estructura familiar ha cambiado debido al avance de la transición demográfica y a medida que la población envejece. La disminución del tamaño de la familia, la marcada transformación de los últimos tiempos, así como la sobrecarga de tareas por la necesidad de tomar nuevas responsabilidades en un terreno de debilidad del Estado, implican una institución familiar con enormes cargas, que difícilmente podrá cumplir, si no recibe el soporte necesario para lograrlo. Actualmente la correspondencia de apoyo hacia los padres es baja, sin embargo, no es segura la posibilidad de que las generaciones intermedias faciliten apoyo social a las personas de edad. La solidaridad invertida hacia los mayores es un hecho nuevo, fruto del aumento de la esperanza de vida y del aumento absoluto del número de personas mayores de 60 años (Huenchuan, 2013).

De acuerdo a las necesidades que tengan para cubrir los déficits, existe un alto porcentaje de personas mayores que reciben cuidados de un cuidador dentro de su domicilio, y en menor medida están aquellos mayores que reciben cuidados en centros de larga estancia, residencias, geriátricos, socio sanitarios o también llamados en otras latitudes, casas de salud. Actualmente, en los países desarrollados el porcentaje de personas institucionalizadas en CLE oscila entre el 4% y 7%, ubicándose en América Latina entre el 1% y 4% (OPS, 2011). Uruguay ha sido catalogado como país envejecido, con una tasa del 2% de personas mayores institucionalizadas, y con una ley de regulación de residencias para adultos mayores muy reciente. En este país, el servicio de cuidados a largo plazo, está suministrado por hogares y residencias para personas mayores.

1.7 Contexto del estudio

Los resultados del último censo nacional informan que la población en Uruguay es de 3.286.314 habitantes. La esperanza de vida al nacer es de 76,23 años; con una tasa de crecimiento de 0,24 %, y una tasa global de fecundidad de 1.98 %. Los resultados censales confirman el agravamiento del proceso de envejecimiento de la población, coincidiendo con la avanzada fase de transición demográfica, donde el 14,1% de la población tiene 65 o más años y el 19% de la población tiene 60 o más años. Además, se contabilizaron 519 personas que pasaban los 100 años de edad (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2011). En la Figura 1 se ilustra la distribución de PM según departamentos de Uruguay.



Según Huenchuan (2013), los arreglos familiares donde se comprueba la presencia de personas mayores presentan características comunes en los países de América Latina y el Caribe. Con respecto a las repercusiones para el bienestar, la más importante es el efecto de las prestaciones de protección social de los miembros de mayor edad, que muchas veces se extienden a toda la familia. La oportunidad de los mayores de recibir ayuda de sus hijos para llevar a cabo las actividades cotidianas, es el resultado de sucesos demográfico-sociales predominantes en décadas pasadas, que hoy se han transformado de manera radical (Huenchuan, 2009).

En el cuidado de los PM con necesidad de ayuda para cubrir sus necesidades, en Uruguay, intervienen tres agentes, la familia, el sector público a través de prestaciones económicas y unos pocos servicios, y la oferta del sector privado. Uruguay se encuentra ante una “crisis de cuidado”, desafiando un doble proceso de envejecimiento de la población, y de la inclusión masiva de las mujeres al mercado laboral, dándose un aumento del número de personas que requieren cuidados mientras que disminuye la proporción de personas que cuidan (Grupo de Trabajo Interinstitucional, 2011). Sin embargo, un estudio realizado en Montevideo, recoge que frecuentemente hay gran colaboración de las mujeres en el cuidado de las personas mayores, en especial hijas, las cuales no reciben retribución económica por el cuidado de la persona a su cargo. La responsabilidad en el cuidado de los mayores es percibida por los montevideanos como un compromiso fundamentalmente familiar. Asimismo, la motivación para realizar estos cuidados se encuentra en la obligación moral, agradecimiento, reciprocidad, y en los lazos familiares de lealtad y cariño que sienten por la persona mayor dependiente. Es habitual la contratación de cuidadores externos al hogar, cuyas tareas constituyen una salida laboral inestable e informal, y que relacionado con la división sexual del trabajo,

es realizada por mujeres. Igualmente, y en consonancia con la crisis de cuidado, surgieron en este país un número importante de empresas que brindan servicios privados de cuidados o compañía (Batthyány, Alesina & Brunet, 2007).

En este país, las instituciones vinculadas a la seguridad económica y a la salud de las PM operan en forma separada, y las iniciativas vinculadas a ellos son aisladas y eventuales (Paredes, Ciarniello & Brunet, 2010). Si bien Uruguay se encuentra entre los países más envejecidos de América Latina, las políticas socio-sanitarias relativas a los mayores, fueron por mucho tiempo muy escasas y sectoriales. No existía hasta el momento, una política estatal que organizara las acciones que surgían desde el Estado en sus diferentes ámbitos. Los organismos que dirigían programas hacia los mayores eran el Banco de Previsión Social (BPS) y el Ministerio de Salud Pública (MSP). El BPS brinda su apoyo a la actividad de alrededor de 90 hogares para personas mayores. Los CLE sin fines de lucro atienden a un número estimado de 3500 personas mayores que tienen vínculo con el BPS. Mediante la retención de un porcentaje de su jubilación reciben asistencia integral en las instituciones relacionadas con dicho organismo. Es decir, que el acceso a estas instituciones está restringido a la calidad de jubilado o pensionista (García, Rovira & Sammarco, 2009). El Centro Geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo, situado en Montevideo, depende de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, y es el único y primer centro socio-sanitario de atención integral al mayor en Uruguay, y su acceso está limitado a la constatación de pobreza del usuario (García et al., 2009).

Antagónicamente, el acceso a centros o instituciones privadas, servicio de acompañamiento y cuidados domiciliarios, se ha de realizar por vía mercado,

dependiendo de la condición económica de quien contrate, la calidad de servicios que se puedan contratar (García et al., 2009).

Con respecto a los nombrados servicios privados, el perfil del cuidador de las empresas de acompañamiento estaría compuesto por mujeres de edad media, escasamente cualificadas laboralmente, con educación básica, que acordarían trabajar en horarios y días no habituales. Promediamente, estos trabajadores se sitúan entre los 41 a 50 años; se les exige el ciclo básico como nivel educativo, y sólo en algunas empresas se exige formación específica del área de la salud, razón por la cual estas empresas, en general, brindan algún tipo de capacitación al personal. Se evidencia que la tarea del cuidado a los mayores estaría pobremente profesionalizada, siendo socialmente percibido comparable a las tareas domésticas (Batthyány et al., 2007). La falta de cuidadores cualificados para la atención de la población mayor es innegable, y se debe en parte, a los prejuicios de la sociedad uruguaya, donde el cuidado de los mayores es considerado una ocupación de baja condición. Se visualiza en general que el cuidado de las PM no requeriría ningún tipo de formación, ya que se trataría de una extensión de la atención a la familia (Rodríguez & Rossel, 2009).

Desde del año 2009 a través de la Ley 18.617, se creó en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social, el Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM), cuyas funciones se centran en la coordinación, diseño y evaluación de las políticas sociales dirigidas a las personas mayores. Recientemente, se puso en marcha el primer Plan de Acción sobre el Envejecimiento y Vejez para 2013-2015 (Ministerio de Desarrollo Social [MIDES], 2012). En cuanto a la diversidad de formas de prestaciones, en el primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio, se cita una reflexión del informe de Bases para la creación de un Sistema Nacional de Atención al

Adulto Mayor: “La falta de una programación integral de servicios que proporcione soporte para las personas mayores frágiles y dependientes contribuye al aumento de situaciones de abandono y negligencia de cuidados, así como favorece la exclusión social ante la situación de institucionalización” (García et al., 2009, p. 124).

En Uruguay no hay datos oficiales sobre el número de CLE para personas mayores que funcionan en el país. Sin embargo, la prensa maneja la cifra en torno a 1.200 centros, de los cuales solo 93 son reconocidos por el Ministerio de Salud Pública (Marques, 11 de agosto 2012). Asimismo no existen certificaciones de calidad para estos centros hasta el momento. La Ley 17.066, Política general en materia de ancianidad (1999), que regula los CLE en Uruguay, establece una clasificación en hogares, residencias, centros diurnos y refugios nocturnos. Se denominan hogares, los CLE sin fines de lucro, que brinden vivienda permanente, alimentación y servicios destinados a promover la salud integral. Igualmente, reciben la denominación de residencias, los CLE privados que persiguen fines de lucro y que ofrezcan vivienda permanente, alimentación y atención geriátrico-gerontológica para la recuperación, rehabilitación y reinserción del adulto mayor a la vida de interrelación. Según esta Ley se denomina centros diurnos y refugios nocturnos, a aquellos establecimientos privados con o sin fines de lucro, que proporcionen alojamiento diurno o nocturno, con servicios de corta estadía, recreación, alimentación, higiene y atención psicosocial. De igual manera, esta Ley prevé otro tipo de servicio para el cuidado de las personas mayores, llamado de inserción familiar. Éste es ofrecido por un grupo familiar que acoge en su domicilio a un máximo de tres personas sin dependencia, con las cuáles no debe obligaciones alimentarias (Ley No. 17.066, Política general en materia de ancianidad, 1999).

1.8 Formación Geronto-Geriátrica

La formación de los recursos humanos del sector salud en Uruguay se ha concentrado históricamente en la Universidad de la República (UdelaR). Las exigencias de acceso a cursos de postgrados tienen diferencias entre facultades y dentro de una misma unidad académica, para diferentes cursos. Estas diferencias implican cobro de matrícula, como la exigencia de un número determinado de plazas (Amarante, 2006). La Universidad de la República figura como la institución formadora de Recursos Humanos en Salud (RHS), con mayor cantidad de estudiantes y egresados, y tiene dentro de sus funciones la formación de posgrado del profesional. Hacia el año 1984 comenzaron a funcionar en Uruguay instituciones privadas habilitadas para la formación de grado en Medicina, posgrados y maestrías, coexistiendo igualmente una oferta educativa variada, principalmente en gestión de servicios de salud y en el área clínica. Los egresados de la Facultad de Medicina de la UdelaR y de las instituciones privadas habilitadas cuentan con una gran oferta educativa a nivel de posgrados, para profundizar su formación médica especializada, en la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2010).

Conforme a lo determinado por el Reglamento de la Escuela de Graduados, la especialización médica se realiza por dos vías diferentes: posgrado convencional y residentado. A su vez, la forma de obtener el título es a través de las modalidades de Competencia Notoria y Actuación Documentada.

Se trata de disciplinas en las que se programan cupos y el número de estudiantes que podrá ingresar a la especialidad como posgrados convencionales es tratado cada año por parte de las Unidades Docentes Responsables, y conforme a la capacidad docente,

indica el número de plazas disponibles, el cual se conoce en el momento de las inscripciones de julio. En esta modalidad de ingreso se encuentra la Especialización en Geriatría, con una carga horaria de 3300 horas presenciales (MSP, 2010).

Un fenómeno que preocupa en Uruguay es la migración de profesionales sanitarios, por lo cual con el objetivo de evitar el desplazamiento de los especialistas formados en este país la Ley de Residencias Médicas (2009) vigente crea un mecanismo de incentivo a la inserción laboral de los profesionales, por el cual los egresados del régimen de Residencias Médicas deberán ejercer su especialidad dentro del territorio nacional por un período máximo igual al de la extensión de la residencia respectiva en la especialidad correspondiente, siempre que lo establezca el llamado a aspirantes al concurso correspondiente. La nombrada Ley se relaciona a la inquietud que tiene el país con respecto a la conservación de los profesionales que forma y constituye una estrategia para conseguir que el proceso de formación del profesional se cumpla y para contener a estos recursos humanos en el país.

El desplazamiento de los profesionales sanitarios, se acentuó con la crisis vivida en el país en el año 2002; y según Purcallas y Rígoli (2006) responde a aspectos del propio país que obligan a esa movilidad, tales como baja remuneración, pocas oportunidades para desarrollarse profesionalmente, y condiciones sociales adversas. Sumado a ello, los países que reciben a estos profesionales proponen elementos interesantes y permiten facilidad para la incorporación, como mejores salarios, buenas perspectivas para el desarrollo profesional y ambientes de trabajo favorables.

A su vez, es importante destacar el bajo número de médicos que se especializan en esta área; para la especialidad de Geriatría, en el año 2010 se habilitaron apenas 14

plazas. El número de médicos geriatras activos en Uruguay hacia finales de junio 2010 se situaba en 81 profesionales. Al presente hay aproximadamente en el país un médico geriatra cada 6500 personas mayores (Demografía Médica en el Uruguay. Sindicato Médico del Uruguay [SMU], 2010).

Con respecto a la formación de recursos humanos en Geriatría y Gerontología a nivel universitario, además de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República que cuenta con un post grado en Gerontología y Geriatría destinado a la formación de médicos, la Universidad Católica del Uruguay desarrolla un Programa de Gerontología Social que aporta información general sobre el tema de la vejez. Dentro de la misma Universidad se cuenta con un Postgrado de Especialización en Enfermería Geriátrica y Gerontológica destinado a la formación de Licenciados en Enfermería, con una carga horaria de 360 horas, y además cursos puntuales en torno al cuidado de las personas mayores dirigidos al público en general. Esta especialización tuvo un número de 40 egresados en el año 2005, provenientes de todo el país, aunque no reabrió el postgrado por no llegar al cupo necesario de estudiantes.

De la misma forma, otras instituciones realizan cursos de formación y capacitación para cuidadores formales e informales: Sociedad Uruguaya de Geriatría y Gerontología, Banco de Previsión Social, Centro Geriátrico Piñeyro del Campo, y la Comunidad Israelita del Uruguay. Sin embargo, en las residencias privadas y con fines de lucro, los cursos de capacitación son irregulares (García et al., 2009).

Según el Censo Nacional de Enfermería 2013 (MSP & Facultad de Enfermería, 2013), se halló que en la última década el número de enfermeras auxiliares y profesionales, pero sobre todo de licenciadas en Enfermería, ha experimentado un

crecimiento importante, aunque insuficiente para cubrir los requerimientos de la población, siendo necesario el desarrollo de estrategias que aseguren la mejora en el número de recursos humanos profesionales en Enfermería en Uruguay (MSP & Facultad de Enfermería, 2013). Los datos informan que en Uruguay trabajan actualmente 3.946 licenciados en Enfermería (3522 mujeres y 424 hombres) y 11.840 auxiliares en Enfermería, compuesto por 9541 mujeres y 2299 hombres. Desde las autoridades de Salud Pública, se ha destacado que la estrategia para aumentar los recursos estaría basada en la promoción y descentralización de las carreras de Enfermería a nivel público y privado (MSP & Facultad de Enfermería, 2013). En contraste, el número de médicos asciende a 13.197 profesionales.

Los números de recursos humanos en salud y en el área de Geriátrica y Gerontología son preocupantes, sobre todo teniendo en cuenta el alto porcentaje de personas mayores que tiene este país y las proyecciones futuras.

1.9 Marco referencial

Esta investigación ha tomado como marco de referencia los trabajos de Avedis Donabedian (1966), con el afán de proporcionar un marco que pudiera apoyar los hallazgos de esta investigación.

Si bien muchos de los cambios en el área cuidados de salud han sido beneficiosos, aún no se ha logrado un adecuado nivel de satisfacción. Los profesionales de salud deberían tener en cuenta las preferencias de los pacientes, así como las preferencias

sociales en la evaluación y aseguramiento de la calidad. Cuando ambas preferencias no están de acuerdo se emprenderá el desafío de pactar entre ellos.

Avedis Donabedian, a mediados de 1960, consideró tres aspectos de este abordaje: la estructura, el proceso y el resultado asistencial. Este autor ha definido la calidad en el cuidado y asevera que hay dos elementos en la actuación de los profesionales que están relacionados con la calidad en la atención: el técnico y el interpersonal. El desempeño técnico depende de los conocimientos y juicios utilizados para llegar a las estrategias de cuidado o asistencia apropiados, y de la destreza o habilidades en llevar a cabo dichas estrategias. Lo válido en el elemento técnico que compone la actuación profesional, se califica contrastando con lo mejor de la práctica, es decir, las Buenas Prácticas. Éstas, han obtenido tal especificación porque teniendo en cuenta la media, se cree que produce la mayor mejora en la salud (Donabedian, 1966).

El segundo aspecto de fundamental importancia en el cuidado profesional de las personas es la relación interpersonal. Las personas proporcionan información necesaria para llegar a un diagnóstico, así como las preferencias necesarias para escoger los criterios de asistencia más apropiados. Mediante la relación interpersonal, el profesional provee información acerca de la índole de la dolencia y su tratamiento. De esta manera, motiva a la persona que necesita atención para que participe y colabore en su propio cuidado.

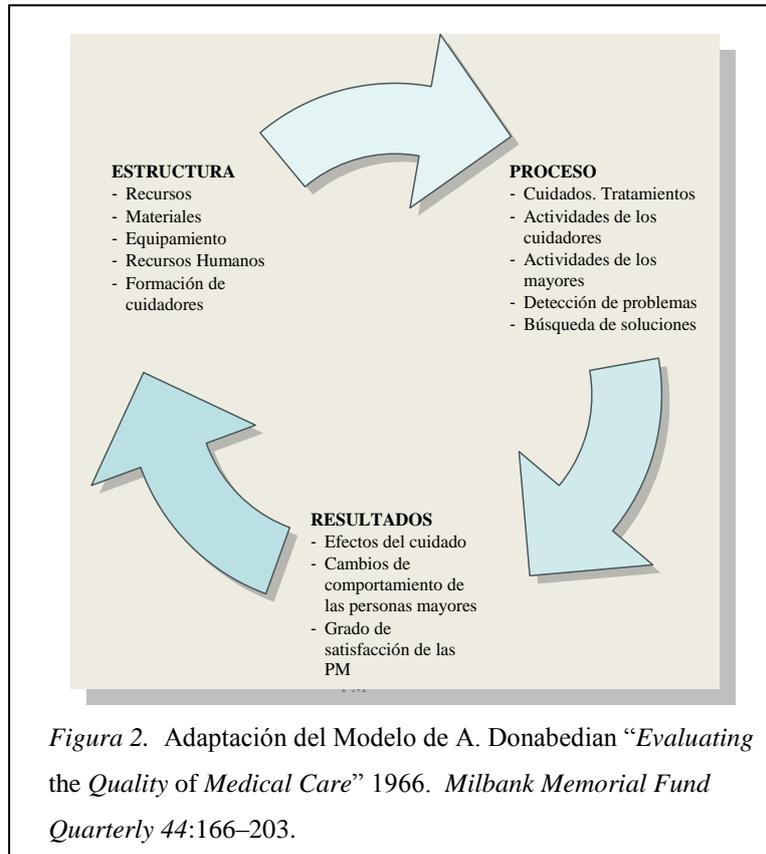
Las actitudes de los profesionales deben acompañar las expectativas individuales y sociales, para que el elemento profesional técnico pueda desarrollarse. Así, ciertos procesos actitudinales que tienen que ver con la empatía, la discreción, el

mantenimiento de la intimidad, la sensibilidad y la honestidad, ayudarían a la acción técnica. De igual manera, otros aspectos contribuyen a la calidad en el cuidado, como las comodidades de la asistencia que son aquellas condiciones deseables de los centros de asistencia. Estas condiciones se vinculan con el confort, tranquilidad e intimidad, las cuales deben estar aseguradas por el profesional, y en el caso de las instituciones, por los administradores o gestores de la institución. No obstante, existen otros aspectos a considerar para brindar un cuidado de calidad y tiene que ver con la responsabilidad compartida entre los profesionales, el paciente y su familia.

De acuerdo con este autor (Donabedian, 1988), la evaluación de rendimiento depende de quién debe valorar las mejoras de la salud, y se espera así, que promueva el desarrollo del cuidado. Para realizar un cuidado basado en los intereses de las personas que lo demandan, es necesario informar acerca de las alternativas disponibles para estas personas. La introducción de las preferencias de los pacientes, si bien es necesario para la evaluación de calidad, es otra fuente de dificultad en la realización de la evaluación. Ya que ninguna noción deliberada de lo que los objetivos y los logros del cuidado deberían ser, va a ser cabalmente apropiado para un determinado individuo. Esto implica ajustar el cuidado a cada persona individualmente. De todas maneras, todos estos aspectos no estarían completando el enfoque global de la calidad en el cuidado si no se toma en consideración a aquellas personas quienes tienen más o menos acceso a la asistencia y de quienes, después de obtener el acceso, tienen mayores o menores calidades de asistencia.

La calidad en el cuidado de las personas mayores es una vía por la cual se deberá transitar en un futuro cercano. Los argumentos de Avedis Donabedian (1966) proporcionan pilares en los cuales asentar los diferentes elementos que componen un

cuidado de calidad. Se han adaptado los factores de la estructura, el proceso y el resultado a los centros de larga estancia estudiados (Figura 2).



En este contexto, la estructura se refiere a los recursos materiales, equipamiento y recursos humanos de la residencia, en cuanto a su formación o cualificación. El proceso está representado por lo que los cuidadores y gestores son capaces de hacer por los residentes, la interrelación con las actividades de apoyo, las actitudes, habilidades, destrezas y técnicas con que se llevan a cabo los cuidados que reciben las PM en la residencia. Asimismo, comprende actividades de los cuidadores y de los mayores, atención a las necesidades de los residentes y búsqueda de su bienestar. El resultado describe los efectos del cuidado, los cambios en el comportamiento, referidos a la

variación de los niveles de salud y a la satisfacción de los mayores por el cuidado recibido.

La comprensión de las relaciones entre estructura, proceso y resultado podría aportar información que beneficie a gestores de residencia y cuidadores en la mejora del cuidado a las personas mayores.

Asimismo, la comprensión de los fenómenos de la calidad del cuidado desde una perspectiva cultural podría ayudar a los proveedores de servicios de salud.

Objetivos

2. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

Explorar desde la perspectiva de los cuidadores, residentes y gestores las prácticas de cuidado a personas mayores institucionalizadas en CLE de cuatro ciudades ubicadas al norte, sur y centro de Uruguay.

Describir las relaciones de cuidado que se establecen entre los cuidadores y las personas mayores en los CLE en Uruguay.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar si los resultados de la investigación pueden ser explicados mediante el modelo de Avedis Donabedian (1966, 1988).
2. Comprender las diferentes formas de relación entre los diferentes actores del cuidado, así como las situaciones de cotidianidad que revelan muchas de las representaciones con las cuales la residencia funciona en relación a los cuidados del mayor.
3. Identificar los patrones culturales implícitos en los cuidados de la comunidad de residencias para adultos mayores.
4. Identificar los obstáculos de tipo personal, institucional o de cualquier otra naturaleza que los cuidadores perciben como inconvenientes en el ejercicio del cuidado óptimo al mayor

5. Describir el significado que el cuidador otorga a las relaciones que podrían ser percibidas como maltrato, determinar el grado de compromiso que asume en el cuidado de la persona mayor, cómo y de qué manera se identifica con este problema y cómo lo gestiona en su práctica profesional.

2.1 Preguntas que orientaron la investigación

¿Qué prácticas se incluyen en los cuidados hacia las personas mayores residentes?

¿Qué tipo de relaciones emergen en las diferentes interacciones entre personas mayores y cuidadores en los centros de larga estancia?

¿Qué actitudes se observan en los cuidadores durante el cuidado de los residentes mayores?

¿Afecta de alguna manera el perfil de los cuidadores en la relación con los residentes mayores?

¿Existen barreras personales o institucionales que repercutan en la relación con las personas mayores?

¿Se perciben vivencias de maltrato hacia los mayores?

¿En qué sentido se asemejan las percepciones de maltrato de los diferentes actores de una relación?

¿Cuáles son las características vivenciales del maltrato en la persona mayor institucionalizada?

¿Qué papel juega la administración o gerencia de la residencia en la prevención, detección y desarrollo de las prácticas de maltrato al residente?

Metodología

3. METODOLOGÍA

3.1 Enfoque metodológico

Mediante un diseño flexible y circular, y a través de una perspectiva descriptiva se abordó este estudio para conocer las relaciones que surgen del cuidado dentro de las residencias. La decisión de escoger un enfoque etnográfico nace a partir de la observación de un entorno en el que se comparten normas y rutinas, así como también se comparte el sentido común de la realidad. El trabajo de campo fue realizado por el investigador principal entre los meses de enero 2011 y enero 2012.

Se ha utilizado etnografía enfocada ya que el estudio está orientado a un fenómeno particular: el cuidado, y contextos específicos: las residencias, y porque asimismo involucra equipos multidisciplinarios dentro de una comunidad de personas mayores. Las etnografías enfocadas según señala Morse (2001), desarrollan el conocimiento y la práctica de la profesión enfermera. La exigencia en Enfermería de adecuar el cuidado de las personas en lo que a contextos sociales y creencias se refiere, ha hecho que se desarrolle esta metodología. Estos estudios escogen un área de comportamiento para estudiar su alcance entre un grupo concreto de sujetos; se consideran valoraciones etnográficas rápidas y se realizan en comunidades implicando equipos multidisciplinarios. Se trata de estudios exploratorios limitados en el tiempo que se llevan a cabo en una comunidad determinada; recogen información sobre todo a través de episodios seleccionados de observación participante combinados con entrevistas.

3.2 Participantes y escenario

Se contactó un total de trece centros de larga estancia, de los cuales, cuatro se negaron a participar. Este estudio se llevó a cabo en nueve residencias con y sin fines de lucro, distribuidos en cuatro departamentos de Uruguay, ubicados al norte, centro y sur del país con el objetivo de obtener la mayor variabilidad.

Los CLE estuvieron distribuidos en siete ciudades de Uruguay, con poblaciones entre 3.235 y 13.000 habitantes, y la capital con 1.319.108 habitantes. El nivel socioeconómico (descrito según el coste de la mensualidad cobrado por el CLE) de los centros fue de medio a bajo (coste comprendido en pesos uruguayos al equivalente en dólares entre 500 y 2800 aproximadamente), excepto un CLE de alto nivel. Estos centros tenían una capacidad comprendida entre 13 y 106 plazas.

Los participantes fueron reclutados de nueve centros de cuidados de larga duración, con distintas orientaciones religiosas (católica, protestante y laica), aunque los centros respetaban las creencias de sus residentes.

Los criterios de elegibilidad fueron: 1) la participación voluntaria, 2) haber estado en el centro durante al menos 6 meses y, 3) estar en condiciones para aportar información. Un total de 23 personas fueron entrevistadas, 7 cuidadores (definidos en este estudio como aquel personal que brinda atención directa a la persona mayor), 8 gestores o responsables de los centros, y 8 personas mayores residentes.

Los criterios de exclusión fueron: 1) no dar su consentimiento informado, 2) haber estado desvinculado de la residencia en los 6 meses previos al estudio y 3) padecer enfermedad mental o discapacidad que impida aportar información.

La Tabla 2 muestra los criterios de inclusión de los centros según la ubicación geográfica y el tamaño, correspondiendo al tamaño 1 centros con una capacidad de 1 a 50 personas mayores residentes, el tamaño 2 correspondió a centros que albergaban desde 51 residentes hasta 100, y el tamaño 3 correspondió a centros con más de 100 residentes.

Tabla 2.

Criterios de inclusión

Lugar geográfico	Tamaño 1 (50 Residentes)	Tamaño 2 (100 Residentes)	Tamaño 3 (más de 100 Residentes)	No. de centros
Ciudad C	3		1	4
Ciudad D		1		1
Ciudad M		2		2
Ciudad T	2			2
Total residencias	5	3	1	9

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 3 se muestran las 23 entrevistas y el perfil de los entrevistados: su rol dentro de la residencia como gestor, cuidador o residente, sexo, edad, tiempo en años de vinculación al centro y nivel de educación.

Se ha codificado a los participantes de acuerdo al rol, al lugar geográfico y al tamaño del centro.

Tabla 3.

Perfil de los participantes

No. Entrevistas	Rol	Código	Sexo	Edad	Tiempo en años en CLE	Nivel de educativo
1	Gestor	AM2	M	63	1.66	Universitario
2	Residente	RM2	F	84	1.66	S/D
3	Gestor	AM2	F	41	12	Secundario
4	Residente	RC1	F	74	1	S/D
5	Gestor	AC1	M	61	12	Universitario
6	Cuidador	CC1	F	44	7	Primaria
7	Cuidador	CC1	F	45	3	Primaria
8	Cuidador	CC3	F	63	24	Aux. Enf.
9	Gestor	AC3	M	50	24	Universitario
10	Residente	RC3	F	99	26	S/D
11	Residente	RD2	F	89	3	S/D
12	Cuidador	CD2	F	26	0,5	Aux. Enf.
13	Gestor	AD2	F	77	15	Secundario
14	Cuidador	CC1	F	49	26	Primaria
15	Residente	RC1	F	74	0,66	S/D
16	Gestor	AC1	F	51	4	Primaria
17	Residente	RC1	F	86	16	S/D
18	Cuidador	CT1	F	50	1,25	Primaria
19	Gestor	AT1	F	59	1,25	Universitario
20	Cuidador	CT1	F	64	27	Primaria
21	Gestor	AT1	F	48	5	Secundario
22	Residente	RT1	M	76	0.5	S/D
23	Residente	RT1	F	90	1	S/D

Fuente: Elaboración propia

3.3 Muestreo

Se utilizó un método de muestreo intencional, seleccionando los informantes más adecuados y los centros de cuidados de larga estancia con una amplia variedad de características: ubicación geográfica, tamaño en número de plazas, nivel socio-

económico, con y sin fines de lucro, laicos y con orientación religiosa, ya que en Uruguay existen centros de larga estancia para personas mayores, que están administrados por cuerpos directivos con orientaciones católica, protestante, judía, entre otras. La recolección de datos se basó en el análisis emergente y se detuvo cuando no hubo variaciones importantes en las categorías.

3.4 Estrategia de recolección de datos

El enfoque de la investigación implicó la utilización de diferentes formas de recoger la información; incluyó observación participante, entrevistas en profundidad y las charlas informales que surgieron de forma natural en el contexto con los cuidadores, gestores y personas mayores. La observación participante comportó que el investigador colaborara en la alimentación, cambios posturales de los mayores dependientes, apoyo en la deambulación, y compartir momentos de descanso en el jardín o en la sala. Esta técnica fue realizada en una única residencia que lo aprobó y sirvió para orientar el guion de las entrevistas cualitativas que fue previamente pilotado. Las notas de campo fueron escritas inmediatamente después de cada sesión, donde se incluyeron factores ambientales, interacciones entre las personas, lenguaje no verbal como expresiones faciales, risa, llanto, posturas y silencios.

3.4.1 Entrevistas en profundidad

Las entrevistas se acordaron mediante contacto telefónico previo, con la ayuda de un facilitador o “portero”, seguidas de dos reuniones en las que se explicaron los objetivos del estudio. Fueron realizadas por una enfermera entrenada en Geronto-Geriatría y en

investigación cualitativa. Las entrevistas fueron hechas en la lengua materna de los participantes. Se mantuvo un continuo *feedback* con el investigador para mantener el contenido de las narraciones, así como un perfil individual y holístico, creándose una situación única y concreta con cada participante (Ruiz, 2009). Las entrevistas tuvieron una duración entre 60 y 120 minutos, se audiograbaron y transcribieron textualmente por el investigador. Las entrevistas fueron realizadas en el lugar escogido por el entrevistado. En general, se eligió la residencia, optando por los lugares de mayor privacidad.

En el caso de los residentes fue en la propia habitación, o en alguna sala de reuniones apartada de los lugares de actividades comunitarias. En el caso de los gestores, los lugares propuestos fueron sus despachos de trabajo, aunque en un caso, el gestor prefirió salir de la institución y realizar la entrevista en un lugar imparcial (una cafetería). Los cuidadores fueron entrevistados en horarios en los que habían culminado sus actividades y se realizaron en lugares preferidos dentro de la residencia, procurando no ser interrumpidos por otras personas de la institución (la sala de lavado y planchado, sala de estar, habitaciones sin huéspedes). Se aseguró la confidencialidad y el anonimato de los participantes asignándoles un código alfanumérico. Se abandonó el campo una vez saturados los datos. Se tomaron las notas de campo y fueron incluidas en los hallazgos, así como factores ambientales e interacciones entre las personas. Previo al trabajo de campo, se puso a prueba el guion de la entrevista entre colegas de enfermería (ver Anexo II).

3.4.2 Observación Participante

La observación participante se llevó a cabo, en el único centro que aprobó esta técnica, por un total de 140 horas, y se vio reforzada por las conversaciones informales, o entrevistas no acordadas con anterioridad, que surgieron en dicho centro. El campo

fue abandonado una vez que se llegó a la saturación teórica (Glaser & Strauss, 1967). Con la ayuda de un actor clave que lo introdujo, el investigador, mediante esta técnica, se sumergió en el entorno de la residencia y trató de experimentar de la misma manera que los sujetos aquellos acontecimientos que se sucedieron. De esta manera, participó en la asistencia de actividades básicas cotidianas como la alimentación y transferencia de los mayores dependientes. Esta técnica implicó un período de adaptación y aceptación de la presencia del investigador por parte de los cuidadores y residentes, sin embargo permitió la observación de los sujetos en su entorno natural. La aproximación al fenómeno investigado facilitó el acceso a estos entornos o escenarios (Guasch, 2002), y conocer los códigos vigentes dentro la cultura. Asimismo, permitió al investigador construir una comprensión profunda del contexto. Sin embargo, fue necesario la práctica metodológica de la reflexividad para mantener una presencia éticamente comprometida en el campo (Watts, 2011).

3.5 Análisis de la información

La recolección y análisis de datos han conformado un proceso continuo, estando el investigador alerta a los temas emergentes. Los conceptos surgen del análisis continuo de la información que tuvo lugar en diferentes momentos del proceso; el análisis de los datos se ha realizado de forma manual y se inició en el mismo momento en el que se realizaron las primeras observaciones. Para el análisis de los datos descriptivos se utilizaron las propias palabras pronunciadas por los participantes, las actividades observables y las notas del diario de campo. Se procuró “*proporcionar una imagen fiel a la vida de lo que la gente dice y del modo en que actúa*” (Taylor &

Bogdan, 2009, p. 153). Se trató que el análisis fuese lo más inductivo posible, vigilando sistemáticamente las notas de las observaciones realizadas. Se realizó análisis de contenido de la información, teniendo en cuenta el contenido latente y el contenido manifiesto. El investigador estuvo alerta a los temas emergentes y volvió repetidamente sobre la lectura de los datos. Se mantuvo presente el objetivo del estudio durante el análisis y se organizaron los datos cualitativos mediante la codificación abierta, categorización y abstracción. Las categorías se agruparon y se redujeron al fundirse en categorías similares, siguiendo con la formulación de una descripción general, tratando de lograr una descripción condensada y amplia del fenómeno. Se diferenciaron distintas etapas en el análisis de los datos: la primera correspondiente a la fase de descubrimiento en progreso, donde se identificaron temas, se desarrollaron conceptos y proposiciones; la segunda, después de recoger los datos, incluyó codificación, y refinamiento en la comprensión del fenómeno; en la última fase el investigador trató de relativizar, comprendiendo la información en el contexto que fue ofrecida (Taylor & Bogdan, 2009).

3.6 Rigor metodológico

Se tuvo en cuenta la coherencia metodológica, la saturación de la información, el análisis de los datos y pensar teóricamente (Mayan, 2001). Se consideraron en todas las fases del proceso (Calderón, 2002) los criterios de adecuación epistemológica, en el planteamiento de las diferentes dimensiones de la percepción del cuidado, dando respuesta a si el estudio contribuye a un mejor conocimiento del cuidado en el contexto de las residencias uruguayas. En segundo lugar, se atendió el criterio de relevancia

vinculado a la justificación y repercusiones del tema de estudio para la práctica e investigación enfermera, así como la contribución a un tema de investigación reciente en este país. Asimismo, la relevancia estuvo considerada por los efectos sobre los propios participantes, seguramente por las reflexiones sobre el cuidado, que generen en ellos el *feedback* del investigador acerca de sus narraciones. De igual manera, se procedió al aumento de la confiabilidad implicando a dos colegas y se realizó un debate sobre los hallazgos, consensuando códigos, categorías y temas. La recolección de datos fue triangulada a través de diferentes técnicas y participantes para lograr la saturación de información, tratando de contrastar y enriquecer los resultados obtenidos a través de enfoques metodológicos distintos (Ruiz, 2009). La validez también se tuvo en cuenta, procurando mantener la máxima fidelidad del comportamiento del fenómeno en la realidad.

3.7 Consideraciones éticas

Se obtuvo aprobación de los Comités de Ética de Investigación del Hospital Clínico de Barcelona y de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica del Uruguay (ver Anexo I), así como el consentimiento informado de los participantes, y la autorización del centro que aprobó la técnica de observación participante (Anexo III). De acuerdo con la metodología elegida, se buscó la selección equitativa de los participantes, intentando realizar una elección de acuerdo con los interrogantes científicos del estudio. Para asegurar que hubiera un procedimiento de selección justo se tuvo en cuenta que fuera la búsqueda del conocimiento y no la vulnerabilidad lo que

estableciera a quien incluir como probable participante. Se consideró la proporción favorable del riesgo-beneficio, teniendo en cuenta los beneficios potenciales de esta investigación para los sujetos individuales y para la sociedad. Se buscó generar condiciones de diálogo auténtico, salvaguardado la confidencialidad de los discursos. Otra consideración ética que se mantuvo fue reducir al mínimo el potencial conflicto de intereses del investigador, optando por la evaluación independiente, realizando una revisión del estudio por otros investigadores. Se obtuvo el consentimiento informado de cada participante de modo de asegurar que la participación en la investigación fuera conforme a sus valores, intereses y preferencias; y que dicha participación fuera por propia voluntad, con la comprensión suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismos. Se procuró mantener en todo momento el respeto a los participantes, admitiendo cambios de opinión, o abandono de la investigación por considerar que la misma no está de acuerdo a sus intereses o conveniencias. De esta manera se informó que los participantes podían retirarse sin tener consecuencias personales o laborales. Finalmente, se ofreció la devolución de la información a los participantes respecto a los resultados obtenidos.

Resultados

4. RESULTADOS

El objetivo general de esta investigación fue explorar las prácticas de cuidado a personas mayores institucionalizadas en centros de larga estancia.

Información sociodemográfica de los participantes

Cuatro hombres y 19 mujeres participaron en este estudio. Los cuidadores fueron siete mujeres de edades comprendidas entre 26 y 64 años. Cuatro de los siete cuidadores que participaron en este estudio no habían terminado la escuela secundaria, y no tenía ninguna formación en la prestación de cuidados a las personas mayores, previamente a ser contratados. Los otros tres cuidadores eran auxiliares de enfermería.

La Tabla 3 muestra las entrevistas y perfiles de los entrevistados de acuerdo con el rol de cada uno dentro de la residencia (administrador o gestor, cuidador, residente), el género, la edad, nivel de educación culminado, y el número de años vinculado con el centro. Los participantes fueron codificados de acuerdo con su función, la ubicación geográfica y el tamaño del centro.

De los nueve centros participantes en esta investigación, dos de ellos contaban dentro del personal con enfermería profesional, tres CLE tenían auxiliares de enfermería pero no contaban con enfermería profesional, y cuatro no tenían ni auxiliares de enfermería ni enfermeras profesionales, sólo contaban en su personal con cuidadores. Sin embargo, los cuidadores administraban medicamentos y realizaban las tareas de cuidado de las personas con enfermedades crónicas.

En la mayoría de los centros de larga estancia, los registros sobre los residentes eran muy limitados, no contando en general con historia clínica bien conformada para cada residente. En algunas oportunidades los registros se limitaron a un cuaderno de novedades.

La profesionalización de los cuidadores era prácticamente nula, y existieron barreras en la provisión de cuidados.

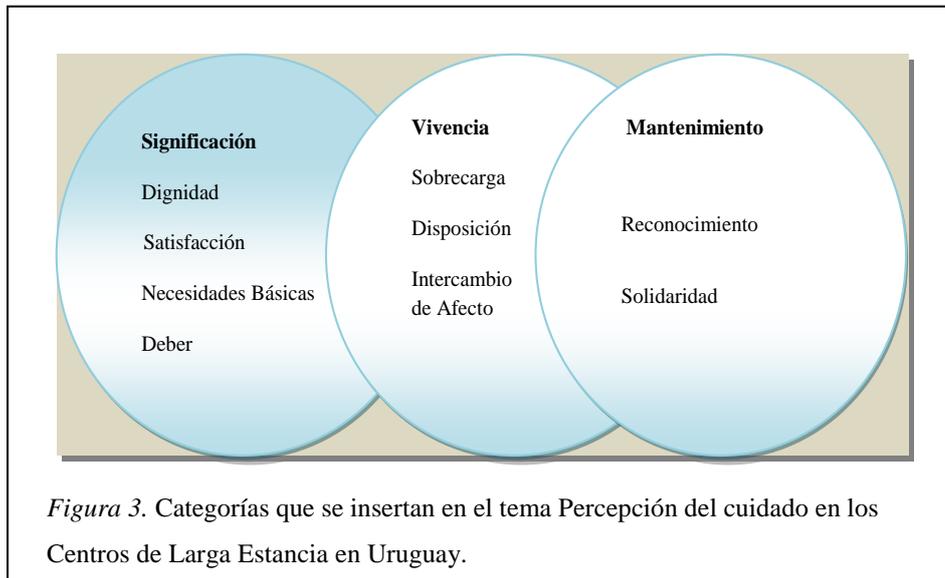
Del análisis de la información surgen los temas: Percepción del Cuidado en centros de larga estancia y Situaciones que afectan al personal, gestores, y residentes de CLE, emergiendo el Sufrimiento y Maltrato, con sus correspondientes categorías. Estos temas han sido tratados en dos etapas o estudios para el mejor abordaje de los mismos.

4.1 Resultados del primer estudio: cuidado a largo plazo de las personas mayores en Uruguay

El objetivo de este estudio fue explorar y comprender la percepción del fenómeno de cuidado de los cuidadores, residentes y los gestores en centros de larga estancia para personas mayores de Uruguay.

El tema Percepción del Cuidado dentro de los Centros de Larga Estancia en Uruguay, se integró con tres categorías orientadas hacia la *significación* del cuidado de las personas mayores, la *vivencia* del fenómeno del cuidado, y la forma cómo *mantienen* esta actividad a través del tiempo.

A su vez, en estas categorías se articularon una serie de subcategorías que se muestran en la Figura 3.



4.1.1 Significación del cuidado

La significación del cuidado está manifestada en este estudio por el mantenimiento de la dignidad de las personas, a través de la satisfacción de las necesidades básicas y por el deber que se tiene como cuidador.

- *Mantenimiento de la dignidad.* La dignidad de los mayores se mantiene mediante el respeto de los cuidadores en la relación con los residentes, salvaguardando su privacidad, brindando confianza y tranquilidad a las personas. Esta perspectiva coincide en los gestores y cuidadores:

“...brindar un cuidado con dignidad, es decir que el residente acá se sienta digno de ser una persona mayor” GM2.

“Que los mayores estén tranquilos, que se sientan valorados, que se sientan atendidos...todas esas cosas” GT1.

“Ah... que los traten bien. Que les hablen bien... El trato. Hablar a esas personas, hablar siempre bien, con respeto... aunque no sean familiares nuestros...pero todos merecemos respeto.” “Y otra cosa que yo digo, lo de adentro es de acá adentro, lo de afuera es de afuera” CT1.

- *Satisfacción de necesidades básicas.* El significado del cuidado a los residentes, tiene que ver con la satisfacción de las necesidades básicas, como alimentación, e higiene, sobre todo, y entre ellas la administración de medicamentos. Asimismo, tiene un significado importante brindarse con características que son predominantemente femeninas en el cuidado, y con trato amable. En palabras de gestores de centros diferentes, cuidadores y residentes:

“Nosotros siempre queremos ofrecer bienestar; que lleguen al final de la manera más digna posible, bien atendidos, limpios, bien comidos, mimados, cuidados. La gente aquí prioriza la higiene y la alimentación, son cosas fundamentales de nuestra residencia...Lo que se va priorizar va a ser: levantar a los abuelos, higienizar, y alimentar” GM2.

“...Es significativo ese instinto maternal que tienen las mujeres para tratar a los abuelos...” GD2.

“Todos los días cocinan una comida distinta y rica... Aquí hacemos nada, porque hasta nos bañan...” RT1.

“Ah, los cuidadores son todos buenos, tienen buen trato, y nos dan bien de comer” RT1.

“Las familias saben que están controlados, que a nosotras nos entregan los medicamentos, y nosotras los ingresamos y se los administramos” CC1.

Los participantes expresaron el significado del cuidado en la residencia como aquellas tareas orientadas a solucionar necesidades básicas como problemas sociales, falta de dedicación por parte de los familiares, así como mantener los tratamientos. En palabras de gestores y cuidadores:

“...el viejo no tiene como quien dice un espacio propio, y no los pueden dejar solos, entonces los ponen acá... para que los últimos años lo pasen lo mejor posible, sobre todo compañía, buen trato, en algunos casos hasta buena alimentación” GD2.

- *El cuidado como deber.* Quienes realizan el cuidado directo al mayor sienten el significado del cuidado como su deber, ya que forma parte del compromiso asumido con la empresa que los emplea:

“Para eso estás y para eso te pagan... no quieras dejar de atenderlos” CC1.

“Cuidar es mi trabajo... es mi trabajo. Estoy contratada para cuidar a los abuelos” CT1.

“Yo digo, si ellos están bien, tú estás bien. Debemos de cuidarlos para que estén todos bien, y nosotros estar bien, hacer nuestro trabajo bien... Dependemos de ellos... es el trabajo de nosotros” CT1.

La significación del cuidado expresado a través del mantenimiento de la dignidad, la satisfacción de las necesidades básicas y el deber, lo verbaliza una persona mayor residente de un centro de nivel socioeconómico alto, mediante la seguridad que siente en el ambiente, la respuesta a las necesidades de las personas mayores y el control de los residentes y del personal:

“Todo aquí es excelente: tú llamas, tocas un timbre y de inmediato, en unos minutos ya están las chicas allí” “te cambian las sábanas todos los días y todos los días te traen cuatro o cinco toallas” “Aquí no hay escalones....todo es llano, hay ascensores... y en los pasillos, largos pasamanos, para sostenerse, de modo que no hay posibilidad de caerse” “Realizamos muchas actividades y labores, eso es muy positivo.” “La comida es deliciosa...” “Aquí el personal está controlado, y el residente está controlado y asistido en todo momento” RM2.

4.1.2. Vivencia del cuidado.

El cuidado se vive de diferentes formas: como una sobrecarga para los cuidadores, como una tarea difícil para la cual no todas las personas son aptas. Sin embargo, algunos participantes lo viven como un llamado, una responsabilidad sentida, algo para lo cual están convocados, una disposición para cuidar y además como un intercambio de afecto.

- *Sobrecarga.* El cuidado es vivido por los cuidadores con sobrecarga, un tarea agotadora, que demanda gran esfuerzo físico y mental del cual es difícil desprenderse. Muchas veces, dicha sobrecarga está originada por un número insuficiente de cuidadores que obliga a realizar jornadas extenuantes. Igualmente, la diversidad de situaciones y la falta de recursos contribuyen a dicha sobrecarga. Se trata de trabajos para los cuales resulta difícil encontrar el perfil adecuado del cuidador. Los residentes mayores coinciden en que se trata de una tarea que no pueden realizar todas las personas, dadas las características del esfuerzo, y los déficits de las personas que conviven en la residencia. Esta perspectiva coincide en la percepción de las cuidadoras, gestores y residentes:

“Me llevo muchas cosas para mi casa... a nosotras...nos explicaban que no había que involucrarse sentimentalmente, porque esa mochila de los abuelos...La mochila de mi casa, cuando entro a la residencia, tengo que dejarla en el portal, y cuando tú te marchas, la mochila de aquí tienes que dejarla en el portal. Pero no es así...entre todas hablamos y decimos esto no es así” CC1.

“¡Ah, hace un rato largo que hace falta personal! Sí... es agotador porque a veces... ellos (los mayores) demandan mucha atención durante todo el día. Tienes que atenderlos, “me das tal cosa... me alcanzas tal otra... y que ven que te quiero decir una cosa... entonces llega un momento que uno que uno se pone mal...” CC1.

“Debemos tratar de mantenernos sanas mentalmente, estamos para cuidar cuarenta abuelos...Hay residentes que te agreden, te dan un bastonazo o un pellizco...no están bien...” GC1.

Las personas mayores manifiestan satisfacción, y de igual manera reconocen que el cuidado es una tarea dura para los cuidadores, que incluye la puesta en marcha de múltiples habilidades y cuidados diferentes y que implica sobrecarga:

“Porque no es cualquiera ¿sabes? no, no. Hay ciertos trabajos... ¡nomás la limpieza! ¡Es que son pocas, son dos para cada turno, para cuarenta personas! ...A estas señoras las duchan ellas a todas... ¡Hay mucha gente en silla de ruedas!” RC1.

“¡Ellas (las cuidadoras) corren todo el día y andan! y si uno precisa algo están siempre para todo. Porque eso tienen de bueno, que yo observé, que todos somos iguales para ellas, no hacen diferencia, claro hay más afinidad con algunos, pero ellas son para todo: uno que le da el mareo, otro que se

atora...y ellas lo llevan de un brazo y los traen y los cuidan y los bañan y los limpian” RC1.

- *Disposición.* Las cuidadoras entienden que realizan un trabajo para el cual han sido “llamadas”, es decir poseen un sentir especial para la tarea de cuidar personas mayores. Algunas le han denominado vocación refiriéndose a un cuidado humanizado y compasivo; en otros casos parece estar relacionado con la idiosincrasia del centro, con los principios y los valores, en el sentido de realizar un buen cuidado para los mayores de la residencia. Para otras cuidadoras y gestores la vivencia del cuidado radica en ese sentir especial de la atención a los mayores:

“Porque se siente cuando lo haces por vocación y cuando lo haces porque no hay otra cosa para hacer... en cuanto a lo humano eso... la caridad que podemos sentir hacia las personas, si es sincera o forzada... es importante...” GC3.

“Es asombroso... nací para hacer lo que hago, de eso no tengo duda... tiene que haber una cierta vocación, un espíritu de servicio. Tiene que haber aunque sea un poquito... si no, no se puede... es un trabajo que te demanda tiempo que te demanda energía, ahí está...una cantidad de esas cosas” CC3.

Una gestora coincide que tiene que ser un trabajo sentido:

“Es difícil conseguir gente para cuidar... por más preparación que tengas... si a ti no te llegan las personas mayores... no hay vuelta” GM2.

- *Intercambio de afecto.* El cuidado en la residencia es vivido como un intercambio de afecto. Se observaron demostraciones de aprecio entre los cuidadores, los gestores y los residentes. Éstos viven la relación de cuidado como un intercambio de cariño, consideran que viven una relación de familia o de amistad en la residencia. Esta perspectiva coincide en los diferentes participantes:

“Las cuidadoras son como amigas...no dejan de venir un día a saludarme y darme un beso...” RC3.

“Los residentes me dicen que no amplíe el centro porque si hay más abuelos, no tendremos tiempo para conversar con ellos...” GC1.

“Nosotros somos la familia...lo más cercano somos nosotros, por eso no dejamos de tenerles cariño...porque nosotros somos su sostén y ellos el nuestro” CC1.

4.1.3. Mantenimiento del cuidado.

Mantener el cuidado de los mayores a través del tiempo y a pesar de todas las dificultades es un fenómeno que en este estudio puede ser explicado por el reconocimiento que otros hacen a los cuidadores y por el compañerismo y la solidaridad entre pares.

- *Reconocimiento.* El reconocimiento es una manifestación de correspondencia hacia quien ha cuidado con dedicación a una persona mayor. Esto parece ser un nutriente que preserva el cuidado en las residencias. Dicho reconocimiento es muy valioso cuando suele venir desde la familia de las personas mayores, y desde los superiores hacia los cuidadores. Es importante el reconocimiento de su tarea, como trabajo significativo y respetado por los otros. En palabras de cuidadoras y gestores se evidencia lo expresado anteriormente:

“Con las familias seguimos en contacto porque la familia nos llama, esos familiares nos mandan a nuevos clientes... eso es lo que te reconforta... que bueno, que estamos haciendo las cosas más o menos bien ¿no?” GM2.

“Las familias tienen un agradecimiento hacia nosotras...A veces solo con decirnos gracias ya alcanza, pero es imposible que no te traigan algún presente, o te pongan el agradecimiento en el periódico del pueblo; para mí... en lo personal es lo más gratificante... pero tú dices ¡qué bello!, y cuando viene la familia a darte las gracias...mucho más” CC1.

- *Solidaridad entre pares.* Entre los cuidadores parece existir una cohesión en la tarea de cuidado a los mayores. Verbalizan en general la existencia de compañerismo, de ayuda, favoreciendo la relación entre pares, generando un ambiente de solidaridad, que ponen de manifiesto cuando algún cuidador enferma y otro hace su horario, o adecúan los turnos según la necesidad del equipo. De igual forma, apoyan al cuidador nuevo que ingresa en la residencia en la inserción y en su entrenamiento. Los residentes

manifiestan solidaridad con el personal y admiran su cuidado, perspectiva que comparten todos los participantes:

“Tenemos un compañerismo súper lindo” CC1.

“Entre todas nos ayudamos, porque yo no entré sabiendo y ellas me ayudaron, ¿y por qué yo no voy a ayudar a las otras que entran?... y bueno ya te digo tenemos una buena relación” CC1.

“Las cuidadoras para no ausentarse cambian con otro, como ser... la otra persona descansa el día siguiente y ellos necesitan ese día, entonces dicen ¿podrías cambiar el día de descanso conmigo?” GT1.

“Todos los días me levanto en la mañana y estiro mi cama ¡siempre!, para ayudar a las muchachas...”RC1.

4.2 Resultados del segundo estudio: Percepciones de maltrato en las relaciones de cuidado en residencias para persona mayores de Uruguay.

El objetivo de este estudio fue describir las relaciones de cuidado que se establecen entre los cuidadores y las personas mayores en los centros de larga estancia en Uruguay.

Los resultados ponen de manifiesto como tema central situaciones que afectan al personal, gestores, y residentes de los centros, surgiendo dos temas principales que fueron distinguidos, el sufrimiento y maltrato a personas mayores, con sus respectivas categorías (Figura 4).



4.2.1 Sufrimiento

A partir del análisis, el tema sufrimiento se compone por las categorías: abandono familiar y dependencia, la indiferencia, el entorno próximo a la muerte, el dolor existencial y la perspectiva de la propia vejez.

- *Abandono familiar y dependencia.* El sufrimiento expresado por los cuidadores, gestores y residentes pone de relieve situaciones de desinterés. Los cuidadores y mayores se afligen ante la dependencia física y los desórdenes mentales. Los cuidadores reaccionan con sentimientos de impotencia ante el abandono familiar y la tristeza que manifiestan las personas mayores, haciéndose visible en las emociones de los participantes, a decir de una cuidadora:

“Te lo digo en serio, las familias acá vienen los traen y ¡olvídate!...la otra señora pobre, tienes que estar detrás de ella, pobre, porque a veces se va a la calle... la otra que está en silla de ruedas pobrecita...aquel... quiere irse para su casa, para peor te nombra a la madre: me quiero ir con mamá, me quiero ir con mama...pero ¡hay que estar acá hija mía! ¡Sabes cómo te vas para tu casa! ¡Hasta lloro a veces por ellos, pobrecitos!” CC1.

Las personas mayores también expresan pesar ante la dependencia de sus semejantes contrastando los tiempos de autonomía personal.

“Ahora D está muy embromadita, está en una silla de ruedas, pobrecita, una lástima porque era tan buena, sí. Con nosotros siempre ese modo tan lindo...y ahora ya no puede hacer nada sola...” RC1.

La soledad del residente, consecuencia del abandono familiar es una situación que causa angustia en el personal. Un gestor así lo señala:

“...les falta la familia, que...muchas veces no viene. De los cincuenta residentes que tenemos, son diecinueve los que reciben visitas, al resto... nadie los visita” GD2.

La relación de confianza del personal con las personas mayores les permite verbalizar su dolor. Los mayores sufren por el abandono de sus hijos. Así lo expresa una cuidadora:

“...a veces se cierra, se enoja y no quiere alimentarse...y él me dijo: “yo trabajé toda la vida para darle todo a mis hijos, y ahora mis hijos me pusieron acá”, entonces él está analizando eso...” CD2.

- *Indiferencia.* Las personas mayores se sienten afectadas por las conductas indiferentes instauradas en la institución como el descuido hacia la intimidad de sus residentes; así lo expresa una señora mayor:

“...y ahí estaba el televisor... y ahí habían dos señoras en sillas de ruedas, ahí vino mi primo... mi primo está sordo, había que hablar muy fuerte, de modo que todos los que estaban se enteraban; no había privacidad, no teníamos privacidad...” RM2.

- *Entorno próximo a la Muerte.* La muerte en soledad es un acontecimiento que moviliza mucho al personal de la residencia, llevándolo a reflexionar sobre su propia existencia, los valores, la desvalorización psicosocial de la persona. En palabras de una cuidadora:

“...hay cosas que te marcan también...una persona falleció y no tenía a nadie...te hace pensar... valorar muchas cosas que uno tiene y a veces descuida... No todo es lindo... ver sufrir a la gente... ver que tienen carencias afectivas...que como están... vamos a decir en el ocaso, ya... son un poquito descuidados... A veces el ser humano es un poco cruel también” CC3.

Los miembros de la familia son los encargados de adoptar decisiones para los mayores que están en el final de la vida, por esa razón, la falta de respuesta frente al acompañamiento en la muerte supone angustia al personal, cuando la familia no se implica. En palabras de un gestor:

“...Las cosas que me angustian...es todo el proceso del deterioro del residente y que el familiar no lo ayude...El querer hablar y explicarle al

familiar que las cosas que están pasando, están dentro de, de lo esperado, y que se van a venir tiempos más difíciles...Ese acompañamiento... cuando el familiar no lo asume...” GM2.

Los cuidadores exteriorizaron sentimientos de pérdida con lágrimas en los ojos; afirmaron que si evitaban involucrarse sentimentalmente (es decir poniendo en práctica conductas de huida), con las personas mayores al final de la vida, no sufrirían; así lo expresa una cuidadora:

“...Creo que no le tienes que demostrar ese afecto a ellos, no, yo lo hago por mí, para no sufrir después... ¿entiendes?...La gente que he cuidado... yo sé el final...y te duele...Entonces yo me brindo hasta ahí (hace un gesto con la mano, como describiendo un límite). Tú tienes unos sentimientos, pero no lo demuestras... y hay momentos que te sale... pero me cierro, porque no quiero sufrir, porque uno sabe lo que va a pasar... y llega un momento que te quiebras...” CT1.

La institución juega un papel muy importante en el apoyo emocional y la escucha de los mayores en los temas relacionados con la muerte. Éstos sienten incertidumbre ante el final de la vida, así lo manifiesta un gestor:

“A pesar de ser tan grandes, y piensas que saben... les cuesta asumir cuando se muere un residente...Enseguida piensan y ahora quién será el que sigue... Se murió uno y piensan y se preguntan ¿ahora a quién le toca?... ¿el próximo seré yo?...” GM2.

Algunos cuidadores aseveran percibir en los residentes la muerte cercana. Parece ser que el cuidado afinara los sentidos y las percepciones del personal:

“Y un día me miraba, pero con una mirada tan distinta... y yo le dije, te vas ¿verdad?, y el solo me miraba y me miraba... y en la madrugada...se fue. Es una cosa, una sensación... que tú te das cuenta... que es distinto” CT1.

- *Dolor Existencial.* Las personas mayores al recordar se emocionaron y se enjugaron las lágrimas, mientras se refirieron a la pérdida de seres queridos y a situaciones atormentadas de otras etapas de su vida:

“Cuando mi padre falleció yo tenía once años, y ya de esa edad... éramos muchos hermanos... y ya salimos a trabajar... Me crié con una señora, yo hacía de niñera... Cuando tenía 18 años me casé... pensando mejorar... y me llené de hijos. Mi marido, ya muerto pobrecito, pero... era de mal genio... Él era bueno, no dejaba que faltara nada en la casa...Yo era lavandera, lavaba mucha ropa para afuera... pero él tenía el problema que era celoso, y yo no podía hablar con la gente cuando iba a casa a levantar o a llevar la ropa... Pasé mucho... fue muy duro, yo pasé muchas cosas”...RT2.

El dolor existencial está presente en algunos residentes al evocar tiempos rigurosos de su pasado. El recuerdo muchas veces trae consigo vivencias tristes que se exteriorizan con un gesto amargo y en la emoción de las palabras. Así lo expresa una señora mayor:

“...Me casé y bueno, una historia...desagradable... yo me tuve que...yo me divorcié por ser él alcoholista, alcohólico al extremo...desde que ya no se podía soportar, entonces me fui a vivir otra ciudad... a la casa de mi padre con mis dos hijos...” RC3.

La institucionalización en un centro de larga estancia supone acogerse a unas reglas que condicionan el estilo de vida de los mayores; estas circunstancias implican que al ingresar a la residencia ocurra la separación de sus mascotas, también seres queridos. Esta separación es vivida como una gran pérdida que provoca tristeza en los mayores:

“Tenía a mi perrito que me acompañaba... tenía una alfombrita al lado de la cama, yo me movía y él me miraba... y mi perrito siempre detrás de mí (sonríe). Cuando me vine a vivir al hogar tuve que dejarlo... él me extrañó a mí y yo lo extrañé a él... y al poco tiempo murió, yo creo que de tristeza...”

RC1.

En el entorno actual, lo mayores entablan relaciones con sus pares y comparten la vida diaria. La partida de los compañeros provoca tristeza en las personas mayores:

“Mi habitación siempre fue esta...y tenía algunas amigas, pobres... pero se murieron... Cambié cuatro veces de compañeras... ¡sí! cuatro cambiaron...cuatro ya se me fueron...” RD2.

El padecimiento es evidente ante el recuerdo de seres queridos que se fueron antes, y asimismo se evidencia el compromiso de levantarse y seguir a pesar del dolor. Así lo expresa una persona mayor:

“Tiene que haber otra gente que sufra más que yo... que esté más dolorida que yo, del cuerpo, no del alma...Lo que me pasó a mí, que eso no tiene nombre...es como que uno queda en un pozo...y...en menos de un año fallecieron los dos (esposo e hija)...” RC1.

- *Proyección de la propia vejez.* Este abordaje mostró preocupación e incertidumbre en los cuidadores y gestores al hablar sobre la perspectiva del curso de la vida. Dejaron entrever que pese a tener el deseo de envejecer en su casa o en la residencia, eran conscientes que no serían dueños de la decisión, sino los hijos o los familiares. En general, expresaron el deseo de ser cuidados en su casa, mientras fueran auto-válidos, aunque temían ser una carga para la familia. Otros preferían ser cuidados en la residencia en que trabajaban. Expresaron las características que apreciarían en su futuro cuidador:

“Me gustaría terminar mi vida en mi casa. Yo no tengo hijos, pienso que me cuidarían mis sobrinos. Me gustaría estar en mi casa, en una residencia no, no me gustaría” CT1.

“Me gustaría que quien me cuide esté capacitado... que sea detallista... Que me pregunte si quiero tomar agua...que no pase de las 8 a las 12 sola, sin tener contacto con alguien” CD2.

4.2.2 Maltrato

En este tema se han agrupado aquellas actitudes consideradas abusivas, negligentes o segregacionistas que se han constatado, por parte de los participantes del estudio, dentro de la propia institución. Se distinguen las categorías discriminación, prácticas de maltrato y concepto de maltrato.

- *Discriminación.* La discriminación surge desde los mayores hacia sus semejantes y desde los médicos en la atención hacia las personas mayores. La comunidad de mayores institucionalizados, donde conviven personas con diferentes

déficits, revela actitudes de desafecto, indiferencia e intolerancia entre sus propios pares. Entre los propios mayores se perciben conductas de alejamiento, considerando inferiores a aquellos pares con déficits cognitivos, y conductas de vagabundeo. Así lo percibe un gestor:

"Las personas con menor dependencia... son a quienes les cuesta más entender las demencias y los deterioros de los otros... Se vuelven bastante ácidos con la persona dependiente...muy críticos: "¡pero qué le pasa, está quedando boba, está boba, me repite lo mismo!", y las empiezan a excluir...y se ven agresiones: "me vino a robar", "está loco", "porqué hace esto", "si está loco que lo lleven para el manicomio". Tú le dices que él no está bien, "¡bueno pero si no está bien, entonces por qué está acá!" GM2.

Se presupone que la edad avanzada es una contraindicación para tratamientos médicos. Con afán de defender medidas de exclusión, se esgrimen motivos fundados en un aparente beneficio a la persona mayor como evitarle molestias y brindarle tranquilidad. Esta actitud discriminatoria y marcadamente economicista es vivida con indignación por algunos gestores:

"...cuando la parte médica no se compromete, porque es un viejo, y en un viejo no gasto, y te dice "¡y qué quieres, si se va a morir!"...eso a todo el personal nos angustia muchísimo...de la parte médica la indiferencia...que estés peleando por una medicación, que estés peleando por un ingreso, y que llares y te digan: "¡otra vez! ¿Para qué me llamaron? ¿Y acá qué se va a poder hacer?" GM2

- *Prácticas de maltrato.* Entre los tipos de prácticas de maltrato que han sido detectados por los participantes, se encuentran la negligencia física como el abandono social y familiar, la denegación de alimentos e hidratación, la negligencia psicológica en forma de aislamiento en la propia residencia. El abuso verbal estuvo representado en forma de gritos, trato áspero, comentarios despectivos hacia las personas con dependencia. El maltrato físico detectado en los cuidadores estuvo caracterizado por golpes contra la pared, apretones en los miembros superiores, coerción física, desvestir a la persona tironeando de la ropa. Como otras expresiones de maltrato, se obtuvieron informes de abuso sexual y robo.

Las personas mayores que viven en residencias se caracterizan por ser vulnerables a la deshidratación. La ingesta insuficiente de agua conduce a disminución en la calidad de vida y estado de salud global. Este es un conocimiento básico para los cuidadores de personas de mayor edad. La negligencia por parte del personal como la restricción en la hidratación de las personas mayores, es evocada por un gestor, que se opone ante actitudes de indiferencia:

“Me recuerdo que había una abuela que era pesada y pedía agua, entonces le sacaban el agua... y a mí eso me dolía. Cuando tuve la oportunidad, esas cosas...las traté de cambiar” GC1.

La incomunicación hacia las personas mayores, es considerada un trato inadecuado, el hecho de ignorarlos es una forma de aislamiento en su propia casa, la residencia. En palabras de una cuidadora:

“Que pasen por al lado de ellos (los residentes) y no les digan buen día... esa actitud de indiferencia para ellos es muy dura... no se merecen comenzar el día así, su familia actual es ahora es la residencia...” CD2.

Los cuidadores reconocen y se manifiestan ante conductas verbales inadecuadas hacia los residentes. Sin embargo se advierte cierto temor al enfrentamiento entre los miembros del personal, como miedo a delatar estas posturas, y callar adoptando una actitud humillante. En diálogos informales con una cuidadora, la misma manifestó que estas conductas no son sancionadas por los responsables del centro. En expresión de una cuidadora:

“A veces los funcionarios les gritan a los abuelos y no me gusta a mí eso. La otra vez una cuidadora le gritó a una señora, y le dije: no le grites así...a mí me supo muy mal... me cae mal, y... tienes que callar...porque si te pones a discutir...entonces me rebajé...” CC1.

Los improperios aludiendo a los mayores con dependencia para las actividades de la vida diaria también han surgido en estas residencias. Un gestor narra un caso de maltrato verbal en su centro, mientras un cuidador, habiendo culminado la atención en necesidades básicas de higiene en una señora mayor, monta en cólera:

“Él venía de hablar con otra compañera haciendo comentarios despectivos de una residente: “¡vieja de mierda, se cagó y acabo de higienizarla y cambiarle la ropa!”...GM2.

Otra de las figuras del maltrato hacia las personas que viven en los centros estudiados fue el robo. Se comprueba la sustracción de pertenencias dentro de la

residencia y la necesidad de tomar recaudos para evitar estas situaciones. Una residente relata cómo la llave del lugar donde guardaba su dinero desapareció de su habitación:

“La encargada tiene mi dinero ahora...porque no encontré más la llave, la tenía en un bolsito, arriba de la cama mientras me estaba duchando...y cuando volví no la encontré nunca más” RC1.

Un gestor narra como el engaño de algunos miembros del personal se esgrime en contra de los residentes:

“El otro día le robaron 1000 pesos a una señora, lo increíble es que las personas que roban se acercan de una forma que no da lugar a sospechas...” GM2.

La agresión física ha sido comprobada. En estos casos se sancionó al maltratador con el despido y se procedió a denunciar el hecho ante las instituciones competentes. Así lo expresa un gestor:

“Uno de los funcionarios que trabajaba aquí fue denunciado ante la justicia... se lo despidió... vino el forense por ese abuelo. Le apretaba mucho los brazos, le quedaban hematomas, eh... incluso, dice el abuelo que le pegaba...” GT2.

En otro centro se constató el maltrato en varias de sus formas, y se adoptaron medidas de control como el video vigilancia, como se pudo comprobar en la observación. Los gestores así lo relatan:

“... Antes teníamos gente que ataba a los viejos y los maltrataban y les dejaba las marcas, había robos... Si el viejo iba despacito los empujaban...”

Otros que no querían comer y les apretaban la boca para meterle la comida, cosas así... gente que no está preparada para tratar con los residentes...Una cuidadora les gritaba: ¡dale apúrate!, ¡come!, ¡levántate!, o ¡no te pongas ahí!” GD2.

Otra expresión de maltrato físico, relacionada con la necesidad de vestido y desvestido, que evidencia además la dependencia para las actividades cotidianas del residente, es narrada por otro gestor:

“Tuve una empleada que era bastante agresiva...les quitaba la ropa a los tirones” GC1.

La agresión física se presenta de otro modo, con un trato considerablemente rudo para las personas que no pueden cambiarse de posición en la cama. Una vez más las formas de maltrato son perpetradas contra personas que no tienen la posibilidad de defenderse. Uno de los centros participantes en este estudio ha constatado y sancionado conductas inadmisibles, así lo relata el gestor del centro:

“Comenzó este hombre a trabajar, y empezaron a haber accidentes, caídas, las señoras llenas de moretones... No era que les pegaba, pero cuando las cambiaba de posición, con la sábana, lo hacía con tanta fuerza que las golpeaba contra la pared” GM2.

La negligencia hacia los mayores también es llevada a cabo dentro y fuera de las instituciones de larga estancia, conmoviendo a los gestores cuando la persona es admitida en la residencia, dejando al descubierto el abandono social y familiar que sufren estas personas mayores. Así lo expresa un gestor:

“Las cosas que hemos visto son horribles...A este señor lo ponían en remojo para poder sacarle la costra que tenía de años. Tampoco lo pueden refregar porque le rompes la piel... Otra señora, la trajo la policía... Yo nunca había visto en la cabeza tantos piojos juntos, eran como manchas y aquello era imponente, imponente...” GD2

“...también pasa que los viejos ingresan y luego nadie viene a verlos ni los llama por teléfono...los días son todos iguales para ellos sin familia...a la mayoría de los viejos nadie los visita.”GD2

Otra forma de actitudes inadmisibles que fueron halladas por los participantes en su centro fue la denegación de alimentos en un sector de alta dependencia. Así lo relata un gestor:

“Se detectó que las personas de un determinado sector no comían, y que estaban por debajo del peso adecuado. Empezamos a ver que en menos de una hora todos los residentes del sector ya iban por el postre,... se hizo un seguimiento y la gente que estaba a cargo de ese sector se llevaba las “sobras” para los perros... (¡Sobras para los perros o no perros!)... y ¿los abuelos no querían comer?” GM2.

Los participantes relataron la conducta impropia durante la higiene de una residente, detectada por su propio personal. En palabras de su gestor:

“Tuvimos un auxiliar que fue observado cuando higienizaba a una señora...no era una higiene sino algo más que caricias en la zona genital y le preguntaba ¿te gusta?” GM2.

- *Concepto de maltrato.* Los gestores participantes en esta investigación consideran el maltrato hacia los residentes una falta grave. En el mismo nivel de gravedad y según el orden en que se enumeran, las faltas graves enunciadas fueron el robo, falta de respeto, recibir propinas, y maltrato. Algunas de las nociones de maltrato para los gestores fueron expresadas como: gritar, asirle fuerte un brazo a una persona mayor, agresión física o verbal, sacudirlo, falta de cuidado con los medicamentos o golpearlo. En la verbalización de los gestores:

“Maltrato sería...un robo, el dolo, el maltrato al anciano son faltas graves...” GC3.

“...La falta más grave sería faltarle el respeto a una persona mayor, que haya una agresión, que lo golpearan, darle un sacudón... que no se cumpla con la administración de los medicamentos” GC1.

La mayoría de los gestores desconocían la misión y visión (excepto dos) de su centro, así como el reglamento interno (o no estaba descrito) del mismo. En cuanto a las acciones que se toman frente a lo que se considera maltrato, los gestores respondieron que sería causal de despido, y uno informó de la intervención de la policía en un caso de maltrato. En palabras de los gestores se relató lo que consideraban una falta grave dentro del centro y la sanción correspondiente ante tal situación:

“Bueno todo lo que sea un maltrato a un residente, tanto sea verbal como físico, eso es causal de despido ¿no? Este... sustracción de sus pertenencias, o... recibir propinas” GM2.

Discusión

5. DISCUSIÓN

A través de la exploración del fenómeno del cuidado en las residencias de Uruguay, surge que los cuidados a las personas mayores exige conocimientos básicos sólidos y una orientación profesional, que casi en la mayoría de las residencias estudiadas no ha sido identificado. El nivel socioeconómico de la generalidad de los residentes de los centros (excepto un centro) es de medio a bajo. La profesionalización de los cuidadores es prácticamente nula, siendo los cuidados brindados en los CLE por personas con insuficiente formación. La supervisión y control en general no fue identificada. Probablemente por ello existen barreras en el cuidado, como el desconocimiento de las características psíquicas y funcionales de las personas mayores. La ausencia de reglamento interno del personal, de guías de procedimientos de cuidados y de registros en las residencias estudiadas impidió conocer aspectos importantes en la implicación de los cuidados.

Las investigaciones en su amplia mayoría aportan información sobre el cuidado a personas mayores brindado por el personal de enfermería de nivel auxiliar y profesional. Si bien en la mayoría de los centros, los auxiliares de enfermería proporcionan más del 80% de los cuidados a los residentes (Heliker, 2009). En esta investigación, el cuidado directo al mayor, en general, es proporcionado por personas sin formación específica en cuidados. Las relaciones entre el personal y las PM institucionalizadas en CLE, son esenciales para mantener la calidad de vida y un alto nivel de atención.

5.1 Significado del cuidado

Si bien autores como Sherwin y Winsby (2011), sostienen que las personas mayores que ingresan a CLE inevitablemente afrontan una reducción significativa en la variedad de opciones disponibles en virtud de la propia naturaleza de la vida institucionalizada, no obstante, en este estudio, la importancia del cuidado de los mayores, se tradujo en dignificar a la persona, estimulando su auto confianza y su empoderamiento. El mantenimiento de la dignidad identificado por los cuidadores y gestores, se orientó hacia el tipo de cuidados y de interacción humana que las personas mayores esperaban por parte de sus cuidadores. Según Holmberg, Valmari y Lundgren (2012), para el mantenimiento de la dignidad de los personas mayores se requiere que el profesional que brinde atención alcance un conocimiento adecuado de los pacientes y muestre respeto por la autonomía y la integridad de los mismos. Estos autores identificaron que de acuerdo a la percepción de los mayores, el mantenimiento de la dignidad significó sentirse valorado como persona, tener seguridad y poseer autoestima, aspectos que están en concordancia con el estudio.

En las residencias estudiadas, el mantenimiento de la dignidad se vinculó con condiciones personales que debían de tener los cuidadores, así como acciones que deberían llevar a cabo para asegurarlo, tales como brindar confianza al residente, promover una relación basada en el respeto, proteger la privacidad de las personas. De acuerdo a Street (2001), la dignidad de las personas es una construcción social y tiene un aspecto relacional. En el caso de las residencias se vinculó con las relaciones entre cuidadores y personas mayores.

La intimidad de los residentes fue preservada manteniendo la confidencialidad de lo que ocurre dentro de la residencia. La escucha activa, la promoción de la comunicación con los residentes y la participación de éstos constituyeron también aspectos importantes para mantener la dignidad de los mayores en los CLE estudiados. Sin embargo, no se hallaron expresiones que constituyeran una amenaza a la dignidad. De acuerdo a la investigación de Holmberg et al., (2012), las personas mayores explicaron que ocurrieron situaciones que podrían plantear amenazas a su dignidad, integridad y autonomía, durante los cuidados, así como su confianza; asimismo refirieron sentir una situación de ambigüedad al recibir cuidados sin desatender la independencia y privacidad.

En este estudio, la satisfacción de las necesidades básicas, adquiere una situación central de significado. Las necesidades básicas consideradas por estas personas estaban referidas en general a la dimensión física. Es conocido que las personas son seres holísticos, con componentes integrados e interrelacionados, tanto físico, psicológico afectivo y espiritual, que inciden en la salud y el bienestar de las personas cualquiera sea su etapa del desarrollo. Existe una parte de las necesidades que tienen que ver con la autonomía y el bienestar cuyos satisfactores dependerán del momento histórico y cultural de determinado grupo (Santarciero, 2011). En el caso de CLE, donde los residentes provienen de diversos hogares con diferentes costumbres, se debe rescatar que si bien las necesidades físicas deben atenderse en primera instancia, no debería descuidarse la calidad de vida y el bienestar de sus integrantes.

Aunque, dentro de la satisfacción de necesidades básicas en los centros, se llevaba a cabo la administración de los medicamentos, teniendo en cuenta las dificultades formativas de los cuidadores, esta tarea podría influir en las medidas de desempeño de

calidad. Con respecto a ello, algunos autores han estimado que la mortalidad y la morbilidad relacionada con las drogas representan un reto de salud pública debido no sólo a las consecuencias del uso de medicamentos ineficaces e inseguros (Isetts, Brummel, de Oliveira & Moen, 2012), sino también a los errores en la administración. Esta afirmación llevaría a reflexionar que la falta de control en estos aspectos podría significar un riesgo para los mayores en los CLE estudiados.

Para Häggström, Mamhidir, y Kihlgren (2010), la satisfacción de las necesidades físicas básicas, son un sentido elemental de dignidad en la atención de personas institucionalizadas. Según Dwyer, Andershed, Nordenfelt y Ternstedt (2009), la falta de recursos, como el tiempo y el reclutamiento de personal competente podrían obstaculizar una atención digna a las personas mayores. El cuidado en las residencias estudiadas tiene un especial énfasis para dar respuesta a las necesidades de higiene y alimentación, priorizando esas tareas, y siendo así sentido por los residentes. Al contrario, en otros estudios en CLE, los mayores destacaron como significación del cuidado la protección de su integridad, y el mantenimiento de las relaciones sociales, mediante el apoyo, habilidades y capacidades de las enfermeras (Nakrem et al., 2011).

La significación del cuidado en ocasiones, se dirige hacia las necesidades básicas como única representación de la atención de las personas. En este sentido, sería importante indagar sobre las preferencias de los mayores, lo que redundaría en la mejora de la calidad del cuidado y la satisfacción del residente. El proceso de atención mejor aplicado se obtiene combinando los problemas detectados por los cuidadores y las preferencias de los residentes. Así lo demuestran estudios que buscaron identificar las influencias sobre la participación en la actividad entre los adultos mayores que viven en la comunidad y en centros de larga estancia (Weeks et al., 2008). Además, los autores

encontraron que conocer las experiencias pasadas, las transiciones de la vida y las perspectivas hacia el futuro podría ser de gran valía para desarrollar intervenciones y proponer actividades para las PM. Una mayor comprensión de la historia de las PM sería relevante para que las enfermeras ayudaran a aumentar la participación de los mayores en actividades, satisfaciendo así necesidades de confianza y autoestima.

En cuanto a la percepción de los residentes, éstos también apreciaron un entorno seguro con respecto al ambiente, donde poder deambular sin riesgos de caídas. La privacidad fue un aspecto que señalaron como importante, así como también valoraron sentirse activos. Los aspectos psicosociales se identificaron como preponderantes. En este sentido, la satisfacción de necesidades tales como la seguridad y el afecto fueron identificadas en el estudio. De igual manera, la existencia de control y supervisión proporcionaba seguridad a los mayores. Acorde a estos resultados, Nakrem et al. (2011), estudiaron que los residentes manifestaron la importancia que las enfermeras reconocieran sus necesidades individuales, tales como la necesidad de asistencia general y especializada, la promoción de la salud y la prevención de las complicaciones. El cambio de rol de la PM cuando ingresa a un CLE, puede desequilibrar la relación entre autonomía e independencia, con lo cual podrían surgir sentimientos de indignidad y depreciación de su condición social. En concordancia con Nakrem et al. (2011), el bienestar psicosocial en los residentes mayores estaba vinculado con el rol que asumiera el personal de la residencia para ayudarlos a equilibrar la necesidad de contacto social.

Los estudios de Park (2010), revelan que el personal auxiliar mostró bajos niveles de conocimiento en cuanto a la condición e información de la familia del residente comparado con el personal profesional, y que su foco de atención lo constituyeron las

tareas físicas del cuidado, no estableciendo una interacción adecuada con los mayores y/o sus familias. Asimismo, el personal auxiliar presentó mayores niveles de estrés en el cuidado de residentes agresivos, mientras que el personal profesional presentó altos niveles de estrés frente a la insuficiencia de recursos (Park, 2010). La tarea de los cuidadores, de acuerdo a su propia percepción se volvía en ocasiones muy ardua, por el alto nivel de entrega que requería, y por la inexistencia de soporte institucional. Por lo cual, según Özçakar, Kartal, Dirik, Tekin, & Güldal (2012), en la atención directa, donde el factor humano es responsable de la calidad del cuidado, es necesario identificar el estrés y signos de desgaste los cuales deben ser emocionalmente apoyados para buscar soluciones.

Si bien los cuidadores en este estudio entendían que el deber de cuidar estaba implícito en el rol de cuidador, no se identificó si el deber era entendido como la realización exclusiva de determinadas tareas, o si eran actividades consensuadas con los residentes. Los estudios de Abma, Bruijn, Kardol, Schols y Widdershoven (2012), hallaron que en los CLE se desestimaron las preferencias de los residentes, y que además el personal tenía un trato unilateral, siendo que el cuidado debería ser un acuerdo donde participara el residente y el cuidador. El sentido del deber también ha sido descrito en cuidadores informales ante la toma de decisiones sobre la institucionalización de un familiar mayor, donde se identificaron sentimientos de culpa en los cuidadores que no podían continuar con su "deber de cuidado" (Ryan & Scullion, 2000). Aunque el deber no esté claramente explicitado en las investigaciones, de acuerdo a estudios europeos, la comunicación, la creatividad y la comunidad fueron temas que en la percepción de las enfermeras, constituyeron un buen cuidado de enfermería a las personas de edad en las residencias. En esta lógica, el sentido del

cuidado fue interpretado como un proceso de reciprocidad entre los cuidadores, los residentes y otras personas significativas, que se caracterizó por ser valioso para las personas que participaron en el proceso (From et al., 2009). Para ello, la buena atención de enfermería en las residencias requirió de un personal maduro y de profesionales cualificados, capaces de crear reciprocidad en el contexto de la atención de los mayores.

5.2 Vivencia del cuidado

La formación en cuidados a personas mayores tiene escaso apoyo social e institucional en Uruguay hasta el momento. Sin embargo, el Programa Nacional del Adulto Mayor (PRONAM) del Ministerio de Salud Pública del año 2005, plantea entre sus propósitos mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Referente a la situación de los mayores institucionalizados propone mejorar las condiciones de las residencias privadas mediante varias medidas como: la formación continua de sus cuidadores, la asistencia de las PM con valoración geriátrica integral en forma regular desde el primer nivel de atención, la visita domiciliaria, la coordinación con otros actores del sub sistema social para la defensa de los derechos de las PM. No obstante, los resultados encontrados demuestran que aún existen indicadores que evidencian la falta de atención a estos aspectos, al menos en las residencias tomadas para este estudio (MSP, 2005).

Planteando el cuidado como un vínculo que construye relaciones, Zárata (2004) afirma que el cuidado de enfermería que requieren las personas, incluye a quien lo brinda y a quien lo recibe. Se trata de una acción dirigida hacia el interior de las personas, que le dan un significado único y personal. La enfermera que cuida debe

aplicar un juicio clínico, tener destrezas técnicas y conocimientos, pensamiento reflexivo para tomar en cuenta creencias y valores de los destinatarios del cuidado. Sin embargo, se ha encontrado en este estudio una insuficiente dotación de personal de enfermería, predominando cuidadores con bajo nivel educativo, quienes realizaban cuidados directos a los residentes, entre otras tareas. Esto permite reflexionar sobre las políticas sanitarias que constituyen la garantía para que las PM institucionalizados reciban una atención profesional de enfermería.

Ceballos (2010), analiza el cuidado humanizado en la atención a pacientes hospitalizados haciendo énfasis en el problema de la falta de recursos humanos y la excesiva tecnología. También el cuidado humanizado debe estar presente en los cuidadores que atienden a los residentes de los CLE. Para ello, la gestión es el punto de partida para dotar de un equipo de personas seleccionado en base a requisitos que las enfermeras profesionales elaboren en relación al perfil del personal que está siendo requerido. Las residencias gestionadas por personas sin conocimientos enfermeros y con intereses económicos, desestimarían la necesidad de contar con personas idóneas en cuidar y optarían por contratar personal con perfil para tareas domésticas.

Esto podría vincularse con algunas de las situaciones de gran tensión recogidas en este estudio, y relacionadas con la dependencia de los residentes, donde los cuidadores no contaban con las habilidades necesarias para la toma de decisiones. En concordancia, algunos autores sostienen que el progresivo deterioro cognitivo y funcional de los mayores y la aparición de demencia provoca problemas como tensión laboral en los cuidadores, que se agrava con la sobrecarga del cuidado y se relaciona con la baja educación del personal (Edvardsson, Sandman, Nay & Karlsson, 2009).

La complejidad y diversidad de necesidades de las PM institucionalizadas plantea retos a los responsables del cuidado, en particular a los enfermeros y auxiliares en cuanto al cuidado directo. El grado de conocimiento y confianza del personal que brinda cuidados a las personas con deterioro cognitivo y/o demencia debería ser identificado, para aportar a una mayor seguridad, ya que se ha referido que si bien el personal puede tener conocimiento sobre estos problemas, la confianza en el tratamiento de las situaciones relacionadas con estos estados de deterioro es menor (Hughes, Bagley, Reilly, Burns & Challis, 2008). De igual manera, los estudios han identificado que la capacitación puede influir positivamente sobre la certidumbre del personal en el tratamiento asociado con la enfermedad. Igualmente, el conocimiento y la confianza son algunos de los diversos factores que influyen en el rendimiento de cuidador; en este sentido la capacitación y la importancia de un buen ambiente de trabajo facilitarían la formación en el empleo.

Una fuente importante de estrés para los miembros del personal de los centros estudiados, fueron las situaciones repetitivas con las que se encontraron a diario en su rol de cuidador, coincidiendo con los estudios de Donoghue y Castle (2006). La sobrecarga de los cuidadores ha sido expresada entre otras situaciones, ante la diversidad de estados de salud de las personas institucionalizadas, lo que estaría reflejando una dificultad en el manejo de dichas situaciones. Por causa muchas veces de esta sobrecarga, los centros de larga estancia estudiados, tenían dificultad para reclutar y retener personal. Entre las dificultades que enfrentan los cuidadores en CLE se encuentran el control de situaciones resultantes de las demencias: los síntomas neuropsiquiátricos, declinación funcional, déficits cognitivos, deterioro de las habilidades para llevar a cabo la realización de actividades cotidianas (Lyketsos et al.,

2011). Un estudio caso control que midió variables de sobrecarga en cuidadores, identificó mayores índices de ansiedad, depresión, consultas, enfermedades crónicas, y percepción de mala o muy mala salud en el grupo caso, que en el grupo control. Estos hallazgos concluyeron considerar la necesidad de implementar sistemas de ayuda a los cuidadores, que en el caso de las residencias, el fenómeno se ve multiplicado ya que la sub dotación de personal y los malos salarios percibidos potencian la vulnerabilidad a la sobrecarga (Lopez Gil et al., 2009).

El cuidado a mayores con demencia es exigente, y el personal que brinda atención, podría frustrarse y agotarse emocionalmente. Sobre todo cuando predominan aspectos que incluyen agitación y comportamiento disruptivo. Según Helleberg y Hauge (2014), una buena atención hacia este tipo de residentes debería identificar las características personales y el estado del residente, así como sus necesidades, para elegir el momento adecuado para satisfacerlas, así como el tiempo para adaptarse a la sensibilidad de cada PM. De esta manera, el cuidado debería estar realizado por profesionales de salud formados y entrenados, así como orientado a cambiar el estado del residente. Se hace necesario frente a esta realidad, mejorar los cuidados, al tiempo que los cuidadores profesionales tienen la responsabilidad de manejar las complicaciones del deterioro cognitivo. Es necesario definir las estrategias de gestión y mejorar la calidad de la atención así como la calidad de vida para los residentes que sufren demencia (Mulhern et al., 2012), teniendo en cuenta la salud de los profesionales. El contexto de la investigación donde se desarrollaron los cuidados, no ofrecía este tipo de alternativas, sino que convivían en la residencia una amplia gama de situaciones y un único perfil de cuidador.

Si bien en esta investigación no se ha identificado, uno de los condicionantes que se ha vinculado con el estrés y sobrecarga de las enfermeras que trabajan en CLE, ha sido no sólo la atención a los residentes con demencia, sino también aquellas personas mayores con actitudes o conductas desafiantes. Según Schmidt, Dichter, Palm y Hasselhorn (2012), el comportamiento desafiante de los residentes tuvo un impacto significativo y generó angustia en las enfermeras frecuentemente expuestas a estos residentes. Se encontró una menor calidad de salud general, una reducción del presentismo y altos niveles *burnout*. La exposición a estos residentes, según los autores, constituyó un importante estresor laboral para las enfermeras de CLE. Entre la complejidad de situaciones que los cuidadores expresaron, estuvieron los distintos niveles de dependencia y el final de la vida, realidades que demandan un cuidado especializado, y que coincide con los hallazgos de Roscoe y Hyer (2008).

El cuidado a los mayores en estos centros está influido por aspectos organizacionales, así como por los recursos de la residencia. Estas situaciones también suceden en otros países, y son sentidas como sobrecarga por los cuidadores, por la repetición de gran demanda de tiempo y esfuerzo (Jakobsen & Sørli, 2010). En los hallazgos, la falta de recursos humanos supone una falta de tiempo para cumplimentar adecuadamente el cuidado, y predispone al estrés de los cuidadores. De esta manera, los cuidadores se centran en la satisfacción de necesidades básicas fundamentalmente, dejando en un segundo plano otros cuidados que conducen a la dignificación de la persona mayor, como son la participación, la toma de decisiones, que conllevan a aumentar su autoestima. Dichos hallazgos tienen similitud con los estudios de Drageset et al. (2009).

El cuidado de PM es vivido como un llamado, una alternativa de vida, o como la realización de algo bueno para quien lo necesita, lo cual tiene similitud con los estudios de Fejes y Nicoll (2010). Asimismo, otros estudios llevados a cabo en contextos similares, señalan que el cuidado es considerado una actividad profesional donde se instala una relación de complementariedad entre el cuidador y la persona mayor. Del mismo modo, los cuidadores de personas mayores expresaron conceptos sobre el cuidado referidos a una actividad natural, vocacional, y correspondiente al ámbito familiar (Fernandez, Rodriguez & Stolkiner, 2013). Estos hallazgos tienen similitud con los de la presente investigación, donde también surge la concepción de familiaridad en el seno de la residencia. Igualmente, implicaba comprender y contener a las personas mayores. También se identificó que el cuidado hacia los mayores coincidió con aspectos familiares y solidarios, y que en estas relaciones, la atención se correspondió más a la voluntad que a las competencias laborales.

El afecto entre los residentes y cuidadores surgió como una manera de vivenciar el cuidado, donde a través de las emociones se describió el estado de bienestar de los residentes y cuidadores, situación que fue observada y también expresada por los diferentes participantes. Con respecto a ello, Gerritsen, Steverink, Frijters, Ooms & Ribbe (2010), sostienen que los aspectos del bienestar social de las personas mayores institucionalizadas en CLE muchas veces son evaluados según las actividades sociales y las interacciones que realizan. Aunque, la demostración de afecto de los demás hacia los mayores residentes, así como el comportamiento social positivo constituyen otros indicadores de bienestar social. Con respecto a la tarea de cuidar Fernandez et al. (2013), identificaron que para los cuidadores, el cuidado significaba la manifestación de sentimientos y virtudes tales como amor, paciencia e incondicionalidad. En

contraste, el estudio de Timonen y O'Dwyer (2009), reveló que los residentes de CLE tuvieron diversidad de necesidades insatisfechas, no encontradas o no cumplidas por parte de los profesionales que brindaban atención. Estas necesidades no satisfechas fueron de carácter fisiológico. Sin embargo, también se identificó falta de respuesta a las necesidades de seguridad, amor, estima y necesidades de auto realización.

5.3 Mantenimiento del cuidado

En las residencias estudiadas conviven PM con diferentes déficits y grados de complejidad, generando la sensación de caos y frustración en el personal. No obstante, la cohesión entre el personal contribuye a continuar en la atención hacia las personas mayores, conservando un sentido común por el cuidado, expresado en la solidaridad, en el compañerismo, la seguridad y el sentido de pertenencia a través del reconocimiento de su tarea; resultados que concuerdan con los estudios de Jakobsen y Sørлие, (2010). De acuerdo a estos resultados, los pacientes y sus familias consideraron que el reconocimiento de sus tareas, así como el respeto y confianza entre los miembros del equipo de salud, el reconocimiento institucional y la autonomía en el trabajo tenían una influencia positiva sobre los miembros del equipo interdisciplinario. Además, las experiencias de organización del cuidado en equipo contribuyeron a reforzar la confianza, mejorar la autonomía y la solidaridad en el trabajo. También, fueron importantes las expresiones de subjetividad, para proporcionar la satisfacción del cuidado y para mejorar la calidad de los servicios (Jakobsen y Sørлие, 2010).

La institucionalización en un CLE puede afectar negativamente el bienestar del mayor, con todo, las políticas de la institución, los procedimientos y la estructura del ambiente pueden influir de manera positiva en las capacidades físicas y mentales de las personas mayores, como lo afirman Walsh y Waldmann (2008). Las condiciones de trabajo que en esta investigación fueron develadas, podrían afectar la seguridad del residente. En este sentido, los estudios recomiendan modificar la dotación del personal de enfermería (Hyer et al., 2011), como las condiciones de trabajo con el objetivo de mejorar la seguridad del residente y la calidad del cuidado. La capacitación del personal en las áreas de cuidados específicos es una herramienta indispensable para hacer frente a la pluralidad de situaciones que se presentan en las residencias estudiadas. Algunas investigaciones han revelado que los cuidadores sin formación presentaban mayor carga de trabajo que aquellos cuidadores con competencias formales (Engström, Skytt, & Nilsson, 2011). Es igualmente importante el desarrollo de capacidades de liderazgo, comunicación y toma de decisiones que estén respaldadas por la sólida formación y que redunden en el entendimiento de los colectivos asistenciales y en la calidad de cuidados prestados a los mayores (Juthberg et al., 2010).

5.4 Sufrimiento

El envejecimiento puede conducir a la persona a un cambio radical cuando tiene que optar por la institucionalización en una residencia debido a discapacidades o necesidades que no puede satisfacer. Esto conduce a una mayor dependencia de los otros, donde la PM se convierte en expuesto y vulnerable, y de tal modo a un mayor

riesgo de experimentar diferentes formas de sufrimiento (Svanström, Johansson Sundler, Berglund & Westin, 2013).

El grupo de pertenencia que conservan los mayores comprende fundamentalmente la familia allegada y los componentes del hogar familiar. Sin embargo, ocurre que un número de PM son abandonados por sus familiares cercanos sin ninguna explicación, habitualmente en un hospital o residencia, donde ingresa con la justificación de un malestar, dejando al mayor incluso sin documentación para que tarden más en localizarlos (Vidal & Clemente, 1999).

Las relaciones en los centros estudiados se ven afectadas por los aspectos relacionados con el cuidador, la institución, y el residente. Se encontró que el abandono de los residentes mayores por parte de sus familias afectaba a los cuidadores, provocando angustia y frustración. Los cuidadores lograban una identificación emocional con los residentes, produciéndose un grado de empatía inadecuado, donde en lugar de comprender a los residentes, se igualaron con ellos. Según Morse (2001), cuando se evidencia sufrimiento emocional, las personas tienen necesidad de hablar, por lo cual es importante escuchar y responder con empatía. Así, para proporcionar una buena gestión del cuidado es necesario sentir y mostrar preocupación, respeto y atención individualizada.

Los participantes del estudio expresaron consternación ante el recuerdo de vivencias pasadas, lo que desencadenó emociones y amargura. La PM institucionalizada recorre una historia de pérdidas; en primer lugar ha sido desalojado del mundo productivo, comportando una pérdida de rol, como también, ha tenido una disminución de los contactos sociales y de los compromisos afectivos. Durante el proceso de

institucionalización, la PM advierte una despedida de su anterior estilo de vida, renunciando al propio ámbito existencial, emprendiendo una etapa marcada por el aumento de la dependencia, depreciación en la capacidad de autocontrol y alejamiento de la comunidad (Ortega-Quero, 2014). Se identificó que la pérdida de la pareja, en algunos casos, la pérdida de los hijos que partieron antes, e incluso la separación de sus mascotas, generaron dolor en los residentes de estos centros. Coincidiendo con ello, otros estudios hallaron que el vínculo que se genera entre las PM con los animales de compañía puede ser más fuerte y más profundo que en cualquier otro grupo de edad, desarrollando apegos más fuertes hacia las mascotas cuando se encuentran privados de otras relaciones significativas. Para muchas personas mayores, un animal de compañía podría ser la principal fuente de afecto, intimidad, compañerismo y socialización (Sharkin & Knox, 2003). Estos hallazgos también coinciden con los estudios de Gudmannsdottir y Halldorsdottir (2009), donde el sufrimiento existencial estaba precedido de diferentes pérdidas y traumas, como accidentes, pérdida de independencia, salud, vivienda, así como la experiencia de haber sido abandonado. Por otra parte, las pérdidas siguen acumulándose: los seres queridos, frecuentemente, incluyendo a su cónyuge, donde según García (2012), la ausencia de vínculos, podría asociarse a sufrimiento psíquico y a problemas relacionales, como la soledad. Sin embargo, de Guzmán (2012), identificó que los mayores institucionalizados toleraban estas situaciones mediante estrategias de afrontamiento, tales como mantener ocupaciones o actividades que los orientaran a la reflexión.

Algunos cuidadores entrevistados trataron de no involucrarse en el sufrimiento de los residentes para preservar su integridad emocional, presentando formas de escape derivadas en miedo, decepción, impotencia, evitación y no aceptación de la muerte.

Entre otros mecanismos Gama, Barbosa y Vieira (2012), señalaron eludir la visita de las personas al final de la vida, relegarse a sus rutinas, y no compartir sus sentimientos con el equipo. Los cuidadores con más años de experiencia en la tarea fueron capaces de percibir la muerte cercana en los residentes, lo cual coincide con Watson et al. (2006), descubriendo la muerte como un fracaso. Los cambios físicos asociados con la muerte, se han convertido en signos de insuficiencia, en lugar de una parte normal del proceso (Johnson, 2005). La muerte en soledad tenía gran impacto en el personal de estas residencias, lo cual está de acuerdo con las investigaciones de Häggström et al. (2010).

Informar la muerte de un residente a los otros mayores se identificó como una dificultad para los cuidadores y gestores participantes del estudio. Si bien se trataba de un proceso natural, las PM parecían conmoverse ante la idea de morir. El temor de ser “el próximo” surgía en el colectivo de los residentes al dar cuenta de la noticia de un fallecimiento. Comunicar la muerte de un par, a los residentes exigiría conocimientos especiales; en este sentido, la investigación de Rivolta, Rivolta, Garrino y Di Giulio (2014), identificó entre el colectivo de enfermeras profesionales y auxiliares, que la elección de decir la verdad o no, puede estar influida por la solicitud de confirmación de los residentes, y por temor a la muerte, así como por las relaciones entre las PM, las experiencias personales y de grupo. Por otro lado, se identificó la necesidad de compartir sentimientos y la carga de toma de decisiones de cómo actuar en esos casos. Estos hallazgos confirmarían una vez más la necesidad de formación en aspectos vinculados al proceso de envejecer y morir. Los cuidadores de esta investigación eran en su mayoría personas sin capacitación, y asumían cuidados que deberían estar a cargo de profesionales especializados.

Se encontró que el cuidado de personas con enfermedades terminales indicarían que la muerte y el morir crean temor y ansiedad, tal como lo señala Gama et al. (2012). La mejora de la comunicación entre los residentes y la familia, la formación y supervisión del personal, ayudarían a abordar este tema, incluyendo el desarrollo de cuidados paliativos (Wetle, Shield, Teno, Miller, & Welch, 2005). Se hace necesario según Dreyer et al. (2010), la aclaración de cuestiones éticas, en el tratamiento adecuado para aliviar el dolor, partiendo de un proceso que incluya la evaluación de competencias calificadas para la toma de decisiones. Para los cuidadores y gestores de los centros estudiados, el hecho de no comprender el proceso de la muerte, y la falta de equipo multidisciplinario, constituyeron barreras para los cuidados oportunos en la residencia, aspectos que coinciden con Watson et al. (2006). En esta área, para Hov, Hedelin y Athlin (2013), los valores, la lealtad y la preparación profesional son necesarias pero no suficientes, para un buen cuidado al final de la vida, dado que la cultura institucional, la cooperación y la dotación de personal, son elementos fundamentales de una buena atención.

El fenómeno de la institucionalización en la vejez supuso una experiencia traumática y triste para la mayoría de los cuidadores y gestores. El hecho de no querer concebirse como una carga, o visualizarse como un obstáculo del que deshacerse para los propios familiares fue señalado. De esta manera, el ingreso a una residencia, en general, se afrontó con tristeza por parte de los participantes. Los cuidadores entrevistados manifestaron preocupación ante la perspectiva de su propia vejez, sabiendo que la decisión de institucionalizarlos sería tomada por sus hijos o familiares dependiendo del nivel de autonomía que conservaran. Según Noël-Miller (2010), los hijos reducen la posibilidad de que sus padres sean institucionalizados en residencias

existiendo una concordancia de género entre padres e hijos para evitar el ingreso del padre o madre viudo. Según otros autores, los hombres viudos, divorciados o solteros, tenían un riesgo alto de ingreso, al igual que las mujeres que no mantenían al menos un contacto regular con miembros de la familia (Freedman, Berkman, Rapp & Ostfeld, 1994). Asimismo, el riesgo de ingresar a CLE se vinculó también con la limitación de por lo menos tres actividades de la vida diaria, deterioro cognitivo, resultados de un evento accidental como una caída (Gaugler, Duval, Anderson & Kane, 2007). Según Gaugler et al. (2007), el tiempo prolongado en el cuidado de personas mayores tiene un efecto negativo sobre el cuidador y directo sobre la determinación de institucionalización.

5.5 Maltrato

Los cuidadores y gestores expresaron que existieron actitudes de exclusión y marginación hacia las personas mayores por parte de algunos cuidadores y residentes. Si bien rechazaron estas actitudes, surge un contraste con lo que se considera, por parte de los gestores, una falta grave en las residencias, ya que los gestores mencionaron como falta grave, el hecho de recibir gratificaciones económicas por parte de los residentes, el robo y el *maltrato*. La conceptualización de maltrato para los gestores se limitó a formas de maltrato físico y psicológico tales como gritos, golpes, sujeciones de la persona mayor. No surge un concepto de lo que es maltrato institucional y se desconoce la existencia de un reglamento interno para poder comprobar cuáles son las faltas graves. Algunos estudios han puesto de manifiesto que la percepción de lo que constituye el

abuso o maltrato varía a través de culturas y se relaciona con los valores sociales, las tradiciones y las creencias (Nerenberg, 2000).

La discriminación entre las personas mayores dentro de las residencias estudiadas, se expresó como la intolerancia de los residentes hacia aquellos pares con trastornos cognitivos, cuando compartían ambientes o áreas comunes. En este sentido, la discapacidad sensorial que implica un aumento de la desorientación, puede alterar el tipo de relación entre los residentes como lo indican los estudios de Rosen et al. (2008). Del mismo modo, la soledad y los sentimientos de abandono podrían desencadenar la agresión entre compañeros.

La discriminación por parte de los médicos, con respecto a los tratamientos para los mayores en fase terminal, permite la percepción de las desigualdades en el acceso, y es visto por el personal como una falta de compromiso profesional. Sin embargo, de acuerdo con a los estudios de Sorensen e Iedema (2009), los médicos experimentaron ansiedad ante la muerte, y encontraron que los sistemas de organización y relaciones profesionales, no los apoyaron en el alivio de los efectos de su trabajo. Coincidiendo con lo que sugiere Juthberg et al. (2010), la supervisión sobre experiencias y reacciones en situaciones de cuidados específicos, mejoraría la comprensión de las condiciones de otros grupos profesionales.

En ningún caso los informantes se hicieron responsables de actitudes inadecuadas hacia los residentes mayores; esto podría interpretarse que sería más fácil señalar la mala conducta de los demás en lugar de la propia. Los cuidadores de los centros de larga estancia no informaron el abuso, y no se sentían lo suficientemente seguros como para hacer frente a un colega que ha tenido estas conductas. Como sugiere Calcraft

(2005), podría existir temor a ser condenado, o al ostracismo por parte de sus colegas, si denuncian irregularidades. En este sentido, los estudios de Yoshihama y Gillespie (2002), aseveran que los gestores de residencias podrían oponerse a denunciar el maltrato por desconfianza a la publicidad adversa, mientras que el personal temería perder sus puestos de trabajo. En contraste, varios distritos de Estados Unidos, tienen leyes que designan a determinados profesionales como informantes obligatorios de las situaciones de maltrato hacia las PM (Jogerst, Daly, Dawson, Brinig, Schmuck, 2004).

La información obtenida desde los directores de enfermería, administradores y auxiliares, demostró que el abuso en los CLE era una práctica común (Mercer, Heacock & Beck, 1994). Igualmente, McCool, Jogerst, Daly & Xu (2009), explicaron que ante la obligatoriedad de notificación de maltrato, se obtuvieron escasos informes; de esta manera, entre las razones de sub-notificación de estas prácticas, podrían incluirse la sensación de no estar calificado para juzgar una situación de abuso, como también temer a represalias tras el informe. Del mismo modo, siguiendo a estos autores, el personal expresó la necesidad de mayor formación y más claras definiciones de abuso. También expresaron que necesitaban entender el contexto de una situación antes de hacer un informe. En tal sentido, los autores identificaron que la mayoría de las situaciones de maltrato se producían porque el personal era inexperto en el trato con residentes difíciles o con personas con demencia, generando también situaciones donde el personal podría frustrarse y hablar con las PM en un tono abusivo. Por otra parte, los estudios realizados por Malmedal, Hammervold, y Saveman (2014), indicaron que prácticamente, la totalidad de las enfermeras encuestadas en CLE mencionaron haber sido testigos de al menos un acto de cuidado inadecuado, y relataron ser autoras de al menos una práctica de cuidado inadecuado, situación que confirmó que las prácticas

inadecuadas constituyen una práctica habitual en las instituciones de larga estancia. Estos hallazgos están en consonancia con los resultados de la investigación, así como la percepción de responsabilidad no asumida por parte de la institución en preservar la seguridad de los residentes.

El abuso físico aparentó ser la forma más grave de maltrato hacia las PM de las residencias, no obstante otros estudios sobre tratos inadecuados a PM identificaron que el maltrato verbal ocupaba el primer lugar, seguido de maltrato financiero, situando el maltrato físico en último lugar (Laumann, Leitsch, & Waite, 2008). En los centros estudiados no hay referencia en cuanto a la formación del cuidador para impugnar dicha conducta. Si bien los estudios indican que el maltrato físico hacia las PM institucionalizadas comprende traumatismos, restricciones, y el mal uso de los medicamentos (Young, 2014), se identificaron en el presente estudio, además de éstas, otras formas de abuso que se incluyen en esta denominación, como desvestir a los residentes tironeando bruscamente de la ropa. Sin embargo, la coincidencia de las investigaciones al respecto estuvo en la sub-notificación que se tiene de estas prácticas.

El abuso verbal en los CLE estudiados fue manifestado por los informantes en forma de gritos, órdenes y trato áspero. Al respecto, el abuso verbal ha demostrado ser el más fuerte predictor de angustia psicológica entre los mayores (Dong, Simon & Evans, 2012). Según los estudios llevados a cabo por Fulmer, Rodgers y Pelger (2013), las PM que informaron haber sido víctimas de insultos, también presentaron los niveles más altos de depresión y deterioro de la calidad de vida, en comparación con los mayores que indicaron no haber sido maltratados verbalmente. Del mismo modo, Castle (2012), identificó que en la percepción de auxiliares de enfermería, el maltrato

verbal y psicológico, estuvo representado por el comportamiento argumentativo con los residentes, y la intimidación, como prácticas de maltrato más comunes.

Un estudio realizado por Melchiorre, Penhale y Lamura (2014), identificó un mayor riesgo de maltrato psicológico hacia las personas mayores institucionalizadas, seguido por abuso financiero. Asimismo, los altos niveles de sobrecarga del personal se han asociado a la existencia de posibles episodios de abuso, que a menudo permanecen ocultos. En algunos países, se ha comprobado el maltrato institucional mediante el abandono de personas dependientes, la administración de medicamentos caducados y la falta de condiciones higiénicas, representando las formas más comunes de maltrato. Aunque también, fue hallado el uso de restricciones físicas.

Si bien desde los gestores existió preocupación por el comportamiento inadecuado, como la falta de comunicación con los residentes, el robo y el abuso sexual, no se evidenciaron estrategias educativas preventivas de estas conductas, iniciadas por los gestores, excepto una residencia que adoptó la estrategia de video vigilancia para controlar a distancia situaciones no deseadas.

Además en los CLE estudiados, se identificaron conductas de omisión como la denegación de agua y de alimentos, sobre todo en los sectores de PM con alta dependencia. Este tipo de negligencia coincidió con los estudios de Bužgová e Ivanová (2011). En los estudios de Merav y Lowenstein (2010), la negligencia se percibió como un acto de omisión, manifestado en una falta de respuesta a las necesidades de los residentes. Esta conducta fue señalada como habitual, para los cuidadores, no implicando motivos personales o mala intención, ni afectaciones morales. En este sentido, la cultura de la institución tendría un rol preponderante. La falta de

comunicación con los residentes, como forma de ignorar a las PM, excluyéndolos de la comunicación verbal o gestual ha sido considerada una actitud de crueldad dentro de las residencias estudiadas por parte de algunos cuidadores, pudiendo esta falta de vínculos desarrollar relaciones vagas o impersonales, perdiendo de esta manera, las PM su privacidad y autonomía (Rueda Estrada & Martin Martin, 2011). Para Winterstein (2012), la alternativa para conservar un equilibrio entre los dilemas éticos y la realidad negligente sería adoptar una actitud crítica ante este fenómeno.

El abandono también fue evidenciado en este estudio; no solamente del residente, dejando de visitarlo y olvidándolo definitivamente en el CLE, sino previo al ingreso del mayor al CLE, denotando un abandono social en este periodo del ciclo vital. Al respecto, Zhang et al. (2010), encontraron que un elevado número de residentes de CLE fueron abandonados por sus familiares en una o más ocasiones en los últimos 12 meses. Los motivos de abandono de los miembros de la familia se relacionaron con determinadas características de las PM, tales como dependencia funcional en las actividades de la vida diaria y problemas de comportamiento.

El estudio realizado reveló un caso de conducta de abuso sexual hacia una residente dependiente, que fue descrito como la práctica de caricias genitales, a una señora mayor, por parte del cuidador. Según estudios realizados por Rosen, Lachs y Pillemer (2010), el abuso sexual de los mayores institucionalizados se llevó a cabo principalmente por los propios residentes, aunque estas situaciones no fueron referidas en este estudio. Según estos autores, si bien puede existir la necesidad legítima y reconocida de las PM institucionalizadas de expresarse sexualmente, incluso de aquellos residentes con demencia en estadios avanzados, se debería realizar por parte de los profesionales, prevención y tratamiento de las agresiones sexuales en los CLE.

La utilización de la contención física ha sido observada en estos centros, donde los gestores arguyeron que la falta de controles y formación de los cuidadores estaba vinculado a tales conductas, y desaprobaban dichas prácticas. Moore y Haralambous (2007), sostienen que las actitudes del personal podrían determinar el uso de la coerción física. Sin embargo, para Gjerberg, Hem, Forde & Pedersen (2013), los intentos de utilizar estrategias alternativas a la coerción se limitan por los recursos de la residencia, la organización del cuidado, la competencia del personal y el conocimiento del residente. No obstante, algunos autores consideraron que el uso de contenciones eran necesarias para el funcionamiento de los CLE, por lo que el uso de contención física fue considerada por muchos profesionales como una medida necesaria para garantizar la seguridad de PM frágiles (Meyer, Köpke, Haastert & Mühlhauser, 2009). El uso de contención física en PM según Fariña-López (2011), podría conllevar a complicaciones devenida de la inmovilidad prolongada, pudiendo provocar serios efectos adversos y hasta la muerte, según el tipo de sujeción que se utilice. En este sentido el uso seguro de los diferentes dispositivos resulta imprescindible, así como la formación de los cuidadores en ésta área.

Por otra parte, según las investigaciones, las personas que realizaron cuidados directos en CLE para personas mayores, tuvieron altas probabilidades de ser agredidos (Payne & Appel, 2007). Si bien estas situaciones no fueron observadas en este estudio, podría explicar una conducta de resarcimiento por parte de los cuidadores. A pesar de ello, otros estudios realizados en CLE sobre este fenómeno, lograron revelar las relaciones entre la predicción del maltrato y la ubicación geográfica y el tamaño del centro, la edad del personal, el nivel de educación, la satisfacción en el trabajo, así como

conflictos entre los residentes y el personal. De manera que podrían predecir el maltrato y abandono hacia las PM (Malmedal et al., 2014).

En Uruguay, existe una grave ausencia de políticas e intervenciones que podrían ser diseñados para un conjunto específico de circunstancias, ya que hasta el momento, no existen registros de abuso de las personas mayores (MIDES, 2012), si bien, a partir de julio 2013 comenzó a funcionar en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social de este país, el Servicio de Atención a Personas Mayores Víctimas de Abuso y Maltrato Intrafamiliar.

Desde el punto de vista de los gestores de estos centros, no existe un claro concepto de lo que es maltrato hacia los residentes, y hay una falta de conciencia de la efectividad de normas internas para determinar lo que constituye una falta grave.

El marco de referencia de Avedis Donabedian (1966, 1988) se ha ajustado a los resultados de este estudio, en cuanto a que permitió sugerir la necesidad de mejorar las estructuras de los CLE con respecto a la dotación de profesionales y calificaciones formativas específicas para este entorno. En tal sentido, se ha visualizado la necesidad de contar en la plantilla de personal, con profesionales formados en áreas de Geriátrica y Gerontología para el cuidado de PM institucionalizadas. Del mismo modo, el modelo permitió visualizar la necesidad de mejorar los procesos, orientando a las intervenciones de Buenas Prácticas de cuidados a las PM, incluyendo aspectos de las actividades básicas de la vida diaria, de calidad de vida y de apoyo social. Los factores de estructura y proceso influyeron en los resultados, permitiendo reconocer la necesidad de instaurar en los CLE medidas de auditoría externa que evalúen resultados de cuidado como caídas, úlceras por presión, incontinencia, desnutrición,

deshidratación, satisfacción de la persona mayor, de la familia y del cuidador. En esta línea, un estudio realizado por Montoro Rodríguez (2013), mostró que los factores más importantes asociados con la calidad asistencial en las residencias fueron los aspectos del nivel institucional tales como el medio ambiente, la configuración familiar, el número de profesionales, su formación y entrenamiento para combatir el estrés laboral y el grado de conservación laboral. Otros factores encontrados por el mismo autor fueron los indicadores del nivel relacional como la participación y cuidado informal de los familiares. No obstante, los factores asociados al nivel de interacción, como la habilidad de comunicación y conflicto personal, no fueron significativos respecto de la calidad asistencial.

6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio ha tenido limitaciones, entre ellas el impedimento para acceder al único centro socio-sanitario público del país, así como a otros centros de larga estancia de prolongada trayectoria en Uruguay, y a un mayor número de centros de larga estancia de nivel socioeconómico alto. Esta limitación podría implicar una subrepresentación de las percepciones del cuidado y las relaciones instauradas entre cuidadores, residentes y gestores. El hermetismo en torno a las experiencias dentro de las instituciones imposibilitó conocer cuestiones valiosas para mejorar el cuidado de las personas que allí residen. En cuanto a las técnicas de recolección de datos, no todas las entrevistas pudieron ser realizadas en un ambiente distendido; en el transcurso de algunas entrevistas, fue necesario interrumpir la conversación debido a necesidades de los residentes que debían ser cubiertas por el entrevistado, sin embargo las entrevistas se

realizaron en su totalidad. Por otra parte, la falta de autorización para llevar a cabo observación participante en todos los centros, representaba una limitación para conocer profundamente sobre la cultura de las residencias. Esta limitación dificultó dar respuesta a los aspectos culturales de la institución. Debido a la marcada feminización de la tarea, no fue posible entrevistar a hombres cuidadores. Este aspecto pudo dificultar la obtención de una información más amplia y pudieron haber quedado sub-representados algunos de los aspectos analizados. Otro aspecto limitante ha sido el debilitado apoyo para los estudios que se enfocan en esta temática, en cuanto a la falta de financiación de esfuerzos dirigidos hacia el maltrato de PM.

Conclusiones

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL Y PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

Explorar desde la perspectiva de los actores las prácticas de cuidado a personas mayores institucionalizadas en CLE de cuatro ciudades uruguayas fue logrado al haber seleccionado un análisis cualitativo y un enfoque etnográfico.

El enfoque etnográfico de este estudio proporcionó visibilidad de la percepción del cuidado desde la experiencia de los propios actores en los CLE, así como de las relaciones que surgen en el entorno al cuidado de personas mayores. La metodología utilizada contribuyó y fue adecuada para alcanzar los objetivos propuestos.

Asimismo, el enfoque etnográfico, permitió exteriorizar diferentes prácticas de cuidados en las residencias estudiadas, así como el fenómeno del abuso y maltrato hacia las PM, en los CLE uruguayos estudiados.

El marco de referencia de Avedis Donabedian (1966, 1988), utilizado para esta investigación permitió visualizar los elementos de estructura y proceso que influyeron en los resultados, aportando líneas para continuar trabajando en la mejora de la calidad del cuidado. Si bien existieron diferencias en las residencias en base a las características poblacionales, culturales, educativas, el modelo es aplicable en estas condiciones, proporcionando una clara identificación de los factores que pudieran intervenir en el cuidado de personas mayores en CLE.

En relación a los objetivos generales y específicos, los resultados del estudio permitieron concluir que:

Las prácticas de cuidado hacia las PM constituyen un aspecto del proceso salud-enfermedad. Desde del análisis de los discursos de cuidadores, residentes y gestores se evidencia cómo se construye una relación que va más allá de la formación técnica y la capacitación teórica de los cuidadores, originando un hecho social.

Las dificultades de tipo personal que los cuidadores percibieron como inconvenientes en el ejercicio del cuidado óptimo al mayor se conocieron y evidenciaron: con respecto a la percepción del cuidado, los cuidadores, gestores y residentes de CLE percibieron el cuidado a través del significado que le otorgaban, la vivencia que tenían del mismo y los aspectos que hacían que este cuidado se mantuviera en el tiempo. Los cuidadores y gestores entendían que el significado del cuidado debía estar dirigido a la satisfacción de necesidades básicas sobre todo la alimentación y la higiene. Asimismo, los residentes destacaron la satisfacción de la comida recibida y el ambiente limpio.

El reconocimiento por la tarea de cuidar, el deber como condicionante moral para cuidar, el intercambio de afecto y la solidaridad entre pares prevalecieron ante los insuficientes recursos de estructura y proceso de la residencia. El intercambio de afecto fue uno de los aspectos que se destacó en la percepción de cuidado. Los cuidadores y residentes mantenían una relación de cercanía.

Las relaciones de cuidado en los CLE representaron situaciones que afectaban a los cuidadores, gestores y las personas mayores como el abandono de los familiares hacia el mayor, la dependencia, el dolor existencial, la proximidad de la muerte y sobre todo la muerte en soledad. A partir de esto se concluye que la falta de formación del personal sobre del proceso de salud-enfermedad, sobre aspectos vinculados a la declinación funcional, y sobre estrategias de afrontamiento y apoyo emocional,

constituyó una dificultad para que los cuidadores sobrellevaran situaciones difíciles de los residentes y dieran respuesta a necesidades específicas de cuidado. Estas situaciones llevaron a que los cuidadores consideraran incierta la perspectiva de la propia vejez.

El significado que el cuidador otorga a las relaciones que podrían ser percibidas como maltrato, determinando el grado de compromiso que asume en el cuidado de la persona mayor, el cómo y de qué manera se identifica con este problema y cómo lo gestiona en su práctica profesional, quedaron expresadas en múltiples situaciones. Entre las relaciones surgidas en la interacción del cuidado están inmersos el sufrimiento y el maltrato. Se ha identificado maltrato hacia los mayores en todos los tipos definidos. Los cuidadores que manifestaron haber observado actitudes discriminatorias o segregacionistas en otros, no se responsabilizaron de tales actitudes. Los cuidadores repudiaron las actitudes de maltrato hacia los mayores residentes. Los gestores de centros no tenían una clara definición de qué actitudes podrían ser clasificadas como maltrato.

No hay una mención hacia lo que significa negligencia, aunque si se han revelado actos de negligencia. Sería conveniente generar un registro de denuncias en los centros para proveer de datos estadísticos, buscando guiar la toma de decisiones, y para promover planes de educación al personal.

Este estudio proporciona la visibilidad del maltrato en las residencias de Uruguay estudiadas. De igual manera, el sufrimiento está presente en residentes y cuidadores ante situaciones que exceden su capacidad y habilidades para actuar, generando así, inseguridad en los cuidadores.

A partir del análisis de resultados, se proponen las siguientes recomendaciones:

La experiencia y comprensión del cuidado en las residencias manifestada por sus propios actores, aportaría fundamentos a los gestores, educadores y legisladores para mejorar la atención hacia la población de personas mayores institucionalizadas.

Desde la academia podrían adecuarse los programas de Enfermería Geronto-Geriátrica mediante la articulación de la teoría y la práctica teniendo en cuenta estos elementos, promoviendo la participación de las PM institucionalizadas en la toma de decisiones sobre su propio cuidado.

Se impone como compromiso la formación del personal con instancias de debate, así como la investigación en torno al fenómeno de maltrato y sobre las buenas prácticas de cuidado. Dar a conocer a los profesionales, personas participantes en el cuidado, y organismos de decisiones de políticas de salud de estos resultados, coadyuvará a seguir en la línea de mejora de los patrones culturales implícitos que pueden estar incidiendo en la planificación e implementación de los cuidados en estos centros.

Es vital que los gestores promuevan a cuidadores, y demás personas implicadas en el cuidado, a examinar la construcción de su relación con los residentes y lo que expresan sus actitudes. La construcción de una relación profesional en el cuidado al residente es elemental.

El personal auxiliar debería estar liderado por profesionales de enfermería con formación Geronto-Geriátrica, ya que la escasa formación del personal, la falta de controles, la ausencia de certificaciones de calidad, sumado a una normativa insuficiente para las residencias, tienden a perpetuar conductas y cuidados inadecuados para las personas mayores.

Los hallazgos manifiestan situaciones que deben ser atendidas desde la estructura y el proceso, como lo son los recursos humanos en número adecuado y cualificación, la valoración oportuna de los residentes, la búsqueda de solución de problemas y la realización de actividades dirigidas a un plan de cuidados exitoso. Los recursos adecuados para llevar a cabo un cuidado óptimo a los mayores deberían estar provistos y asegurados por la dirección de los centros.

La falta de claridad en cuanto al concepto de maltrato se refleja en los centros estudiados, lo que implica que la asistencia depende en cierta medida de la voluntad de los cuidadores. En este sentido, se evidencia una brecha entre la comprensión teórica del concepto, lo que realmente constituye el maltrato, y cómo identificarlo. La creación de un código de ética obligatorio con recomendaciones para orientar la toma de decisiones se visualiza como esencial para proteger a los mayores de los abusos. Podría ser de ayuda generar un registro de informes oficiales y disponer de los datos para mejorar la práctica. Esto también promovería un compromiso con la formación del personal, y con la investigación en torno a este fenómeno.

Al mismo tiempo, en el final de la vida, las personas mayores podrían beneficiarse con un cuidado compasivo y una escucha atenta para ayudar a morir en paz. Esta consideración es importante para gestores de residencias, y para los responsables de políticas socio-sanitarias, incluyendo la promoción del personal profesional de enfermería en residencias uruguayas. A medida que más y más personas pasan la etapa final de la vida en los CLE, la asignación de recursos para la formación en cuidados al final de la vida será de creciente importancia.

Los alcances del estudio han favorecido diferentes aspectos:

El estudio contribuyó a conocer las residencias para personas mayores “puertas adentro”. Se abordó la dinámica de las relaciones que se establecen en el fenómeno del cuidado. Se logró explorar las prácticas de cuidado que surgen en las residencias para personas mayores en su escenario natural y desde la perspectiva de los cuidadores, gestores y personas mayores residentes.

Habiendo escogido centros muy heterogéneos en cuanto a nivel socioeconómico de los mismos, número de plazas y formación del personal, se puede afirmar que se accedió a las opiniones de diferentes actores, las cuales son suficientes para detectar grandes problemas como el maltrato, la insatisfacción de cuidadores y residentes, y la falta de implicancia familiar en el proceso de envejecer y morir con dignidad.

Esta investigación contribuye además a la reflexión crítica de los encargados de gestionar los CLE, así como de los responsables de legislar en esta área, para mejorar los cuidados hacia las personas mayores. Esta mejora podría realizarse mediante la formación de los cuidadores y la incorporación de profesionales cualificados. Tomar las experiencias internacionales en cuanto al desarrollo de programas educativos orientados a identificar las formas de abuso y maltrato, ayudarían a la toma de conciencia para preservar la seguridad y calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas.

Por otro lado, esta investigación contribuye a la práctica disciplinar enfermera en la apertura de nuevas líneas de investigación en Uruguay, buscando oportunidades para optimizar la calidad del cuidado. Finalmente, es necesario seguir investigando, con una mayor diversidad de población para conocer y comprender más aspectos sobre el cuidado de las personas mayores institucionalizadas.

Referencias

8. REFERENCIAS

- Abma, T., Bruijn, A., Kardol, T., Schols, J., & Widdershoven, G. (2012). Responsibilities in Elderly Care: Mr Powell's Narrative of Duty and Relations. *Bioethics*, 26(1), 22-31. doi:10.1111/j.1467-8519.2011.01898.x
- Amarante, V. (2006) Recursos humanos en el sector salud en el Uruguay. Montevideo Uruguay: Organización para la Salud.
- Acierno, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W., & Kilpatrick, D. G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American journal of public health*, 100(2), 292.
- Arai, H., Ouchi Y., Yokode, M., Ito, H., Uematsu, H., Eto, F.,...Kita, T. (2012) Toward the realization of a better aged society: messages from gerontology and geriatrics. *Geriatrics & Gerontology International* 12(1):16-22.
- Bandera J. (1990). Interacción y elaboración de la identidad de la vejez. *Cuadernos de trabajo social*, 3, 69-91.
- Batthyány, K., Alesina, L., & Brunet, N., (2007). Género y Cuidados Familiares. ¿Quién se hace cargo de los cuidados y la atención de los Adultos Mayores en Montevideo? (Proyecto de Investigación). Universidad de la República Oriental del Uruguay, Facultad de Ciencias Sociales y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
- Beerens, H. C., Zwakhalen, S. M., Verbeek, H., Ruwaard, D. & Hamers, J. P. (2013). Factors associated with quality of life of people with dementia in long-term care facilities: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 50(9), 1259-70.

- Ben Natan, M., Akrish, O., Zaltkina, B., & Noy, R. (2010). Physically restraining elder residents of long-term care facilities from a nurses' perspective. *International Journal Of Nursing Practice*, *16*(5), 499-507. doi:10.1111/j.1440-172X.2010.01875.x
- Bickerstaff, K. A., Grasser, C. M., & McCabe, B. (2003). How elderly nursing home residents transcend losses of later life. *Holistic nursing practice*, *17*(3), 159-165.
- Bužgová, R., & Ivanová, K. (2011). Violation of ethical principles in institutional care for older people. *Nursing ethics*, *18*(1), 64-78.
- Calcraft, R. (2005). Blowing the whistle on abuse. *Working with Older People* *9*(2), 18-21.
- Calderón, C., (2002). Criterios de Calidad en la Investigación Cualitativa en Salud ICS: Apuntes para un debate necesario. *Revista Española Salud Pública* *76* (5): 473-82.
- Capezuti, E., & Hamers, J. H. (2013). Perspectives on how to improve the nursing care of older adults. *International Journal Of Nursing Studies*, *50*(9), 1153-1155. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.06.005
- Carlson, A. L. (2007). Death in the Nursing Home: Resident, Family, and Staff Perspectives. *Journal of Gerontological Nursing* *33*(4), 32-41.
- Castle, N. (2012). Nurse Aides' Reports of Resident Abuse in Nursing Homes. *Journal of Applied Gerontology* *31*(3), 402-22.
- Ceballos, P. A. (2010). Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Ciencia y enfermería*, *16*(1), 31-35.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (2006). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. (Documentos de proyectos no. 13). Santiago de Chile, Chile: Autor CEPAL

- Cuesta-Arzamendi de la, J. L. (2006). *El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico Interdisciplinar*. España, País Vasco: Hurkoa Fundazioa. Instituto Vasco de Criminología.
- Guzman de, A. (2012). Who Says there is No Life After Abandonment? A Grounded Theory on the Coping of Abandoned Filipino Elderly in Nursing Homes. *Educational Gerontology* 38(12), 890 -901.
- Daly, J., & Coffey, A. (2010). Staff perceptions of elder abuse: Joan Daly and Alice Coffey present findings from a study in Ireland that revealed a high level of uncertainty among staff about what constitutes abuse of residents in long-term care. *Nursing older people*, 22(4), 33-37.
- Donabedian, A. (1966) *Evaluating the Quality of Medical Care*. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44:166–203.
- Donabedian A. (1988). The quality of Care. How can it be assessed? *JAMA*. 260(12):1743-1748.
- Dong, X., Simon, M., & Evans, D. (2012). A population-based study of physical function and risk for elder abuse reported to social service agency: Findings from the Chicago Health and Aging Project. *Journal of Applied Gerontology*. doi:10.1177/0733464812459371
- Donoghue, C., & Castle, N. (2006). Voluntary and involuntary nursing home staff turnover. *Research on Aging*, 28 (4), 454-472. doi: 10.1177/0164027505284164
- Drageset J., Egil Eide G., Nyggard H., Bondevik M., Nortvedt M., & Natvig K., G. (2009). The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life

among nursing home residents. A questionnaire survey in Bergen, Norway. *International Journal of Nursing Studies* 46 (1) 65–75.

Dreyer, A., Førde, R., & Nortvedt, P. (2010). Life-prolonging treatment in nursing homes: how do physicians and nurses describe and justify their own practice? *Journal of medical ethics*, 36(7), 396-400.

Dwyer, L., Hansebo, G., Andershed, B., & Ternestedt, B. (2011). Nursing home residents' views on dying and death: Nursing home employee's perspective. *International Journal of Older People Nursing*, 6(4), 251-260. doi:10.1111/j.1748-3743.2010.00237.x

Dwyer, L. L., Andershed, B., Nordenfelt, L., & Ternestedt, B. M. (2009). Dignity as experienced by nursing home staff. *International Journal of Older People Nursing*, 4, 185–93. doi: 10.1111/j.1748-3743.2008.00153.x

European Commission (2008). *European Union Report: Long-term care in the European Union*. Recuperado de at <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=792&langId=en>

Edvardsson, D., Sandman, P. O., Nay, R., & Karlsson, S., (2009). Predictors of job strain in residential dementia care nursing staff. *Journal of Nursing Management*, 17, 59–65. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00891.x

Engström, M., Skytt, B., & Nilsson A. (2011). Working life and stress symptoms among caregivers in elderly care with formal and no formal competence. *Journal of Nursing Management* 19, 732–741.

Consell de treball Econòmic i Social de Catalunya. (2008). *Necessitats de Cura I Atenció a les Persones en Situació de Dependència. Anàlisi de la Demanda Futura*. Barcelona: Autor.

- Fariña-López, E. (2011). Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Revista Española De Geriátría y Gerontología*, 46(1), 36-42.
- Fejes, A., & Nicoll, K. (2010). A vocational calling: exploring a caring technology in elderly care. *Pedagogy, Culture & Society*, 18 (3), 353-70.
- Fernandez, T., Rodriguez, M., & Stolkiner, A. (2013). *Las prácticas de cuidado en la vejez desde la perspectiva relacional: el vínculo entre los cuidadores formales y los adultos mayores*. Conferencia presentada en el V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Freedman, V. A., Berkman, L. F., Rapp, S. R., & Ostfeld, A. M. (1994). Family networks: predictors of nursing home entry. *American Journal of Public Health* 84(5), 843-845.
- From, I., Leksell, J., Marusz, M., Røli, K., Sairanen, R., Schrøder, M., ... Söderhamn, O. (2009). Good nursing care for older nursing home clients in a Nordic context. *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies*, 29(4), 35-37.
- Fulmer, T., Rodgers, R. F., & Pelger, A. (2013). Verbal Mistreatment in the Elderly. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 26(4), 351-64.
- Gama, G., Barbosa, F., & Vieira, M. (2012). Factors influencing nurses' attitudes toward death. *International Journal of Palliative Nursing* 18(6), 267-73.
- García, J. L. (2012). Un perfil de las personas mayores en España, 2012. *Indicadores Estadísticos Básicos*, 131.

- García, S., Rovira, A., & Sammarco, I. (2009). *Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento. Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio*. Montevideo, Uruguay: MIDES
- Garrido, M. A., Jentoft, A. C., Ferrer, J. R. V., Herranz, J. C. A., Marín, N. G. y & de Bernabé, F. A. V. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública*, 76(6), 683-99.
- Gaugler, J., Duval, S., Anderson, K. & Kane, R. (2007). Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. *BMC Geriatrics* 19, 7-13.
- Gerritsen, D. L., Steverink, N., Frijters, D. M., Ooms, M. E., & Ribbe, M. W. (2010). Social well-being and its measurement in the nursing home, the SWON-scale. *Journal Of Clinical Nursing*, 19,(9-10), 1243-1251. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03169.x
- Gjerberg, E., Hem, M. H., Førde, R., & Pedersen, R. (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 20(6), 632-644. doi: 10.1177/0969733012473012
- Glaser, B. G., & Strauss, A.L. (1967). *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.
- Gran, S. V., Festva, G. L. S., & Landmark, B. T. (2010). 'Alone with my pain – it can't be explained, it has to be experienced'. A Norwegian in-depth interview study of pain in nursing home residents. *International Journal of Older People Nursing* 5, 25–33.
- Grupo de Trabajo Interinstitucional (2011). *Avances y desafíos del sistema de cuidados en Uruguay*. (Programa para la cohesión social en América Latina). Recuperado de

<http://es.slideshare.net/EUROsociAL-II/avances-y-desafos-del-sistema-de-cuidados-en-uruguay-17463143>

- Guasch, O. (2002). *Observación Participante. Cuadernos Metodológicos, N. 20*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Gudmannsdottir, G. D. & Halldorsdottir, S. (2009). Primacy of existential pain and suffering in residents in chronic pain in nursing homes: a phenomenological study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23(2), 317–27.
- Guillén, F., Pérez, J. y Petidier, R. (2008). *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico* (pp. 125). Barcelona: Elsevier-Masson.
- Habjanič, A., Saarnio, R., Elo, S., Turk, D., & Isola, A. (2012). Challenges for institutional elder care in Slovenian nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17/18), 2579-89. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.04044.x
- Hägström, E., Mamhidir, A. G., & Kihlgren, A. (2010). Caregivers' strong commitment to their relationship with older people. *International Journal of Nursing Practice* 16(2), 99–105.
- Hao, Q., Wu, S., Ying, L., Luo, L., Dong, D., & Dong, B. (2012). Current dilemmas of nursing homes in Chengdu: a cross-sectional survey. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(4), 406.e 9-12. doi:10.1016/j.jamda.2011.08.002
- Heliker, D. (2009). Enhancing relationships in long-term care through Story Sharing. *Journal Of Gerontological Nursing*, 35(6), 43-49. doi:10.3928/00989134-20090428-04

- Helleberg K. M., & Hauge S. (2014). "Like a dance": performing good care for persons with dementia living in institutions. *Nursing Research and Practice*, 2014. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4199078/>
- Hirdes, J. P., Mitchell, L., Maxwell, C. J., & White, N. (2011). Beyond the 'iron lungs of gerontology': Using evidence to shape the future of nursing homes in Canada. *Canadian Journal on Aging*, 30(3), 371-390. doi:10.1017/S0714980811000304
- Hirst, S. P. (2002). Defining Resident Abuse within the Culture of Long Term Care Institutions. *Clinical Nursing Research* 11(3), 267-84.
- Holmberg, M., Valmari, G., & Lundgren, S. M. (2012). Patients experiences of homecare nursing: balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 26(4), 705-712. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.00983.x
- Houde, S., & Melillo, K. (2009). Caring for an aging population: review of policy initiatives. *Journal of Gerontological Nursing*, 35(12), 8-13. doi:10.3928/00989134-20091103-04
- Hov, R., Hedelin, B., & Athlin, E. (2013). Nursing care for patients on the edge of life in nursing homes: obstacles are overshadowing opportunities. *International Journal of Older People Nursing* 8, 50–60.
- Hsieh, H. F., Wang, J., Yen M., & Liu, T. (2009). Educational support group in changing caregivers' psychological elder abuse behavior toward caring for institutionalized elders. *Advanced Health Sic Educe Theory Pact*, 4(3):377-86.

- Huenchuan S. (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Santiago de Chile, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Huenchuan, S. (2013). *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. La hora de avanzar hacia la igualdad*. Santiago de Chile, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Hughes, J., Bagley, H., Reilly, S., Burns, A., & Challis, D. (2008). Care staff working with people with dementia: training, knowledge and confidence. *Dementia*, 7(2), 227-238.
- Hughes, K., & Moore, S. (2012). Quality of life versus quality of care: Elderly people and their experience of care in South Australian residential facilities. *Practice: Social Work in Action*, 24(5), 275-285. doi:10.1080/09503153.2012.740451
- Hyer, K., Thomas, K. S., Branch, L. B., Harman, J. S., Johnson, C. E., & Weech-Maldonado, R., (2011). The influence of nurse staffing levels on quality of care in nursing homes. *The Gerontologist*, 51(5), 610-16.
- Instituto Nacional del Adulto Mayor. Ley 18.617 (2009). Recuperado de <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18617&Anchor=>
- Instituto Nacional de Estadística (2011). *Uruguay en cifras 2011*. Recuperado de <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/uruguayencifras2011/uruguay%20en%20cifras%202011.asp>
- Isetts, B. J., Brummel, A.R., Oliveira de, D.R. & , Moen, D. W. (2012). Managing Drug-Related Morbidity and Mortality in the patient – centered medical home. *Med Care*, 50(11):997-1001. doi: 10.1097/MLR.0b013e31826ecf9a.

- Jakobsen, R., & Sørli, V. (2010). Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers. *Nursing Ethics: An International Journal for Health Care Professionals*, 17(3), 289-300.
- Jogerst, G. J., Daly, J. M., Dawson, J. D., Brinig, M. F., & Schmuck, G. A. (2004). Required elder abuse education for Iowa mandatory reporters. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 15(1), 59-73.
- Johnson, S. H. (2005). Making Room for Dying: End of Life Care in Nursing Homes. *The Hastings Center Report* 35 (6), 37- 41.
- Juthberg, C., Eriksson, S., Norberg, A., & Sundin, K., (2010). Perceptions of conscience, stress of conscience and burnout among nursing staff in residential elder care. *Journal Of Advanced Nursing*, 66(8), 1708-1718. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05288.x
- Kessel Sardiñas, H., Marín Gámez, N., Maturana Navarrete, N., Castañeda Fábrega, I., Pageo Giménez, M. M, & Larrión Zugasti, J. L. (1996). Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 31 (6):367-372.
- Kim, N., Hoyek, G., & Chau, D. (2011). Long-term care of the aging population with intellectual and developmental disabilities. *Clinics in Geriatric Medicine*, 27(2), 291-300. doi:10.1016/j.cger.2011.02.003
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (Publicación Científico y Técnica No 588). Washington, DC: Organización Mundial de la Salud.
- Kwiatkowski, B. (2011). Effects on careers caring for residents who are limited in their everyday capabilities. A comparison of several measuring points in a pilot study. *Pflege Zeitschrift*, 64(5), 286-290.

- Lachs, M.S., & Pillermer K. (2004). Elder abuse. *Lancet*, 364:1263-1267
- Laumann, E. O., Leitsch, S. A., & Waite, L. J. (2008). Elder mistreatment in the United States: Prevalence estimates from a nationally representative study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(4), S248–S254. doi:63/4/S248[pii]
- Leclerc, B., Lessard, S., Bechenec, C., Le Gal, E., Benoit, S., & Bellerose, L. (2014). Attitudes toward Death, Dying, End-of-Life Palliative Care, and Interdisciplinary Practice in Long Term Care Workers. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(3), 207-213. doi:10.1016/j.jamda.2013.11.017
- Ley de Residencias Médicas 18.459 (2009). Recuperado de <http://docs.uruguay.justia.com/nacionales/leyes/ley-18459>
- Lyketsos, G. C., Weiller, E., Katona, C. & Gorwood, P. (2011). Are Old-Old patients with major depression more likely to relapse than young-old patients during continuation treatment with escitalopram? *BMC Geriatrics* 11:2 doi:10.1186/1471-2318-11-2
- Liu, Y. E., Norman, I. J., & While, A. E. (2013). Nurses' attitudes towards older people: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 50(9), 1271-1282.
- López Gil, M. J., Orueta Sanchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez Oropesa, A., Carmona de la Morena, J. & Alonso Moreno, F. J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica Medicina Familiar*, 2 (7), 332-334.
- Lowson, E., Hanratty, B., Holmes, L., Addington-Hall, J., Grande, G., Payne, S., & Seymour, J. (2013). From 'conductor' to 'second fiddle': Older adult care recipients' perspectives on

transitions in family caring at hospital admission. *International journal of nursing studies*, 50(9), 1197-1205.

Lutfiyya M. N., Gessert C. E., & Lipsky M. S. (2013). Nursing home quality: A comparative analysis using nursing home compares data to examine differences between rural and nonrural facilities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14 (8), 593-598.

Malmedal, W., Hammervold, R., & Saveman, B. (2014). The dark side of Norwegian nursing homes: factors influencing inadequate care. *Journal Of Adult Protection*, 16(3), 133-151. doi:10.1108/JAP-02-2013-0004

Marques, F. (11 agosto 2012). Qué Pasa. El ultimo techo. *El País Digital*. Recuperado de http://www.elpais.com.uy/Suple/QuePasa/12/08/11/quepasa_656740.asp

Mayan, M. (2001). *Una introducción a los Métodos Cualitativos: Módulo de Entrenamiento para Estudiantes y Profesionales*. Canadá: Universidad de Alberta.

McCool, J. J., Jogerst, G. J., Daly, J. M., & Xu, Y. (2009). Multidisciplinary reports of nursing home mistreatment. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(3), 174-180.

McGilton, K., Tourangeau, A., Kavcic, C., & Wodchis, W. (2013). Determinants of regulated nurses' intention to stay in long-term care homes. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 771-81. doi:10.1111/jonm.12130

Medical Subject Headings (1992). Caregivers. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=caregiver>

- Melchiorre, M., Penhale, B., & Lamura, G. (2014). Understanding Elder Abuse in Italy: Perception and Prevalence, Types and Risk Factors From a Review of the Literature. *Educational Gerontology, 40*(12), 909-931. doi:10.1080/03601277.2014.912839
- Meray, B. N., & Lowenstein, A. (2010). Study of factors that affect abuse of older people in nursing homes. *Nurs Manag 17*(8):4-20
- Mercer, S. O., Heacock, P., & Beck, C. K. (1994). Nurse's aides in nursing homes: Perceptions of training, work loads, racism, and abuse issues. *Journal of Gerontological Social Work, 21*(1-2), 95-112.
- Meyer, G., Köpke, S., Haastert, B., & Mühlhauser, I. (2009). Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing, 18*(7), 981-990.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2012). Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2013-2015. Montevideo, Uruguay: Autor
- Ministerio de Salud Pública. (2005) Programa del Adulto Mayor. Recuperado de http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Programa_Adulto_Mayor%5B1%5D.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2010) La Formación de Posgrados de Medicina en Uruguay División Recursos Humanos del SNIS. Recuperado de http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/La_Formaci%C3%B3n_de_Posgrados_de_Medicina_en_Uruguay.pdf
- Ministerios de Salud Pública & Facultad de Enfermería (2014). Datos Generales del Censo Nacional de Enfermería 2013. *Trabajo presentado en las Terceras Jornadas de Recursos Humanos del SNIS*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/28_Censo%20Enfermer%C3%ADa_Sergio%20N%C3%BA%3%B1ez.pdf

- Molero, M., Pérez-Fuentes, M., Gázquez, J. J., & Mercader, I. (2013). Construcción y validación inicial de un cuestionario para evaluar la Calidad de Vida en mayores institucionalizados. *European Journal of investigation in health, psychology and education*, 2(2), 53-65.
- Molina, C., Meléndez, J. C., & Navarro, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 24, 312-19.
- Montoro Rodríguez, J. (2013). Factores determinantes de la calidad del cuidado asistencial institucional a personas mayores y/o con discapacidad. *Papers* 57, 89-112.
- Moore, K., & Haralambous, B. (2007). Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities *Journal of Advanced Nursing*, 58(6):532-540.
- Morley, J. (2010). Clinical practice in nursing homes as a key for progress. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14(7), 586-593.
- Morse, J. (2001). Toward a Praxis Theory of Suffering. *Advances in Nursing Sciences* 24(1), 47-59
- Mulhern, B., Rowen, D., Jacoby, A., Marson, T., Snape, D., Hughes, D., ... Brazier, J. E. (2012). The development of a QALY measure for epilepsy: NEWQOL-6D. *Epilepsy & Behavior*, 24(1), 36-43. doi:10.1016/j.yebeh.2012.02.025
- Muñoz, J. (2006) *La Relación entre la Incapacidad y el Maltrato a Personas Mayores*. (Tesis de doctorado). Universidad Internacional de Catalunya, Barcelona, España.

- Nakrem, S., Vinsnes, A. G., & Seim, A., (2011). Residents' experiences of interpersonal factors in nursing home care: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(11):1357-1366.
- National Academies of Sciences (2002). *Elder abuse: abuse, neglect, and exploitation in an aging America*. Washington DC: Autor
- Nerenberg, L. (2000). Developing a service response to elder abuse. *Generations* 2, 86–92.
- Neville, C., Dickie, R., & Goetz, S. (2014). What's Stopping a Career in Gerontological Nursing? Literature Review. *Journal of Gerontological Nursing*, 40(1), 18-27. doi:10.3928/00989134-20131126-02
- Nicholson, C., Meyer, J., Flatley, M., & Holman, C. (2013). The experience of living at home with frailty in old age: a psychosocial qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(9), 1172 – 1179.
- Nieboer, A. P., Koolman, X., & Stolk, E. A. (2010). Preferences for long-term care services: Willingness to pay estimates derived from a discrete choice experiment. *Social Science & Medicine*, 70(9), 1317-1325. doi:10.1016/j.socscimed.2009.12.027
- Noël-Miller, C. (2010). Spousal loss, children, and the risk of nursing home admission. *The Journals of Gerontology* 65B (3), 370-80.
- Onder, G., Liperoti, R., Fialova, D., Topinkova, E., Tosato, M., Danese, P., ... Landi, F. (2012). Polypharmacy in nursing home in Europe: results from the SHELTER study. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*, 67(6), 698-704.
- Onder, G., Liperoti, R., Foebel, A., Fialova, D., Topinkova, E., van der Roest, H. G.,... Bernabei, R. (2013). Polypharmacy and Mortality Among Nursing Home Residents With

Advanced Cognitive Impairment: Results From the Shelter Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(6), 450.e7-450.e12. doi:10.1016/j.jamda.2013.03.014

Organización Iberoamericana de Seguridad Social & Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España (2006). *Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países Iberoamericanos. Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur. Apuntes para un diagnóstico*. España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España.

Organización Mundial de la Salud (1998). La vida en el Siglo XXI. Recuperado de <http://www.who.int/whr/1998/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2011). La salud de los adultos mayores: una visión compartida. (2ª Ed.). Washington D.C.: Autor

Ortega-Quero, R. (2014). *Dependencia y mayores: la realidad de la integración social de las personas mayores dependientes en instituciones. Investigación en la aplicación de la ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. (Tesis de grado). Departamento de Psicología, Universidad de Jaen, España. Recuperado de <http://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/657>

Özçakar, N., Kartal, M., Dirik, G., Tekin, N., & Güldal, D. (2012) Burnout and relevant factors in nursing staff: What affects the staff working in an elderly nursing home?, *Turkish Journal of Geriatrics*, 15 (3), 266-272.

Paraponaris, A., Davin, B., & Verger, P. (2012). Formal and informal care for disabled elderly living in the community: An appraisal of French care composition and costs. *The European Journal of Health Economics*, 13(3), 327-36. doi:10.1007/s10198-011-0305-3

- Paredes, M., Ciarniello, M., & Brunet, N. (2010). *Indicadores Sociodemográficos de Envejecimiento y Vejez en el Uruguay: Una perspectiva comparada en el Contexto Latinoamericano*. Montevideo, Uruguay: Lucida Ediciones.
- Park, M. (2010). Nursing Staff Stress From Caregiving and Attitudes Toward Family Members of Nursing Home Residents With Dementia in Korea. *Asian Nursing Research* 4(3):130-141.
- Payne, B. K. & Appel, J. K. (2007). Workplace violence and worker injury in elderly care settings: Reflective of a setting vulnerable to elder abuse. *Journal Aggression, Maltreatment & Trauma*, 14 (4), 439-459.
- Política General en materia de ancianidad, Ley 17.066 (1999). Recuperado de <http://www.uruguayaccesible.com.uy/wp-content/uploads/2010/12/Ley-N%C2%BA-17.066-POLITICA-GENERAL-EN-MATERIA-DE-ANCIANIDAD.pdf>
- Presse, N., & Ferland, G. (2010). Risk factors contributing to insufficient water intake in elderly living in nursing homes and long-term care units: a review of the literature. *Canadian Journal Of Dietetic Practice And Research: A Publication Of Dietitians Of Canada*, 71(4), e94-e99.
- Purcallas, D., & Rígoli, F. (2006) *Enfoque y perspectivas de Políticas de Recursos Humanos en Salud*. Washington, DC: Organización para la Salud-Organización Mundial de la Salud
- Rees, J., King, L. & Schmitz, K. (2009) Nurses' perceptions of ethical issues in the care of older people. *Nursing Ethics* 16(4), 436-52

- Reid, C., Bloor, S., Gibbins, J., Burcombe, M., McCoubrie, R., & Forbes, K. (2012). Healthcare professionals' views on factors influencing end-of-life care in hospitals. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2, A26-A27.
- Reyes de los, M. C. (2001). *Construyendo el concepto cuidador de ancianos*. Comunicación presentada en la IV Reunión de Antropología de Mercosur. Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur. Curitiba, Brasil
- Rivolta, M. M., Rivolta, L., Garrino, L., & Di Giulio, P. (2014). Communication of the death of a patient in hospices and nursing homes: A qualitative study. *European Journal Of Oncology Nursing*, 18(1), 29-34. doi:10.1016/j.ejon.2013.09.012
- Rodés, J., Piqué J. M., & Trilla, A. (2007). Libro de la Salud del Hospital Clinic de Barcelona y La Fundación BBVA. Bilbao: Fundación BBVA.
- Rodríguez, F. & Rossel, C. (2009). Panorama del Envejecimiento en Uruguay. Montevideo: Universidad Católica del Uruguay, IPES, UNFPA.
- Rooij de, A. M., Luijkx, K. G., Declercq, A. G., Emmerink, P. J., & Schols, J. A. (2012). Professional Caregivers' Mental Health Problems and Burnout in Small-Scale and Traditional Long Term Care Settings for Elderly People With Dementia in The Netherlands and Belgium. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(5), 486.e7-486.e11. doi:10.1016/j.jamda.2012.01.001
- Roscoe, L. A., & Hyer, K. (2008). Quality of Life at the End of Life for Nursing Home Residents: Perceptions of Hospice and Nursing Home Staff Members. *J Pain Symptom Manage*, 35(1):1-9.

- Rosen, T., Lachs, M., Bharucha, A., Stevens, SM., Teresi, J. A., Nebres, F., & Pillemer, K. (2008). Resident-to-Resident Aggression in Long-Term Care Facilities: Insights from Focus Groups of Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society* 56(8), 1398–1408.
- Rosen, T., Lachs, M. S., & Pillemer, K. (2010). Sexual Aggression between Residents in Nursing Homes: Literature Synthesis of an under recognized Problem. *Journal of the American Geriatrics Society* 58, 1970–79.
- Rueda Estrada, J. D., & Martín Martín, F. J. (2011). El maltrato a personas mayores: instrumentos para la detección del maltrato institucional. *ALTERNATIVAS*, 18, 7-33.
- Ruiz, O. J. (2009). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- Ryan, A., & Scullion, H. (2000). Nursing home placement: an exploration of the experiences of family caregivers. *Journal Of Advanced Nursing*, 32(5), 1187-1195. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01589.x
- Santarsiero, L. H. (2011). Necesidades, bienestar e intervención social del Estado ejes del debate conceptual para el desarrollo de políticas sociales. *Enfoques: Revista de la Universidad Adventista del Plata*, 1, 23-44.
- Scott, A., Ryan, A., James, I., & Mitchell, E. A. (2011). Perceptions and implications of violence from care home residents with dementia: A review and commentary. *International Journal of Older People Nursing*, 6(2), 110-122. doi:10.1111/j.1748-3743.2010.00226.x

- Schmidt, S., Dichter, M., Palm, R., & Hasselhorn, H. (2012). Distress experienced by nurses in response to the challenging behavior of residents - evidence from German nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(21/22), 3134-3142. doi:10.1111/jocn.12066
- Sharkin, B. S., & Knox, D. (2003). Pet loss: Issues and implications for the psychologist. *Professional Psychology: Research And Practice*, *34*(4), 414-421. doi:10.1037/0735-7028.34.4.414
- Sherwin, S., & Winsby, M. (2011). A relational perspective on autonomy for older adults residing in nursing homes. *Health Expectations*, *14*(2),182-190. doi:10.1111/j.1369-7625.2010.00638.x
- Sindicato Médico del Uruguay. (2010) Demografía Médica en el Uruguay. Recuperado de <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/demografia.html>
- Smith, M. K., Davis, B. H., Blowers, A., Shenk, D., Jackson, K., & Kalaw, K. (2010). Twelve important minutes: introducing enhanced online materials about elder abuse to nursing assistants. *Journal of continuing education in nursing*, *41*(6), 281-288.
- Sorensen, R., & Iedema, R. (2009). "Emotional labour: clinicians' attitudes to death and dying". *Journal of Health Organization and Management* *23*(1), 5 – 22.
- Street A. (2001) Constructions of dignity in end-of-life care. *Journal of Palliative Care* *17*, 93–101.
- Svanström, R., Johansson Sundler, A., Berglund, M., & Westin, L. (2013). Suffering caused by care-elderly patients' experiences in community care. *International Journal Of Qualitative Studies On Health And Well-Being*, 820603. doi:10.3402/qhw.v8i0.20603

- Taylor, S., J. & Bogdan, R., (2009). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Tobío, C., Agulló, M., Gómez, M., & Martín T., 2010. *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Barcelona: Fundación “la Caixa”.
- Timonen, V. & O'Dwyer, C. (2009). Living in institucional care: Residents' experiencias and coping strategies. *Social Work in Health Care*, 48(6), 597-613.
doi:10.1080/00981380902791267
- Urra, E., Jana, A., & García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 11-22.
- Valderrama H., (1997). *Manual argentino para el cuidado de persona mayores*. Santa Fe: Lux.
- Vidal, M. Á., & Clemente, M. (1999). Familia y tercera edad: variables predictoras del abandono del anciano. *Estudios Interdisciplinarios sobre o Envelhecimento*, 2, 49-65.
- Wagenaar, D. B., Rosenbaum, R., Page, C. & Herman, S. (2010). Primary care physicians and elder abuse: current attitudes and practices. *Journal of the American Osteopathic Association*, 110(12), 703-711.
- Walsh, K. M., & Waldmann, T. (2008). The influence of nursing home residency on the capacities of low-dependency older adults. *Aging Ment Health*, 12(5), 528-535.
- Watson, J. (1988). *Cuidado humano en enfermería. Enfermería: ciencia humana y cuidado humano. Una teoría de Enfermería*. NY: National League for Nursing.
- Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: curative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(1), 129-135.

- Watson, J., Hockley, J., & Dewar, B. (2006). Barriers to implementing an integrated care pathway for the last days of life in nursing homes. *International Journal Palliative Nursing* 12(5), 234-40.
- Watts, J. H. (2011). Ethical and practical challenges of participant observation in sensitive health research. *International Journal of Social Research Methodology*, 14(4), 301-312.
- Weaver, F., Stearns, S. C., Norton, E. C., & Spector, W. (2009). Proximity to death and participation in the long-term care market. *Health Economics*, 18(8), 867-883. doi:10.1002/hec.1409
- Weeks, L. E., Profit, S., Campbell, B., Graham, H., Chircop, A., & Sheppard-LeMoine, D. (2008). Participation in physical activity: Influences reported by seniors in the community and in long-term care facilities. *Journal of Gerontologist Nursing* 34(7), 36-43.
- Wetle, T., Shield, R., Teno, J., Miller, S. C., & Welch, L. (2005) Family perspectives on end-of-life care experiences in nursing homes. *The Gerontologist* 45(5): 642–50
- Winterstein, T.B. (2012). Nurses' Experiences of the Encounter with Elder Neglect. *Journal of Nursing Scholarship* 44, 55–62.
- Yoshihama, M. & Gillespie, B. (2002). Age adjustment and recall bias in the analysis of domestic violence data: Methodological improvement through the application of survival analysis methos. *Journal of Family Violence*, 17 (13), 199-221.
- Young, L. M. (2014). Elder Physical Abuse. *Clinics in Geriatric Medicine*. 30(4), 761–768

- Zabalegui, A. (2008). La familia, paradigma de cambio social. Trabajo presentado en el Congreso Internacional sobre Familia y Sociedad. Univeritat Internacional de Catalunya. Barcelona, España.
- Zhang, Z., Schiamberg, L. B., Oehmke, J., Barboza, G. E., Griffore, R. J., Post, L. A., ... Mastin, T. (2010). Neglect of older adults in Michigan nursing homes. *Journal of elder abuse & neglect*, 23(1), 58-74.
- Zarate, R. A. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index de Enfermería*, 13,(44-45), 42-46.
- Zolotow, D., Reyes de los, M. C., & Buzeki M. (2001). Cuidadores formales e institucionalización de larga estadía para personas mayores. Ponencia en el VIII Seminario Internacional de Atención al Persona mayor. Centro Iberoamericano de la Tercera Edad y III Congreso de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Gerontología y Geriatria "Cuidados a largo plazo". La Habana, Cuba.

Anexos

Anexo I Certificados de aprobación
Comité de Ética e Investigación



Dña. Neus Riba, del Servicio de Farmacología Clínica del Hospital Clínic de Barcelona y Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC)

CERTIFICA:

Que el Comité Ético de Investigación Clínica, según consta en el acta de la reunión celebrada en el día de hoy, ha analizado el proyecto de investigación titulado:

Prácticas de cuidado y percepción de maltrato en personas mayores institucionalizadas.

cuyo investigador principal es la Sra. **Figueredo Borda, Natalie** del Servicio de **Dirección de Enfermería** entendiendo que dicho estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en este Centro, y, por tanto, ha decidido su aprobación.

Lo que firmo en Barcelona, a 12/04/2012



UIP - 0-304317/1

C/4.852



HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA
Villarroca, 170 - 08036 Barcelona (España)
Tel. 93 227 54 00 Fax 93 227 54 54
www.hospitalclinic.org

Registro: 2012 / 7470



Facultad de Enfermería y
Tecnologías de la Salud



COMITÉ DE ÉTICA ASESOR DE FACULTAD

El Comité de Ética Asesor de la Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud de la Universidad Católica del Uruguay certifica que el proyecto de investigación titulado "Percepción de las relaciones y prácticas de cuidado entre cuidadores y adultos mayores en centros de larga estancia", cuya investigadora responsable es la Prof. Natalie Figueredo Borda, cumple con los requisitos establecidos, evaluando los aspectos que al nivel de este comité corresponden y adhiriendo al dictamen emitido por el Comité de Ética de la Universidad de Barcelona, España.

Se emite este documento en Montevideo, a los 11 días del mes de mayo del 2012.

Handwritten signature of Lic. Ana M. García.

Lic. Ana M. García

Handwritten signature of Dr. Augusto H. Ferreira, Ph. D.

Dr. Augusto H. Ferreira, Ph. D.

Por Comité de Ética Asesor de Facultad

Comité de Ética Asesor de Facultad
enfermeria@ucu.edu.uy
Montevideo, Uruguay

*Anexo II Guión orientativo de
entrevista*

Guion de entrevista a cuidadores de personas mayores

¿De qué forma se vinculó con el Centro?

¿Antes de trabajar aquí había tenido que cuidar a alguna persona?

¿Qué tareas desempeña en el Centro?

¿Cómo vive la relación con las personas mayores?

¿Qué significa para usted trabajar con mayores?

¿Cómo describiría a las personas mayores residentes, “son parecidas”? ¿Qué cuidados necesitan? ¿Todos reciben el mismo tratamiento?

Podría describir cómo es el clima de trabajo en su Centro.

Cuénteme cómo es la relación con sus superiores.

Cuénteme como es la relación con el resto del equipo que trabaja aquí.

¿Ha pensado alguna vez en su vejez, cómo le gustaría que lo cuidaran?

Guion para la entrevista a Gestores de CLE

¿Desde cuándo está trabajando en el Centro?

¿Cómo se inició en este trabajo?

¿Cuál es la misión y visión de su Centro?

¿Qué cantidad de plazas tiene el Centro?

¿De qué manera se recluta o selecciona al personal?

¿Las personas reciben algún tipo de formación?

¿Cómo es el régimen de trabajo y descanso?

¿Cómo percibe el cuidado de los mayores?

En cuanto al reglamento interno del Centro, ¿qué se considera falta grave?

Guion para la entrevista a residentes

¿Desde cuándo está en este Centro?

¿Cómo lo conoció y decidió venir a vivir aquí?

¿Cómo es la vida, su vida aquí?

¿Y con respecto a su vida anterior, qué le parece?

¿Ha hecho nuevas amistades aquí?

Hábleme de las personas que aquí trabajan

¿Qué aspectos destacaría en la relación con las personas que le ayudan?

Anexo III Documentos entregados a los participantes

- Carta para Centros de Larga Estancia
- Consentimiento Informado
- Cuestionario socio-demográfico

Carta para Centros de Larga Estancia

Centro.....

Sr. Director.....

Presente

De mi consideración:

Me pongo en contacto con usted para solicitar su contribución en la investigación que estoy realizando para mi Tesis doctoral en la Universidad de Barcelona: *“Prácticas de Cuidado y Percepciones de Maltrato en Personas Mayores Institucionalizadas”*.

Los estudios sobre las personas mayores son muy recientes en nuestro país, por lo cual los aportes que arroje este estudio estarán orientando a mejorar los aspectos del cuidado. Es por este motivo que solicitamos su valiosa colaboración.

Los objetivos específicos de este proyecto son los siguientes:

- Describir la cultura de la comunidad de las residencias para adultos mayores en un país envejecido, y con una regulación muy reciente de este tipo de establecimientos.
- Reflexionar sobre los actores y las diferentes formas de relación; comprender que las situaciones de cotidianidad revelan muchas de las representaciones con las cuales la residencia funciona.

- Describir el significado que el cuidador otorga a las relaciones de cuidado; determinar el grado de compromiso que asume en el cuidado de la persona mayor; cómo y de qué manera se identifica con este tema y cómo lo gestiona en su práctica profesional.

Para alcanzar estos objetivos me propongo realizar entrevistas, observación de la actividad de los cuidadores y profesionales en el contexto donde se lleva a cabo.

Como usted estará informado, la observación es una técnica de recogida de información muy valiosa en la investigación cualitativa. En este proyecto la observación será llevada por mí en el servicio, acordado previamente con la persona que usted asigne, mediante visita con frecuencia de dos encuentros mensuales. Mediante esta actividad me propongo describir la manera en que transcurren las relaciones cotidianas relativas al cuidado de los adultos mayores, entre éstos y sus cuidadores.

Asimismo la colaboración que le solicito, requiere su participación en 1 o 2 entrevistas, las cuales han de ser audio grabadas, a lo largo del periodo de recogida de información. De la misma forma, sería un gran beneficio tener el consentimiento para acceder a la observación de la práctica de cuidados por los diferentes profesionales.

Para la aceptación de esta solicitud, usted tendrá la seguridad que toda la información que pueda aportar como entrevistado, o la que proceda de su centro de trabajo obtenida a través de la observación o proporcionada por alguno de sus residentes y trabajadores/profesionales, es **ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAL**. El acceso a su identidad y a la de su centro lo tendrá únicamente la investigadora, la cual está

protegida por la legislación vigente y los principios éticos que rigen la actividad investigadora. Sus datos personales permanecerán custodiados bajo llave, hasta su destrucción, una vez finalizado el estudio, siguiendo la normativa legal existente. Usted tendrá una devolución de los resultados la investigación en su centro.

La puesta en práctica de este proyecto podría aportar beneficios en varios ámbitos:

- A los gestores de centros de larga estancia: contribuiría a optimizar los cuidados del mayor en las residencias, formando a los cuidadores en competencias emocionales, necesarias para el manejo del adulto mayor.
- A la práctica disciplinar: abriría nuevas líneas de investigación en la enfermería del país sobre la conceptualización del cuidado a las personas adultos mayores y la transmisión de la misma, buscando estrategias para que se mejoren la calidad de los cuidados.
- A la práctica docente: permitiría adecuar los programas de enfermería geriátrica de cara a articular la teoría y la práctica como elementos mutuamente relacionados, con el propósito de favorecer la formación en un contexto proactivo para el anciano.

Adjunto el formulario de Consentimiento Informado, el cual, le invito que lea detenidamente y lo firme, si decide participar. Si es así, rellene por favor el cuestionario de datos socio demográfico que le adjunto.

Estoy a su disposición para cualquier aclaración o comentario que necesite sobre el proyecto.

Muchas gracias por su disposición.

Un respetuoso saludo.

Natalie Figueredo Borda, M.Sc.

Responsable del proyecto

Universidad Católica del Uruguay

Facultad de Enfermería y Tecnologías de la Salud

Depto. de Educación y Salud Comunitaria

Tel:(00598) 24879303 int. 116 Tel. Part. 09861564

Consentimiento informado

Estimado señor o señora:

Esta información está destinada a los participantes del estudio.

Proyecto de investigación: “Prácticas de Cuidado y Percepciones del Maltrato en Personas Mayores Institucionalizadas.”

Investigador principal: Natalie Figueredo Borda.

El objetivo de esta investigación es conocer y comprender las de relaciones que se establecen entre los cuidadores y las personas mayores que son cuidadas en centros de larga estancia.

Lugar: los participantes de este estudio serán seleccionados de los centros de larga estancia de los departamentos de Colonia, Tacuarembó, Durazno y Montevideo.

Procedimiento: el investigador realizará un cuestionario y una entrevista. El cuestionario será contestado por los participantes con sus datos personales.

Se realizará una entrevista a los participantes para conocer la experiencia del cuidado a adultos mayores en una organización.

Tiempo requerido del participante: 15 minutos para contestar los cuestionarios. Las entrevistas llevarán entre una y dos horas.

Riesgos y beneficios: el estudio no conlleva ningún riesgo y el participante no recibe ningún beneficio económico.

Compromiso de anonimato:

El investigador se compromete a mantener los resultados de la investigación a cuidado para asegurar el anonimato de los participantes en el estudio.

Los hallazgos de esta investigación sólo podrán ser presentados en reuniones científicas sin revelar la identidad de sus participantes.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria.

Puede abandonar la participación en este estudio en cualquier momento que lo desee sin ninguna consecuencia.

Su firma abajo ratifica que ha leído este original.

Usted ha elegido participar en este proyecto de investigación de manera libre y voluntariamente.

Las preguntas que usted ha realizado han sido contestadas, aunque si desea más información sobre la investigación puede dirigirse a Natalie Figueredo Borda. Teléfono de contacto: 098615640, correo electrónico nafiguer@ucu.edu.uy

Investigador principal.....Fecha:

Participante en el estudio.....Fecha:

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

para Gestores y Cuidadores de Centros de Larga Estancia

CÓDIGO IDENTIFICATORIO

Nombre:.....

Año de nacimiento:.....

E-mail:.....

Cargo que ocupa:.....Desde que fecha:.....

Formación geriátrica previa al ingreso.....

Lugar donde vive (localidad).....

Lugar donde trabaja (localidad).....

Lugar donde se hizo la entrevista.....

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

para Personas Mayores Residentes

CÓDIGO IDENTIFICATORIO

Nombre:.....

Año de nacimiento.....

Procedencia (localidad).....

Motivo de ingreso al Centro:.....

Tiempo en meses de residencia en el Centro.....

Persona referente (grado de parentesco).....

Lugar en que se realiza la entrevista.....

Anexo IV Artículos publicados

Figueredo Borda, N., & Zabalegui-Yárnoz, A (2014). Perceptions of Abuse in Nursing Home Care Relationships in Uruguay. Journal of Transcultural Nursing, 1-7. doi: 10.1177/1043659614526458

Figueredo Borda, N., & Zabalegui-Yárnoz, A. (2014). Long-Term Care of the Elderly in Uruguay. Journal of Transcultural Nursing, 1-7. doi: 10.1177/1043659614562003

Article

Perceptions of Abuse in Nursing Home Care Relationships in Uruguay

Natalie Figueredo Borda, RN, MSN¹,
and Adelaida Zabalegui Yarnoz, RN, PhD, FEAN²

Journal of Transcultural Nursing
1-7
© The Author(s) 2014
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1043659614526458
tcn.sagepub.com
SAGE

Abstract

Purpose: To describe the care relationships between caregivers and elderly people in Uruguayan nursing homes. **Design:** A qualitative study with an ethnographic approach conducted at nine nursing homes for elderly people located in four Uruguayan departments. Twenty-three purposively and theoretically selected participants were interviewed and observed between January 2011 and January 2012. **Results:** Study of relationships among caregivers, managers, and residents revealed a number of issues: perception and experience of elder abuse, suffering when faced with death, and existential pain. **Conclusion:** A cultural context of discrimination against the elderly and other factors converge to perpetuate elder abuse and suffering in care homes: the lack of adequate regulations covering safety and quality of care, lack of a care model and regular inspections, absence of minimum training requirements for caregivers, and lack of support in situations that have psychic and spiritual repercussions. The inclusion of nurses could promote the development of educational interventions to modify abusive conduct. Nursing home managers need knowledge, skills, and communication strategies to identify and manage inappropriate behavior. An urgent review of nursing home regulations is required to protect elderly people's rights.

Keywords

care, caregivers, elder abuse, ethnography, nursing homes

The purpose of this study was to explore and describe existing caregiver-elderly person relationships in nursing homes. Long-term care services are provided in Uruguay by commercial and nonprofit nursing homes. There are few countries in Latin America with a reliable register of nursing homes. In those countries where there are regulations, their compliance cannot be assessed. These institutions provide services through caregivers who lack formal training and, generally, have no professional supervision. In 90% of Latin American countries there are no laws regulating or calling for the control of these institutions (Latin American and Caribbean Demographic Center [CELADE], 2006). There is a distinct lack of qualified caregivers and this is partly due to social prejudice within Uruguayan society where care of the elderly is considered a low-status occupation. The view is widespread that caring for older people does not require any training as it is an extension of family care (Rodríguez & Rossel, 2009). Although Uruguay has a high proportion of elderly people, sociohealth policies for this population are scarce and sectoral (CELADE 2006). Recently, the National Institute for the Elderly was set up as ruling body, and it launched the first Plan of Action on Aging and Old Age for 2013-2015 (Ministry of Social Development [MIDES], 2012).

Uruguay finds itself facing a "care crisis" in dealing with the twin challenges of an aging population and the massive

increase in women entering the labor market. This has led to a rise in the number of people requiring care while, at the same time, the number of people able to offer care services is falling (Grupo de Trabajo Interinstitucional, 2011). There is often a high level of cooperation among women in caring for the elderly, especially from daughters, who receive no economic help whatsoever for the person in their care. Responsibility for the care of elder people is perceived by residents of Montevideo as primarily being a matter for the family. The motivation to provide care is based on a sense of moral duty, gratitude, reciprocity, and in the family ties of loyalty and affection that caregivers feel for the dependent elder person. The hiring of caregivers from outside the home is commonplace and their tasks are performed in a working environment that offers no stable, formal employment. It is also related to the division of labor along gender lines with women more likely to be performing unpaid or poorly paid work (Batthyány, Alesina, & Brunet, 2007).

¹Catholic University of Uruguay, Montevideo, Uruguay

²Hospital Clinic of Barcelona, Barcelona, Spain

Corresponding Author:

Natalie Figueredo Borda, RN, MSN, Faculty of Nursing Sciences, Catholic University of Uruguay, Av. Garibaldi 2918, 11600 Montevideo, Uruguay.
Email: nafiguer@ucu.edu.uy

Transitions over the course of life, including institutionalization, require social support as most residents have experienced losses that cause suffering. This suffering is associated with intense emotions, spiritual anguish (Ferrell & Coyle, 2008), and awareness of the finite nature of life. Suffering conditions the daily life of institutionalized individuals and the way caregivers behave can influence this experience (Gran, Festva, & Landmark, 2010).

Experience of death causes emotional distress resulting from the affection that caregivers feel toward residents (Carlson, 2007). Variations in residents' spiritual suffering are felt by staff, are linked to poor relationships, and can occasionally lead to abuse of residents. Elder abuse is described as an intentional act that puts at risk or causes harm to a vulnerable older person by someone who is in a position of trust, or a failure on the part of the caregiver to provide protection and satisfy the residents' basic needs (Bonni & Wallace, 2002). Various categories of abuse are described including physical, sexual, spiritual, material, financial, or theft, while no universally accepted definition of abuse exists. Canadian nurses describe it as abusive behavior, conduct that produces a perception of harm in the elderly resident (Hirst, 2002).

Uncertainty over what constitutes elder abuse can hinder detection and prevention. Nursing home personnel occasionally exhibit physically or psychologically abusive behavior that could suggest that it is part of institutional life. This behavior arises as a response to stressful work, burnout, and lack of satisfaction (Pillemer & Finkelhor, 1989). Furthermore, the great physical effort, constant management of emotions, unpredictable routines, and frustration accompanying attempts to treat chronic illnesses make conflict between nursing home staff and residents' families a source of heightened stress (Abrahamson, Anderson, Anderson, Jill Suito, & Pillemer, 2010).

Method

An ethnographic approach was used. Care relationships were studied in their natural context along with nonverbal conduct situations and interpersonal interaction. Orientation was conditioned by ethnography, focused on one issue—care relationships—and one context—long-stay centers (Morse, 2006).

Participants

A total of 13 centers were contacted. Four declined to participate due to lack of interest. Nine nursing homes, commercial and nonprofit, participated from seven cities and towns in Uruguay. Numbers of beds ranged from 13 to 106. Those providing information were medium and low economic level nursing homes with the exception of one well-resourced center. A face-to-face approach was used with all study informants. This included 7 caregivers, 8 managers, and 8 residents. Informants were physically and mentally

competent to provide information and had been at the nursing home for at least 6 months. Purposive sampling was carried out, selecting the most appropriate informants. Data collection was guided by the emerging analysis and stopped when there were no relevant variations in the categories.

Data Collection

Interviews were conducted by a nurse trained in gerontology, geriatrics, and qualitative research. Telephone contact was made with center managers followed by two meetings where the study aims were explained. Participant observation and 23 interviews were conducted between January 2011 and January 2012. Prior to the study, the interview script was piloted among nursing colleagues. Interviews lasted between 45 and 110 minutes and were audio-recorded and transcribed. Field notes were taken and included in the findings. The field was abandoned once theoretical saturation had been reached (Glaser & Strauss, 1967). Participant observation was carried out, in the only center where it was approved, for 140 hours and was reinforced by informal conversations in the nursing home. Permission from research ethics committees, informed consent from participants, and authorization from the nursing homes were obtained.

Data Analysis

Participant observation and interview content were analyzed using flipcharts and color coding. The issues arose from the data. Data gathering and analysis formed a continuous process and was alert to emerging issues. The following were identified: (a) a progressive discovery phase identifying issues, developing concepts and propositions; (b) coding and refinement of the understanding of care; (c) a need to relativize, that is, to understand the information in the context of the nursing homes studied (Taylor & Bogdan, 2009). Written notes on the researcher's reflections throughout the process aided information analysis.

Rigor

Epistemological suitability criteria were considered at all phases of the process to determine whether the study contributes to a better understanding of care in the nursing homes studied. Attention was paid to relevance criteria related to the justification and consequences of the study subject for nursing research and practice. Moreover, relevance was taken into account in terms of effects on informants and their reflections, generated by the feedback given to them by the researcher, based on their accounts. Data collection was triangulated through different techniques and participants to achieve information saturation (Ruiz, 2009). Validity was also borne in mind to maintain maximum reliability and accurately reflect reality. Reliability was increased through the involvement of colleagues in information analysis.

Table 1. Sociodemographic Characteristics of the Participants (N = 23).

	<i>n</i>
Gender	
Men	4
Women	19
Age (years)	
26-36	1
37-47	3
48-58	5
59-69	5
70-80	4
81-100	5
Education level	
Tertiary	4
Secondary	6
Primary	5
No data	7

Table 2. Perceived Problems in the Care of the Elderly in the Residencies of Uruguay.

Suffering	
Familial lack of concern and dependence	
Proximity of death	
Existential pain	
Prospect of own aging	
Elder abuse	
Discrimination	
Elder abuse practices	
Elder abuse concept	

Findings

Participants' Sociodemographic Information

The caregivers were seven women aged between 26 and 64 years. Demographic information is provided in Table 1. Of the centers studied, two had professional nursing and four had no professional nursing aides or nurses although caregivers administered medication and performed care tasks on people with chronic illnesses. In most nursing homes, records were very limited. The findings reveal situations that affect the staff, managers, and residents of long-stay centers. Two major issues were distinguished, suffering and elder abuse, with their respective categories (Table 2).

Suffering

Suffering is manifested in cases of family neglect, dependency, and approaching death. Furthermore, in caregivers and managers, this generates uncertainty about their own aging, and in the residents, this causes existential pain.

Familial Lack of Concern and Dependence. Caregivers and elderly alike are distressed by dependence. Older people express sadness when they see dependence and loss of autonomy among their peers. The caregivers are powerlessness in the face of familial lack of concern and the sadness shown by dependent older people. This is evident in informants' statements:

The families bring them and forget them! The other poor lady, you have to keep an eye on her because sometimes she goes out into the street. . . . The other lady is in a wheelchair, poor thing. . . . Another one wants to go home, he calls for his mother: "I want to go with my mother!" He has to stay here, darling! [*in desperation*]. It's enough to make you cry, poor things! (Caregiver 2)

The loneliness of the resident, a result of familial indifference, causes distress among staff and suffering in the abandoned. The trust that exists between the caregivers and the elderly allows them to verbalize their pain. One caregiver said,

This gentleman clams up sometimes, he gets angry or doesn't want to feed himself. . . . He told me: "I worked all my life to give everything to my children and now they put me here." . . . So he is analyzing that. (Caregiver 5)

Proximity of Death. A lonely death deeply affects the nursing home staff, causing them to reflect on their own existence, values, and the psychosocial impairment of the person. In the words of one caregiver,

There are some things that have an effect on you . . . remembering that a person died and they had nobody, that makes you think . . . value many things that one neglects, sometimes the human being is a little cruel too. (Caregiver 3)

Failure on the part of the family to keep them company at the time of death causes distress among the staff. In the words of one manager,

The process of deterioration of the resident and that the family doesn't help them distresses me . . . the things that are happening are what would be expected, and more difficult times will come. . . . This keeping them company . . . when the family doesn't take responsibility for it. (Manager 4)

Some experienced caregivers report perception of death being close. They also externalize feelings of loss with tears in their eyes; they say that to avoid suffering, one should not become emotionally involved with the residents:

I think you shouldn't show this effect to them, to not feel afterwards . . . I know the end . . . and it hurts you. . . . I'd better stop there [*becomes emotional*]. You have some feelings but you don't show them . . . and there are times when they come out. . . . But I close up because I don't want to suffer. (Caregiver 7)

Existential Pain. Existential pain, understood as the experience of loss and helplessness, is present in some residents when difficult times in their past are evoked. The elderly people become emotional when they remember and cry when they refer to the loss of loved ones and unhappy situations in previous years:

When my father died I was 11 and we went to work. . . . I was babysitting. . . . When I was 18 years old I got married. . . . thinking about improving. . . . and I was filled with children. My husband was ill-tempered, jealous; I couldn't speak to people. . . . I went through a lot of things. (Resident 7)

Institutionalization in long-stay centers involves accepting rules which condition the lifestyle of the elderly. Separation from loved ones, and pets, is felt as a great loss which causes sadness:

"I had my little dog that was with me, with the little rug beside the bed, my little dog always following me [*smiles*], he missed me and I missed him" (Resident 2).

Prospect of One's Own Aging. Concern and uncertainty was revealed among caregivers and managers when speaking about the prospect of their own old age. They hinted that although they wanted to grow old at home or in the nursing home, they were aware that it would be their children or families who would take that decision. In general, they expressed a desire to be at home while they were able to take care of themselves, although they feared being a burden to the family. Others preferred to be cared for in the nursing home where they worked and spoke of desirable caregiver characteristics:

"I would like to be at home, not in a nursing home, I wouldn't like that" (Caregiver 6). "I would like the person who takes care of me to be capable. . . . who pays attention to details, who asks me if I want some water, who doesn't go from 8 to 12 without any contact" (Caregiver 5).

Elder Abuse

This topic groups together those attitudes considered abusive, negligent, or segregationist noted by institution managers and caregivers. Distinction is made between categories of discrimination and practice and concepts of elder abuse.

Discrimination. According to managers, discrimination arises among the old people toward their peers and from doctors toward residents regarding the care they provide. In addition, the nursing home where people with differing deficits live together reveals attitudes of hostility, indifference, and intolerance.

It is assumed that advanced age is a contraindication for medical treatment. With an enthusiastic defense of exclusion measures, justifications emphasize the supposed benefits to

the elderly person such as avoiding discomfort and providing a peaceful stay. This discriminatory attitude, believed to be based on economic factors, is met with indignation by some managers.

The Practice of Elder Abuse. The types of elder abuse practice detected by the caregivers were physical negligence, such as familial and social abandonment, denial of food and water, and psychological negligence in the form of isolation in the nursing home itself. Verbal abuse consisted of shouting, callous treatment, and disparaging comments toward dependent individuals. Physical abuse included impacts against the wall, squeezing the upper limbs of residents, physical coercion, undressing the person by tugging at their clothes, sexual abuse, and theft. Negligence by caregivers, such as restrictions on hydration for old people, is mentioned by one manager who resisted attitudes marked by indifference:

"I remember a grandmother who was very demanding and asked for water and they hid it. . . . and this hurt me, and when I had the chance, these things. . . . I tried to change" (Manager 4).

During observation, it was noted that the residents spend long periods sitting down alone. Observation revealed that the caregivers showed little respect to residents. In general, nursing home caregivers protested against inappropriate language directed at elderly people although one caregiver stated that this conduct is not punished by the center managers. However, a certain fear of confrontations with other staff members was evident, such as concern about revealing these views, and one caregiver after given the following account fell silent adopting an attitude of humiliation:

Caregivers sometimes yell at them. . . . and I don't like it. One time a caregiver shouted at a lady and I told him/her that he/she shouldn't shout like that; that it doesn't sit well with me. . . . and you have to shut up. . . . because if you get into an argument. . . . so I backed down. (Caregiver 2)

There have also been insults aimed at elderly people needing assistance with basic hygiene. One manager recounted a case at the center: "This caregiver spoke to a colleague making derogatory comments about a resident: 'Old bitch, she shit herself and I just changed her!'" (Manager 3). Another manifestation of elder abuse was theft. There was no doubt that theft of possessions occurred and belongings needed to be kept in a safe place. One resident explained the disappearance of a key: "The manager has my money because I won't find the key again; I had it in a little bag above the bed. . . . I was bathing. . . . and when I returned, I couldn't find it any more" (Resident 2).

When physical aggression has been proven, the nursing home fired the abuser and lodged an official report. In some centers, control measures such as video monitoring were adopted. The managers explained:

Previously we had those who tied the old people down, mistreated them and left marks on them. There was theft . . . If an old person was moving slowly, they pushed them. Others that didn't want to eat, they squeezed the mouth open to get the food in. . . . They yelled at them: hurry up! Eat! Get up! Get out of the way! (Manager 6)

Rough treatment is also common. As one manager said:

A man started working and accidents began to happen; falls, the ladies covered in bruises. . . . It wasn't that he was hitting them but when he turned them with the sheet, he did it with such force that he bumped them against the wall. (Manager 7)

Negligence of the elderly also occurs outside the institution. When individuals are admitted to the nursing home, the familial and social abandonment that these individuals have suffered can be distressing to managers. One manager put it this way:

The things we have seen are horrible. . . . We laid this man to soak so we could take off the skin crust he'd had for years, you can't scrub because you'll break the skin. . . . Another lady . . . the police brought her. . . . I had never seen so many lice together on a head, it was like stains and that was stunning, stunning. (Manager 6)

Another example of unacceptable attitudes was the denial of food by some of the workers in a high-dependence area of the nursing home:

It was noticed that in a certain section they didn't eat and they were under their suitable weight and a follow-up was done and the people in charge were taking the leftovers for the dogs . . . dogs or not dogs . . . and the old folks didn't want to eat? (Manager 2)

The same manager also recounted an act of obscene behavior by a caregiver when dealing with the hygiene needs of an old lady. In the words of this manager: "It wasn't hygiene but something rather more than caresses and he asked her, 'Do you like that?'" (Manager 2).

Concept of Elder Abuse. Manager informants considered elder abuse to be serious misconduct along with theft, lack of respect, and taking tips. They considered abuse to include shouting, tightly gripping an arm, shaking residents, inappropriately administering medication, or hitting them: "A robbery, the abuse of an old person is serious misconduct. Failing to respect an elderly person, being aggressive, they would beat them, give them a jolt" (Manager 1). All managers, with the exception of two, were unaware of their center's mission or the existence of internal rules governing what conduct to follow, although they said that firing abusers would be appropriate action.

Discussion and Conclusions

The purpose of this study was to explore and describe existing caregiver–elderly person relationships in nursing homes. The results show that these relationships are affected by aspects related to the caregiver, the institution, and the resident. It was found that neglect of older relations by families affected the caregivers. When there is emotional suffering, people need to speak and it is important to listen to them and respond with empathy (Morse, 2001). The loss of a partner, children, and even a pet causes residents pain, as do memories of negative experiences. These findings corroborate those in studies by Gudmannsdottir and Halldorsdottir (2009), where existential suffering is preceded by various losses and traumas such as accidents, loss of independence, health, or home, as well as the experience of being abandoned in old age. However, other studies have found that institutionalized elderly people manage these situations through coping strategies based on occupations and reflection (De Guzman, 2012).

Some caregivers try not to become involved in the suffering of older people to protect their emotional integrity. This can, in turn, lead to avoidance behavior and a refusal to accept death (Gama, Barbosa, & Vieira, 2012). The caregivers with more professional experience are able to perceive when residents are close to death, identifying the death as failure. This finding coincides with that of Watson, Hockley, and Dewar (2006). Death in solitude was found to have a great impact on the caregiver, in accordance with studies by Häggström, Mamhidir, and Kihlgren (2010). For Hov, Hedelin, and Athlin (2013), values, loyalty, and professional preparation are necessary but not sufficient given that institutional culture, cooperation, and staffing are fundamental elements of good end-of-life care.

Caregivers showed concern at the prospect of their own aging. Widowers and divorced and single men have a high risk of being admitted and this is also the case for women who have not maintained minimum regular contact with family members (Freedman, Berkman, Rapp, & Ostfeld, 1994). High risk is also present where there are limitations in at least three daily living activities, cognitive impairment, or an accident such as a fall (Gaugler, Duval, Anderson, & Kane, 2007).

Discrimination among the elderly has been expressed as intolerance of those residents with cognitive disorders and can be seen in common living-area environments. Sensory disability, which involves an increase in disorientation, can alter the type of relationship between residents—as shown by Rosen et al. (2008). Similarly, loneliness and feelings of abandonment can trigger aggression among peers. Discrimination by doctors with regard to treatments for the elderly in terminal stages allows the perception of inequities in access and is seen by personnel as a lack of professional commitment. However, according to Sorensen and Iedema (2009), doctors experience anxiety about death and find that

organizational systems and professional relationships do not support them in alleviating the effects of their work. In no case did the informants take responsibility for inappropriate attitudes; this could be interpreted as it being easier to point out others' misconduct rather than one's own. The nursing home caregivers did not report abuse and do not feel confident enough to confront a colleague. As suggested by Calcraft (2005), they may be afraid of being ostracized by their colleagues if they report any irregularities.

Physical abuse appears to be the most serious form of elder abuse in the nursing homes studied although there are no references made to caregiver training in preventing or dealing with such conduct. Although there is concern about inappropriate behavior such as lack of communication with residents, denial of food, theft, and sexual abuse, there appear to be no educational strategies initiated by managers. According to studies by Rosen, Lachs, and Pillemer (2010), sexual abuse of institutionalized elderly people is mainly carried out by the residents themselves.

Managers argue that the lack of monitoring and training of caregivers is associated with this practice. For Gjerberg, Hem, Førde, and Pedersen (2013), attempts to avoid physical force are limited by nursing home resources, organization of care, staff competence, and knowledge of the resident. Some studies have revealed that perception of what constitutes abuse varies across cultures and is related to social values, traditions, and beliefs (Nerenberg, 2000). In Uruguay, there is a serious absence of policies and interventions that could be designed for specific sets of circumstances since there are currently no records of abuse of the elderly (MIDES, 2012). From the managers' point of view there have been no trials resulting from institutional abuse and there is a lack of awareness of the existence of internal rules to determine what constitutes serious misconduct.

Study Limitations

The present study has limitations due to the impossibility of including nursing homes with a higher socioeconomic level. Separately, the lack of authorization to carry out participant observations at all the centers represented a limitation in terms of learning about the nursing home culture in depth.

Implications for Research and Practice

The study's ethnographic approach allows observation of abuse in the Uruguayan nursing homes studied. It is vital that managers encourage caregivers to examine the nature of their relationships with residents. In addition, at the end of life, old people can benefit from a positive and compassionate caregiver and attentive listening aids a peaceful death. This is an important consideration for managers and those responsible for restructuring sociohealth policies and rules, including promoting professional nursing staff in Uruguayan nursing homes.

As more and more people spend the final stage of life in nursing homes, the earmarking of resources for training in end-of-life care is of increasing importance. The lack of clarity regarding the concept of abuse is reflected in the nursing homes so that care depends to an extent on the goodwill of caregivers—demonstrating a gap between theoretical understanding and what actually constitutes abuse and how to identify it. The creation of a mandatory ethical code with recommendations to guide decision making is seen as essential to protect the elderly from abuse. It would be helpful to open a register of official reports to make statistical data available and improve practice. This would also promote a commitment to the training of personnel and to research surrounding this issue.

Acknowledgments

We would like to express our gratitude to Dr. Mariana Paredes of the Núcleo Interdisciplinario de Estudios de Vejez y Envejecimiento (Interdisciplinary Nucleus for the Study of Old Age and Ageing), Universidad de la República, Uruguay, for her guidance and, especially, for her help in the preparation of field work. This article was accepted under the editorship of Marty Douglas, PhD, RN, FAAN.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

References

- Abrahamson, K., Anderson, J., Anderson, M., Jill Suito, J., & Pillemer, K. (2010). The cumulative influence of conflict on nursing home staff: A computer simulation approach. *Research in Gerontological Nursing, 3*(1), 39-48.
- Baththyány, K., Alesina, L., & Brunet, N. (2007). *Género y cuidados familiares. ¿Quién se hace cargo del cuidado y la atención de los adultos mayores en Montevideo? Proyecto de Investigación I+D CSIC UDELAR*. Montevideo, Uruguay: Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología. UNFPA [Gender and family care. Who is responsible for care of the elderly in Montevideo?] (Research Project R&D). Final Report I+D CSIC UDELAR. Montevideo, Uruguay: Social Science Faculty, Sociology Department. UNFPA.
- Bonni, R., & Wallace, R. (Eds.) (2002). *Elder abuse: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America*. Washington, DC: National Academy Press.
- Calcraft, R. (2005). Blowing the whistle on abuse. *Working with Older People, 9*(2), 18-21.
- Carlson, A. L. (2007). Death in the nursing home: Resident, family, and staff perspectives. *Journal of Gerontological Nursing, 33*(4), 32-41.
- De Guzman, A. (2012). Who says there is no life after abandonment? A grounded theory on the coping of abandoned Filipino elderly in nursing homes. *Educational Gerontology, 38*, 890-901.

- Ferrell, B., & Coyle, N. (2008). The nature of suffering and the goals of nursing. *Oncology Nursing Forum*, 35, 241-247.
- Freedman, V. A., Berkman, L. F., Rapp, S. R., & Ostfeld, A. M. (1994). Family networks: Predictors of nursing home entry. *American Journal of Public Health*, 84, 843-845.
- Gama, G., Barbosa, F., & Vieira, M. (2012). Factors influencing nurses' attitudes toward death. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(6), 267-273.
- Gaugler, J., Duval, S., Anderson, K., & Kane, R. (2007). Predicting nursing home admission in the U.S.: A meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 19, 7-13.
- Gjerberg, E., Hem, M. H., Førde, R., & Pedersen, R. (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 20, 632-644. doi:10.1177/0969733012473012
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.
- Gran, S. V., Festva, G. L. S., & Landmark, B. T. (2010). "Alone with my pain—It can't be explained, it has to be experienced." A Norwegian in-depth interview study of pain in nursing home residents. *International Journal of Older People Nursing*, 5, 25-33.
- Grupo de Trabajo Interinstitucional [Institutional Work Group]. (2011). *Documento de sistematización de los procesos de autodiagnóstico. Avances y desafíos del sistema de cuidados en Uruguay*. Montevideo, Uruguay: Eurosocio. Programa para la cohesión social en América Latina [Self-diagnosis process systematization document. Progress and challenges in the care system in Uruguay. Montevideo, Uruguay: Eurosocio. Program for social cohesion in Latin America].
- Gudmannsdottir, G. D., & Halldorsdottir, S. (2009). Primacy of existential pain and suffering in residents in chronic pain in nursing homes: A phenomenological study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 317-327.
- Hägström, E., Mamhidir, A. G., & Kihlgren, A. (2010). Caregivers' strong commitment to their relationship with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2), 99-105.
- Hirst, S.P. (2002). Defining resident abuse within the culture of long term care institutions. *Clinical Nursing Research*, 11, 267-284.
- Hov, R., Hedelin, B., & Athlin, E. (2013). Nursing care for patients on the edge of life in nursing homes: Obstacles are overshadowing opportunities. *International Journal of Older People Nursing*, 8, 50-60.
- Latin American and Caribbean Demographic Center, a CELADE Division. (2006). *Handbook on quality of life indicators for old age* (Project Documents No. 13). Santiago de Chile: CELADE. Retrieved from http://www.cepal.org/cgiin/get-Prod.asp?xml=/publicaciones/xml/0/28240/P28240.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom_env.xslt
- Morse, J. (2001). Toward a praxis theory of suffering. *Advances in Nursing Sciences*, 24(1), 47-59.
- Morse, J. (Ed.). (2006). *Critical issues in qualitative research methods*. Medellin, Colombia: University of Antioquia.
- Nerenberg, L. (2000). Developing a service response to elder abuse. *Generations*, 2, 86-92.
- Pillemer, K., & Finkelhor, D. (1989). Causes of elder abuse: Caregiver stress versus problem relatives. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 179-187.
- Rodríguez, F., & Rossel, C. (Coord.). (2009). *Panorama of aging in Uruguay. Programa de Investigación sobre Integración, Pobreza y Exclusión Social, UNFPA*. Montevideo, Uruguay: Universidad Católica del Uruguay.
- Rosen, T., Lachs, M., Bharucha, A., Stevens, S. M., Teresi, J. A., Nebres, F., & Pillemer, K. (2008). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: Insights from focus groups of nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56, 1398-1408.
- Rosen, T., Lachs, M. S., & Pillemer, K. (2010). Sexual aggression between residents in nursing homes: Literature synthesis of an underrecognized problem. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 1970-1979.
- Ruiz, O. J. (2009). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Bilbao, España: Universidad de Deusto [The Methodology of Qualitative Research. Bilbao, Spain: Deusto University].
- Sorensen, R., & Iedema, R. (2009). Emotional labour: Clinicians' attitudes to death and dying. *Journal of Health Organization and Management*, 23(1), 5-22.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (2009). *An introduction to qualitative research methods. The search of significance*. Barcelona, Spain: Paidós.
- Ministry of Social Development. National Institute for the Elderly. (2012). *National plan: Aging and old age 2013-2015*. Montevideo, Uruguay: Author.
- Watson, J., Hockley, J., & Dewar, B. (2006). Barriers to implementing an integrated care pathway for the last days of life in nursing homes. *International Journal Palliative Nursing*, 12(5), 234-240.

Research Department

Long-Term Care of the Elderly in Uruguay

Natalie Figueredo-Borda, RN, MSN¹, and Adelaida Zabalegui-Yárnoz, PhD, RN, FEAN²

Journal of Transcultural Nursing
1-7
© The Author(s) 2014
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1043659614562003
tcn.sagepub.com


Abstract

Objective: To explore the perception of care of the elderly in long-term centers. **Design:** Qualitative study through participant observation and 23 in-depth interviews with administrators, caregivers, and residents between January 2011 and January 2012 in nine long-term care centers in Uruguay. From analysis, three care-perception factors emerged: (a) meaning of care, (b) experience of care, and (c) care continuity. **Conclusion:** Care of the elderly in nursing homes is perceived as a duty. There is an exchange of feelings and recognition of the caregiver is needed. However, the need for technical or specialized training is not mentioned. Recognition of the task of care provision, duty as a moral determinant, the exchange of affection and solidarity between staff and the elderly allows care continuity despite the centers' lack of resources. **Clinical Relevance:** This study contributes information that may help improve the care conditions of elderly institutionalized people.

Keywords

caregivers, elderly, ethnography, nursing, long-term care

Introduction

As the pace of population aging increases, attending to the needs of the elderly varies from informal help at home to full-time, institution-based care (Brown & Abdelhafiz, 2011). According to studies by Luppa et al. (2010), admission to a long-term care (LTC) center may be preceded by cognitive and/or functional decline causing progressive loss of the capacity to live independently and the ability to carry out basic, essential activities of daily living. Being a single male, living alone, and having little social support are among sociodemographic factors associated with a greater probability of being institutionalized (Brown & Abdelhafiz, 2011). White people have a higher probability of being admitted than those from other racial and ethnic groups. Differing cultural attitudes toward care of parents play an important role in the admission process (Brown & Abdelhafiz, 2011).

Care provision for the elderly is linked to training, emotional support, and caregivers' individual coping skills. Those responsible for care management in LTC can have an influence on education initiatives, personal empowerment, and support for cultural change (Castle, Ferguson, & Hughes, 2009). The institutionalized have needs in multiple areas and tend to exhibit a greater degree of dependency than that observed in the community. This underlines the need for more training and opportunities to gain experience in geriatrics for both physicians and nurses (Hirdes, Mitchell, Maxwell, & White, 2011).

There is no precise registry of LTC centers for the elderly in Latin America. Among those countries that do have

legislation covering this area, there are no standard methods of verifying compliance and services are provided by caregivers with no formal training and who work, in general, without professional supervision. In 90% of Latin American countries, there are no laws that regulate or facilitate financial oversight of these institutions (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, 2006).

Studies by Fennell, Feng, Clark, and Mor (2010) indicate that Hispanics are more vulnerable than their non-Hispanic counterparts to being admitted to low-quality nursing homes where there is inadequate inspection of facilities, personnel, and financial viability. There is also a risk that the protective effect of Hispanic family traditions may be weakened. Nevertheless, other LTC models have been developed with the aim of changing the organizational culture. These centers have been compared with traditional models and produce greater satisfaction among residents and their families. This is considered to be due to better quality care in the domains of privacy, dignity, autonomy, nutrition, and performance of activities of daily living. (Zimmerman & Cohen, 2010).

Life expectancy in Uruguay is 76.23 years, and 14.1% of the population is aged 65 years or older (Instituto Nacional

¹Catholic University of Uruguay, Montevideo, Uruguay

²Hospital Clinic of Barcelona, Barcelona, Spain

Corresponding Author:

Natalie Figueredo-Borda, Faculty of Nursing and Health Technologies, Universidad Católica del Uruguay, Av. Garibaldi 2831, Montevideo 11600, Uruguay.

Email: nafguer@ucu.edu.uy

de Estadística, 2011). Care of the elderly in the country is viewed socially as being comparable to carrying out domestic chores and the people who work as caregivers have no special training in the field (Batthyány, Alesina, & Brunet, 2007). To date, there is no national policy regulating services and caregiving activities meant for the elderly, although the National Institute for the Elderly (Instituto Nacional del Mayor) has recently begun operating as the governing body and released the first Plan for Aging and Old Age, 2013 to 2015 (Ministerio de Desarrollo Social, (2012)). There are no official data on the number of nursing homes in the country. The press puts the figure at around 1,200, of which a mere 93 are recognized by the Ministry of Public Health (Marques, 2012). No certificates of quality have been issued for these centers so far.

The study aim is to explore and describe how the phenomenon of care in LTC is perceived in Uruguay.

Method

Design and Participants

To gain a deeper understanding of the relationship between caregivers and the elderly, it was determined that the researcher should be close to the participants. It was considered that an ethnographic focus with information gathered from diverse sources would be the most appropriate. Data were collected through face-to-face interviews and participant observation. The ethnographic focus was chosen as the study explores a particular phenomenon in a specific context: the perception of care in LTC (Morse, 2006). The participants were interviewed in their natural environment during daily life activities: during meals, getting ready for a party, in their rooms, and in communal areas. This study explores the experiences of caregivers, administrators, and elderly residents with the aim of understanding their perception of the care phenomenon.

An intentional sampling method was used, selecting LTC centers with a wide variety of characteristics (geographical location, size, religious orientation, socioeconomic level, and commercial or nonprofit). Participants were recruited from nine LTC centers: Catholic, Protestant, and lay nursing homes (although all respected the beliefs of their residents) from seven towns in Uruguay, including the capital city. These urban centers have populations ranging from 3,235 to 13,000, with the exception of the capital, which has 1,319,108 inhabitants. Participating LTC centers had a capacity ranging from 13 to 106 beds. The fees charged by the centers were relatively low, apart from one center which had higher rates. Eligibility criteria were the following: (a) voluntary participation, (b) having been at the LTC center for at least 6 months, and (c) being in physical and mental condition to contribute information. A total of 23 people were interviewed, 7 providers of direct care to the elderly or caregivers, 8 administrators or center managers, and 8 residents.

Ethical Approval

Approval was obtained from the relevant ethics committees and the LTC centers, and each participant provided informed consent.

Data Collection and Analysis

Fieldwork was carried out by the principal investigator between January 2011 and January 2012. Data collection was conducted through participant observation, detailed interviews, and informal chats that naturally arose among the caregivers, administrators, and the elderly. Participant observation consisted of assistance in feeding, changing the posture of the highly dependent, providing support for frail residents while walking, and sharing moments of relaxation in the garden or communal living area. The center itself was in an old building that was not adequately maintained and smelled a little musty. Residents were allocated to one of four separate areas according to degree of dependence. Participant observation was used in one center for a total of 140 hours over a period of 5 months and helped fine-tune the qualitative interview script that had been piloted previously. Field notes were written immediately after each session and included environmental factors, personal interactions, and nonverbal language such as facial expressions, laughing, crying, postures, and silences.

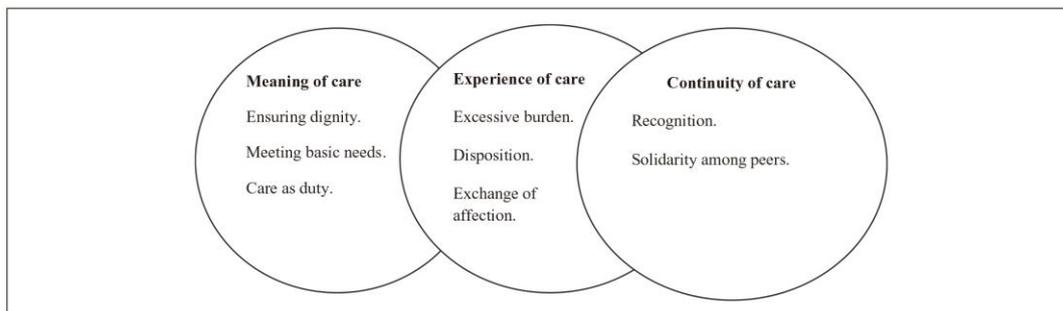
The interviews were performed individually and in private, in a place chosen by the participant. The location could be the resident's room, the nursing home's laundry room or a cafeteria. Interviews were previously scheduled by telephone with the aid of a facilitator or "gatekeeper"; they lasted 45 to 110 minutes and were self-recorded and textually transcribed by the investigator. Confidentiality was assured and participant anonymity was guaranteed through assignment of an alphanumeric code. Once data saturation had been reached, the field was abandoned.

Collection and analysis of data was a continuous process. Analyses of participant observation and detailed interviews were carried out taking both latent and manifest content into account. Following data analysis, the process continued using a flipchart and colors. The principal investigator was alert to emerging subjects and carried out constant data revision. The study aim was borne in mind throughout the analysis and qualitative data were organized through open coding, categorization, and abstraction. The categories were pooled and reduced into similar groups to formulate a general description with the goal of generating a wide-ranging yet condensed description of the phenomenon.

This study examined the information in the specific context of the nursing homes studied (Taylor & Bogdan, 2009) without preconceptions. Epistemological suitability criteria were considered (Calderón, 2002) in the approach to the distinct dimensions in the perception of care, clarifying whether the study contributes to a better understanding of care in the

Table 1. Participant Profile.

Participants' role (n)	Location	Gender (n)	Age range (in years)	Time working or residing in nursing home		Education level (n)
				Range (in years)	Mean	
Administrators (8)	City C City D City M City T	Women (5), men (3)	41-77	1.66-24	3.20	Physician (1) Other university (3) High school (3) Primary school (1)
Caregivers (7)		Women (7)	26-64	0.5-27	3.92	Nurses' aides (3) Primary school (4)
Residents (7)		Women (6), men (1)	74-99	1.66-26	3.95	No data

**Figure 1.** Categories and subcategories in the perception of care according to older people and their caregivers.

context of Uruguayan nursing homes. Relevance criteria were also taken into account with respect to the study rationale and the implications for nursing research and practice, along with participants' reflections on care through continuous investigator feedback. This study attempts to reflect, as faithfully as possible, the reality of the phenomenon. To increase reliability, an additional researcher in data analysis was engaged.

Results

Participants' Descriptive Characteristics

Four men and 19 women took part in this study drawn from nine nursing homes across four departments regions. Four out of the seven caregivers in this study had not finished middle school and had no previous training in care provision when hired. The other three caregivers were nurses' aides. Table 1 shows the interviews and interviewee profiles according to each person's role (administrator, caregiver, or resident), gender, age, and number of years of association with the center. Participants were coded in accordance with their role, geographical location, and center size.

Perception of Care at the Nursing Home

In analysis, the subject of perception of care emerged as expressed by caregivers, residents, and administrators through the meaning and experience of care of the elderly and the continuity of care provision over time (see Figure 1).

Meaning of Care

This category includes three subcategories corresponding to the meaning of care: ensuring the dignity of the person, meeting basic needs, and caregiver duties.

Ensuring Dignity. This subcategory is based on the relationship between caregivers and residents and ensures residents' dignity by maintaining respect. As one administrator said, "We would like them to feel at ease, to feel valued, cared for, all of these things." Guaranteeing the privacy of the people who are members of the LTC center community is also vital. In the words of one caregiver, "Another thing I believe: what happens in here is what happens in here, and the outside is the outside." They ensure dignity by establishing trust and providing reassurance. This perspective is

shared by administrators and caregivers. As one administrator put it, "We want to offer care with dignity, that is, that the resident feels dignified in being an elderly person." During fieldwork, it was observed that the caregivers ensured the residents' privacy while changing their briefs by closing the door to their room or taking them to the bathroom.

Meeting Basic Needs. For administrators, caregivers and residents alike, the meaning of care in the nursing home is associated with meeting basic needs such as nutrition, hygiene, medication, or compensating for the lack of family or social support. As some of the administrators pointed out: "People prioritize hygiene and food, they are fundamental in our home. The most important thing is getting them up and washing and feeding them." "We try to make the final years go as well as possible, in pleasant company, with good treatment and, in some cases, very good food." Throughout the participant observation, it was seen that the staff helped the dependent residents with their food and brought water to those who were sitting.

The importance of certain care characteristics, such as gentleness and friendliness, was underlined. In the opinion of one administrator, "The maternal instinct that women have is important in the care of the elderly." The residents also emphasized these aspects: "They cook a different, tasty meal here every day. We don't do anything here, they even bathe us, feed us well." "We do activities. The food is delicious." The careful administration of medication constitutes an important factor in meeting basic needs. As one caregiver said, "The families know that we bring their medication and administer it to them ourselves."

Care as a Duty. Care is a duty for caregivers as it forms part of the commitment they make to the organization that employs them. One caregiver put it simply, "We are caregivers, that's why we're here and what we get paid for. It wouldn't occur to us not to care for them. Caregiving is my job. I do it because it's my job." Another caregiver agreed, "I say that if they are ok, you are ok. We have to look after them so that everything's ok and we are ok, do our work well, we depend on them. It's our job."

Safety and control of the immediate environment is important for elderly people. As one resident explained,

You ring a bell and the girls are here straight away. There are no steps here, everything is flat, and there are lifts and handrails for support in the long corridors so there is no chance of falling over. The personnel are supervised here. The resident is monitored and helped.

Experience of Care

According to residents, caregivers, and administrators, care is experienced by caregivers as an excessive burden, as a difficult task for which they are not prepared. Other caregivers are motivated by a calling, a strongly felt sense of responsibility,

a disposition to care and through satisfaction derived from affectionate relationships with the elderly.

Excessive Burden. Caregiving was experienced as an exhausting task, a huge physical and mental effort due to an inadequate number of caregivers, the diversity of situations that caregivers have to cope with, and a lack of time and resources. In the words of a caregiver,

Ah, we've lacked personnel for a long time! It's exhausting because sometimes the old folks demand a lot of attention all day long. You have to attend to them, they say: can you give me such and such a thing, can you reach that for me, come here, I want to tell you something. Then you run out of time and eventually you get annoyed.

Residents agree that it is not a job that everyone can do, given the effort required and the patients' deficits. Regarding the emotional effort involved in this job, one of the caregivers said,

I take a lot of things home with me. They tell us we shouldn't get sentimentally involved with them. It's as though I have to leave my home "baggage" at the main door when I get to work. When I go home, the nursing home "baggage" must be left at my front door. But it's not like that. We all chat together and we say it's not like that.

From the administrator's perspective, the excessive burden is derived from dealing with difficult situations: "We have to try and keep them mentally healthy; we're here to look after forty old people. There are residents that attack you, whack you with their walking-stick or pinch you. They're not well."

The elderly residents empathize with the caregivers, especially considering the level of dependency and the lack of staff, which would increase the burden:

Because this work isn't for just anyone, no, no. There are certain jobs. Just imagine the cleaning! The thing is that there are so few caregivers! There are two young women on each shift for forty people! They bathe all these ladies [indicating a group of old ladies]. There are many people in wheelchairs!

Even though the elderly perceive the excessive burden caregivers carry, they express satisfaction with the attention received. One resident said,

They walk and run about all day [the caregivers]! And if anyone needs anything they are always there ready. Because that's what's good, we are all the same to them. Think about it for a second, one drives you crazy, another gets stuck, and they take them by the arm, help them along, look after them, bathe and clean them.

Disposition. The administrators and caregivers have a special disposition for caregiving; a job to which they have been "called" and which they describe as a vocation, referring to

humane, compassionate care. In other cases, it seems to be related to the center's culture, principles, and values. In the words of one caregiver:

It's amazing, I was born to do what I do, I have no doubt about that. I think there has to be a certain vocation, a spirit of service, even though it might be only a little. If not, you can't look after old people. This is a job that takes time, energy and feelings.

An administrator added, "It's quite clear when you do it by vocation and when you do it because there's nothing else to do. The charity that we feel toward other people, whether we sincerely care or it's just put on." Another administrator spoke of the difficulty of finding these characteristics among caregivers and argued that empathy should be a job requirement: "It's difficult to find people for caregiving, with all the training you may have, if you don't feel it, if the old people don't mean anything to you, you can't look after them."

Exchange of Affection. Through the participant observation, it was found that some caregivers and administrators approached the elderly with affection, greeted them with a kiss, spoke kind words, maintained eye contact and placed their hands gently on the old person. The elderly experienced this care as an exchange of affection. Furthermore, according to what the elderly residents expressed during the interviews, they consider that the relationships with the staff are like family or friendship relationships: "The caregivers are like friends. A day doesn't pass without them greeting me and giving me a kiss." Caregivers and administrators also shared this point of view. As one caregiver said, "We are a family, the closest, that's why we remain so fond of them, because we are their support and they are ours." An administrator agreed, "The residents tell me not to let the nursing home get any bigger because then we wouldn't have time to chat with them."

Continuity of Care

Despite the strains placed on caregivers, commitment to taking care of the elderly over time is a phenomenon that can be explained by the recognition that caregivers receive and the companionship and solidarity they experience with their peers.

Recognition. Evidence of recognition received by caregivers who dedicated themselves to caring for an elderly person appears to be a motivating force for those who ensure care provision in the nursing home and this was especially valued when it came from the families and the administrators. Feeling valued and respected by others was important for the caregivers and administrators. In the words of administrators: "We stay in contact with the families, who send us new clients, which comforts us. It means we're doing things about right, doesn't it?" Caregivers expressed the same idea:

The families express their gratitude. Sometimes simply saying thank you is enough, but you can't stop them bringing a gift or expressing their appreciation in the local newspaper. Personally, in my opinion, that's the most gratifying, and you say, "That's so lovely when the family comes to say thank you."

Solidarity Among Peers. The caregivers state that the companionship and support is good for relationships between colleagues. An atmosphere of solidarity is created to adapt shifts to the team's needs and help new caregivers with their training. The residents show solidarity with the staff and value their care. All participants agreed with this view expressed by a caregiver: "We all help each other. I knew little when I arrived and they helped me, so why wouldn't I help those who have just arrived? The relationships among colleagues are very good." The residents collaborate with the caregivers in nursing home tasks. One resident explained, "I get up in the morning and make my bed to help the girls." This was also observed when residents were seen helping in the kitchen.

Discussion

This is the first study to explore the perception of care in nursing homes in Uruguay. Caring for the elderly is such a low status job in Uruguay that it is a work option for those with a "relatively low educational level" but who see caregiving as a "positive choice in life." The caregivers in the study had minimal training in care provision and this could explain the existence of barriers to care such as lack of knowledge of elderly people's psychological and functional characteristics which involve other needs that must be met.

The meaning of care is shown in maintaining people's dignity, ensuring that they feel trust, respecting their personal privacy, and meeting their needs. Häggström, Mamhidir, and Kihlgren (2010) noted that meeting physical needs is crucial for the dignity of those receiving care in institutions. Furthermore, according to studies by Abma, Brujin, Kardol, Schols, and Widdershoven (2012), the duty to protect the autonomy, identity and self-esteem of elderly residents, and provide the opportunity to take part in activities in nursing homes, corresponds to the maintenance of dignity.

Institutions' organizational aspects lead both caregivers and administrators to focus on meeting basic needs. This tends to leave other types of care which reinforce the dignity of the elderly, such as participation in decision making, in the background. Dwyer, Andershed, Nordenfelt, and Ternstedt (2009) argue that ensuring residents' dignity may be hampered by a lack of resources, time, and difficulties in recruiting competent staff members. Time appears as an element which confers structure on life and the experience of daily living and this, in turn, affects the meaning of care. This is similar to the conclusion reached in a study by Wiersma (2012). Another study by Park (2010) on nursing aides indicated that attention was mainly focused on the physical tasks

of caring and appropriate interaction with the elderly and their families were not established. In contrast, Nakrem, Vinsnes, and Seim (2011) found that old people value protection and maintenance of social relationships, supported by the competences of the nurses.

Nursing home staff experience care as an excessive burden, describing exhausting situations and great physical effort due to the lack of personnel and the complexity of the health status of the institutionalized. This corroborates the findings of Jakobsen and Sørli (2010) and is linked to organizational elements in the nursing home. To date, there has been scant social or institutional support for training in the care of old people in Uruguay, leaving staff members without the necessary competences required to deal with stressful situations that lead to excessive burden. Özçakar, Kartal, Dirik, Tekin, and Güldal (2012) report that it is essential to identify signs of stress and burnout in those providing direct care and find ways of alleviating caregiver burden. The residents remark that staff members have too much work due to the scarcity of caregivers, the high degree of dependence among residents, and the wide range of tasks they have to perform. Research by Geiger-Brown and Lipscomb (2010) has demonstrated that the excessive number of hours worked can increase the effects of stress on the caregiver and have negative consequences for the residents. Similarly, Engström, Skytt, and Nilsson (2011) found that progressive cognitive and functional decline caused tension at work among caregivers, thus increasing the burden. This was described as being related to caregivers' relatively low educational level.

Care of the elderly was also seen as a positive choice in life and a way of doing something good for those who need it, echoing the findings in a study by Fejes and Nicoll (2010). Providing care in nursing homes is considered an act of altruism and Van der Ploeg, Mbakile, Genovesi, and O'Connor (2012) asserted that true altruism was found among volunteers and this was beneficial to dependent older citizens. Historically, the development of a compassionate disposition was the impetus for care and a defining characteristic of the nursing profession although compassion as a quality in a caregiver should not be affected by stress or pressure, as pointed out by Bradshaw (2011).

The experience of care was also conditioned by an exchange of feelings among caregivers, administrators, and residents and this appeared to be a source of satisfaction within the nursing home. Studies by Quinn, Clare, and Woods (2010), carried out on informal caregivers, indicated that the search for meaning and other types of motivation could have a positive effect on the well-being of caregivers.

Despite the fact that the care facilities studied are home to elderly people with varying degrees of complexity in terms of health, the bond between caregivers is a contributing factor in encouraging them to continue attending to the elderly. A sense of common purpose is shown by the solidarity, companionship, security, and sense of belonging among caregivers and administrators which is externalized through the

need for recognition. Research carried out among Canadian nurses demonstrated the importance of respect and financial recompense as an indicator of recognition (Harris et al., 2013). Institutionalization can negatively affect the well-being of the elderly person although, according to Walsh and Waldmann (2008), the policies of the institution, the procedures, and the structure of the environment can have a positive influence on residents' physical and mental capacities. As indicated by Juthberg, Eriksson, Norberg, and Sundin (2011), training aimed to develop leadership, decision-making and communicative abilities are fundamental to personal empowerment and improvement in the care of the elderly.

Limitations

This study was limited by the difficulty of accessing the only public sociohealth center in the country, and other LTC institutions, that provide care for elderly poor people. In addition, as this work is carried out almost exclusively by women, it was not possible to interview male caregivers.

Conclusions and Implications

The results of this study contribute to knowledge of nursing homes in Uruguay, revealing barriers to the care of the elderly and prompting reconsideration of policies in care provision. The findings highlight situations that must be addressed, such as the adequate supply of appropriately trained human resources, timely assessment of residents, and the implementation of activities designed to form part of a successful care plan. Understanding and interpreting the needs of the elderly is a vital aspect of care although, in some nursing homes, it is a low-priority concern. Caregivers require the support of their employers to develop strategies that allow them to manage their feelings of vulnerability to benefit both themselves and those in their care.

This present study may encourage the development of new lines of research in Uruguay, it is expected to lead to improvements in the quality of care. From an academic point of view, university education needs to give more relevance to theory and practice of Geriatric Nursing to adequately prepare nurses in the future. Finally, it is important to conduct research among more diverse populations to understand aspects related to social, economic, accessibility, and other barriers to care with the aim of ensuring competent care of elderly institutionalized people.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

References

- Abma, T., Bruijn, A., Kardol, T., Schols, J., & Widdershoven, G. (2012). Responsibilities in elderly care: Mr Powell's narrative of duty and relations. *Bioethics*, 26(1), 22-31.
- Bathýány, K., Alesina, L., & Brunet, N. (2007). *Género y Cuidados Familiares. ¿Quién se hace cargo de los cuidados y la atención de los Adultos Mayores en Montevideo?* [Gender and family care. Who takes charge of elderly care and attention in Montevideo?] (Research Project R&D, Final Report). Montevideo: School of Social Sciences of the University of the Republic of Uruguay.
- Bradshaw, A. (2011). Compassion: What history teaches us? *Nursing Times*, 107, 12-14.
- Brown, S. H. M., & Abdelhafiz, A. H. (2011). Institutionalization of older people: Prediction and prevention. *Aging Health*, 7, 187-203. doi:10.2217/ahe.10.88
- Calderón, C. (2002). Quality criteria in qualitative health research (QHR): Notes for a necessary debate. *Revista Española de Salud Pública [Spanish Public Health Journal]*, 76, 473-482.
- Castle, N. G., Ferguson, J. C., & Hughes, K. (2009). Humanism in nursing homes: The impact of top management. *Journal of Health and Human Services Administration*, 31, 483-516.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. (2006). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez* [Manual on indicators of quality of life in old age] (Project document no. 113). Retrieved from <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/0/28240/P28240.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl-i/top-bottom.xsl>
- Dwyer, L.-L., Andershed, B., Nordenfelt, L., & Ternstedt, B.-M. (2009). Dignity as experienced by nursing home staff. *International Journal of Older People Nursing*, 4, 185-193. doi:10.1111/j.1748-3743.2008.00153.x
- Engström, M., Skytt, B., & Nilsson, A. (2011). Working life and stress symptoms among caregivers in elderly care with formal and no formal competence. *Journal of Nursing Management*, 19, 732-741.
- Fejes, A., & Nicoll, K. (2010). A vocational calling: Exploring a caring technology in elderly care. *Pedagogy, Culture & Society*, 18, 353-370. doi:10.1080/14681366.2010.504646
- Fennell, M. L., Feng, Z., Clark, M. A., & Mor, V. (2010). Elderly Hispanics more likely to reside in poor-quality nursing homes. *Health Affairs*, 29, 65-73.
- Geiger-Brown, J., & Lipscomb, J. (2010). The health care work environment and adverse health and safety consequences for nurses. *Annual Review of Nursing Research*, 28, 191-231.
- Hägström, E., Mamhidir, A. G., & Kihlgren, A. (2010). Caregivers' strong commitment to their relationship with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 99-105.
- Harris, A., McGillis, L., Sheri Price, H., Lalonde, M., Andrews, G., & MacDonald-Renz, S. (2013). Cross Canada nurse migration LPN perspectives of factors that affect nurse mobility in Canada. *Nursing Leadership*, 26, 70-78.
- Hirdes, J. P., Mitchell, L., Maxwell, C. J., & White, N. (2011). Beyond the 'iron lungs of gerontology': using evidence to shape the future of nursing homes in Canada. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 30(03), 371-390.
- Instituto Nacional de Estadística. (2011). Uruguay in Numbers 2011. *Uruguay en Cifras 2011*. Retrieved from <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/uruguayen-cifras2011/Uruguay%20en%20cifras%202011.pdf>
- Jakobsen, R., & Sørli, V. (2010). Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers. *Nursing Ethics*, 17, 289-300.
- Juthberg, C., Eriksson, S., Norberg, A., & Sundin, K. (2011). Perceptions of conscience, stress of conscience and burn-out among nursing staff in residential elder care. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 1708-1718.
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H. H., Brähler, E., & Riedel-Heller, S. G. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*, 39, 31-38.
- Marques, F. (2012, August 11). What's going on?. El País Digital. Retrieved from: http://www.elpais.com.uy/Suple/QuePasa/12/08/11/quepasa_656740.asp
- Ministerio de Desarrollo Social. (2012). *Instituto Nacional del Adulto Mayor. Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2013-2015* [Ministry of Social Development. National Institute for the Elderly. National plan aging and old age 2013-2015]. Retrieved from http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/22737/1/plan-nacionaldeenvejecimientoyvejez_digital.pdf
- Morse, J. (Ed.). (2006). *Critical matters of qualitative research methods*. Medellín, Colombia: University of Antioquia.
- Nakrem, S., Vinsnes, A. G., & Seim, A. (2011). Residents' experiences of interpersonal factors in nursing home care: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1357-1366.
- Özçakar, N., Kartal, M., Dirik, G., Tekin, N., & Güldal, D. (2012). Burnout and relevant factors in nursing staff: What affects the staff working in an elderly nursing home? *Turkish Journal of Geriatrics*, 15, 266-272. Retrieved from http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf_TJG_662.pdf
- Park, M. (2010). Nursing staff stress from caregiving and attitudes toward family members of nursing home residents with dementia in Korea. *Asian Nursing Research*, 4(3), 130-141.
- Quinn, C., Clare, L., & Woods, R. T. (2010). The impact of motivations and meanings on the wellbeing of caregivers of people with dementia: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 22, 43-55. doi:10.1017/S1041610209990810
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (2009). *An introduction to qualitative research methods. The search of significance*. Barcelona, Spain: Paidós.
- Van der Ploeg, E. S., Mbakile, T., Genovesi, S., & O'Connor, D. W. (2012). The potential of volunteers to implement non-pharmacological interventions to reduce agitation associated with dementia in nursing home residents. *International Psychogeriatrics*, 24, 1790-1797.
- Walsh, K. M., & Waldmann, T. (2008). The influence of nursing home residency on the capacities of low-dependency older adults. *Aging & Mental Health*, 12, 528-535.
- Wiersma, E. C. (2012). "You can't turn back the clock": Conceptualizing time after institutionalization. *Canadian Journal on Aging*, 31, 73-85. doi:10.1017/S0714980811000572
- Zimmerman, S., & Cohen, L. W. (2010). Evidence behind the green house and similar models of nursing home care. *Aging Health*, 6, 717-737. doi:10.2217/ahe.10.66

