

Leonardo Strejilevich



**GERONTOLOGÍA SOCIAL**

EDITORIAL DUNKEN

**LEONARDO STREJILEVICH**

**GERONTOLOGÍA  
SOCIAL**

**BUENOS AIRES (ARGENTINA) 2004**

**(Este libro fue editado en papel por Editorial Dunken; Buenos Aires; Argentina)  
Esta edición digitalizada no ofrece el texto completo por la extensión del original**

**La salud integral de un viejo se basa en: “POCO PLATO, MUCHO TRATO Y  
MUCHA SUELA DE ZAPATO”**

**“UNA MISMA VEJEZ PARA UNOS ES UN PREMIO Y PARA OTROS UN  
APREMIO; A UNOS AUTORIZA, A OTROS ATORMENTA”  
(B. Gracian en el Criticón).**

**“YO SOY DE ESOS VIEJOS QUE NUNCA LO SON”  
(José Zorrilla).**

**“SE ES JOVEN MIENTRAS SE TIENE LA VIDA SIN RESOLVER”  
(Valle Inclán).**

**“PROCEDO DE UNA MUCHEDUMBRE DE ABUELOS Y EN MI LOS  
LLEVO EN EXTRACTO”  
(Miguel de Unamuno; Salamanca, 1912).**

## PROLOGO

En noviembre de 1998, junto al Editor Víctor Manuel Hanne de Salta (Argentina), publicamos **“LA VEJEZ. Aspectos biopsicosociales y tecnicopolíticos”**. Hay, en ese libro, un nutrido complejo de miradas, ideas, señalamientos y propuestas de actuación acerca de los problemas multidimensionales de las personas mayores en términos generales especialmente contextualizado en la realidad de nuestro país y dentro de él, habíamos puesto un énfasis muy especial acerca de los aspectos del envejecimiento en el “otro país”, en “el país interior”.

El Prof. Dr. Roberto Kaplan, Director de la Carrera de Especialistas en Geriátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (Unidad Académica Hospital Italiano de Buenos Aires) dijo, entre otras cosas, al prologar ese libro *“los primeros pensamientos y opiniones que se publicaron respecto a la problemática que una minoría emergente en rápido crecimiento –el de las personas envejecidas- estaba presentando en nuestro país en los años ‘60. Casi cuarenta años después...no se registran en este lapso, modificaciones sustanciales en el encuadre gerontológico...”* *“...de cara a las proyecciones demográficas que se conocen en nuestro medio y que señalan un crecimiento desproporcionado de personas ancianas, en particular de las mayores de 80-90 años, con todo el desafío que ello implica debido a los altos requerimientos tanto económicos como sociales que demandará este sector...”*.

Pasado el tiempo, las cuestiones y los problemas señalados aquella vez sobre el envejecimiento de nuestro pueblo adquieren más intensidad y deberían preocupar a toda la sociedad civil y a los decisores políticos que la representan y conducen.

Argentina, al 2025, tiene una proyección del envejecimiento de su población alrededor del 18% de personas de 60 años y más y una cuota muy importante de sobre-envejecimiento con las consecuencias que esto último trae para los adultos mayores, sus familias, la sociedad, la seguridad social y la elevada y costosa cantidad de recursos de toda índole que ya deberíamos disponer para atender, asistir, cuidar, ayudar, auxiliar, soportar y sostener a una enorme masa de personas mayores

desfavorecidas mayoritariamente en nuestro país cuya problemática sanitaria, socioeconómica, educativa y cultural es de solución difícil y a largo plazo en el marco de la involución social y económica de América Latina.

Hoy, publicamos “**GERONTOLOGIA SOCIAL**”. Este título no sólo complementa y aumenta la propuesta original de “**LA VEJEZ**” sino que se redimensiona en el debido marco que es la Gerontología Social.

La vertiente social del complejo sociosanitario gerontológico ha sido y está descuidada y poco atendida. Nuestra realidad demuestra que la aplicación del modelo biomédico geriátrico exclusivo y excluyente no alcanza para dotar a los adultos mayores de soportes adecuados para proporcionarles calidad de vida; no sustrae a los cuidadores informales no profesionales, que son los familiares, a la preocupación constante de la atención en un contexto de carencia, inadecuación y falta de articulación de los servicios multidimensionales y pluridisciplinarios de los que nuestro país carece mayoritariamente.

Mucho tiempo ha transcurrido, más de cincuenta años, desde que los políticos y los pioneros de la geriatría y la gerontología en la Argentina, señalaron la importancia y la complejidad creciente de la problemática de la vejez. Nuestro país, todavía, pese a haber reconocido los derechos de la ancianidad por primera vez en el mundo (1949), no ha elaborado una agenda de políticas de Estado al respecto, construido un modelo prestacional sociosanitario y previsional equitativo, socialmente justo, universalizado, accesible, flexible y adaptado a las características regionales de los ciudadanos viejos de nuestro dilatado y diverso país.

La misma estructura no lineal y no algorítmica de “La Vejez” ha sido adoptada para la construcción del discurso intelectual de esta GERONTOLOGIA SOCIAL. Esta presentación, quiere acercar al lector interesado una serie de imágenes de choques y entrec choques de partículas en permanente movimiento caótico sobre el “fondo oscuro”, cargado de incertidumbre, de la problemática gerontológica. A cargo del campo visual, la organización intelectual y la sensibilidad del lector está el encontrar coherencia, certezas y, sobre todo, motivaciones profundas para militar en la toma de conciencia y acción gerontológica que nuestros viejos merecen y, con suerte, para nosotros mismos ya que la única manera de envejecer es vivir muchos años.

# INDICE

<b>Frasas o apostillas</b>	<b>3</b>
<b>Prólogo</b>	<b>4</b>
<b>Indice</b>	<b>6</b>
<b>Lexicografía de la vejez</b>	<b>14</b>
<b>La vejez. Aspectos del envejecimiento. Prejuicios y estereotipos</b>	<b>17</b>
<b>El envejecimiento poblacional y su proyección</b>	<b>20</b>
<b>Envejecimiento. Enfermedad. Criterios de riesgo sociosanitario</b>	<b>22</b>
<b>Socioeconomía. Gasto sanitario y social en Argentina 2001, 2002 y 2003</b>	<b>29</b>
<b>Vejez y población</b>	<b>35</b>
<b>Vejez y familia</b>	<b>37</b>
<b>Sociodemografía del envejecimiento</b>	<b>40</b>
<b>Sociología de la vejez</b>	<b>45</b>
<b>La solidaridad con los envejecientes</b>	<b>49</b>
<b>Red social</b>	<b>51</b>

<b>El porvenir de los ancianos</b>	<b>53</b>
<b>Políticas sociales para la tercera y cuarta edad en la Argentina del tercer milenio</b>	<b>56</b>
<b>Responsabilidad social y vejez</b>	<b>62</b>
<b>Articulación financiera entre el empresariado privado y los programas sociales y sanitarios públicos para adultos mayores</b>	<b>65</b>
<b>La vejez y un nuevo contrato social. Legislación</b>	<b>67</b>
<b>Antecedentes legales internacionales y nacionales de protección a la tercera edad</b>	<b>72</b>
<b>Diagnóstico socioeconómico de la Provincia de Salta</b>	<b>75</b>
<b>Aspectos sociodemográficos y biopsicosociales de la vejez en Salta (Argentina)</b>	<b>77</b>
<b>Acerca de los adultos mayores. Realidad, indicadores, reflexiones y comentarios</b>	<b>89</b>
<b>Enfoque de riesgo sociosanitario en mayores. Los programas sociales. Prevención e inversión biopsicosocial en adultos mayores</b>	<b>90</b>
<b>Modelo prestacional de servicios sociosanitarias</b>	<b>93</b>
<b>La salud de los mayores. Estrategia y diseño en red</b>	<b>95</b>

<b>Ejes instrumentales para la aplicación de una propuesta de actuación</b>	<b>104</b>
<b>Emergencia sanitaria y social nacional.</b>	
<b>Reflexiones y consideraciones tecnopolíticas</b>	<b>107</b>
<b>Coordinación sociosanitaria, eje de la atención integral en geriatría</b>	<b>112</b>
<b>Prestaciones geriátricas. Emergencia sanitaria y social</b>	<b>115</b>
<b>Intervención sociosanitaria en patologías prevalentes en adultos mayores de la región del NOA.</b>	
<b>Prevención primaria de la osteoporosis, la desnutrición crónica y los accidentes cerebrovasculares</b>	<b>119</b>
<b>Reflexiones acerca de reformas previsionales, jubilaciones y retiros compulsivos y varias cuestiones más de la seguridad social en la República Argentina vinculados a la calidad de vida de los adultos mayores</b>	<b>127</b>
<b>La curación de los viejos</b>	<b>130</b>
<b>El diagnóstico y el tratamiento</b>	<b>134</b>
<b>Tendencias de las necesidades sociosanitarias y de consumo de los adultos mayores en la sociedad actual</b>	<b>141</b>
<b>Uso de medicamentos y drogas en adultos mayores</b>	<b>145</b>
<b>Valoración sanitaria, a propósito de dos estudios</b>	<b>147</b>
<b>Atención primaria de la salud (APS)</b>	<b>150</b>



<b>Atención primaria sociosanitaria de la salud en adultos mayores</b>	<b>154</b>
<b>Enfermería y podología en los centros de jubilados de la Provincia de Salta</b>	<b>156</b>
<b>Casos sociosanitarios</b>	<b>157</b>
<b>Características de la alimentación en adultos mayores</b>	<b>165</b>
<b>Pirámide alimentaria o del peso saludable</b>	<b>167</b>
<b>Promoción de la salud y promotores de salud</b>	<b>168</b>
<b>Programas “Geros” de actividades integrales para adultos mayores</b>	<b>170</b>
<b>Actividad física en adultos mayores</b>	<b>173</b>
<b>Educación y tercera edad. Educación y responsabilidad social en provincias argentinas marginadas</b>	<b>176</b>
<b>Los mayores y la cultura</b>	<b>179</b>
<b>Educación, canto y teatro como terapéutica y acción dinamizadora sociocultural en la vejez</b>	<b>181</b>
<b>Diseño y ayudas técnicas para personas mayores y discapacitados</b>	<b>184</b>
<b>Los centros de jubilados y la red social</b>	<b>186</b>
<b>Acerca de la muerte</b>	<b>188</b>

<b>La muerte y la vejez</b>	<b>192</b>
<b>Reflexiones acerca de la muerte</b>	<b>195</b>
<b>Sobre la muerte, la tarea de morir y la vejez</b>	<b>199</b>
<b>La muerte o la supremacía de la vida</b>	<b>202</b>
<b>De la enfermedad</b>	<b>205</b>
<b>Subjetividad postmoderna</b>	<b>207</b>
<b>Neurología, psiquiatría y psicología</b>	<b>208</b>
<b>Diagnóstico y causalidad controversial en psicología, psiquiatría y neurología</b>	<b>214</b>
<b>Neurodiagnóstico. Técnicas psicológicas</b>	<b>220</b>
<b>Neuropsiquiatría de mayores</b>	<b>226</b>
<b>Sueño en adultos mayores</b>	<b>228</b>
<b>Confusión mental</b>	<b>230</b>
<b>Demencias</b>	<b>232</b>
<b>Club Alzheimer</b>	<b>234</b>
<b>Delirios</b>	<b>240</b>

<b>Las depresiones en la vejez</b>	<b>240</b>
<b>Cuestionario de escala de depresión en geriatría</b>	<b>244</b>
<b>Escala de depresión</b>	<b>245</b>
<b>Accidentes cerebrovasculares (ACV)</b>	<b>246</b>
<b>Ictus. Un golpe al cerebro</b>	<b>248</b>
<b>Tablas y encuestas de valoración.</b>	
<b>Propuestas: valoración sanitaria rápida; riesgos en adultos mayores en accidentes y caídas en el hogar; consumo sociosanitario; satisfacción en talleres terapéuticos ocupacionales.</b>	
<b>Escalas de valoración geriátrica – gerontológica</b>	<b>251</b>
<b>La ancianidad, la vulnerabilidad y la exclusión social</b>	<b>266</b>
<b>Violencia contra los mayores</b>	<b>267</b>
<b>Cifras de violencia</b>	<b>271</b>
<b>Referencias donde recurrir</b>	<b>272</b>
<b>Violencia, maltrato y tratamiento inadecuado a los adultos mayores</b>	<b>274</b>
<b>Indicadores de maltrato y factores de riesgo</b>	<b>277</b>
<b>Voluntariado social</b>	<b>279</b>
<b>Perfil prestacional de voluntarios sociales para adultos mayores</b>	<b>281</b>

<b>Qué es cuidar a una persona mayor?</b>	<b>283</b>
<b>Cuidadores domiciliarios</b>	<b>284</b>
<b>Cuidadores formales profesionales de adultos mayores (auxiliares gerontológicos)</b>	<b>286</b>
<b>Auxiliares gerontológicos en el contexto del envejecimiento poblacional y de la realidad sociosanitaria de los adultos mayores</b>	<b>287</b>
<b>Realidad de la auxiliatura gerontológica</b>	<b>290</b>
<b>Reparación de la enfermedad versus sanitarismo geriátrico</b>	<b>292</b>
<b>Hospitalismo y vejez</b>	<b>296</b>
<b>Servicio de ayuda a domicilio (SAD) para adultos mayores</b>	<b>298</b>
<b>Bioética y adultos mayores</b>	<b>300</b>
<b>Cicerón y “De senectute”</b>	<b>303</b>
<b>Elogio de la vejez. Pablo Mantegazza, la pluma optimista o el abogado de los mayores</b>	<b>306</b>
<b>El desasosiego en “De senectute” de Norberto Bobbio</b>	<b>311</b>
<b>Homenaje a dos ancianos; mis padres. That’s all ?. Carta a mi madre</b>	<b>314</b>

**Lo que fui y lo que soy** **318**

**Bibliografía** **323**

## LEXICOGRAFÍA DE LA VEJEZ

La vejez fue, salmódicamente, alabada por los antiguos griegos y romanos, árabes y persas. La importancia de los ancianos en la sociedad fue enorme; representaban el tesoro de la memoria y “guardaban” los descubrimientos de los grupos humanos en épocas en que no había escritura para archivar la memoria y la mayoría de la gente no sabía leer.

El *SENADOR* (*senior, mayor, el más viejo*) tenía el prestigio de la experiencia vital acumulada, de la madurez, del sosiego. La gente confiaba en su liderazgo; la edad era un criterio objetivo de autoridad (Consejo de Ancianos); los viejos eran los especialistas en el pasado.

En las lenguas actuales “occidentales” a las personas mayores se les dice *viejo, vell, vello, viellard, vecchio* que encierra la idea de cosa gastada, deteriorada por el uso y el paso del tiempo.

Frente a estas palabras con significado peyorativo, las lenguas “orientales” usan para designar al anciano los términos *shaij* (*árabe = doctor, maestro, guía espiritual, jefe de familia o tribu, abad de un monasterio*) y *gadim* (*árabe = príncipe eterno o apelativo de Dios*). En persa, se usa *pir* (= anciano, fundador de una secta, el mundo, el cielo, un ángel) y *mard* (héroe, valiente, atrevido).

“Viejo”, puede ser sinónimo de añoso, anciano, mayor, advirtiendo que en castellano se aplica el término viejo tanto a los objetos como a las personas.

En Argentina la palabra “VIEJO” se emplea con ternura para designar con ella a los padres. Para nosotros, los argentinos, el “viejo” es una persona madura, hombre o mujer con historia; el que ha hecho nuestro mundo; el que ha configurado la parte complementaria del “nosotros” sin la cual nuestra personalidad quedaría amputada, irresuelta.

Los hombres tenemos, en gran parte, lo que los demás nos transfieren (tránsfer y metáfora, del griego, vienen ambos del mismo verbo: transportar) —esto hacen los viejos-; también nos ayudan a percibir, configurar y determinar la realidad; nos inculcan hábitos o pautas que nos modela; nos tutelan para permitir el desarrollo de la inteligencia y el mundo afectivo.

“Clásico”, “viejo”, “mundo” es acumulación de conocimientos, sentido, cultura, sentimientos, experiencias a lo largo de la existencia; recordar caminos, días pasados, viajes, recuerdos, olvidos.

“Mundo” es, en efecto, aquello que recibimos elaborado de quienes nos precedieron.

“Clásico”, es decir viejo, es el mundo, el “Welt” (alemán; welt = hombre; alt = viejo, maduro, generación). Lo generacional debiera ser un continuo articulado e interactivo, sin embargo, las brechas generacionales cada vez se ahondan más. Tal vez, no nos estamos dando el debido tiempo para que se posibilite el indispensable contacto entre dos generaciones, la que envejece y la que crece. Cada uno se conduce y se comporta según la situación de la relación interhumana en que se encuentra; es preciso, entonces, “marchar con”, “viajar con”, “compartir con” en una especie de solidaridad itinerante por el camino de la vida. Viajamos en compañía y es necesario y bueno que nos crean, nos escuchen, nos permitan el diálogo. Gracias al largo viaje y a los muchos diálogos Don Quijote llegó casi curado al final de su vida en compañía de Sancho “el bueno”.

La contextura de nuestro mundo actual, del mundo que habitamos, ha sido configurada por la transmisión de pautas que, desde nuestra niñez, nos han brindado las personas tutelares que son nuestros mayores. Nuestros padres trataron de incorporar nuestro ser a su mundo y, al mismo tiempo, sin darse cuenta, incorporaron su mundo a nuestro ser. Ver la realidad como tal se da en el marco y con arreglo a las pautas que nos transmiten; existir humanamente es “coexistir” con los otros (un Robinson Crusoe puro sentiría el “vacío” y moriría sin la existencia de una comunidad de hombres).

“*Tercera Edad*” es un invento francés que no tiene asidero ni social, ni antropológico, ni ideológico; es un eufemismo para evitar la palabra viejo, aparentemente peyorativa.

Un error es llamar al viejo “abuelo”; ésta es una titularidad que a veces el mayor no profesa.

Llamamos “*Gerontología*”, al estudio del envejecimiento normal en lo biológico, psicológico y social y “*Geriatría*”, al estudio de las modalidades del envejecimiento y las enfermedades que aparecen durante este proceso.

El envejecimiento es un proceso, no es un estado y por ello en inglés se usa la palabra “*aging*”. El viejo es una persona individual, diferente, especial, irreplicable, por ello conviene hablar “del viejo” y no “de los viejos” en general.

La lexicografía sirve, entre otras cosas, para conocer acertadamente el significado de las palabras; este significado se hace necesario para hallar una mirada válida de la realidad y no generar, indebidamente, estereotipos negativos. Precisar el lenguaje es entender mejor; es coincidir en la interpretación y brindar un plano de soporte conceptual para planificar y prestar servicios sociosanitarios a nuestros viejos.



## **LA VEJEZ. ASPECTOS DEL ENVEJECIMIENTO**

### **PREJUICIOS Y ESTEREOTIPOS**

El *VIEJISMO* , es el término que encierra las variadas formas de discriminación que se ejercen contra los viejos, excluyendo y no reconociendo que todos somos sujetos que llevamos dentro nuestro el proceso de envejecimiento.

Si se intenta negar el propio proceso de envejecimiento y el de la sociedad humana misma segregando, excluyendo, victimizando o maltratando a los viejos o permitiendo que otros lo hagan, seguramente, pagaremos caro este error.

Por otra parte, deberíamos abandonar el “criterio médico de la salud” por el “criterio funcional” en el caso de los viejos. Hay que dejar de mirar los aspectos deficitarios y comprender los aspectos saludables, funcionales y útiles de la vejez.

El buen o mal envejecer depende más de la escala de valores, de las estructuraciones psicológicas y sociales, de la aproximación al yo ideal que de aspectos estrictamente biológicos; mantenerse en contacto e intercambio con las generaciones más jóvenes – no para sentirse uno más joven – sino para estar actualizado, incluido, no abandonando el proceso permanente socializador y construyendo la propia trascendencia.

La vida es un camino de una sola mano y la juventud no vuelve jamás. Es obvio, que a medida que se envejece ya no es posible mantener el ritmo de la juventud en ninguno de sus aspectos, sin embargo, el secreto del buen envejecer está dado por la capacidad que tenga el sujeto de aceptar y acompañar las inevitables declinaciones, sentirse y procurar ser activo, sentirse querido y necesitado, no perder los roles sociales.

El viejismo oculta el espantoso miedo y pavor a envejecer; los viejos son un retrato de nosotros mismos a futuro. Somos incapaces de aceptar nuestro destino futuro mientras sigamos enamorados de nosotros mismos como jóvenes.

En suma, el término “viejismo” define el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en función de su edad.

Un viejo, frente a nosotros, es como un espejo del tiempo, por eso, muchas veces, elegimos no atenderlos negando nuestro propio envejecimiento adjudicando al viejo cosas y cualidades desfavorables que realmente no tiene.

La vejez se lleva adentro activamente. Algunos de nuestros órganos comienzan a envejecer a los 7 años de edad; muchas de nuestras capacidades alcanzan su punto máximo a los 25 años y a partir de allí comienza nuestra declinación.

El estereotipo más común y extendido es considerar a los viejos como enfermos o discapacitados, desconociendo que sólo 1 de cada 4 viejos tiene problemas en su salud, es decir, 3 de cada 4 NO tienen problemas de salud; son sanos.

La salud de los viejos es mejor medirla en términos de función; más por el grado de ajuste que son capaces de obtener que por la falta de patología.

En gerontología-geriatría, el diagnóstico funcional es el más importante en los planos biológico, psicológico y social y además sirve para medir y planificar el monto de servicios que el viejo requiere en la comunidad.

Lo dicho no niega el hecho objetivo de que con la edad crecen constantemente los impedimentos y las enfermedades sobre todo a partir de los 65 años. El 51% de los viejos considera que su salud es buena; el 33% aceptable y sólo el 16% que es pobre o mala. Sólo el 5% de la población mayor debe ser hospitalizada.

Muchas de las declinaciones de los viejos se deben a la falta de entrenamiento y al apartamiento de la actividad por no “prolongar el activismo” más allá de lo posible o de lo cronológicamente estimado por los sistemas previsionales y sanitarios.

Si bien sabemos que la producción intelectual de científicos y escritores está comprendida en el rango de los 30-59 años de edad; que el 50% de los grandes descubrimientos se producen en la década de los 40 y que entre los 30-60 años se distribuye el 80% del total de los puestos políticos, militares o industriales de la

sociedad; que el máximo de las aptitudes físicas se obtienen hasta los 30 años para después declinar; la pregunta a hacer es qué harán los viejos en una sociedad cuya esperanza de vida se acerca a los 80 años de edad.

Los seres humanos, al menos en la cultura occidental, tienen dificultades para registrar desde sí mismas el paso del tiempo; no se toma conciencia que el tiempo es finito y nadie cree en su propia muerte. A medida que envejecemos nos volvemos más pesimistas y conservadores y aparecemos más preocupados por la proximidad de la muerte.

Cada cultura produce su propio tipo de envejecimiento y dentro de cada una de ellas cada viejo es el producto de su propia historia personal y generacional; los viejos en tanto personas son únicas e irrepetibles.

Las personas mayores, en una sociedad “viejista” o gerontofóbica son considerados:

Enfermos – seniles – deprimidos – asexuados – pasados de moda – diferentes – discapacitados – sin derechos – no pertenecen – son los otros – no importan sus necesidades económicas y sociales – no contribuyen a la sociedad – no producen – gastan demasiado – no interesan.

## **EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y SU PROYECCIÓN**

EL NÚMERO DE PERSONAS MAYORES EN EL AÑO 2000 ES DE 606 MILLONES (EL 80% EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS). SE TRIPLICARÁ PARA LLEGAR EN EL AÑO 2050 A 2.000 MILLONES (EN ESE MOMENTO LA POBLACIÓN MUNDIAL ALCANZARÁ LOS 9.300 MILLONES). ALGUNOS PAÍSES VERÁN DUPLICADAS SU POBLACIONES DE ADULTOS MAYORES EN SÓLO 25 AÑOS.

EN 2050, LA ESPERANZA DE VIDA EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS SERÁ DE 85 AÑOS; EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO SERÁ DE 75 AÑOS.

HABRÁ QUE PENSAR, RÁPIDAMENTE, CÓMO SE ENCARARÁ LA PRODUCTIVIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES, LA CONTRIBUCIÓN A LA SOCIEDAD DESPUÉS DE LA JUBILACIÓN, LOS SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES, LA NECESIDAD DE SEGUIR EDUCANDO.

LOS PAÍSES EN DESARROLLO SUFRIRÁN MÁS FUERTEMENTE LA SITUACIÓN CREADA POR EL AUMENTO DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL (EN ALGUNOS CASOS MUY PRONTO; EL CASO DE LA ARGENTINA). ESTOS PAÍSES VAN A ENVEJECER ANTES DE ALCANZAR

UN DESARROLLO SOSTENIBLE Y A UN RITMO MÁS RÁPIDO (EL CASO DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE).

HABRÁ QUE PONER EN MARCHA UN PLAN DE ACCIÓN CON ESTRATEGIAS Y MECANISMOS DE LARGO PLAZO CON VISTAS AL ENVEJECIMIENTO DE UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES.

EL PLAN INTERNACIONAL DE ACCIÓN APROBADO EN LA I ASAMBLEA MUNDIAL DE VIENA EN 1982, DEBERÁ SER REEMPLAZADO, URGENTEMENTE, POR UN NUEVO Y ENFÁTICO PLAN DE ACCIÓN A PARTIR DE LA II ASAMBLEA MUNDIAL DE MADRID (ABRIL DE 2002).

## ENVEJECIMIENTO

**DEFINICIÓN Y CONCEPTO:** proceso vital cualitativo, universal, progresivo, ineludible, personal y exclusivo con características propias en el que algunas personas se tornan físicamente limitados y funcionalmente dependientes. Hay envejecimiento normal (senescencia) y envejecimiento patológico (senilidad).

**ENVEJECIMIENTO NORMAL:** constituye la vejez saludable o exitosa, carente de enfermedad o de alteraciones biopsicosociales. La mayor parte de los ancianos no están enfermos ni se hayan limitados. En esta etapa vital puede aparecer patologías propias y características, decrementos en las capacidades y potencialidades funcionales, disminución de la velocidad de reacción, reducción general de los ritmos biológicos. Las causas de la vejez saludable deben buscarse en factores genéticos, hereditarios, medioambientales y psicosociales. Si la persona proviene de familia de longevos, podrá pasar los 70 años si la suma de las edades de sus cuatro abuelos más la de sus dos padres suman por lo menos 400 años; en estos casos la probabilidad de longevidad es 3 veces mayor. La baja ingesta calórica, el clima cálido con pocas variaciones (mar y montaña), actividad física, mantenimiento de los estímulos sensoriales, prevención de la ansiedad y el estrés, actividad social y cultural adecuadas y la evitación de tóxicos son la base de un envejecimiento normal, saludable y exitoso.

**ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO: LA VEJEZ NO ES UNA ENFERMEDAD.** La probabilidad de enfermarse durante la vejez y que por ello se originen consecuencias negativas, es mucho mayor que en otras etapas de la vida. La enfermedad aguda, es de corta duración, de menor frecuencia pero tarda más en curarse y sus consecuencias son más graves. La enfermedad crónica es de larga duración, lleva asociada una limitación funcional residual y acumulativa y disminuye la resistencia a las agresiones externas. Cuando a una enfermedad crónica se añade un

episodio agudo, las consecuencias son más graves y aumenta la probabilidad de muerte.

La agresión biológica NO es la única causa de disminución de la resistencia orgánica. La soledad, el aislamiento, la marginación, la falta de un espacio social inclusivo, la ausencia de obligaciones, el exceso de tiempo libre tiene tanto o más importancia que los factores biológicos. La vejez patológica, en gran medida, puede ser prevenida.

## **PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON LA EDAD “LOS GIGANTES DE LA GERIATRÍA”:**

**INCONTINENCIA URINARIA – INMOVILIDAD Y ESCARAS –  
INESTABILIDAD Y CAÍDAS – SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO –  
DESNUTRICIÓN – IATROGENIA MEDICAMENTOSA**

## **PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN MAYORES DE 60 AÑOS**

**Enfermedad cerebrovascular – Enfermedad cardíaca isquémica – Enfermedad  
pulmonar obstructiva crónica (EPOC) – Demencia – Infecciones respiratorias –  
Carditis – Diabetes – Tuberculosis (TBC) – Traumatismos – Cataratas –  
Carcinomas digestivos y pulmonares – Cirrosis**

## **ENFERMEDADES PROPIAS DE LA ADULTEZ MAYOR**

**OSTEOPOROSIS – ARTROSIS – ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA –  
ARTRITIS – POLIALGIA REUMÁTICA – PRESBICIA – PRESBIACUSIA –**

**DIABETES MELLITUS – ENFERMEDAD DE PARKINSON – ENFERMEDAD  
DE ALZHEIMER**

**ENFERMEDADES QUE SE ACENTUAN EN  
LA TERCERA EDAD**

**Septicemia – neumonía – cirrosis – nefritis – accidente cerebrovascular (ACV) –  
infarto agudo de miocardio (IAM)**

**ENFERMEDADES QUE SE PRESENTAN  
CON CARACTERÍSTICAS DISTINTAS  
EN LA VEJEZ**

**Procesos infecciosos – gripe – enfermedades respiratorias – neoplasias – enfisema –  
hipertensión arterial**



UN INDIVIDUO MAYOR DE 65 AÑOS, CONSUME EL 80% DEL GASTO MEDICO DE TODA SU VIDA EN LOS ULTIMOS SEIS MESES ANTES DE MORIR !

## **RIESGO SOCIOSANITARIO EN ADULTOS MAYORES**

**CRITERIOS DE RIESGO:** se utilizan para medir la población de adultos mayores considerada vulnerable y sus variables son elegidas para definir situaciones críticas (OMS).

Los “**CRITERIOS DE RIESGO**” son: **GENERALES, CLINICO-FÍSICOS, BIOPSIICOSOCIALES, SOCIOAMBIENTALES Y SOCIOECONOMICOS:**

### **CRITERIOS GENERALES:**

- **Mayores de 80 años,**
- **Ancianos que viven solos,**
- **Mujeres ancianas solteras, viudas o separadas,**
- **Ancianos ingresados en instituciones no controladas,**
- **Viudez reciente,**
- **Período siguiente al alta hospitalaria,**
- **Alto consumo de fármacos,**
- **Inadecuada frecuencia de consulta al médico,**
- **Claudicación o ineficacia del cuidador,**
- **Fragilidad funcional,**
- **Requerimiento de ayuda para el sostén del desempeño en la vida cotidiana,**
- **Aislamiento social,**
- **Pobreza estructural,**
- **Ingresos monetarios insuficientes,**

- **Carencia de vivienda propia o con vivienda deficiente,**
- **Pérdida del hogar,**
- **Carencia de roles,**
- **Falta de redes solidarias,**
- **Pérdida de la autoestima.**

#### **CRITERIOS BIOPSIICOSOCIALES:**

- **Abandono,**
- **Falta de redes sociales,**
- **Pérdida del hogar,**
- **Aislamiento social,**
- **Viudez reciente,**
- **Mujeres solas jefas de familia,**
- **Fragilidad emocional,**
- **Limitaciones para las actividades de la vida diaria,**
- **Solo o con familiar a cargo discapacitado o enfermo,**
- **Confusión mental,**
- **Depresión,**
- **Violencia familiar,**
- **Violencia institucional,**
- **Mendicidad.**

#### **CRITERIOS CLINICO-FÍSICOS:**

- **Deshidratación,**

- **Desnutrición,**
- **Quemaduras,**
- **Fracturas,**
- **Dializados,**
- **Con HIV,**
- **Transplantados,**
- **Suspensión indebida de medicación,**
- **Período siguiente al alta hospitalaria,**
- **Alto consumo de fármacos.**

#### **CRITERIOS SOCIOAMBIENTALES:**

- **Vivienda sin tratamiento de excretas,**
- **Falta de accesibilidad a la vivienda,**
- **Inundaciones,**
- **Temperaturas extremas,**
- **Inaccesibilidad a los servicios de agua, luz y transporte.**

#### **CRITERIOS SOCIOECONÓMICOS:**

- **Pobreza estructural,**
- **Ingresos monetarios insuficientes,**
- **Discapacidad,**
- **Grupo familiar con discapacitado.**

**CALIDAD DE VIDA EN LA ADULTEZ MAYOR** IMPLICA VIDA LIBRE SIN DISCRIMINACIÓN NI AISLAMIENTO, SALUD FÍSICA Y MENTAL, INDEPENDENCIA SOCIAL Y ECONOMICA, AUSENCIA DE LIMITACIONES FUNCIONALES Y DISCAPACIDADES

## **TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO**

- **ESTOCASTICAS:** Proceso que se cree será reversible.
- **DETERMINISTICAS:** Proceso genéticamente programado e irreversible (apoptosis).

## **ARGENTINA. SOCIOECONOMÍA 2002**

**(FUENTES: INDEC; ONU; Ministerio de Economía; LatinPanel)**

### **SOCIODEMOGRAFIA DE LA VEJEZ EN ARGENTINA (2002)**

Población total del país	36.578.355 habitantes
Población mayor de 60 años	14 % Proyección al 2025 = 18%
Población mayor de 65 años	10,4 %
Población mayor de 80 años	1,72 % Proyección al 2025 = 2,77%
Esperanza de vida al nacer para hombres	69,7 años
Esperanza de vida al nacer mujeres	76,8 años

Esperanza de vida al nacer global	73,1 años
Desempleo	25 %
Subempleo	27 %
Porcentaje del PBI que se invierte en salud	4,64 %

## **SOCIOECONOMÍA DE LA ADULTEZ MAYOR EN ARGENTINA (2002)**

**1.400.000 adultos mayores no perciben asignaciones previsionales ni tienen cobertura sanitaria y social,**

**Beneficios previsionales: el 25,5 % del total percibe \$ 150,00 mensuales**

**Haber previsional medio (SIJP): \$ 325,55 %**

**En el 7.8% de los hogares con adultos mayores, éstos deben mantener en promedio a 4 (cuatro) o más personas**

**El 27,5 % de los mayores de 65 años trabaja o busca trabajo**

**El 51,06 % de los adultos mayores del país viven solos o son jefes de hogar; de ellos, un 50,11 % debe mantener, además, a uno o más menores de 60 años**

**Entre un 16 y 27 % habitan viviendas deficitarias con hacinamiento**

**De la población de adultos mayores de 60 años y más, el 7,69 % NO sabe leer ni escribir**

*El riesgo social de los adultos mayores de Salta es uno de los más altos del país (junto a Corrientes, Chaco, Formosa, Jujuy, Misiones y Santiago del Estero)*

**REFLEXION.** *¿Cómo es posible pasar hambre y todo tipo de necesidades, a cualquier edad, en la República Argentina cuando el país:*

- Produce más de 2.442 millones de litros de leche fluida al año,
- Produce 7.869 millones de litros de leche para subproductos,
- Tiene más de 50 millones de cabezas de ganado vacuno,
- Se cazan más de 2 millones de liebres al año,
- Se producen más de 343 millones de pollos,
- Se cosechan cereales y oleaginosas en constante aumento,
- Podemos dar de comer a una población de 300 millones de habitantes y sólo apenas llegamos a los 37 millones,
- Negociamos en el mundo, sólo en productos de la cadena agroalimentaria, más de 13.000 millones de dólares al año,
- Durante el año 2001, se fugaron de Argentina, capitales de argentinos por 18 mil millones de dólares,
- De los 150 mil millones de dólares que tienen los argentinos afuera, sólo 10 mil millones están declarados como depósitos en el exterior ante la AFIP,
- Los ciudadanos de Argentina, tienen más dinero en el exterior que el monto total del PBI del país,
- La Argentina, que desreguló la economía y las finanzas, permitió girar dinero al exterior sin trabas,
- La Argentina consintió la fuga de capitales en forma legal, sin pagar impuestos y sin control del Banco Central,
- El 80% de los hogares pasó a consumir lo indispensable,
- 8 millones de hogares concentran cada vez más sus compras en un grupo de alimentos básicos y de primera necesidad,
- El 20% de los más privilegiados, con ingresos promedio de 1.060 pesos mensuales, consume artículos alimentarios no indispensables (cereales, papas fritas, yogur, cacao en polvo, etc.),
- El Estado destina miles de millones de pesos a servicios sociales, pero la desnutrición se extiende y los niños y ancianos mueren de hambre,
- La corrupción y la ineficiencia burocrática hace que los fondos sociales no lleguen debidamente a los necesitados,

- Algunos políticos, pretenden consolidar su poder mediante el clientelismo distribuyendo a placer el financiamiento social,
- En 2001, la Argentina batió el record histórico de fondos asignados a gastos sociales: 22% del PBI (más que los Estados Unidos de Norteamérica),
- En 2001, el Estado Nacional, las Provincias y los Municipios asignaron a gastos sociales 59.109 millones de dólares (1 a 1). Fuente: Dirección de Gastos Sociales Consolidados del Ministerio de Economía de la Nación),
- En 2002, del presupuesto nacional se gastarán 32.000 millones de pesos en servicios sociales,
- La Argentina, desde hace cuatro años está en hiperdepresión, devaluó fuertemente su moneda, se encarecieron fuertemente los alimentos y los medicamentos,
- El 10% de los hogares más pobres perdió, a valores actuales del PBI, 1260 millones de dólares de participación en 2002 respecto a 1990,
- Un plan alimentario que auxilie a los más necesitados, en todo concepto, no cuesta más de 254 millones de dólares,
- El principal gasto social en Argentina es el pago de jubilaciones y retiros de las fuerzas armadas y de seguridad,
- El 20% de la población mundial más rica gana 78 veces más que el 20% más pobre,
- En los países en vías de desarrollo hay una alta tasa de natalidad y una creciente y elevada tasa de envejecimiento poblacional,
- Las diferencias globales entre ricos y pobres, dentro del propio país han crecido notablemente,
- El aumento de la brecha se debe, entre otras cosas, a pobreza por ingresos, mala salud, analfabetismo, insuficiente escolarización, exclusión social, falta de poder, discriminación por motivos de género,
- Las mujeres pobres, enfrentan un riesgo de muerte durante el embarazo y el parto 600 veces superior a las mujeres de los países desarrollados,
- Los países que ofrecen servicios de salud reproductiva, planificación familiar, mayor cobertura y calidad en educación, mayor igualdad de género y que



tienen sistemas de participación social con responsabilidad y rendición de cuentas tienen mayor gobernabilidad, bienestar social y calidad de vida,

- La mala salud reduce la capacidad personal, rebaja la productividad y aminora los ingresos; perjudica el rendimiento económico del país,
- La esperanza de vida, es un indicador fundamental del estado de salud de un país y estimula el crecimiento económico,
- Un 8% del total del crecimiento económico puede atribuirse a tasas más altas de la sobrevivencia de adultos,
- Una alta tasa de fecundidad acrecienta la pobreza y frena el crecimiento económico,

## **GASTO SOCIAL DE 2001 DISCRIMINADO EN MILLONES DE PESOS**

<b>Educación, cultura, ciencia y técnica</b>	<b>14.005</b>
<b>Educación básica</b>	<b>9.526</b>
<b>Educación Superior y Universitaria</b>	<b>2.564</b>
<b>Ciencia y Técnica</b>	<b>512</b>
<b>Cultura</b>	<b>359</b>
<b>Educación y Cultura sin discriminar</b>	<b>1.044</b>
<b>Salud</b>	<b>13.618</b>
<b>Atención pública de la salud</b>	<b>5.621</b>
<b>Obras Sociales – Atención de la salud</b>	<b>5.807</b>
<b>INSSJP – Atención de la salud</b>	<b>2.190</b>
<b>Agua potable y alcantarillado</b>	<b>233</b>

<b>Vivienda y urbanismo</b>	<b>1.099</b>
<b>Promoción y Asistencia Social</b>	<b>3.325</b>
<b>Promoción y Asistencia Social Pública</b>	<b>2.728</b>
<b>Obras Sociales – Prestaciones Sociales</b>	<b>360</b>
<b>INSSJP – Prestaciones Sociales</b>	<b>237</b>
<b>Previsión Social</b>	<b>21.842</b>
<b>Trabajo</b>	<b>2.793</b>
<b>Programas de Empleo y Seguro de Desempleo</b>	<b>985</b>
<b>Asignaciones Familiares</b>	<b>1.808</b>
<b>Otros servicios urbanos</b>	<b>2.193</b>

## **VEJEZ Y POBLACION**

A la vuelta de muy pocos años más, la presencia y el peso absoluto y relativo de los mayores en la pirámide social será más numerosa y también aumentarán sus necesidades sanitarias, sociales y espirituales.

### **LA VEJEZ NO ES UNA ENFERMEDAD**

Las personas mayores no son una carga, pueden producir si se les orienta y ayuda; son útiles.

Las personas mayores son parte integrante y decisiva en el desarrollo de la comunidad.

Las personas mayores deben hacerse oír y para ello conviene que se asocien.

Las personas mayores deben participar y actuar en sus profesiones, en tareas solidarias o de voluntariado, asesorar a los jóvenes y también en la esfera académica, económica o política.

Las personas mayores deben sensibilizar a la sociedad en la que viven para hacer notar su presencia y reclamar “con propuestas” las ayudas que necesitan en su favor.

Las personas mayores deben tratar de incidir sobre el mejoramiento de sus condiciones de calidad de vida y la calidad de las prestaciones sociosanitarias que reciben.

Las personas mayores deberían huir de la dependencia como un reto.

Las personas mayores deben saber que sus necesidades van siempre por delante de muchos programas y planes que fueron elaborados para ellos.

Las personas mayores deberían interactuar en forma fructífera entre la sociedad civil, los gobiernos y las instituciones.

Las personas mayores deberían solicitar los apoyos institucionales que merecen a través de propuestas concretas de las organizaciones que los nucleen y no sólo a su obra social sino también a las administraciones municipales locales, ONGS, universidades, asociaciones, empresas privadas y toda otra entidad implicada en la promoción y acción social y desarrollo humano.

Las personas mayores deberían ponerse en “campaña” activa para sensibilizar a la población de su presencia, de su situación, de sus derechos y al inexcusable acercamiento intergeneracional.

Las personas mayores deberían dinamizarse y potenciar su nivel de participación social a través de las actividades del voluntariado y romper la frontera entre ellos en su propia generación y las más jóvenes, abandonando el carácter individualista y protagónico.

Las personas mayores deberían estimular el apoyo de sus propias familias para sus cuidados y atención; ninguna institución reemplaza o sustituye el amor, la consideración, la comprensión y el respeto que los ancianos de hoy y siempre merecen.

## VEJEZ Y FAMILIA

Actualmente, existe una baja de las relaciones intergeneracionales y elevado empobrecimiento de la relación horizontal.

Poco a poco, la fluidez afectiva que la familia expresaba en el paso a través de los puentes generacionales también se ha empobrecido.

Con la tecnologización del quehacer médico, la divulgación mediática acrítica de “proezas científicas” curativas, la esperanza de vida en aumento y por ello la “recuperación” de la casi eternización en lo terrenal con exclusión y falta de aceptación de lo que de real tiene la vida prolongada que conlleva agostamiento, ocasos, pérdidas y muerte ha hecho que la mirada de los viejos actuales y la de los jóvenes se haya convertido en una ilusoria fantasía virtual.

La masividad de mitos en el presente es insondable (la humanidad siempre los ha tenido) y genera la inaceptabilidad del decurso de la vida, se rompe la homeostasis, se transmiten señales anormales en la propia generación y a nivel intergeneracional en forma inconveniente. Los equilibrios se rompen y se rehacen nuevos “equilibrios” patológicos con incremento de las enfermedades físicas, psicológicas y sociales en los mayores y sus familias.

Cada vez más –no siempre- se nota un fracaso de las misiones de la familia. La familia está desvitalizada, deja de ser una unidad de trueque, ha dejado de ser un grupo, ha “estallado” aboliéndose los límites físicos y psicológicos de cada uno de sus miembros, cada uno lucha por su ubicación y la validación de sus respetos, aparecen mecanismos de defensa (más frecuentemente es la negación); logran o no mantener la interrelación y la interactividad en términos de mutualidad, de relaciones de complementariedad, de chivoemisarismo y, en ocasiones, hay rupturas de las alianzas intergeneracionales. En este contexto, se puede llegar a romper el clima interaccional y psicológico con agravamiento de la situación global del viejo (depresión, involución, alto índice de suicidabilidad). Cuando la situación se torna límite se busca la “prestación” técnica sanitaria y social (muy poco en nuestro medio la psicológica) que suele ser tardía y con una alta dosis de intrusismo con el pretexto de la intervención.

El viejo, si ve que los recursos de la familia y de la red social periférica se agotan sumado a sus propios factores causales individuales (mucho edad, enfermedades, pérdida de personas de las que se depende), agota los recursos del YO y entra en una crisis imposible de ser manejada por los métodos habituales.

Cuando la familia es incapaz de cambiar o es intolerante o tiene fuertes relaciones simbióticas sin empatía o independencia de roles (conflicto de roles); si la estructura familiar tiene límites excesivamente cerrados, estrechos y rígidos, con fragilidad no explícita, con dificultades afectivas, con desequilibrio en las relaciones interfamiliares y problemas en la interacción, la crisis del viejo está preanunciada.

Ante esto, la intervención terapéutica se impone con la intención de reorganizar la familia en función de sí misma y del mayor incluido en ella. CUALQUIER PROPUESTA DE ACTUACIÓN O DE INTERVENCIÓN EN UN MAYOR QUE NO CUENTE CON LA PARTICIPACIÓN DE SU FAMILIA ES INVIABLE Y ESTÁ CONDENADA AL FRACASO.

Muchas veces, la familia se opone a la mejoría del mayor porque deliberadamente o inconscientemente “lo utiliza” como instrumento para la obtención de recursos sociales y de todo tipo justificando ante propios y ajenos el “profundo” lazo afectivo que los une al anciano.

Una persona mayor inmerso en una familia que se comunica mal o rechaza la comunicación, cuyos mensajes verbales son inconsistentes, negativos y desesperanzadores, que controla mal la agresividad, que “no toca, no acaricia, no besa, no abraza” a un viejo lo somete a una insoportable situación vital.

Un adulto mayor sano o enfermo es el producto de un doble proceso de individualización y grupalización; las causas de sus problemas no están sólo en sí mismo sino también en su familia. Cuando la familia no cumple sus misiones biológicas, psicológicas, culturales, higiénicas y económicas no genera salud integral en el mayor ni en nadie. La salud integral del mayor dentro de su familia tiene algunos requisitos básicos: interdependencia, la presencia de mutualidad complementariedad, reparto universal intrafamiliar de roles, cooperación, transferencia intrafamiliar con relación afectiva horizontal y vertical.

Las personas mayores deberían interactuar en forma fructífera entre la sociedad civil, los gobiernos y las instituciones.

Las personas mayores deberían solicitar los apoyos institucionales que merecen a través de propuestas concretas de las organizaciones que los nuclean y no sólo a su obra social sino también a las administraciones municipales locales, ONGS, universidades, asociaciones, empresas privadas y toda otra entidad implicada en la promoción y acción social y desarrollo humano.

Las personas mayores deberían ponerse en “campana” activa para sensibilizar a la población de su presencia, de su situación, de sus derechos y al inexcusable acercamiento intergeneracional.

Las personas mayores deberían dinamizarse y potenciar su nivel de participación social a través de las actividades del voluntariado y romper la frontera entre ellos en su propia generación y las más jóvenes, abandonando el carácter individualista y protagónico.

Las personas mayores deberían estimular el apoyo de sus propias familias para sus cuidados y atención; ninguna institución reemplaza o sustituye el amor, la consideración, la comprensión y el respeto que los ancianos de hoy y siempre merecen.

## **SOCIODEMOGRAFIA DEL ENVEJECIMIENTO**

El envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad y también uno de nuestros mayores desafíos.

El envejecimiento poblacional, creciente en forma sostenida, a escala mundial en el siglo XXI, impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los países.

Entre 1970 y 2025 se prevé que la población con más edad aumente en unos 870 millones o el 380%. En el año 2025 habrá un total de cerca de 1,2 billones de personas con más de 60 años.

La velocidad y la importancia del envejecimiento de la población en las regiones menos desarrolladas será más rápida que en los países desarrollados: se calcula que en el 2025, 840 millones de personas con más de 60 años vivirán en los países en vías de desarrollo (el 70% de las personas mayores de todo el mundo).

Las tasas de fecundidad decrecientes y el aumento de la longevidad son factores que asegurarán el envejecimiento continuo de la población. Para el 2020, 121 países habrán alcanzado tasas de fertilidad total por debajo de la tasa de sustitución.

En los países en vías de desarrollo, el crecimiento socioeconómico no siguió el mismo ritmo que el rápido envejecimiento de su población.

Los países desarrollados se enriquecieron antes de envejecer y tienen, diferencias notables en la acumulación de riqueza.

A medida que los pueblos envejecen se producen cambios en las condiciones de vida y de trabajo, cambia el patrón de las enfermedades aumentando las enfermedades no contagiosas o crónicas (cardiopatías, cáncer, depresión) con costosa causa de discapacidad y de calidad de vida. La posibilidad de sufrir discapacidades aumenta espectacularmente a partir de los 80 años y éste es el grupo de edad que más está creciendo entre la población que supera los 60 años. Está comprobado que estas discapacidades relacionadas con el envejecimiento pueden evitarse o retrasarse.

**SE CONSIDERAN PERSONAS MAYORES A MUJERES Y HOMBRES QUE TIENEN 60 AÑOS O MAS. ESTA EDAD PUEDE PARECER JOVEN EN**



ALGUNAS REGIONES DESARROLLADAS DONDE LA MAYORIA DE LAS PERSONAS DE MAS DE 60 AÑOS DE EDAD GOZA DE UN NIVEL DE VIDA POSITIVO Y DE BUENA SALUD. EN LOS PAISES EN VIAS DE SARROLLO LAS PERSONAS NO DISFRUTAN EN LOS PRIMEROS AÑOS DE SU VIDA DE TODAS AQUELLAS VENTAJAS QUE LLEVAN A UNA VEJEZ SALUDABLE. La edad cronológica no siempre es el mejor indicador de los cambios que acompañan al envejecimiento.

LOS PAISES CON INGRESOS BAJOS Y MEDIOS TIENEN UN 85% DE LA POBLACIÓN MUNDIAL Y SOPORTAN EL 92% DE LAS ENFERMEDADES, PERO SOLO SE BENEFICIAN CON EL 10% DEL GASTO MUNDIAL EN INVESTIGACIÓN SANITARIA.

Las mujeres viven más tiempo que los hombres en casi todas las áreas del mundo; las viudas superan en mucho a los viudos en todos los países; las mujeres son más susceptibles de conocer la pobreza y la discapacidad en la vejez.

Hay una clara exclusión y empobrecimiento de las personas mayores que suelen ser, entre otras cosas, producto de las desigualdades estructurales de los países.

LAS DESIGUALDADES SUFRIDAS EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA EN EL ACCESO A LA EDUCACIÓN, EL EMPLEO Y LA ATENCIÓN SANITARIA Y LAS QUE SE BASAN EN EL GENERO Y EL ORIGEN ÉTNICO ESTAN RELACIONADOS DE MANERA CRITICA CON LA SITUACIÓN Y EL BIENESTAR DE LA VEJEZ.

PARA LAS PERSONAS MAYORES QUE SON POBRES, DESFAVORECIDAS, DESDE EL PUNTO DE PARTIDA EN LA VIDA, LAS CONSECUENCIAS POSTERIORES EN TÉRMINOS DE EXCLUSIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA, LOS SISTEMAS DE CREDITO, LAS ACTIVIDADES QUE GENERAN INGRESOS Y LA TOMA DE DECISIONES, ES OBVIA.

En muchos países en vías de desarrollo, bastante más de la mitad de la población vive con menos de dos veces la paridad del poder adquisitivo en dólares al día. La situación socioeconómica y la salud están estrechamente relacionadas. Los pobres de cualquier edad sufren más discapacidades y muertes más prematuras; son los que más sufren. A

medida que se sube en la escala socioeconómica, la gente vive más años y su vida es más sana.

*América Latina, es la región del mundo donde persiste la mayor desigualdad de ingresos. La pobreza es elevada en los adultos mayores, sobre todo en las áreas rurales, donde el nivel es doble que en la urbana.*

*El sistema de la seguridad social en América Latina NO ha evolucionado hacia una mayor cobertura, extensión, intensidad sino que, por el contrario, ha disminuído en los últimos años.*

*La autonomía económica de las personas mayores es la que garantiza, entre otras cosas, su pertenencia a la sociedad y los aleja del estereotipo de ser considerados como una carga.*

*En América Latina, hay una escasa cobertura sanitaria para los adultos mayores por ello acumulan graves déficits de salud cuya repercusión se torna más notoria y grave cuanto más envejecen. Al mismo tiempo, no existe en este tipo de sociedades una concepción de que la población adulta mayor está formada por personas portadoras de derechos y que también contribuyen positivamente a la sociedad.*

Por lo tanto, se impone en esta realidad, la incorporación del envejecimiento a las estrategias de desarrollo; llevar salud a los nuevos años que se suman a la vejez; poner en pie los recursos y entornos ambientales y familiares de apoyo a las necesidades de los mayores; formación permanente y establecimiento de formas flexibles de participación laboral de las personas mayores; permanencia de los mayores, el mayor tiempo posible, en el mercado de trabajo.

Los mismos mayores no deben esperar que otros hagan por ellos lo que no hacen por sí mismos; deben unirse, asociarse, tener iniciativas propias; deben ejercer y reivindicar sus derechos; deben ejercer el poder que da la unión y, cuando sea necesario, operar como grupos de presión; deben adaptarse a los cambios sin renunciar a nada; deben defender su sitio en la sociedad. Los estados y las organizaciones de la sociedad civil deben producir y suministrar bienes y servicios diversos para mayores, teniendo en cuenta que los servicios están por detrás de las necesidades.

En resumen, la proyección del envejecimiento poblacional en el mundo y para el año 2050, es de 2.000 millones de personas mayores. En algunos países, los mayores duplicarán a los jóvenes. En el contexto actual, el 80% de la población mundial no cuenta con seguridad social básica; la jubilación es un lujo propio de países desarrollados y el 60% de la fuerza laboral es informal. Como se ha dicho, en los países en vías de desarrollo, cerca de 1.000 millones de personas viven en extrema pobreza (63% corresponde al continente asiático); en estos países, ser mayor es no ser nada.

El envejecimiento poblacional, exige cambios profundos en los sistemas de pensiones, en la edad de jubilación, en las políticas de natalidad y en las de inmigración.

Las personas mayores son un recurso básico para el desarrollo de cualquier sociedad por sus calificaciones, experiencias y conocimientos.

A las personas mayores, hay que asegurarles la provisión y el acceso universal e igualitario a los servicios sociales y de asistencia sanitaria eficientes, garantizando un alto nivel de calidad.

En realidad, el problema sociodemográfico del creciente envejecimiento poblacional no estriba en el elevado número de personas mayores sino en el mercado laboral; es una cuestión macroeconómica. Debería ampliarse el número de personas que trabajen, modificar el mercado laboral con una nueva división del ocio, alentar el trabajo parcial, flexibilizar y modificar la legislación previsional.

La cobertura sanitaria debería ser un sistema equitativo y más eficaz; tendría que reducir la utilización indiscriminada de alta tecnología médica; administrar mejor; usar mejor los servicios y simplificar las estructuras institucionales.

Ante este sobreenvjecimiento poblacional, resulta imposible apoyarse sólo en las debilitadas espaldas del Estado y es imprescindible la articulación entre lo público y lo privado.

En los países en vías de desarrollo, los mayores están en situación de extrema pobreza, en exclusión social, con falta de posibilidades de participar en actividades de desarrollo, con acceso limitado a la atención sanitaria, con inexistencia o ínfimo desarrollo de sistemas de pensiones, con falta de servicios sociales y de viviendas en condiciones dignas. En esta situación, las mujeres mayores están en mayor desventaja

ya que tienen menos ingresos, más situaciones de soledad, mayores problemas de discapacidad, menor acceso a la cultura, a la educación o al ocio y escasamente participan en la toma de decisiones.

El desempleo a edades juveniles hace que un 20-30% de las personas mayores de 65 años sostengan los hogares que incluyen a hijos en edad activa y con acreditación técnica o profesional; estas personas mayores son sostenedoras principales y la fuente central de su renta es la pensión de la seguridad social.

Socialmente, es mejor cambiar la definición de las prioridades por la de las necesidades rompiendo el viejo asistencialismo paternalista ya que, especialmente en el caso de los viejos, puede fabricarse más marginación y dependencia bajo el pretexto de buscar soluciones a sus problemas.

## **SOCIOLOGÍA DE LA VEJEZ**

Un país que se precie de tal, aún en circunstancias adversas, debe admitir que su población ha envejecido y que esta evolución demográfica continuará; es el caso de la Argentina.

Dados los guarismos actuales y sus proyecciones, que hemos comentado reiteradamente en estas páginas, se necesita con urgencia la elaboración de una política de la vejez por lo menos previsible de aquí a los próximos veinte años; una política a largo plazo y no con pequeños arreglos coyunturales, adoptados sobre la marcha y a última hora.

Asegurar recursos decentes a las personas de edad avanzada, se plantea apremiante para evitar la marginación y la exclusión social.

El aumento del envejecimiento poblacional es lento y casi insidioso en demografía y lo que hoy preocupa es la proporción creciente de los muy ancianos que requieren mucho esfuerzo sociosanitario para atender a sus necesidades. Este grupo social es, en general, muy frágil y vulnerable, poseen menos recursos y sus hijos, igualmente de edades avanzadas, suelen carecer de medios para proporcionar suficiente ayuda.

En el grupo de los adultos mayores hay sobremorbilidad y sobremortalidad masculina y en consecuencia hay un aumento de la viudedad y de hogares solitarios constituídos por mujeres.

Antes, un pequeño número de mayores podían ser cómodamente cuidados por un grupo grande de familiares; hoy ya no es así.

Al mismo tiempo, está aumentando la proporción de personas inactivas de hecho pese a su juventud y al grado de capacitación laboral alcanzado lo que disminuye las posibilidades de contención psicosocioeconómica de los mayores. Quedan así en desventaja no sólo los adultos mayores sino también los adultos jóvenes; la solidaridad intergeneracional se fractura y la brecha se ahonda dramáticamente.

El afán de dignidad y la autoestima no tiene, razonablemente, que disminuir o abolirse por la edad avanzada.

La cobertura de lo indispensable para una persona mayor de edad avanzada supone un requerimiento del 72% de lo que se necesita para mantener a un adulto; las asignaciones de jubilaciones y pensiones en nuestra realidad están por debajo de lo que deberían ser y en la mayoría alcanzan a cubrir el 30-40% de los requerimientos reales. Los contrastes son impresionantes y la mayoría de los adultos mayores son los más desamparados entre los pobres.

Las personas de edad avanzada no se cuidan “mejor” sino que necesitan hacerlo “más”; la alimentación y los cuidados incrementan su importancia al igual que la atención médica; disminuyen los gastos en ropa, equipo personal, cultura, distracciones, etc. pero aumentan las necesidades de servicio doméstico, ayudas y cuidados físicos.

El envejecimiento presenta caracteres muy distintos según la rama de la actividad laboral que se haya tenido, las enfermedades acumuladas y el régimen previsional que se ha adoptado.

Muchas comunidades entran en decadencia por el peso demográfico de sus mayores y la emigración de los jóvenes. La política de empleos, los regímenes salariales y la desocupación compromete el equilibrio de los regímenes jubilatorios.

Los prejuicios juegan también un importante papel; se quiere desconocer que la formación profesional permanece y es posible hasta edades relativamente avanzadas y que no es deseable privar a la sociedad de experiencia. La disminución de la capacidad de adaptación a métodos o técnicas nuevas, la menor velocidad de ejecución y la pérdida de fuerzas no son buenas excusas para excluir a los mayores; éstos conservan las habilidades adquiridas y el producto de su trabajo suele tener muy buena calidad.

El alojamiento reviste una importancia afectiva que crece con la edad y las vinculaciones del mayor con su comunidad; las personas de edad avanzada que viven en las grandes ciudades están mucho más aisladas y sometidas a riesgos difíciles de superar. La cohabitación entraña dificultades no tanto por el espacio disponible sino por los desencuentros con los más jóvenes.

El tiempo de ocio depende de muchos factores, tales como el tiempo libre, los recursos, el estado de salud, los gustos personales y la infraestructura social. La situación de los mayores no es precisamente óptima; los recursos y la salud suelen ser insuficientes.

Las jubilaciones y pensiones adolecen de multiplicidad, complejidad e insuficiencia. Cuando la base es demasiado estrecha, sea por el número de afiliados o por los indicadores económicos sumado al envejecimiento poblacional y al desempleo, el empleo ilegal y la evasión fiscal, el sistema puede llegar al desequilibrio y a su colapso. Las ayudas no contributivas para las personas de edad constituyen una alta proporción y son de una cuantía irrisoria. La carga es cada vez más pesada con respecto a la masa salarial y a la relación retirados-cotizantes que se está tornando desproporcionada entre estos dos grupos a largo plazo. El cociente demográfico será con el tiempo menos favorable y será necesario -tal vez- aumentar las cotizaciones o crear un Fondo Nacional de Solidaridad para con los adultos mayores ya que su situación se convierte, cada día, en más crítica. Es necesario dignificar las prestaciones y armonizar los reglamentos y los sistemas. En suma, el planteamiento del problema de fondo es que hay que lograr un reparto más equitativo del ingreso nacional.

En términos de reivindicaciones, la voz de los mayores resulta muy débil a pesar de su número. La política de la tercera y cuarta edad no puede limitarse a tranquilizar alguna turbada conciencia, su objetivo debe ser permitir un desarrollo más armónico de la vida individual y una mejor cohesión del cuerpo social; la edad de las personas no debe conducir a elaborar criterios absolutos. La economía no puede hacer olvidar la equidad; por otra parte, aumentar en el plano económico el poder adquisitivo de los mayores trae consecuencias favorables para el mercado y el consumo.

Rebajar la edad de jubilación ampliando el número de beneficiarios repercutirá en casi una triplicación de la carga financiera en aproximadamente veinte años con aumento, al mismo tiempo, de las cargas de soportes sanitarios y sociales. El número de personas activas va a crecer menos que el de las inactivas en el transcurso de los próximos años y deberán aumentar las prestaciones de todo tipo.

La estructura de las necesidades no se cierra a los 65 años y, obviamente, el mayor de hoy -cabe reconocerlo- contribuyó con su trabajo personal a darle al país el nivel económico y técnico que ha alcanzado; merecen un decoroso nivel y calidad de vida.

La lucha contra la senectud debería basarse en la continua protección del buen estado físico y mental de los trabajadores (más vale prevenir que curar).

Actualmente, para beneficiarse con la ayuda social hay que satisfacer ciertas condiciones de edad, de salud, de recursos y presentar una demanda que será valorada por las instituciones; el mayor se encuentra en posición de mendigo; algunos prefieren no pedir nada, otros se dan maña para “prepararse” un buen fajo de papeles que faciliten la concesión de la ayuda inmersos en sistemas de alta complejidad y complicación con suficiente embrollo y demoras para cansar a cualquiera o no otorgar nada.

Muchas de estas cuestiones podrían mitigarse con estrategias y programas de “anciano en casa” con su familia, subsidiando el alquiler, la ayuda doméstica y hogareña (limpieza, pintura, instalación eléctrica y sanitaria), generando servicios colectivos, ayuda sanitaria y medicinal domiciliaria proscribiendo las deprimentes concentraciones de mayores.

El sentimiento de “estar de más” es muy frecuente en los mayores; una propuesta de actuación comunitaria, colectiva con intercambio e interactividad generacional es la más conveniente. Esto exige inversiones en servicios con personal calificado y bien remunerado.

No es posible que después de los 60 o 65 aniversario, muchos mayores no puedan dejar de enfrentarse con otra cosa que con recursos aleatorios o inadaptados a su realidad y ayudas mezquinamente dosificadas; no es posible reclamar el derecho al reposo sin haber previsto antes los medios de ejercerlo.

No se pueden abandonar los máximos esfuerzos para asegurar una buena dignidad y calidad de vida para nuestros mayores, que serán mañana muchos millones y entre ellos nosotros mismos.



## **LA SOLIDARIDAD CON LOS ENVEJECIENTES**

La estructura social de Argentina todavía no tiene una igualdad entre hombres y mujeres; seguridad y poder adquisitivo real de jubilaciones y pensiones; asistencia médica especialmente cualificada para la atención de los mayores; derechos, legislaciones y programas sociales más aproximados con las necesidades; objetivos políticos más claros; instrumentos de protección social más acordes y concertados; financiamiento social más elevado y sobre todo “la idea” de la solidaridad entre los miembros de la comunidad social en forma intergeneracional adolece de inequidad manifiesta en los extremos de la vida, la niñez y la ancianidad.

La dimensión social y su eje de solidaridad refuerza la cohesión entre las personas y los pueblos.

La sociedad actual vive una profunda transformación debido al creciente envejecimiento de la población y a los cambios que se producen en los modelos de trabajo y en la estructura familiar.

La economía está vinculada íntimamente a la política social y la política social debe ser flexible para adaptarse a las nuevas necesidades. Los derechos fundamentales deberían ser jurídicamente vinculantes para todos los ciudadanos y no discriminatorios por razón de raza, color, sexo, religión, edad o minusvalía de cualquier índole.

El progreso económico y el social se construyen en paralelo y deberían funcionar en beneficio de todos; las políticas públicas tienen un papel crucial en esto.

La sociedad humana no puede permitirse perder la contribución de grupos hoy marginados del conjunto de la sociedad, entre ellos, las personas mayores; debería procurar la integración social de todos.

Los intereses de los mayores de hoy y de mañana van más allá de los temas tradicionales de pensiones y de servicios asistenciales; el desafío es mantener un alto nivel de integración de la población de más edad.

En el futuro próximo ya no se hablará de la tercera edad y ésta no será un problema; las personas tendrán 80 años o más y éste será el problema a no más de veinte años por delante.

Nuevos esquemas mentales y nuevas ideas serán necesarias: modelos de carrera, edad jubilatoria, papel de la familia nuclear ampliada, el peso del número mayor de mujeres de edad avanzada por sobre los hombres, la libertad de elección acerca del lugar de residencia, la cobertura sociosanitaria, la devolución del papel de los mayores en la sociedad (su número, su importancia y sus utilidades en aumento serán insoslayables por la sociedad), las personas mayores se unirán en grandes asociaciones para defender sus derechos e intereses y se incorporarán activamente al quehacer de movimientos y organizaciones comunitarias, se transformarán en decisores políticos a través del voto y serán incorporados a numerosas estructuras de poder; serán más exigentes para con los servicios que los asisten; presionarán para conseguir ofertas de servicios diversificados y adaptados a sus necesidades; ocuparán más espacios en el ámbito cultural; constituirán grupos de presión cada vez más influyentes.

Al mismo tiempo, se exigirán más y mejores servicios asistenciales integrales domiciliarios tanto para mayores válidos como dependientes; aumento del número de viviendas y residencias asistidas; centros especializados de atención; programas específicos de ayuda; pensiones más justas y equiparadas al salario mínimo de los activos; mayor participación de las organizaciones de mayores en las decisiones que les afecten; presencia en el contralor de los servicios y muchas cosas más de las que podemos imaginar.

## RED SOCIAL

Ante la velocidad con la que se derrumbó la sociedad estadocéntrica reemplazada por la ofensiva neoliberal, nos sentimos en medio de una avalancha que se desliza vertiginosa y ruidosamente quién sabe adónde creando incertidumbre, pánico, indefensión y creciente desorganización de las fuerzas vitales de la sociedad.

A partir de este escueto contexto se inserta el auge actual de la coordinación de la asistencia, las ayudas, los auxilios y soportes sociosanitarios mediante “redes”.

*RED*, es una conformación organizativa, un sistema auto-organizado participativamente, sin bordes nítidos, abierto, flexible, dinámico y adaptable en la que se asocian diversos actores sanitarios y sociales.

Su fisiología depende de la aceptación de:

- que el hombre es un complejo bio-psico-social-cultural,
- que los procesos se dan en forma discontinua y que cambian,
- que la realidad es una construcción social y que más que una verdad es una perspectiva,
- que se comunican vertical y horizontalmente en un tipo específico de coordinación política,
- que vincula diferentes organizaciones y que sus representantes interactúan,
- que reúne autoridades estatales y/o grupos políticos con actores económicos y sociales diversos,
- que existe una dependencia recíproca entre los participantes,
- que ningún participante, por sí solo, reúne todos los recursos requeridos (información, fondos financieros, implementación legal, etc.) para resolver el problema y depende, por lo tanto, de la colaboración de los demás.

*EL OBJETIVO DE LA RED*, es formular e implementar decisiones colectivas en torno a un determinado tema compartido. Los participantes se hacen cargo de ejecutar debidamente las decisiones tomadas y, en consecuencia, son co-responsables en la solución del problema.

Las redes operan mediante vínculos intersubjetivos, como una especie de “seguro mutuo” y disciplinan la competencia inhibiendo sus dinámicas destructivas y canalizando las expectativas recíprocas.

La RED SOCIAL no es una institución; es un conjunto articulado de organizaciones. INSTITUCIONES son la vejez, el trabajo, etc., mientras que los hospitales, las escuelas, las obras sociales, etc. son organizaciones institucionales que definen “establecimientos” que se encuentran transversalizados por una enorme cantidad de instituciones.

En suma, una institución es un nivel de realidad social que se define cuando ésta es establecida y que deriva de una fuerza instituyente que se canaliza como protesta, reivindicación, negación de lo instituido para cambiarlo, reconocimiento de las necesidades emergentes.

Las ORGANIZACIONES son mediatizadoras en las relaciones entre instituciones y sujetos; son el sustento material, el lugar donde se producen los efectos sobre los individuos o el cuerpo social.

La RED SOCIAL, es un sistema superador de los clásicos cuerpos normativos jurídico-culturales compuestos de ideas, creencias, leyes que determinan la formas del intercambio social y, tal vez, la alternativa válida para operar eficientemente en términos sociosanitarios de acuerdo con la realidad actual.

## EL PORVENIR DE LOS ANCIANOS

Giraudoux dijo: “El porvenir de los ancianos no me interesa”. Somos varias generaciones traídas en este mundo globalizado y tecnolátrico; los cambios son vertiginosos y apenas tenemos tiempo de observarlos e incorporarlos; ya casi no nos asombramos de nada y por nada; el tiempo huye; la burocracia, el tránsito de las urbes y los apremios nos disculpan de nuestras ausencias afectivas para con los otros (esto incluye a los padres, abuelos y hasta los propios hijos grandes y los nietos).

Ahora nos encontramos con una explosión demográfica de gente vieja y seis hasta siete generaciones viven juntas en un mismo espacio geográfico pero separadas por brechas generacionales.

Si alguien no quiere que sus hijos le causen problemas, no los tenga; en cambio, nadie puede evitar tener padres y abuelos y que estos envejezcan.

El deber para con los mayores no suele figurar en la actual tabla de valores dominada por un inmenso YO. Los Estados y algunas organizaciones están preocupados por el mortificante aumento de la esperanza de vida y por razones “presupuestarias” condena a los viejos a “subsistir” con magros ingresos de jubilaciones y pensiones (para aquellos que las tienen) y los torna pasivos, incapaces, dependientes, anónimos, mansos, oscuros, humildes y demandantes de dádivas y no de derechos “perdonándoles” su supervivencia. No nos atrevemos a fusilar a toda esta gente vieja que taponan la sociedad. Parece inconcebible que los seres humanos se permitan llegar a la madurez y a la ancianidad misma; es una gran suerte que todavía nadie haya decidido la edad ideal para morir.

Tal vez coincidamos que vivimos una época en la que se han reinventado los siete pecados capitales que hoy parecen ser: la pobreza, el fracaso, la fealdad, el anonimato, la honestidad, la enfermedad y la vejez. Estos “nuevos” pecados capitales ya no dependen de nosotros para modificarlos o dominarlos sino de los estereotipos, de la valoración ajena y del inexorable paso del tiempo. Poco nos enteramos de lo difícil que

es la vida de las personas mayores y también, parece ser, que ya no hay muchos deberes irrenunciables para con ellos.

Antes, para ser considerado miembro de una generación había que haber hecho obra; ahora, parece que los padecimientos, las frustraciones y el desorden del presente se debe a la incapacidad de estos mayores cuando eran jóvenes (lo de la herencia recibida); por supuesto, nadie se atreve a reconocer la propia incapacidad individual o generacional.

Antes, los jóvenes eran el sostén de sus mayores; ahora y cada vez más, los mayores son sostén de los más jóvenes.

El “baby boom” de la década de los ´60 intentó derrocar el símbolo de los padres (la patofagia de las rebeliones juveniles) y desobligarse de respetar y atender a un mundo formado por personas mayores en crecimiento; éstos son los envejecidos de hoy y apostaron mal a una sola carta: la juventud, que es la carta más perecedera; borraron el cuarto mandamiento “honrar padre y madre”. En esa época, los viejos formaban una generación culpable que no fue absuelta por los jóvenes de antaño.

A la hora de la verdad; la hora es hoy, se abrirá el foso que separa a las generaciones; el costo es para los viejos de hoy y los que vendrán. El mundo no es estático, es dinámico; esto hace que los más jóvenes evolucionen e involucionen en el sentido contrario a lo que les sucede a las generaciones mayores. Si no hay solidaridad y articulación intergeneracional, envejecer es casi inmoral y se debe asumir estoicamente la soledad, el silencio y la muerte.

Por eso, los viejos de hoy que se han dado cuenta a tiempo, esconden los dolores y los achaques, participan, reclaman, no se encierran en su casa, se niegan a suicidarse en masa, se visten, festejan, viajan, se estremecen por un abrazo o una caricia, tratan de vivir día a día en un mundo que ya no es firme como una roca, estable y previsible; ya no se puede decir que los viejos son demasiado viejos; el problema, es darles un status decoroso y esto no parece ser fácil.

Si nadie se interesa por el presente y el futuro de los viejos, ellos mismos se interesarán y reclamarán; el hombre siempre ha necesitado sentirse digno, necesario y único.

La guerra generacional y el desinterés intergeneracional es tan vieja como el mundo; pero es más notable ahora. El desdén por el veterano, el maduro, el madurísimo no asegura la propia juventud ni la posibilidad de llegar a viejo. Un deber de gratitud por los mayores conviene construir y ejercitar; esos “fulanos”, que para muchos son los viejos, asumieron el difícil deber de hacer la patria en un continente postergado; cambiaron el mundo como pudieron tratando de justificar los méritos de los mejores y, por qué no, quieren seguir viviendo su vida.

El progreso y la soledad marchan parejos; no hay tiempo para acompañar a los viejos. Hay que aprovechar la juventud para saber y hacer lo que se quiere ser; más adelante, hay que encontrarse con uno mismo...

## **POLITICAS SOCIALES PARA LA TERCERA Y CUARTA EDAD EN LA ARGENTINA DEL TERCER MILENIO**

Argentina es un país en creciente proceso de envejecimiento de su población; es un país extenso y diverso con gran pluralismo étnico, económico-social, antropológico, cultural y con fragmentación y desarticulación histórica en materia de políticas sociales para la tercera edad y para la problemática, ya presente, del envejecimiento del envejecimiento.

La naturaleza de nuestras instituciones es fragmentaria, acotada en sus objetivos, metas, programas y en la dotación de su financiamiento; no integran sistemas sociosanitarios y tampoco se han asociado para planificar estratégicamente, con la participación real de los adultos mayores, en materia de modelos, diseños y programas integrales de soporte, asistencia, ayuda, auxilio para las variables biopsicosociales que deberían ser miradas como emergentes de necesidades concretas y sentidas expresadas libremente por los demandantes y con el correlato de una atenta y respetuosa escucha por parte de las instituciones y organizaciones que los atienden.

La “oferta” sociosanitaria tradicional estuvo centralizada en términos decisionales políticos en manos del Estado, muchas veces adoleciendo de falta de criterios científicos gerontológico-sociales para planificar e instrumentar las acciones.

Mientras tanto, los adultos mayores, sometidos e indefensos ante esta realidad se transformaron generacionalmente, para aquellos que tuvieron suerte, en beneficiarios o clientes de la seguridad y las obras sociales y en su inmensa mayoría en “clientes de la dádiva”.

La sociedad civil no creó, por su actitud soterrada y vergonzante expresada en términos de intolerancia, discriminación y hasta victimización de los ancianos, los espacios sociales necesarios para nuestros adultos mayores; la sociedad democrática y plural, por ahora, no ha internalizado la presencia de los ancianos en ella y parece no darse cuenta que aquí y ahora vamos a tener que con-vivir con ellos, sin diferencias de



género y status social y, más aún, vamos a tener que disponer y proveer instrumentos y recursos para sostenerlos y darles calidad de vida.

El Estado tiene la obligación y la responsabilidad política de agendar a la ancianidad y generar desde él cambios estructurales en su beneficio direccionando las señales hacia la sociedad civil.

La globalización que, entre otras cosas, mostró la caducidad y la inviabilidad económica y política del Estado de Bienestar debe liderar la reingeniería social para transformar este Estado en la “sociedad de bienestar” estimulando y vinculando las asociaciones mutuas, congruentes y coherentes donde las instituciones, las organizaciones y los sujetos interactúen y elaboren sus consensos y criterios unitarios y adaptativos a las realidades locales y generacionales en materia de propuestas de actuación sociosanitaria sobre los mayores.

El Tercer Milenio es el del “boom gerontológico”, preanunciado por algunos argentinos lúcidos en la década de los ´60 y desoídos por la mayoría. La evolución sociodemográfica del envejecimiento en Argentina se plantea no sólo en términos numéricos de aumento de la población añosa sino también en términos de acrecentamiento de la precarización, pauperización, marginación y exclusión social de la mayoría de nuestros mayores sumado a un aumento del número absoluto de discapacitados; este crecimiento es sensiblemente mayor y más rápido que la capacidad de contención integral y de la adecuación de la comunidad al mismo.

Las previsiones hechas para el año 2.000 se han cumplido; hay más de 590 millones de adultos mayores en el mundo y para el 2.025 serán más de 1.100 millones (habrá un aumento del 224% desde 1975); el 13,7% de la población mundial será anciana en estos próximos años y de ella el 60% vivirá en países en vías de desarrollo. Las mujeres constituirán una mayoría cada vez más grande de la población de más edad y aumentará considerablemente la proporción de mayores en las zonas urbanas.

Estas tendencias tienen severas consecuencias sociales; el desarrollo humano exige equilibrio entre los factores sociales, económicos, ambientales y en materia de oferta-demanda de servicios asistenciales y de apoyo; el esfuerzo financiero se torna muy importante.

La acción sanitaria y social -concomitante y simultánea- a través de un sistema de red sociosanitaria con recursos en cada localidad, teniendo como puerta de entrada la Atención Primaria de la Salud (APS) y siendo ella misma la moduladora a largo plazo de la protección global de nuestros ancianos contiene en forma más efectiva, eficiente y eficaz más del 85% de los problemas emergentes y prevalentes sin recurrir a la utilización de niveles superiores de atención que, en general, son de bajo impacto sociosanitario y mucho más costosos.

La institucionalización, debería estar reservada casi exclusivamente para ancianos con dependencia física y/o neuropsíquica, sin familia, sin cobertura social, sin beneficios asistenciales públicos o privados.

Poco se ha hecho en lo que se refiere a proveer de servicios domiciliarios polivalentes, a la promoción de la cultura, la educación, la participación, la presencia activa de los mayores en la sociedad civil, la contribución de los mayores al mundo del trabajo, al intercambio y convivencia intergeneracional, al mejoramiento de jubilaciones y pensiones, a la vivienda comunitaria con apoyo de servicios, a la recreación y esparcimiento, al turismo social, a la organización de federaciones de mayores.

Nos queda claro, que las principales dificultades son:

1. La ausencia de articulación entre políticas, instituciones y organizaciones,
2. La falta de debate permanente de la problemática de la vejez y el diseño de lineamientos y modelos superadores de alto impacto y de costo racional,
3. La inclusión en la agenda pública y privada de la situación sociosanitaria de los mayores y la necesidad de brindar respuestas institucionales y no institucionales,
4. El logro de acuerdos con diversos “socios” y diversas fuentes de financiamiento para un accionar programático de buena calidad,
5. El logro de una reingeniería articuladora prestacional integral con coordinación rápida, efectiva y eficiente de la oferta de servicios sociales y sanitarios,

6. La superación y la abolición del cortoplacismo y la supresión de intereses ajenos a la tercera y cuarta edad ya que, cuando se trabaja con y para los mayores, se lo hace siempre para varias generaciones.
7. La integración de todos los actores sociales de la comunidad,
8. La construcción de redes que operen sin liderazgos ilegítimos o impuestos por individuos, grupos u organizaciones,
9. La introducción de actores privados en la atención integral del proceso de envejecimiento de la población,
10. La sustitución de servicios costosos por servicios menos costosos e igualmente o más beneficiosos para los mayores,
11. La estimulación autoorganizativa de los mayores en núcleos autogestionarios,
12. La transformación de la “dependencia” de los mayores con respecto a las organizaciones que los atienden y protegen en una actitud protagónica, participativa y co-responsable del beneficiario o cliente.
13. La capacitación permanente de una masa crítica de expertos en gerontología social y su participación inexcusable en el nivel de las decisiones técnico-políticas que se tomen para con los mayores, en todo el país y con enfoque local y regional,
14. La capacitación y acreditación de una gran masa de recursos humanos (auxiliares gerontológicos, agentes sanitarios gerontológicos urbanos y rurales, promotores de salud, dinamizadores sociales, cuidadores domiciliarios e institucionales, profesores de educación física para mayores, gestores administrativos, voluntarios sociales, terapeutas ocupacionales, psicólogos intervencionistas, etc) que formen equipos pluridisciplinarios en oferta permanente. Esto supone, un concepto de verdadera contención y tratamiento integral de los problemas y la creación de un inmenso mercado laboral hasta ahora desatendido.

Los ancianos de este tiempo son los protagonistas inconscientes de las fronteras del cambio social y tecnológico que habrá que promover para ellos y los que vendrán; manejar en el futuro inmediato lo social y atender los problemas básicos de una vida prolongada tiene que ver con el desarrollo y el progreso de la sociedad misma.

La globalización de la vejez es algo inevitable; el límite que actualmente separa a los países pobres de los ricos será casi nada comparado con la transformación creciente de países jóvenes y maduros en viejos, teniendo en cuenta, además, que la mayoría de los ancianos vivirá en las áreas pobres del mundo. América Latina, tiene la tasa más rápida del mundo de envejecimiento de su población y es, en estos momentos, la región más inequitativa del orbe, con intensos procesos de empeoramiento continuo; es el antejemplo más relevante en materia de efectos regresivos de la alta inequidad y de la falta de inversión social (Fuente: Kliksberg, Bernardo; “Inequidad en América Latina. Un tema clave”; 1999). América Latina y el Caribe tiene hoy, en el año 2.000, 42 millones de personas de 60 años y más (8,1%); para el 2.020 la cifra será de 84 millones (12,4%).

Será necesario revisar y adaptar la política social de seguridad económica, empleo, salud, jubilación, etc. y la filosofía social con referencia a la inserción de los mayores en la sociedad.

Por otra parte, nos parece que habrá que estimular el “activismo social” a partir de la organización de un movimiento federativo que incluya a los mayores en su totalidad para reivindicar derechos y consolidar y mantener los logros alcanzados.

Los ancianos no deberían constituir una categoría social especial al margen de la sociedad sino que deben ser parte integrante de ella; la sociedad tiene deberes para con los mayores, éstos también tienen deberes para con la sociedad.

Los servicios sociales debieran comprometerse con la promoción, apoyo y mantenimiento -durante el mayor tiempo posible- para que los mayores permanezcan en el seno de sus familias y en la comunidad; brindar soportes a las familias de bajos ingresos y alentar a los hijos para que mantengan a sus padres, dado que en general hay escasez de recursos y de servicios sociosanitarios a disponibilidad para todos.

Dado lo expresado, creemos que debería haber:

- a) Un movimiento social basado en la solidaridad intergeneracional para asegurar el bienestar integral de los adultos mayores,
- b) Una reformulación financiera viable del sistema previsional basado en el principio de la equidad social,
- c) Una regulación que garantice la accesibilidad a los servicios sociosanitarios públicos y privados,
- d) Una satisfacción básica permanente de las necesidades de los adultos mayores vulnerables y en riesgo sociosanitario,
- e) Una promoción para la construcción de espacios sociosanitarios locales para la prevención, la cultura, la educación y el esparcimiento,
- f) Una educación permanente de los recursos humanos destinados a la atención de los adultos mayores,
- g) Una organización y su correspondiente normatización que garantice el cuidado preventivo, continuado, progresivo e integral de los mayores,
- h) Una solicitud expresa y permanente de cooperación técnica y financiera para programas e investigaciones gerontológicas a partir de los gobiernos, organizaciones y empresas privadas, organismos internacionales y ONG's,
- y) Una política gerontológica basada en la educación permanente, la flexibilidad laboral y la prevención sociosanitaria a temprana edad,
- j) Una definición de las políticas de Estado con clara especificación de los roles y formas de articulación de los distintos actores sociales.

## **RESPONSABILIDAD SOCIAL Y VEJEZ**

Hoy, los servicios sociales estatales y privados deberían formar grandes empresas sociales.

Actualmente, la mayoría de las empresas privadas que obtienen grandes beneficios económicos no contemplan la responsabilidad social. El sector privado debería concentrar toda su atención en producir beneficios y el sector público en realizar tareas de distribución.

Los países desarrollados, hace tiempo, con el objeto de mantener un estado y una sociedad de bienestar sustentable, están direccionando sus políticas hacia la “RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA”, es decir, la integración, por parte de las empresas privadas, de las preocupaciones sociales y medioambientales en sus operaciones empresariales y en sus relaciones con los interlocutores. Se está dando una alianza estratégica entre los estados y las organizaciones empresariales, tratando de combinar la racionalidad de la política social, de la solidaridad y de la cohesión social con la racionalidad económica de gestionar correctamente los recursos productivos que por definición son siempre escasos.

La imagen-horizonte, es integrar la lógica económica con la lógica de asumir responsabilidades en el ámbito de la solidaridad social.

Los principales instrumentos para garantizar la calidad de los servicios sociales es la profesionalización de sus trabajadores y directivos, la descentralización de la gestión, el traspaso de competencias y la exigencia de aumentar su nivel de eficiencia, de gestión y de contralor.

*Las personas mayores son uno de los principales interlocutores y usuarios de las empresas sociales y deberían implicarse directamente en la toma de decisiones.*

El mercado, por sí sólo, no crea los incentivos suficientes para que las empresas privadas opten por desarrollar estrategias empresariales basadas en la “responsabilidad social corporativa”. A las empresas se les plantea una contradicción entre los

beneficios a largo plazo y el desarrollo social sustentable (que, finalmente, las favorecería).

Por ello, los gobiernos deben legislar y aplicar los institutos legales para que se cumpla la responsabilidad social de las empresas tanto hacia adentro, a los miembros de sus propias organizaciones, como hacia fuera, a los usuarios.

Un balance social equilibrado y satisfactorio para los ciudadanos, favorece al mercado y a las empresas.

El mundo está cambiando a velocidad increíble y no predecible y esto exige nuevos comportamientos de los actores económicos, por ello, es menester implantar y experimentar con la “responsabilidad social corporativa” que articula el sector público, el sector privado lucrativo y el sector privado no lucrativo con el objetivo de equilibrar las fuerzas de la globalización y el mercado económico para conseguir un desarrollo humano sustentable y con equidad en lo medioambiental, social y económico lo que significa unir fuerzas para obtener beneficios mutuos.

Para operar con firmeza en esta línea debe haber un gran impulso político basado en el paradigma en que puede haber, y es necesario, una gran capacidad de competencia económica y, al mismo tiempo, sistemas de solidaridad y cohesión social altos y fuertes con intervención activa de servicios sociales, atención sanitaria y educación continua con la cooperación de todos los actores sociales.

Dos cosas no se pueden esconder más en el mundo: la pobreza y la vejez. La pobreza se puede erradicar y la vejez es un triunfo deseable y conveniente de la especie y de la sociedad; en ambos casos, mucho es lo que debemos hacer.

Todos sabemos que hay un notable envejecimiento poblacional, hay un cambio en la estructura familiar con baja natalidad y aumento de la población no activa (está llegando el momento en que una persona a lo largo de su vida pase tanto tiempo trabajando como jubilado; en pocos años más, cuatro de cada diez personas será mayor); los jóvenes están viendo a los mayores como una carga social generadora de gastos; los servicios sociales y sanitarios los ven como clientes, usuarios y consumidores de un gran mercado en auge y expansión, con mayor (aunque todavía exiguo) poder adquisitivo que las generaciones anteriores y con el deseo de disfrute en esta etapa de la vida.

Si no nos ponemos de cara a esta realidad con nuestras mejores intenciones y acciones, los mayores de hoy y del futuro perderán el derecho a la dignidad, a la independencia, al conocimiento, a la participación, a la toma de decisiones; serán marginados y excluidos; perderán sus derechos civiles, políticos, culturales, económicos y sociales.

La seguridad social, cuyo modelo debe recrearse, es fruto de un pacto intergeneracional que es irremplazable.

En los años ´70, a los mayores se los llamaba “viejos” (en Argentina se los sigue llamando así en forma cariñosa y afectuosa); en los ´80 se acuñó el término “ Tercera Edad” ; en los ´90 se los llamó “mayores”; en el año 2000 son la “edad del poder”.

Recordemos, brevemente, los derechos de los mayores: “*dignidad*” (ser tratados con respeto y corrección; evitar formas de relación infantilizantes; respetar su intimidad, su vida afectiva y sexual; brindar los soportes y ayudas para una muerte digna; cumplir la voluntad expresada ante la pérdida de su razonamiento); “*independencia*” (elegir su propio estilo de vida; disponer de sus recursos y patrimonio; vivir en un entorno accesible y adaptado a sus necesidades; acceder a las prestaciones sociales y sanitarias adecuadas a sus necesidades para mantener su salud biopsicosocial previniendo la aparición de la dependencia); “*participación*”; “*realización personal*”; “*al conocimiento*”; “*a la defensa de sus derechos*”.

Toda la sociedad en nuestra realidad, debe reconocer que necesitamos emprender acciones concretas, en especial hacia los niños y los mayores, a través de la interacción entre los poderes públicos y los distintos actores sociales (economía pública-privada-social -tercer sector-) con adecuación, sustentabilidad y salud financiera de los sistemas.



## **ARTICULACION FINANCIERA ENTRE EL EMPRESARIADO PRIVADO Y LOS PROGRAMAS SOCIALES Y SANITARIOS PUBLICOS PARA ADULTOS MAYORES**

La atención y el soporte sociosanitario de los adultos mayores, en nuestra realidad, es una experiencia compleja con variables económicas, financieras, demográficas, políticas, culturales, ambientales, organizacionales, etc..

El envejecimiento progresivo de una masa muy importante de nuestros ciudadanos hace que las organizaciones, aún con buenos criterios y propósitos programáticos de sus herramientas sociales y sanitarias y la elevada asignación de recursos económicos, inevitablemente se vean restringidos por las dimensiones que alcanza la realidad sociosanitaria que hay que atender.

Nuestros adultos mayores no sólo son clientes de la seguridad social, las obras sociales y el sistema sanitario público sino parte importante del “capital humano y social” de la comunidad en la que viven.

Merced a un proceso de descentralización que cabe implantar urgentemente y a la necesidad de encontrar alternativas de articulación con otros actores sociales fuera del estricto marco institucional, se nos hace imprescindible señalar la necesidad de la movilización activa y efectiva de otras fuentes de recursos extrainstitucionales a los fines de integrar recursos genuinos que aporten al financiamiento de los programas sociales con las metas de lograr mayor accesibilidad, equidad, universalidad, sostenibilidad e impacto sobre aquellos más necesitados y teniendo en cuenta las características socioeconómicas de cada región de nuestro país, que tiene zonas altamente desfavorecidas.

Las empresas privadas son parte de la comunidad, se nutren de ella y nos parece socialmente apto el concepto de que es conveniente que éstas participen voluntariamente en el financiamiento de los programas sociales y sanitarios, construyendo una red de contactos extrainstitucionales, concertada y con legitimación jurídico-administrativa.

Las organizaciones empresariales necesitan “de los otros” para comercializar sus productos y tomar la rentabilidad que corresponde; es lícito y recomendable que estas empresas “favorezcan” a sus clientes.

Hay, en todas partes, empresas comerciales de larga historia que han sido incorporadas por la comunidad como empresas oferentes de bienes de consumo básico, insumos, materiales, etc.).

La explosión sociodemográfica de los mayores, mayoritariamente jubilados y pensionados, hace que muchos de ellos, diariamente, se abastezcan en dichas empresas y éstas se benefician con esta concurrencia y el consumo.

Demás está decir, que la colaboración empresarial privada para con los programas sociales y sanitarios mejorará la calidad prestacional hacia los adultos mayores y las propias empresas obtendrán beneficios impositivos y un creciente aumento de la demanda al ver, por parte de la comunidad, que las empresas del medio no sólo tienen un compromiso con el negocio-mercado-rentabilidad sino también con la calidad de vida de la comunidad donde están insertas.

## LA VEJEZ Y UN NUEVO CONTRATO SOCIAL

El aumento de la esperanza de vida de la población en general y en particular de los adultos mayores en todo el mundo, es un resultado exitoso de y para la humanidad.

Hoy y cada vez más, llegar a viejo en buenas condiciones de salud y vivir en forma apropiada tendría que ser lo normal y habitual.

Sin embargo, la “tercera edad” de hoy y para los niños actuales, eternos caminantes hacia la vejez, inmersa en el nuevo paradigma de la globalización y las reglas del mercado; con un modelo no distributivo; con poca o nula participación y capacidad de decisión, transformados los adultos mayores en meros espectadores arrasados por cambios tecnológicos despersonalizados, en un mundo donde nadie tiene asegurado de por vida, una sólida posición en un contexto de rápido y violento cambio constante; donde la red de seguridad social preestablecida desde hace muchos años choca con las pautas macroeconómicas; donde el viejo jubilado con su magro pero regular ingreso y su bolsón de complemento alimentario se ha constituido en un factor determinante del grupo social primario y un aportante necesario pero no suficiente del presupuesto familiar, todo esto, sumado a los “nuevos criterios” por los cuales la tercera edad es un verdadero lastre, cuyo peso económico resulta insoportable y por ello se pretende trasladar el gasto (no la inversión) a otros o a los mayores mismos, resignando las responsabilidades políticas y jurídicas que nos cabe, presagia una marginación y exclusión creciente de las personas de edad y un “descompromiso” de la familia, la sociedad y el Estado para con ellos.

En 1949, en Argentina, la “nueva Constitución” (Artículo 37 III) De la Ancianidad; estableció los DERECHOS de los adultos mayores: asistencia, vivienda, alimentación, vestido, cuidado de la salud física, cuidado de la salud moral, esparcimiento, trabajo, tranquilidad y respeto. Se había redactado un CONTRATO SOCIAL entre la Sociedad y el Estado Argentino con respecto a los mayores; se reconocían sus derechos y se

señalaba la responsabilidad compartida de velar por esos derechos entre la familia, la comunidad, la sociedad y el Estado.

Pese a todos los avatares en el campo político a los que nos vimos sometidos como ciudadanos, ese “viejo decálogo de la ancianidad” del ‘49 tuvo que ser asumido por todas las políticas de la seguridad social y en todos los gobiernos, a veces con mayor y vehemente respuesta, otras veces no tanto, frente a la presión de una mayoría silenciosa en constante y rápido crecimiento. Las conquistas sociales de los adultos mayores, por más que se pretenda considerarlas como reliquias del pasado tienen vigencia y una jerarquía que obliga a incluirlas en la agenda política del cualquier gobierno; de no hacerlo así, desconociendo el derecho al bienestar que tiene el mayor, se corre el riesgo de cometer una conducta lesiva en el plano ético-moral y jurídico violatoria de la justicia social y de los aspectos principistas de los derechos humanos, por supuesto, adaptando las propuestas y planes de acción en función de las necesidades prioritarias de los adultos mayores en un momento dado, a la existencia de recursos materiales de cada país, a los valores culturales y tradiciones.

Recién en 1991, la ONU enunció los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad (independencia, participación, cuidados, autorrealización, dignidad) pese a que era evidente que el mundo en su conjunto habría de estar constituido por una sociedad en la que predominarían los viejos. Esta explosión sociodemográfica del envejecimiento poblacional es un proceso irreversible y los Estados saben -poco aún la sociedad- que los recursos son finitos y se tornarán insuficientes para garantizarle al anciano un sistema de salud adecuado, un régimen jubilatorio autofinanciado, eficiente y digno.

Todos sabemos que los recursos económicos son limitados y los requerimientos y las necesidades de los adultos mayores son ilimitados y en constante incremento. Aún así, no es tema de discusión la validez de los principios y pilares de la solidaridad social (integralidad, obligatoriedad, irrenunciabilidad, uniformidad) si bien se debate a qué actores sociales corresponde ejecutarla y dispensarla.

El mundo actual, con elevado desencanto político, culto del individualismo, rechazo de los deberes altruístas, cuestionamiento de los deberes y normas tradicionales provenientes del Estado, la familia, la escuela, la iglesia y la justicia que garantizaban

el bienestar o la convivencia, propone y deberá proponerse a partir de la sociedad civil la recreación de los valores de la solidaridad encarnados en movimientos y acciones solidarias de nuevo cuño (centros vecinales ocupados y preocupados por solucionar los problemas de su comunidad local, generación de servicios diversos y plurales intercambiables, movilización y reivindicaciones organizadas y pacíficas para asegurar derechos o reparar injusticias, empresas privadas que se comprometan, además, con causas sociales, acciones comunitarias en defensa y protección de minorías, organizaciones no gubernamentales, centros de autoayuda y de gestión, voluntariado, mecenazgos: estas son nuevas formas de inserción, promoción y acción social y desarrollo humano).

Esto implica no sólo una reingeniería social sino también y sobre todo un reencuentro con el prójimo rescatando, desde la ética del sentimiento los valores y la moral, sin exigencias ni imposiciones, sin la sensación del “deber” cumplido procurando una “construcción” adecuada del espacio social en el que nos toca o hemos elegido vivir.

El Estado-Providencia parece que llegó a su fin; el Estado a través de sus instituciones imponía deberes, tomaba y transfería obligaciones respecto de la gente y sus necesidades o demandas, ahora, el nuevo Estado reclama y debe posibilitar iniciativas y acciones surgidas de la sociedad civil; esto no implica afirmar que se produce un “vacío” gubernamental.

La demanda social, enmarcada en un concepto de eticidad solidaria generará, poco a poco, instituciones más idóneas, éticas, confiables y hasta filantrópicas. La desaparición de las redes tradicionales de solidaridad generarán nuevas formas de interacción social, preocupación altruísta, mayor participación e interacción comunitaria. La solidaridad social del futuro se plantea desde una moral sin obligación ni sanción; como un proceso de construcción permanente, mutuo e intergeneracional el que es casi placentero compartir, colaborar y pertenecer. El “tercer sector” va creciendo y extendiéndose en la sociedad; las fronteras entre el Estado y la sociedad civil se borran y flexibilizan; las coincidencias entre lo público y lo privado para la solución de los problemas, incluyendo los sociales, se van instalando y legitimando.

De cualquier modo, los derechos de los adultos mayores no son conocidos por ellos mismos, no se ejercita acabadamente su defensa, se permiten situaciones graves de injusticia, se soslayan las responsabilidades.

La “dimensión social” de las distintas formas de justicia es la que predomina entre nosotros; cuando el ciudadano más posee su deuda con la comunidad es mayor de aquel que no tiene tanto, éste es un acreedor social y sus derechos aumentan en función de sus necesidades (pobreza, enfermedad, vejez, etc.). La relación entre los seres humanos en nuestras sociedades es de “débito-crédito” y cada uno de nosotros es acreedor de la sociedad para que ella brinde un espacio continente que permita vivir a nivel humano participando de los bienes económicos, culturales, sociales, etc.

La reforma constitucional de 1994 elevó a nivel de derecho interno los tratados y concordados internacionales que tienen jerarquía superior a las leyes (Art. 75; inc. 22; determina en el inc. 23 de este mismo artículo la protección de la ancianidad):

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales -adoptado por la ONU (Nueva York; 16-12-66- ratificado por Argentina por Ley 23.313: Art. 12:1. Los estados partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

- Los adultos mayores en estado de indigencia, insolvencia o carencia de medios económicos pueden reclamar alimentos a sus parientes (Código Civil. Derechos y Obligaciones de los parientes. Libro I. Sección II. Título VII. Capítulo IV; Art. 352: prestación de alimentos necesarios para la subsistencia, habitación, vestuario y asistencia de enfermedades (pueden reclamarse independientemente); Art. 266: los hijos están obligados a cuidar de sus padres ancianos, dementes o enfermos y proveer a sus necesidades; Arts. 367 a 376: se consideran obligados los descendientes, preferentemente a los más próximos en grado o, en igualdad de grados, a los que estén en mejores condiciones de proporcionar alimentos; los hermanos y medio hermanos (Art.367); yerno o suegros.

- El adulto mayor puede reclamar el derecho de visitas respecto de sus nietos (Art. 376 bis C.C.) y asegurar su vivienda y sustento a través del instituto de Bien de Familia.

- Las personas de edad pueden evitar la violencia física, psicológica, económica, el abandono, las injurias o el daño que se ejerza sobre sus personas (Ley 24417; Art.1:

“podrá denunciar estos hechos”; Art. 2: “cuando los damnificados fuesen...ancianos o discapacitados, los hechos deberán ser denunciados por sus representantes legales y/o ministerio público...”.

- Por Decreto No. 1606/90 del Consejo del Menor y la Familia, éste (Art. 2, inc. c) deberá proveer a la protección integral de...personas discapacitadas y ancianos, que se encuentren en estado de abandono o peligro moral o material y debe actuar en juicio en representación del geronte por casos de violencia familiar.

- La familia es el núcleo del tejido social; su cuidado, resguardo y protección constituyen un deber del Estado (Constitución Nacional; Art. 14 bis; Pacto de San José de Costa Rica sobre Derechos Humanos) pero también involucra a sus integrantes y a todos los actores políticos y sociales.

El adulto mayor, como se ha visto, tiene derechos que no pueden ser soslayados o conculcados; cuando la concreta situación de un anciano manifiesta desigualdad, abuso o desvalimiento es preciso proteger al anciano y reclamar sus derechos sancionando a aquellos que los incumplan o manifiesten una conducta no deseada. Parece ser que la reinstalación de valores, la construcción de un nuevo contrato social y el accionar pleno de la justicia, se convierten en la hora actual en los ejes sustanciales de la dignidad y calidad de vida de nuestros mayores.

## **ANTECEDENTES LEGALES INTERNACIONALES Y NACIONALES DE PROTECCION A LA TERCERA EDAD**

- . Creación de la Secretaría de la Tercera Edad (Decreto No. 457, del 22 de mayo de 1997). El Decreto No. 308, del 18 de marzo de 1998, amplía la estructura primigenia de la Secretaría de la Tercera Edad.
  
- . Constitución Nacional. Capítulo IV, Artículo 75, inciso 22 (otorga jerarquía a tratados internacionales) y el inciso 23.
  
- . Declaración Universal de Derechos Humanos (art. 22).
  
- . Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 9 y 12).
  
- . Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (art. XVI).
  
- . Convención Americana de Derechos Humanos (art. 26).
  
- . Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, Naciones Unidas, Viena,; 1982.
  
- . Asamblea Mundial de Educación de Adultos; 1983.
  
- . Conferencia Latinoamericana y del Caribe -Naciones Unidas y Organización Mundial de la Salud- Bogotá; 1986.
  
- . Documento de las Naciones Unidas y la Cuestión del Envejecimiento; 1992.



. Pronunciamiento de Consensos sobre Políticas de Atención de los Ancianos en América Latina; Santiago de Chile; 1992.

. Declaraciones de la Federación Internacional de la Vejez y Gerontológica; La Habana; 1993.

. Declaración de los Derechos de la Ancianidad (Argentina; 26 de agosto de 1948) incluidos en la Constitución Nacional de 1949.

. Régimen Jurídico Básico para las personas de la Tercera Edad; Provincia del Chaco; 1990.

. Proyecto de Ley Régimen para la Tercera Edad, Tercera Edad y Legislación Penal; 1995.

. Proyecto de Ley Nacional del Envejecimiento y la Vejez; setiembre; 1997.

. Ley de Promoción y Protección Integral de la Tercera Edad; Provincia de Chubut.

. Proyecto de Ley de Adultos Mayores; marzo; 1998.

. Documentos de la Comisión Nacional de Gerontología Social (CO.NA.GES.).

. Comisión de Expertos de la Universidad Nacional de Rosario.

Seminario “Primera Reunión Nacional de Autoridades de la Tercera Edad” (Secretaría de la Tercera Edad y Secretaría de Proyectos de Cooperación Técnica del Ministerio de Salud y Acción Social; 1992.

. Documento Final del Encuentro Federal de la Tercera Edad (Secretaría de la Tercera Edad del Ministerio de Salud y Acción Social; 1993.

. Plan Nacional de Ancianidad; Secretaría de Estado de Desarrollo Social de la Nación; 1996.

.Ley 7.006/98 (Salta).Consejo Provincial de los Mayores.

## **DIAGNOSTICO SOCIO-ECONOMICO DE LA PROVINCIA DE SALTA**

SALTA, tiene una superficie de 155.488 km<sup>2</sup> con una desequilibrada distribución espacial de la población, fuerte concentración urbana y extensas zonas con vacíos poblacionales. Población: 1.044.973 (junio 1998) y de este total 467.000 para Salta Capital.

Hay una desaceleración paulatina en la tasa de fecundidad, la juventud está perdiendo peso relativo y ganan participación los mayores de 65 años, esto es, hay un aumento del envejecimiento y del índice de dependencia de los ancianos.

Tanto los nativos de Salta como los nacidos fuera de la Provincia y que habitan en ella demuestran un claro envejecimiento.

**Las tasas de analfabetismo son altas y predomina entre las mujeres (NO asistió a Escuela Primaria = 15,8%; NO alcanzó a completar Escuela Primaria = 48,7%; Completó Escuela Primaria = 24%)**

A la dispersión de la población (excepto los pocos grandes centros urbanos), se agrega la inaccesibilidad por razones geográficas a los servicios y razones étnicas y culturales. Con respecto a la salud, la Provincia de Salta está dividida en cuatro zonas sanitarias (centro, norte, sur, este y oeste) y posee un total de 462 establecimientos de servicios de salud que conforman una red sanitaria pública extensiva (hospitales 43, centros de salud 91, puestos sanitarios 97 y puestos fijos 104 con una masa crítica de agentes sanitarios). El subsector privado tiene 37 unidades de servicios de los cuales 32 concentran la oferta en la capital de Salta. El sector estatal absorbe el 86% de los profesionales de la salud con elevada oferta de médicos (1.148) y muy pocos profesionales de otras disciplinas conectadas, necesariamente, para formar equipos

sociosanitarios destinados a la acción directa en terreno. Lo psicosocial está apenas planteado. La zona centro (Capital) concentra el 61% de los profesionales (704).

La evolución de las consultas médicas en la Provincia de Salta es heterogénea, cíclica y errática.

Las principales causas de mortalidad general en Salta (1998) son: septicemias no especificadas (23%), accidentes vasculares (17%), insuficiencias y paros cardíacos e infartos (33%), tumores (13%), neumonías (8%), hemorragias intracraneanas (7%) y tuberculosis (4,3%).

Se registran importantes valores de muertes evitables.

La pobreza (1991) de los hogares de Salta con NBI representan el 40% del total con una brecha con respecto a la Nación más alta en un 100% y mucho más alarmante en el ámbito rural. Los hogares pobres de Salta son más intensamente pobres que los del país en su conjunto. Cabe destacar, que se suman a las condiciones determinantes carencias de vivienda y de servicios sanitarios. Si consideramos la "línea de pobreza" y no el NBI, el total de hogares carenciados se eleva al doble (42% para mayo 1999; el doble del promedio nacional). Salta es una de las regiones más pobres del país.

La actividad que más ha crecido en términos de empleo, ocupando el segundo lugar, es la de servicios comunales, sociales y personales pero no hay servicios integrales individuales o colectivos para los adultos mayores habida cuenta de su enorme incremento en la población general y sabiendo que casi el 40% de ellos NO tiene cobertura sanitaria ni social.

## **ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS Y BIOPSIICOSOCIALES DE LA VEJEZ EN SALTA (ARGENTINA)**

**SOCIOLOGIA DE LA VEJEZ EN ARGENTINA.** La sucesión de cambios cada vez más acelerados en la sociedad Argentina actual no permite elaborar ninguna profecía social acerca del status de la vejez, su interrelación o integración social y el futuro de su calidad y satisfacción por la vida.

La vejez, considerada mayoritariamente como “lo pasado”, será cada vez más prisionera del ayer, no tendrá marco referencial para existir en el presente, aumentará su marginalidad biopsicosocial y económica, se retirará (si no hay una “revolución de plata” antes que esto suceda) a extramuros de la vida y el accionar de la sociedad.

En las sociedades preindustriales un estilo de vida tenía una duración de 60 a 80 años. Cada pauta, formas de vida o sistema de ideas podía ser compartida y transferida por tres generaciones (abuelo - hijo - nieto); había una continuidad generacional. Actualmente, los cambios de estilo de vida de una generación a otra se fijan en 15 o 20 años, en otros términos, ni el abuelo, ni el padre, ni el nieto viven las mismas cosas, no tienen las mismas formas de vida y sus conductas individuales y sociales son ni siquiera parecidas.

El viejo, prácticamente, está excluido de la sociedad y de la familia nuclear moderna; no tiene permanente contacto con sus hijos y sus nietos. Los adultos mayores y los más jóvenes viven al mismo tiempo y en el mismo lugar “distintas vidas”. El contacto y la comunicación intergeneracional no se da más que superficial y esporádicamente; cada edad vive dentro de su propio estilo de vida y en su propia época; los códigos comunicacionales, morales y sociales son diferentes lo que ha devenido en la formación de “subculturas” para cada grupo de edad.

Lo que hoy debe preocupar más que los “achagues” de la vejez son los conflictos, las incomunicaciones de los adultos y los jóvenes con los mayores; la afirmación de que existe un medio vital único para todos los seres humanos es caprichosa e infecunda.

No puede llamar la atención, entonces, que haya distanciamiento, extrañeza, incompreensión, incomunicación y rebeldía. Los jóvenes y los adultos ya no se identifican con el mundo de los mayores.

La sociedad actual aprende sus pautas en la estructura de grupos de iguales, desconocen la autoridad de los mayores, internaliza sus “necesidades” a partir de la influencia reiterativa y enajenante de la propaganda y la publicidad masivas; adopta ideas, creencias, valores, normas y asume modos de su cultura particular y generacional y, por sobre todo, carece de fuerte socialización.

Los viejos en la Argentina, en su inmensa mayoría, no tienen status, es decir, no tienen ni prestigio ni posición social en una sociedad que, además, posee una total inseguridad en la conformación, estabilización y mantenimiento del status en edades más jóvenes (se acabó el principio de la determinación y se incorporó el nihilismo); carece de fuerte estratificación y es violentamente competitiva. En este tipo de sociedad, el viejo no se reconoce a sí mismo, tampoco es reconocido; no se lo considera importante.

Conflictos, temores, tensiones, inseguridad, vacilación son las características generales de los mayores en nuestra sociedad. Los grupos más jóvenes tienden a crear mundos cerrados e impermeables a la participación e intervención de los mayores. Esta situación y en este contexto, lleva a los mayores -no en todos los casos- al aislamiento como norma y a formar un mundo propio creando una “subcultura” de la vejez incomprensible para el resto de la sociedad, al margen y fuera del marco de la sociedad actuante; todo intento de participación tiende al fracaso y a la consecuente exclusión.

La propia vejez tiene elementos de aislamiento, soledad, inadaptación, falta de integración y aguda tensión; si a esto le sumamos la actitud y el comportamiento social, la situación se torna deletérea.

Es urgente crear soluciones institucionalizadas para posibilitar la integración de los mayores a la sociedad, compartir un sistema valorativo y decidimos a realizar una empresa conjunta para dar calidad de vida revalorizando sus personas y al mismo

tiempo, volver a reconocernos en ellos como nuestras raíces afirmando nuestra tan vapuleada identidad parafraseando a Unamuno: “procedo de una muchedumbre de abuelos y en mí los llevo en extracto”.

**GERONTOLOGIA Y SOCIEDAD.** Es notoria la explosión demográfica de los adultos mayores en el seno de nuestra sociedad actual y se incrementará notablemente en los primeros veinte años del tercer milenio. Mientras tanto, se están generalizando en este grupo de edad situaciones de segregación, inhabilitación y exclusión con severas situaciones individuales de vulnerabilidad grave y muchas veces irreversible.

La fragilidad de la contención familiar, la falta de redes sociales de soporte y apoyo, la devaluación de la solidaridad, la reciprocidad, la protección y el respeto, la crisis de las Instituciones del Estado responsables de la provisión de servicios sociosanitarios; los costosos y muchas veces ineficientes servicios de salud destinados, fundamentalmente, a la reparación de enfermedades; tornan más aguda, crítica y difícilmente manejable la realidad sociosanitaria de los mayores.

La pobreza por ingresos es sólo una de las dimensiones de la privación social; la mayoría de los ancianos están sometidos a carencias de todo tipo y la falta de solución trae como consecuencia marginación, aislamiento, pérdida de la autonomía y de la autoestima, desmejoramiento de la calidad de vida, vulnerabilidad, riesgo y exclusión social.

Los mayores vulnerables están fuera del espacio social, viven en forma inestable, precaria y en un grado de fragilidad máxima en su entorno familiar y social. A esto debemos sumar la edad avanzada, el padecimiento de un repertorio de enfermedades crónicas, condiciones de partida en la vida y necesidades diferenciales en un contexto geográfico, jurisdiccional y cultural en un país tan vasto y diverso como la Argentina.

El mapa social y sanitario de los mayores en nuestro país muestra -por lo menos en un 50% - signos alarmantes de riesgo; hay mucha vulnerabilidad social y pobreza de estructura compleja.

Argentina tendrá que tomar la decisión política de generar una sociedad más integrada y más equitativa; evitar la persistencia de condiciones de pobreza, exclusión y vulnerabilidad mediante una adecuada y eficiente asignación de recursos públicos y

privados, aumentando la eficiencia de la capacidad político-instrumental del Estado (nacional, provincial y municipal) para proponer, diseñar y ejecutar las políticas y los programas sociosanitarios demandados por la población teniendo en cuenta la disponibilidad financiera que es relativamente alta en términos de gasto o inversión social pública.

Nos parece que la Argentina deberá establecer un sistema integrado de servicios sociosanitarios para los adultos mayores con pluralismo y participación; los propios mayores deben autoconvocarse, organizarse y comprometerse recreando un gran organismo de la sociedad civil para reivindicar sus derechos, establecer sus necesidades, hacerse escuchar y desarrollar una gran capacidad de negociación para proponer planes y programas que respondan a sus necesidades emergentes (planificar desde la demanda) y que los puedan beneficiar realmente.

La mirada gerontológica social actual ve con dolor y profunda pena la exclusión, la marginación, la discriminación y hasta la victimización de los adultos mayores. La recomposición valorativa del bienestar como un derecho de la sociedad humana debe incluir también y, especialmente, a los viejos, timoneles avezados experimentados de la vida.

### **EXPRESION SOCIO SANITARIA Y DEMOGRAFICA DE LA VEJEZ EN SALTA (ARGENTINA).**

Casi el 50% de los adultos mayores en Salta carecen de cobertura sanitaria y social pese a los esfuerzos institucionales de las “empresas sociales” vinculadas a la seguridad social (IPSS, INSSJP, ANSES, ONG,s, DESARROLLO SOCIAL con sus programas para la Tercera Edad y los vacilantes intentos de las organizaciones de los propios mayores).

El 24,31 % de los salteños mayores de sesenta años viven en la pobreza mientras que la media nacional es de 7,59% en un contexto para el NOA en que Salta tiene 315.000 habitantes NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas), viviendas sin retrete 34,05 %, déficit habitacional (hogares) 26,20 %, niños no escolarizados (5 a 17 años) 14,58 %,



mortalidad infantil (x mil) 27,7 y maternal (x 10 mil) 7,2. La población de 60 años y más registrada para Salta es de 66.762 con 16.231 NBI.

En Argentina, la esperanza de vida es de 72 años para los hombres y de 74 para las mujeres; alrededor del 13% de la población tiene 60 años y más. En el año 2.000, aproximadamente el 14% de los argentinos serán ancianos.

La Argentina gastó en salud en 1990, 4.441 millones de dólares (4,2 del PBI) a razón de 138 dólares per cápita sin embargo, cuando se estudia la aplicación o asignación del gasto se observa que se han desarrollado pocos programas sociosanitarios de bajo costo y alta eficiencia especialmente para la tercera edad; la mayoría de los ancianos carece de accesibilidad universalizada a los servicios; la atención suele ser cara y de baja calidad y manifiestamente biomedicalizada (el 29% del gasto nacional en salud está dedicado a los medicamentos -Argentina: 5.780 millones de dólares; 9°. mercado mundial de fármacos). La financiación pública y colectiva de la atención médica ha estimulado una expansión dramática en la cantidad, alcance y complejidad de los servicios usados. La atención médica representa en promedio sólo el 11 % del peso total de las muertes en todo occidente pero consume el 90 % de los recursos de salud (la genética es responsable del 27% de las muertes; los factores ambientales el 19% de la posibilidad de enfermar y los malos hábitos de vida determinados por la falta de responsabilidad individual ocasionan el 43% de nuestros padecimientos biológicos).

La historia y la epidemiología demuestran que las condiciones sociales, económicas y culturales tienen más incidencia en la producción de salud individual y colectiva y NO los hospitales, médicos y medicamentos. La producción de salud es social; la medicina es política social en gran escala (Rudolf Virchow) y, por otra parte, la salud es un derecho del pueblo y un deber del estado (Artículo 19; Constitución Nacional Argentina ' 94); es un derecho social y por ello deja de ser un bien de consumo.

Las personas mayores constituyen “un sector estratégico para la política social” en los años noventa en adelante y fuente de preocupación creciente de los estados, gobiernos, familias y de la sociedad en general que deberá, sin dilación, programar soportes, ayudas, auxilios, asistencia, cuidados teniendo en cuenta las variables biológica, psicológica y social del proceso de envejecimiento hoy, aquí y ahora con respeto por la

dignidad de los mayores y por su propia apreciación de la realidad de su generación en el contexto de su historia, de su cultura, de su hábitat geográfico y de su cosmovisión.

Los temas candentes de hoy a resolver en el campo de la vejez son la atención primaria de la salud integral de los mayores; la inserción, participación y atención comunitaria (red sociosanitaria con oferta de servicios sociosanitarios integrales a nivel local); las políticas sociales; el contralor de la victimización; las viviendas con apoyo de servicios en el seno de la comunidad; el desarrollo y afianzamiento de las organizaciones de mayores con especial énfasis en el voluntariado social; el apoyo económico salarial (jubilaciones y pensiones) dentro de un régimen previsional acorde con las necesidades reales de las mayorías.

La vejez no es una enfermedad y menos aún un conjunto aislado de desórdenes biológicos. El 85% de los mayores están sanos para su edad a través de una mirada médica de base epidemiológica y estadística. Son otros los problemas irresueltos y desatendidos que hay que investigar y solucionar de prisa tales como: las deprivaciones sociales, las deficiencias nutricionales, la enfermedad psicológica. La enfermedad física y el deterioro orgánico, por suerte, no pesan excesivamente en la vejez temprana.

Queda lo suficientemente claro que la Argentina y también la Provincia de Salta tiene cifras de ancianidad muy altas que nos convertirán en un país de viejos. Esta realidad no va a cambiar; el promedio continuará creciendo por varias razones: descenso de la tasa de natalidad, mayor cualificación de la oferta de servicios sociosanitarios a través de estrategias de acreditación y de asignación acotada y eficiente de recursos con participación de usuarios. Al mismo tiempo habrá más jubilados, se presentarán problemas con el número de camas de hospitalización, aumentará el consumo de medicamentos.

El envejecimiento poblacional no es un indicador de involución social sino, por el contrario, implica un dato a considerar en términos de análisis de progreso social; este progreso deberá ser sustentable.

Estimamos que nadie, aisladamente - aún en el plano institucional - podrá resolver por sí solo la intrincada problemática que aquí se ha intentado señalar.

Creemos que hay que mostrar los problemas, someterlos a debate, crear los consensos necesarios para construir los modos programáticos de resolverlos y convencer a todos para que se involucren; de este modo, la agenda política tendrá que incorporar a la vez como una variable importante.

. EL PRIMER PLENARIO DE CONSEJEROS ASESORES DEL NOA (Santiago del Estero, Catamarca, Jujuy, Salta y Tucumán) en Termas de Río Hondo -Santiago del Estero (Argentina) los días 24 y 25 de junio de 1995; NUNCA ESCUCHADO EN LA REGION Y EN EL PAIS.

En esta magna reunión, los adultos mayores con legítimo mandato y como reales intérpretes de las necesidades de jubilados y pensionados signaron PROPUESTAS DE ACTUACION para el planeamiento local de programas y acciones referidas a la atención sociosanitaria primaria de las personas mayores (ésta reunión de debate y de trabajo fue posteriormente replicada durante el mismo año indicado en Tucumán y en Salta).

Los propios mayores, por su propio derecho y sin tutelas de ninguna índole, consideraron que, entre otros, el INSSJP es un continente parcial de la problemática sociosanitaria de las personas mayores en la Argentina y que carece de un modelo real para la atención de la salud y la enfermedad de los adultos mayores que involucre los aspectos integrales biopsicosociales y produzca verdadero impacto sobre la calidad de vida.

Las instituciones adolecen históricamente de una excesiva centralización que ha demostrado falta de equidad en las prestaciones sociosanitarias en todo el país.

Los problemas de salud de las personas mayores no son iguales ni responden a contextos semejantes en forma homogénea en todo el territorio del país.

Es impostergable regionalizar el enfoque y las estrategias en materia de prestaciones de salud y sociales cuya integración dinámica en lo sanitario y social no puede ni debe marchar y accionar en el campo operativo en forma separada.

Dada la realidad actual y las proyecciones sociodemográficas y sanitarias de las personas mayores es necesario proponer un modelo prestacional acorde con la realidad en una instancia inmediata y, simultáneamente, elaborar -con la participación de los mayores- un proyecto de Plan Gerontológico Nacional con adecuaciones regionales que deberá tratarse e imponerse a través del consenso y la voluntad política de los legisladores.

Se crea la Comisión Permanente de Prestaciones Sociosanitarias del NOA.

SE PROPONEN POLITICAS, ESTRATEGIAS Y TACTICAS VALIDAS PARA OPERAR EN EL CAMPO SOCIO SANITARIO EN LA ATENCION DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD BIOPSICOSOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES EN LA REGION DEL NOA:

- . Integración compartida y coparticipada entre todas las Obras Sociales a través de los Seguros Provinciales de Salud.
- . Combinación del mercado libre con regulación Estatal (competencia regulada).
- . Reducir costos y mejorar la calidad.
- . Disminuir la utilización indebida promovida por prestadores y usuarios.
- . Modificar los incentivos para lograr cambiar las conductas y actitudes del proveedor y del consumidor.
- . La cobertura debe ser universal y cada persona mayor deberá obtener un paquete de servicios sociosanitarios “a la carta” según sus reales necesidades a través de irreprochables diagnósticos sociosanitarios, monitoreados permanentemente y valorados en términos de impacto.
- . Los efectores serán estatales, privados y de obras sociales sin aumentar la dotación y la infraestructura-equipamiento existentes.
- . Fuerte política de acreditación y categorización con listados de prestadores acotados por calidad y excelencia.
- . Introducir la competencia entre los prestadores aumentando la calidad y conteniendo los costos.
- . Fortalecer el nivel de Atención Primaria de la Salud (APS) en más del 60% de las prestaciones.

- . Desarrollar mecanismos de educación de pre y postgrado de los recursos humanos de la oferta de servicios sociosanitarios sobre la base del concepto de la interdisciplinariedad con el objetivo de que por lo menos el 50% de ellos se dedique a la APS.
- . El financiamiento será centralizado en los Seguros Provinciales de Salud; se distribuirá por programas y será conducido por un Consejo Permanente técnico-científico-administrativo con participación de usuarios y prestadores.
- . Los recursos humanos que trabajen para el sistema serán remunerados por sueldo con incentivos por productividad y monitoreados -en forma constante- en los aspectos de calidad y eficiencia.
- . Establecer, en todo momento, las previsiones y proyecciones demográficas e indicadores sociosanitarios para poder planificar, programar y asignar recursos para la atención integral de las personas mayores.
- . Desarrollar programas preventivos primarios y secundarios.
- . Desarrollar modelos y normas para el diagnóstico que permitan agilizar la identificación de enfermedades.
- . Realizar, constantemente, valoraciones clínicas y clasificación de las personas mayores por riesgo sociosanitario.
- . Desarrollar programas integrales de atención sociosanitaria que prevengan mecanismos de ayuda y asistencia directa.
- . Estimular el concurso y la convergencia de políticas gerontológicas públicas, la acción de organismos públicos, privados y ONG,s y la organización de los ancianos procurando soluciones cooperativas de los problemas comunes.
- . Ocuparse, preferentemente, de la franja de hogares marginados que plantean problemas de atención sociosanitaria y que deben ser resueltos rápidamente, en tiempo y forma y en términos de equidad.
- . Responsabilizar a los efectores de salud de la captación de la demanda del colectivo de las personas mayores a través de la consulta externa y “puerta por puerta” domiciliaria.

- . Prever la recolección de datos sociosanitarios de las personas mayores que deberán ser previstos en los formularios, discriminando la consulta y sus motivos, los egresos por causa y por lo menos tres causas previas en el caso de defunciones.
- . La capacitación permanente del recurso humano del equipo sociosanitario - cualquiera sea la identificación de la oferta- deberá basarse en un modelo gerontológico válido.
- . Resolver, en el menor tiempo posible, el proceso de regionalización y descentralización operativa para la atención sociosanitaria trabajando, para ello, con autoridades comunales y organizaciones representativas de las personas mayores.
- . Conformar los Sistemas Locales de Salud Sociosanitarios (SILOS SOCIOSANITARIOS GERONTOLOGICOS) en los que se incluirá un programa gerontológico de mínima con énfasis en lo social.
- . Promover cambios operativos en el sistema sociosanitario para operar en los programas:
  - capacitación del recurso humano,
  - reforzamiento de la capacidad operativa,
  - aumento de las horas profesionales,
  - conformación de equipos pluridisciplinarios,
  - afectar más horas a la atención sociosanitaria de los mayores con cobertura amplia, extendida y accesible.
- . Organizar sectores con oferta de atención especializada para las personas mayores en hospitales generales de todo nivel (unidades geriátricas-gerontológicas) de dimensiones reducidas y de giro rápido, adecuando esta misma propuesta para cualquier efector público, privado o de la seguridad social.
- . Estimular la creación de ONG,s orientadas a la atención y solución de la problemática de las personas mayores con un desarrollo paralelo de un fuerte voluntariado social.
- . Dar peso político, en el campo de las decisiones, a las personas mayores a través de la instauración en cada Provincia de una Secretaría de Estado de la Tercera Edad con una Comisión Permanente Asesora y Auditora consituída por los propios mayores con asistencia técnica social, sanitaria y financiera.

- . Desarrollar programas de extensión en el campo de la educación para la salud, orientadas a los mayores, a través de los medios de comunicación social.
- . Crear ámbitos de participación comunitaria y familiar en el soporte y la intervención en la problemática de la vejez.
- . Incorporar a personas mayores de excelencia cultural, técnica, científica o artística al quehacer de las instituciones.
- . Recomendar la utilización permanente de las reservas naturales de las Provincias del NOA y de su infraestructura para el turismo, la recreación y el termalismo por parte de las personas mayores.
- . Imponer a los responsables la destrucción de las barreras arquitectónicas en los conglomerados urbanos y la adecuación vehicular a las necesidades y características de las personas mayores.
- . Impedir la transculturalización de las personas mayores de origen indio y mejorar su calidad de vida respetando sus tradiciones, costumbres, hábitos y cosmovisión adaptando los programas a su realidad histórica y presente.
- . Normalizar la terapéutica y la dispensación de medicamentos destinados a las personas mayores a través de un formulario terapéutico ó vademecum racional, de bajo costo y de real impacto curativo o paliativo evitando la medicalización excesiva y el consumo indebido de sustancias tóxicas, reduciendo la patologización de la ancianidad aumentando la esperanza y la calidad de vida y cuidando gastos indebidos a nivel individual a partir de los magros ingresos dinerarios.
- . Realizar una verdadera vigilancia sociosanitaria de las personas mayores; operar e intervenir sobre ellos y con ellos en el contralor, seguimiento y atención domiciliaria aproximándose al logro de la equidad con eficiencia y calidad en la atención.
- . Reducir las enfermedades invalidantes que ocasionan alto costo social por la demanda de atención médica por períodos prolongados y de complejidad creciente con. muchas veces, pocas posibilidades de curación.
- . Buscar activamente y proporcionar tratamiento temprano a las personas mayores con riesgo en salud.

- . Colaborar en la solución de los determinantes ambientales y socioeconómicos-culturales que condicionan la persistencia de los problemas de las personas mayores y que exceden las posibilidades del sector salud.
  - . Arbitrar modalidades operativas que suavizen las barreras culturales y estrechen la brecha generacional.
  - . Integrar, previa capacitación, al Agente Sanitario como Agente Sanitario Gerontológico a través de los programas de Atención Primaria de la Salud (APS).
  - . Desarrollar planes y programas de investigación orientados al conocimiento de las enfermedades prevalentes de los ancianos y a su control.
- 
- .
  - .



# **ACERCA DE LOS ADULTOS MAYORES**

## **REALIDAD, INDICADORES, REFLEXIONES Y**

### **COMENTARIOS**

**LOS ESFUERZOS INSTITUCIONALIZADOS DE LAS “EMPRESAS SOCIALES” VINCULADAS A LA SEGURIDAD SOCIAL: I.N.S.S.J.P., ANSES, ONG’S, DESARROLLO SOCIAL NACIONAL Y PROVINCIAL CON SUS PROGRAMAS PARA LA TERCERA EDAD Y LOS VACILANTES INTENTOS DE LAS ORGANIZACIONES DE LOS PROPIOS MAYORES QUE SIGUEN SIENDO DEPENDIENTES Y QUE TIENEN TODAVIA BAJA CAPACIDAD DE AUTOGESTION Y DE INICIATIVA PARA RESOLVER POR SI LOS PROBLEMAS SOCIOSANITARIOS QUE LOS AQUEJAN, CONFORMAN UN PANORAMA POCO ALENTADOR EN LA ATENCION INTEGRAL SOCIOSANITARIA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA ARGENTINA.**

## **ENFOQUE DE RIESGO SOCIOSANITARIO EN**

### **MAYORES**

Se necesita contar con datos confiables de riesgo sociosanitario en la población de adultos mayores a los fines de poder actuar racionalmente en términos de prevención

primaria y secundaria lo que, obviamente, redundará en beneficio directo en la salud positiva de nuestra gente y en la disminución de acciones diagnósticas y terapéuticas que suelen ser tardías, inoportunas y con una relación costo-beneficio negativa para el mayor y para la inversión en salud de las instituciones.

Todavía, la mirada está puesta casi exclusivamente en el paradigma médico que, por otra parte, no está explicitado y excluye lo social y lo psicológico.

La detección de los problemas de salud y de las eventuales complicaciones debería ser lo más temprana posible; el proceso de la atención médica de la salud tiene que ver con la oportunidad de la atención, con el seguimiento y control del proceso de la enfermedad; con la calidad prestacional; con la accesibilidad, equidad, universalización y complementariedad de los recursos a utilizar. No atender estas razones conduce a generar complicaciones, aumento de los deterioros, gastos innecesarios y enormes frustraciones.

Hasta el presente, las prestaciones médicas se dispensan a demanda espontánea, caso por caso, por llegada individual al efector. No hay conocimiento epidemiológico con enfoque de riesgo y vigilancia de las incidencias y prevalencias de las enfermedades y de las condiciones biopsicosociales de nuestros mayores; no hay valoración de proceso y de producto y análisis de costos vinculado a indicadores de salud positiva.

## **LOS PROGRAMAS SOCIALES**

Es imprescindible que los programas sociales logren universalizar los beneficios de acuerdo con las necesidades de la extensa demanda creciente. Aún con restricciones presupuestarias, se deben manejar con el criterio de la equidad social.

Al mismo tiempo, los beneficiarios de los programas sociales deberían comprometerse y participar, desarrollando estrategias de autogestión y de cooperación mutua con enfoque de red social.

Las instituciones, en su inmensa mayoría, proporcionan soportes y apoyos de índole social en forma acotada, restrictiva, circunstancial y temporaria y, de ninguna manera,

esto crea una relación vinculante entre la institución y los beneficiarios y menos aún un derecho adquirido por parte de éstos.

Los estados y las instituciones transfieren, cada vez más, a la sociedad civil la responsabilidad de proponer, planificar, gestionar, gerenciar, administrar, controlar y operar los programas sociales, respondiendo al imperativo del modelo social actual; se está transformando rápidamente el “estado de bienestar” benefactor, autocrático y dadivoso en una pretendida sociedad civil solidaria, responsable y autogestionaria. Las próximas generaciones de mayores ya no tendrán la posibilidad de ser beneficiarios dependientes de los estados y las instituciones; habrá que organizarse generacionalmente e intergeneracionalmente en forma solidaria para lograr en el futuro los soportes y ayudas que se están proporcionando en el presente.

## **PREVENCION E INVERSION BIOPSIICOSOCIAL EN ADULTOS MAYORES**

La “inversión biopsicosocial” implica un repertorio de prestaciones médicas, programas de ayuda, asistencia, auxilio, cuidados, soportes y servicios multidimensionales para los adultos mayores. Habrá que diseñar, creativamente y de acuerdo con la realidad sociosanitaria local y regional, nuevos programas y propuestas de actuación.

La promoción de la “salud biopsicosocial” y la denominada “gerocultura” de la sociedad humana es el eje de la cuestión y también la toma de posición y la actitud para contener y tratar los problemas inherentes al proceso de envejecimiento (los trastornos biológicos prevalentes deben ser contenidos y controlados para evitar enfermar).

El **PRIMER NIVEL DE ATENCION DE LA SALUD** (vector e instrumento principalísimo para la atención de la salud) al igual que los otros niveles de atención deberían estar involucrados interactivamente con la gestión y el gerenciamiento social y extenderse por sistemas de redes a familiares, extrafamiliares, organizaciones comunitarias de todo tipo sumando, asociativamente, esfuerzos y responsabilidades compartidas con efectores sociosanitarios locales presentes, reconocidos y legitimados por la comunidad asignando recursos para su sostén y crecimiento.

Los mayores necesitan y merecen respuestas integrales, armónicas, de alta capacidad resolutive, oportuna e inmediata, desburocratizada, de alto impacto, de bajo costo relativo, con capacidad de contención y de elevada satisfacción.

Habrà que establecer una política de racionalización en materia de asignación de recursos a través de un aumento de la excelencia y la calidad en el diagnóstico y el tratamiento social, manejarse con el concepto de riesgo sociosanitario y estimular la participación activa y el compromiso de los familiares de los mayores y de la comunidad en la que viven.

No es posible a estas alturas, continuar atados a procedimientos y asignaciones estancos; habrá que lograr cumplimentar los objetivos y las metas en un proceso y gestión transparente, dinámica, veloz y concreta y aún utilizar propuestas de actuación no convencionales.

Por suerte, una de las formas de no envejecer es tener la vida no resuelta, cerrada, acabada; las instituciones y las organizaciones también envejecen y es preciso darse cuenta de ello.

## **MODELO PRESTACIONAL DE SERVICIOS SOCIO SANITARIOS**

Las instituciones, organizaciones, empresas, los gobiernos y los actores de todos ellos suelen confundir las metodologías, los instrumentos, las herramientas para la acción, los diseños, creyendo que pueden sustituir o soslayar los criterios políticos que tienen que ser previos a todo ello y acabadamente contruídos a través de la participación y la elaboración de consensos para legitimarlos y asegurar un cierto grado de permanencia en el tiempo.

*Modelo*, es un conjunto de objetivos, metas, ideales y valores prioritarios en función de las cuales vale la pena orientar el esfuerzo colectivo de las organizaciones, especialmente a aquellas, en nuestro caso, direccionadas a la prestación de servicios sociosanitarios.

Un modelo no es un paradigma rígido ni una meta invariable. No emerge de aspectos doctrinarios pero sí de las políticas sanitarias y sociales que se elaboren para una etapa de la historia social de un pueblo, de una comunidad o del universo acotado de los usuarios de una organización o sistema prestacional.

Un modelo debe ser la expresión de múltiples contenidos y, además, es saludable que existan varios modelos que interactúen entre sí; esta tensión no es conflictiva ni contradictoria y, en todo caso, estimula la creatividad y la plasticidad del sistema.

El modelo único, impuesto, rígido, excesivamente normatizado y con alta densidad burocrática suele ser nefasto, costoso y, a poco andar, se torna viejo, insostenible e ineficaz. La revisión crítica del modelo y de las propuestas de actuación que surgen de él es la única manera de dotarlo de juventud y realismo.

Un modelo sólo apegado a los hechos concretos del hoy, aquí y ahora pierde su condición de tal. Un verdadero modelo nunca aparece realizado del todo y sus actores siempre están marchando hacia su cumplimiento.

Un modelo tiene, por su propia naturaleza, una cara visible y otra invisible; por un lado vive de la realidad concreta y descarnada y, por otro lado y al mismo tiempo, señala una meta que es el eje de su desarrollo histórico. El costado ideal e irrealizado del modelo es el motor que impulsa a su constante desarrollo y ejecución.

Un modelo debe ser perfectamente compatible con el espíritu de la democracia y no debe sorprendernos cuando utilizamos la idea de “orden”, “modelo”, “paradigma” o “ideales” que son fórmulas que nos permiten afrontar el caos manteniendo, al mismo tiempo, el entusiasmo por las utopías.

Las instituciones u organizaciones de servicios sociales y sanitarios deberían tener un modelo y acciones acordes con él basados en algunos aspectos principistas irrenunciables tales como la universalización de los servicios, la accesibilidad, la equidad social, la justicia social, la oportunidad, la solidaridad y la asignación racional de los recursos.

Los argentinos, últimamente, hemos adoptado una modalidad imitativa y obsecuente con respecto a la incorporación acrítica de modelos importados. Es necesario volver a creer en nuestra autonomía personal y generacional, en nuestra audacia creadora y en el propio esfuerzo.

Los protagonistas y creadores del modelo deben abordar las dicotomías por más encarnizadas que sean, resolverlas en un juego complementario de diálogo y de intercambio de convicciones mutuas y, de ser necesario, transformarse en agonistas o luchadores que busquen en su propio seno la legitimidad superando el enfrentamiento de los opuestos.

## **LA SALUD DE LOS MAYORES**

### **ESTRATEGIA Y DISEÑO EN RED**

La atención de la salud y la enfermedad de los mayores compromete a los niveles hospitalarios y extrahospitalarios, domiciliarios, sanitarios y sociales.

#### **CRITERIOS DEFINITORIOS**

**Se considera *paciente geriátrico* :**

1. Edad superior a los 75 años,
2. Evidencia de pluripatología relevante,
3. Padecer un proceso o enfermedad principal incapacitante,
4. Existencia de patología mental acompañante o predominante,
5. Evidencia de problemática social en relación con el estado de

salud.

(El 30% de los pacientes se ajustan a este criterio)

**Se considera *persona mayor frágil o de alto riesgo*:**

1. Edad superior a los 80 años,
2. Vivir solo,
3. Viudez reciente (menos de un año),
4. Cambio de domicilio reciente (menos de un año),
5. Afección crónica que condicione incapacidad funcional (infarto agudo de miocardio o insuficiencia cardíaca reciente; menos de seis meses),
6. Enfermedad de Parkinson,
7. EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica),
8. ACV (accidente cerebrovascular) con secuela,
9. Enfermedad osteoarticular,
10. Caídas,
11. Déficit visual o hipoacusia,
12. Enfermedad terminal,
13. Toma de más de 3 (tres) fármacos diarios,
14. Prescripción de antihipertensivos, antidiabéticos y psicofármacos en el último mes,
15. Ingreso hospitalario en los últimos doce meses,
16. Necesidad de atención médica o de enfermería en el domicilio al menos una vez al mes,
17. Incapacidad funcional por otras causas,
18. Incapacidad para utilizar el teléfono, el transporte público, dinero o medicación,
19. Deterioro cognitivo y/o depresión,
20. Situación económica precaria o ingresos insuficientes.



La *asistencia geriátrica* tiene una vertiente clínica y otra social que nunca deben aislarse. La asistencia geriátrica debe ser, siempre, integral, interdisciplinar y rehabilitativa y, fundamentalmente, sociosanitaria.

La asistencia sanitaria a los mayores exige que se formule y se instrumente englobada dentro de la ordenación general y de las pautas organizacionales del sistema de salud. No debe darse pie a las duplicidades, al uso irracional del recurso humano y de tecnología o a establecer unidades monográficas aisladas del ordenamiento general.

El *sistema de servicios integrados de atención a los mayores* debe manejarse como red institucional y comunitaria deslindando las responsabilidades médicas, paramédicas y de servicios sociales.

- Debe desarrollar definiciones y criterios de admisibilidad al sistema, al tipo de prestaciones, de calidad, de gestión.
- Debe racionalizar la asistencia al paciente geriátrico para adecuar los procesos diagnósticos y terapéuticos a sus requerimientos concretos, evitando la aplicación de intervenciones y recursos excesivos para su expectativa y calidad de vida y, al mismo tiempo, evitar cualquier tipo de discriminación por motivos de edad.
- Debe limitar la utilización de los niveles asistenciales II,III y IV a lo estrictamente necesario evitando la prolongación de la internación.
- Debe intentar que el mayor número de personas regrese a su entorno habitual.
- Los recursos hospitalarios, humanos y materiales deben estar en manifiesta coordinación con los servicios de Atención Primaria de la Salud (APS) para garantizar y mejorar la continuidad de la asistencia y cuidados.

**LOS TIPOS DE EFECTORES SANITARIOS ACONSEJABLES SON:**

## **I) DISPENSARIOS GERIATRICOS EN CENTROS MEDICOS O CENTROS DE SALUD**

### **Primer Nivel. Atención Primaria de la Salud (APS)**

Misiones y Funciones:

- a) Actividades de promoción de la salud, prevención y valoración geriátrica dirigidas al mayor de alto riesgo,
- b) Propuestas de actuación para mantener a la persona mayor en la comunidad y en su domicilio el máximo de tiempo posible y en adecuadas condiciones de salud (atención y vigilancia domiciliaria),
- c) Asistencia a problemas puntuales cuando proceda,
- d) Detección e intervención sobre factores de riesgo biopsicosocial,
- e) Detección temprana de incapacidades funcionales y disfunciones sociales,
- f) Actividades de educación para la salud (a los propios mayores y a sus cuidadores),
- g) Promover el autocuidado y la autonomía,
- h) Priorizar la visita a domicilio (máximo a las 72 horas en el caso de alta de otro nivel asistencial y sobre todo si son mayores de 75 años),
- i) Utilizar sistema de indicadores para monitorizar la evolución del estado de salud y la utilización de servicios a nivel local,

j) Gerenciar, auditar y supervisar el sistema de cuidados de larga duración domiciliar.

## **2) UNIDADES GERIATRICAS EN HOSPITALES GENERALES**

a) Hospitalización de agudos,

b) Valoración exhaustiva y manejo de los procesos agudos y/o reagudizaciones de procesos crónicos,

c) Rehabilitación temprana,

d) Coordinación inter y multidisciplinar en diferentes estamentos,

e) Investigación sobre problemas clínicos y asistenciales,

f) Mejoramiento de la calidad asistencial,

g) Reducción de la mortalidad, la incapacidad y la iatrogenia,

h) Racionalizar el uso de recursos asistenciales,

i) Disminución estadía media hospitalaria,

j) Menor utilización de la institucionalización al alta,

k) Favorecer la formación, educación y actitudes adecuadas hacia cada enfermo por parte de los diferentes profesionales (intra y extrahospitalarios).

### **3) UNIDADES GERIATRICAS DE CUIDADOS PROLONGADOS**

. Como complemento instrumental terapéutico, para dotar al adulto mayor de aptitudes y habilidades refuncionalizadas para la vida cotidiana (equipos multidisciplinares).

### **4) CENTROS GERIATRICOS DIURNOS INTERDISCIPLINARIOS EN HOSPITALES**

- a) Integrados en los propios hospitales,
- b) Acuden pacientes geriátricos de riesgo y/o con incapacidad física,
- c) Tratamientos integrales y/o valoración geriátrica con regreso al domicilio,
- d) Potenciación de la autonomía funcional,
- e) Disminuir la utilización de camas,
- f) Retrasar o evitar la institucionalización crónica,
- g) Deberá integrarse con las áreas médica, enfermería, rehabilitación y social.

### **5) HOSPITALES DE DIA**

. Para tratamientos específicos supervisados y controlados.

### **6) UNIDADES GERIATRICAS DE CONVALESCENCIA**

- . Destinada a restablecer funciones, actividades o secuelas alteradas como resultado de diferentes procesos previos (médicos, quirúrgicos o traumatológicos).

### **7) SERVICIOS SOCIOSANITARIOS DE ASISTENCIA Y AYUDA A DOMICILIO**

- . Atención domiciliaria integral por equipos interdisciplinarios.

### **8) UNIDAD GERIATRICA BASICA INTERDISCIPLINARIA**

- a) Unidad interdisciplinaria en la atención específica para los pacientes geriátricos y de apoyo a la atención primaria del área geográfica (vinculación interactiva con el sistema prestacional de salud),
- b) Valoración geriátrica integral y orientación asistencial de los pacientes,
- c) Asesoramiento, seguimiento y supervisión del proceso de atención,
- d) Ejecución de protocolos sociosanitarios,
- e) Coordinación asistencial dentro y fuera de los centros asistenciales,
- f) Capacitación de recursos humanos vinculados a la atención de mayores.

Pese al paradigma (o el estereotipo) establecido de que los pacientes geriátricos son por excelencia pacientes crónicos; que no se curan espontáneamente; que tienen pluripatología que suele ser irreversible; que presentan complicaciones; esto NO es así:

cada día son más numerosos los procesos y afecciones en personas mayores que son curables sino en términos clínicos o absolutos, sí a los efectos prácticos o funcionales.

**La implantación y potenciación de actitudes terapéuticas moderadas pero activas; la rehabilitación temprana, sistemática, metódica y prolongada; la terapéutica ocupacional; los cuidados dietéticos; los cuidados complementarios: (bucal, visual, auditivo, podológico, funcional); la psicoterapia sistematizada; favorecen al mayor sin lugar a dudas.**

EL LOGRO DEL OBJETIVO CENTRAL, SE BASA EN GARANTIZAR UNA RED ARTICULADA E INTERACTIVA DE SERVICIOS, AL MISMO TIEMPO SE DEBE:

. DESARROLLAR UN SISTEMA DE INDICADORES QUE PERMITA MONITORIZAR LA EVOLUCION DEL ESTADO DE SALUD Y LA UTILIZACION DE SERVICIOS A NIVEL LOCAL,

. REORGANIZAR LOS SERVICIOS SANITARIOS EN LO QUE SE REFIERE A LO ASISTENCIAL Y ESPECIALMENTE A LO PREVENTIVO,

. ESTABLECER, SIMULTANEAMENTE, UN SISTEMA INTERACTIVO DE CUIDADOS ESPECIALES Y DE LARGA DURACION PARA LOS INCAPACITADOS FUNCIONALES,

. ESTABLECER, DESDE EL PUNTO DE VISTA ORGANIZACIONAL, UN SISTEMA DE RED INSTITUCIONAL Y COMUNITARIA,

. DESARROLLAR CRITERIOS DE ADMISIBILIDAD,

. DESARROLLAR AUDITORIAS DE PROCESO,

. DEFINIR PRESTACIONES Y RESPONSABILIDADES EN LO MEDICO Y SOCIAL Y NIVELES DE ACCIÓN DE GESTORIA Y CONTRALOR DE GESTION, CONTRALOR DE CALIDAD.

## **EJES INSTRUMENTALES PARA LA APLICACIÓN DE UNA PROPUESTA DE ACTUACIÓN**

**SE HA INTENTADO, DESCRIBIR NO SÓLO LA REALIDAD LOCAL Y EL  
ÁMBITO FORZOSAMENTE ACOTADO DE ESTA MISMA REALIDAD ,  
SINO TAMBIÉN ESTABLECER LA PROYECCIÓN DE LA  
PROBLEMÁTICA A CORTO Y MEDIANO PLAZO.**

1. DEBE CREARSE UN MODELO PRESTACIONAL SOCIO SANITARIO INTEGRAL ADAPTADO A LAS NECESIDADES REALES DE LOS ADULTOS MAYORES.
2. EL EJE FUNDAMENTAL DEL SISTEMA PRESTACIONAL PASA, COMO PUERTA DE ENTRADA Y COMO SISTEMA DE DISPENSACIÓN DE SERVICIOS, CONTENCIÓN, REHABILITACIÓN Y DINAMIZACIÓN SOCIAL POR LA “ATENCIÓN SOCIO SANITARIA PRIMARIA”.
3. EL “SISTEMA PRESTACIONAL” DEBE EJECUTAR SUS ACCIONES A NIVEL LOCAL Y COMUNITARIO CON RECURSOS HUMANOS PROFESIONALIZADOS INTERDISCIPLINARIOS EN SISTEMAS INTEGRALES LOCALES SOCIO SANITARIOS.



4. EL LUGAR DE APLICACIÓN, EJECUCIÓN, CONTRALOR Y MONITOREO, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SANITARIA Y SOCIAL ES EL CENTRO DE JUBILADOS.
5. LOS “SILOS” GERONTOLÓGICOS DEBEN ARTICULARSE FUNCIONALMENTE ENTRE SÍ Y TRABAJAR EN RED SOCIOSANITARIA CON OFERTA MULTIDIMENSIONAL DE SERVICIOS EN TIEMPO REAL, OPORTUNA, PERMANENTE Y CON BAJO COSTO.
6. LOS PROFESIONALES, TÉCNICOS Y EMPLEADOS DEBEN TRABAJAR EN LOS SILOS Y EN CONTACTO CON LA COMUNIDAD LOCAL A TIEMPO COMPLETO O CON HORARIO EXTENDIDO.
7. LA PROBLEMÁTICA SOCIOSANITARIA Y LOS SERVICIOS SOCIOSANITARIOS INTEGRALES DEBEN CONTENER Y RESOLVER NO MENOS DEL 86% DE LA DEMANDA ESPONTÁNEA, DEBIENDO DETECTAR LA DEMANDA OCULTA.
8. LA RED SOCIAL DEBE SER EXTENSIVA, CONSTRUÍDA PARTICIPATIVAMENTE Y UTILIZADA AL MAXIMO. LOS SERVICIOS, LA ASISTENCIA, LOS SOPORTES, LOS AUXILIOS, LAS AYUDAS NO LLEGAN DEBIDO AL MAL MODELO QUE, ADEMÁS, ES COSTOSO, EXCESIVAMENTE TORTUOSO Y TRABADO POR UNA SOBREABUNDADA INTERVENCIÓN DE FUNCIONARIOS Y EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS CON BAJA CAPACIDAD DECISORIA.

**EL PERFIL PARA UN NUEVO MODELO IMPLICA UNA REINGENIERÍA TOTAL DEL SISTEMA EN TODOS SUS ASPECTOS, UNA VOLUNTAD POLÍTICA PARA LLEVARLO A CABO Y LA CREACIÓN DE UN AMPLIO CONSENSO ENTRE LOS PROFESIONALES, TECNICOS Y**

**TRABAJADORES DE LAS AREAS E INSTITUCIONES GERIÁTRICO-  
GERONTOLOGICAS CON LOS PROPIOS ADULTOS MAYORES.**

# **EMERGENCIA SANITARIA Y SOCIAL NACIONAL**

## **REFLEXIONES Y CONSIDERACIONES TECNOPOLÍTICAS**

El estado de emergencia sanitaria y social en la Argentina no es nueva. Merced a la crisis global de los últimos años, los poderes públicos han tenido que reconocerla y admitirla como tal y aceptar que estamos inmersos en una profunda crisis económico-financiera con intolerables niveles de pobreza.

Se dice, que la crisis afecta al “mercado de la salud”, sin tener en cuenta que para la mayoría de nuestro pueblo, la salud y los servicios sanitarios y sociales no son un bien de mercado, en todo caso, son bienes sociales y derechos de todos los ciudadanos sin excepción y distinción alguna.

Las emergencias públicas declaradas y decretadas en materia social, económica, administrativa, financiera y cambiaria son fenómenos determinados por las responsabilidades que les cabe a los representantes y decisores políticos y no al pueblo en su conjunto.

El Sistema Nacional de Obras Sociales cubre, aproximadamente, a 11 millones de personas y, hasta ahora, no hay un “reconocimiento” de la presencia de los adultos mayores que supera el 14% de la población general en Argentina y de los cuales alrededor de sólo el 50% tienen cobertura sanitaria y social.

Las instituciones y la gente, son protagonistas de una grave crisis económica, financiera e institucional próxima al quebranto financiero y al colapso definitivo. Estas mismas instituciones, hace mucho tiempo, se apartaron de los criterios y aspectos principistas y de los valores inherentes a los sistemas tales como la accesibilidad, la universalización, la equidad, la justicia social y la eficaz, efectiva y eficiente administración y dispensación de los servicios a los que están obligadas con asignación racional de los recursos disponibles.

La población de adultos mayores goza de una especial vulnerabilidad; están altamente envejecidos, con magras asignaciones salariales previsionales, con enfermedades

múltiples y acumuladas, con deterioro creciente de sus capacidades funcionales, con aislamiento, soledad, falta de contención sociofamiliar creciente, con exclusión social y aún con victimización.

No hay, aún hoy, una clara definición de las prestaciones esenciales necesarias para dotar de sentido a la prestación de servicios integrales, aún esenciales, que siguen estando acotados y reducidos a mínimos necesarios aún en los casos de los adultos mayores cubiertos por sistemas sociosanitarios institucionalizados.

Se negocian, renegocian y se contratan prestaciones y prestadores sin un marco de un modelo prestacional sociosanitario acorde con la realidad que hay que atender, viable, sustentable y con programas técnicamente validables.

En casi todo los intentos de reforma, aún en las crisis, se habla de acceso y no de accesibilidad, dándole más importancia a la oferta que al número y características de la demanda.

Se pone el acento, aceptablemente, sobre criterios de excesiva biomedicalización con suministro exagerado de medicamentos e insumos dando por supuesto que los diagnósticos de las patologías sanitarias y sociales son de alta cualificación y altamente confiables. La oferta y disposición de servicios sanitarios y sociales, que son verdaderamente terapéuticos en la adultez mayor, son parcialmente excluidos , acotados y subrogados a los presupuestos de medicamentos.

Debería establecerse la conformación de Comités Regionales del Sector Salud y Social, con activa participación y capacidad de decisión, articulándose con el Ministerio de Salud ,el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y los decisores políticos sanitarios y sociales de las provincias con la adecuada representación de los usuarios.

Ninguna institución , por sí misma, debería arrogarse la potestad de formular y decidir políticas sanitarias y sociales para la población mayor sin la intervención de los usuarios en articulación con entes especializados, no burocráticos, horizontales, de trabajo a tiempo completo formado por los mejores profesionales y técnicos que, seguramente, tiene nuestro país en las áreas de geriatría y gerontología.

Ya mismo, conviene implantar la atención primaria de la salud sociosanitaria gerontológica, adaptada a las realidades de las regiones y de cada una de las provincias argentinas.

Ya mismo, debe implantarse una política y la consecuente dispensación de medicamentos por monodrogas que, realmente, proporcionen beneficios terapéuticos demostrables a través de un Vademécum Geriátrico para ambulatorios, internados o institucionalizados.

El Programa Médico Obligatorio (PMO), medida plausible, define un menú de prestaciones básicas esenciales desagregadas y que no se corresponden con el perfil polipatológico biomédico de los envejecientes.

La utilización del PMO, no debería basarse en la preservación de la vida a ultranza, sobre todo a edades avanzadas, sino en los criterios de calidad de vida, instituyendo límites bioéticos para prestaciones médicas innecesarias y de resultados inciertos o nulos.

Deberíase, además, controlar y limitar el desmadre en materia de utilización irracional de tecnología médica, medicamentos y cualquier género de innovaciones terapéuticas que no tengan repercusión clínica demostrable.

Las contrataciones de prestadores sociosanitarios deberían establecerse por perfiles propios de cada realidad regional sobre la base de un modelo prestacional sanitario-social con oferta de servicios en el seno mismo de la comunidad local y con la máxima proximidad geográfica y posibilidades de accesibilidad para los demandantes espontáneos y ocultos.

No hay, en un país altamente envejecido como la Argentina, una agenda tecnopolítica sociosanitaria para la atención y contención integral de los mayores. Falta, además del reconocimiento explícito constitucional, ya existente, de los derechos de los adultos mayores un Plan Gerontológico Nacional que articule las instituciones, organizaciones y racionalice la diversidad y la pluralidad de los elevados presupuestos existentes.

La igualdad de oportunidades, la competitividad y hasta el marco desregulado de los oferentes de servicios deben estar condicionados y regulados por la realidad sociosanitaria a atender y al modelo prestacional que oportunamente se establezca.

La negociación en el ámbito contractual, no debería basarse en la puja de intereses o de la conculcación por exclusión de los derechos de los usuarios.

A futuro próximo, las instituciones u organizaciones públicas o privadas que se interesen y ocupen de la atención integral sociosanitaria de los adultos mayores de la Argentina deberán contar con una carrera profesional, técnica y administrativa, con estructura orgánica y funcional, con cuadro de cargos, con un régimen abierto de acceso, competitivo para el ingreso, permanencia y ascensos y que, en todo caso, cuenten con una masa crítica de profesionales y técnicos con incumbencia e idoneidad demostrable en el campo geriátrico y gerontológico.

Los reiterados intentos de reconversión institucional deben hacerse con desburocratización, descentralización administrativa, financiera y operativa.

Las instituciones deberían recuperarse sin protagonismos y liderazgos aislacionistas, sino a través de un fuerte impulso y decisión de asociacionismo y articulación con todo tipo de organizaciones de la sociedad civil.

Las instituciones y las organizaciones deberían, en todo caso, acercarse a la gente y a los usuarios y apartarse de los aspectos coyunturales y circunstanciales de las relaciones con el poder político de turno.

Las propuestas de actuación y su validación a través de estudios científicos y técnicos, deberían generarse en acuerdos sanitarios y sociales de todo el país con la Nación, sobre la base de un modelo compartido y flexible, adaptado a las realidades locales.

Los gobiernos, no deberían ser parte de las instituciones u organizaciones destinadas a la atención sociosanitaria de los adultos mayores pero deben ejercer el marco regulatorio y político sociosanitario; la responsabilidad del Estado, aún en la democracia más evolucionada, es indelegable. Esto no significa co-gobernar sino, simplemente, articular propuestas, acciones y definir responsabilidades.

Los programas y subprogramas sanitarios y sociales destinados a los adultos mayores deberían surgir de la manifestación organizada de las necesidades de los propios adultos mayores. Lo que los adultos mayores necesitan, ya mismo, son servicios integrales de alta calidad disponibles y accesibles.

Los programas en nuestro país, tiene la tendencia a “independizarse”, aislarse del contexto, perder la visión abarcativa de la propuesta original, aislar las herramientas

para la acción aumentando desmesuradamente sus presupuestos para el financiamiento y la dotación de sus recursos humanos, adquieren poder cuasi autónomo, encarecen los gastos operativos, justifican el clientelismo, incentivan la dependencia y se autoexcluyen de las políticas sociosanitarias integrales.

La meta deseable, es contar con pocos programas sociosanitarios bien y escuetamente normatizados, que se utilicen en forma flexible e integrada de acuerdo con las necesidades reales y cambiantes de los adultos mayores y con adecuado seguimiento y validación a partir de la construcción de baremos e indicadores confiables.

# **COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA**

## **EJE DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN GERIATRÍA**

El término *sociosanitario* es relativamente novedoso en la protección social. Sólo en los años ´90 empezaron, en forma dispersa, propuestas de coordinación de lo sanitario y lo social.

**CUANDO UNA PERSONA, SIMULTÁNEAMENTE, PRESENTA NECESIDADES DE TIPO SANITARIO Y SOCIALES, PRECISA LA INTERVENCIÓN CONJUNTA DE AMBOS SISTEMAS DE UNA MANERA COORDINADA E INTEGRAL.**

**Para ello, las prestaciones deben ser dispensadas por centros sociosanitarios los que deben disponerse en redes.**

La evaluación de un adulto mayor en el caso que sea paciente geriátrico, debe permitir medir “objetivamente” su potencial rehabilitable para ubicarle en un determinado escalón.

La evaluación comienza de entrada, en la entrevista personal, y ésta debe basarse en la observación y medición de capacidades y necesidades y , siempre, realizarse en el entorno habitual de la persona.

El diagnóstico es multidimensional y dinámico, va dirigido a cuantificar los problemas y las capacidades residuales y potenciales del adulto mayor en las áreas médica, funcional, psíquica y social que permitan diseñar un plan integral de tratamiento y seguimiento a largo plazo, utilizando el recurso más idóneo en todo y en cada momento.



Una vez conocidos los problemas y las necesidades podremos definir las acciones y los profesionales y técnicos que son necesarios, así como el tiempo que se necesita para aplicar las acciones y decidir cómo y quién financia.

Al mismo tiempo, al describir y valorar objetivamente el grado de deterioro o dependencia, estamos valorando las necesidades de cuidado que este adulto mayor tiene e, indirectamente, diseñar los métodos para valorar la calidad de los cuidados prestados.

Los instrumentos de valoración tienen que ser comunes y uniformes para todos los niveles de atención y, a través de ellos, lograr que la atención y los cuidados tengan continuidad y calidad a través del tiempo, de los lugares y de las disciplinas profesionales involucradas.

Debe construirse, en todo caso, un conjunto mínimo de datos confiables que contengan la información básica de todos los aspectos sociosanitarios relevantes y de las capacidades funcionales; esta información debe ser útil a todos los profesionales y a las instituciones.

Un hospital, una clínica, un sanatorio son, de todas las estructuras del espectro sociosanitario, el medio más hostil para el paciente geriátrico.

**CUALQUIER INTERVENCIÓN GERIÁTRICA QUE SE REALICE DE FORMA AISLADA EN EL ÁMBITO SANITARIO, SI NO SE ACOMPAÑA DE PROGRAMAS DE ATENCIÓN CONTINUADA, ESTÁ LLAMADA AL FRACASO.**

Deben coordinarse el nivel hospitalario con la atención primaria y la atención sociosanitaria. La atención geriátrica siempre es continuada y progresiva.

Cuando se estima la enfermedad de un adulto mayor, no sólo se valora la enfermedad actual sino también el estado funcional, las enfermedades que pueden resultar en curación o fallecimiento, las enfermedades físicas nuevas que sean potencialmente incapacitantes, los episodios de empeoramiento de una incapacidad ya presente y los episodios que se deben a una incapacidad crónica pero no a su empeoramiento.

La valoración integral es la que debe imponerse; se deben detectar los problemas reales o potenciales del adulto mayor, sobre todo, si es usuario de prestaciones institucionales. Los que deben intervenir en estas apreciaciones son los equipos profesionales y técnicos multidisciplinarios.

Una vez sobrepasada la contingencia o la fase aguda de la enfermedad, se requieren – siempre- rehabilitación y cuidados integrales y vigilancia médica. El objetivo de todas las acciones es restablecer las funciones alteradas para de este modo favorecer la integración de la persona mayor en su domicilio habitual.

ES IMPORTANTE Y DECISIVO QUE LAS DIFERENTES REDES ASISTENCIALES, BIEN SEAN SOCIOSANITARIAS CON PRIORIDAD SANITARIA O SOCIOSANITARIAS CON PRIORIDAD SOCIOASISTENCIAL CONSTRUYAN SU MODELO ASISTENCIAL DESDE EL CONCEPTO DE “CALIDAD DE VIDA” SUPERANDO VISIONES ESTRICTAMENTE SANITARIAS O ASISTENCIALES.

El objetivo principal debe ser DAR RESPUESTA a las necesidades, demandas y calidad de los servicios destinados a los usuarios mayores. Para ello, hay que “interrelacionar” los programas y adaptarlos al contexto, implicar a todo el recurso humano institucional, a las familias y a la comunidad. Cualquier propuesta de actuación para los mayores debe abarcar simultáneamente áreas diferentes integradas: salud, relaciones sociales, organización, ambientes, comunidad, ocio.

# **PRESTACIONES GERIÁTRICAS**

## **EMERGENCIA SANITARIA Y SOCIAL**

Hasta ahora, en Salta, hemos obtenido:

1. La Ley 7006/98 y su Decreto Reglamentario 3306/99, por los que se instaura en el seno del Estado de la Provincia de Salta el CONSEJO PROVINCIAL DE LOS MAYORES (dependiente de la Secretaría de Gobierno de Desarrollo Social), -una masa crítica de sus representantes son afiliados al I.N.S.S.J.P.-,

2. La CARRERA DE TÉCNICO SUPERIOR EN GERONTOLOGÍA SOCIAL (dependiente del Ministerio de Educación de la Provincia de Salta; carrera no universitaria, terciaria y de tres años de duración).

Ambas propuestas se originaron localmente, entendiendo que era necesario: a) crear y capacitar una masa crítica de recursos humanos destinados a actuar biopsicosocialmente con los adultos mayores en terreno y en las instituciones que prestan servicios sociosanitarios directa o indirectamente con alta cualificación en el plano operativo, administrador y del gerenciamiento; b) lograr un espacio de participación directa de los adultos mayores en la elaboración, contralor y “presión” crítica con soporte técnico hacia los decisores políticos.

Mientras tanto, el proceso de envejecimiento de la población de Salta en general ha ido en aumento, con su correlato de deterioro, minusvalía, dependencia y necesidades crecientes de atención y cuidados integrales y progresivos que los servicios – especialmente los de salud- no han podido o sabido prever y que, objetivamente, no

han demostrado iniciativa o capacidad operativa para cubrir las necesidades crecientes de nuestros demandantes acotando sus propuestas de actuación e intervención,

La evolución de la sociodemografía de nuestros mayores no ha sido adecuadamente observada y proyectada; no se han elaborado tablas de valoración e indicadores –caso por caso –; en salud o enfermedad, incluyendo datos sociales y socioeconómicos individuales y del núcleo familiar, recursos de la comunidad local, etc., etc.. Se ha actuado, desde siempre, en forma compartimentalizada, sin enfoque de red sociosanitaria, en programas “cuasi autónomos” e inarticulados y, hasta ahora, no se ha señalado a la sociedad civil y a sus organizaciones la responsabilidad que les cabe en la atención y cuidado integral de los adultos mayores estableciendo nexos en “redes asociativas”. Se trabaja a demanda espontánea y no se “busca” ni “encuentra” la demanda oculta que es mucha y silenciosa hasta que la pobreza de la contención fracasa y desborda las posibilidades de las familias y las de las propias instituciones que, actualmente, en Provincias, no tienen respuestas concretas y operativas.

Las instituciones sociosanitarias no incluyen a la masa total de los mayores de Argentina. Las organizaciones brindan servicios acotados fundamentalmente de reparación de la enfermedad y sostienen, cada vez menos, las necesidades de los denominados NBI (que constituyen una masa de adultos mayores muy grande y pobre).

Las exigencias de las instituciones en materia de contrataciones y convenios con prestadores de servicios geriátricos, desde el punto de vista técnico, normativo y de auditoría son buenos y deseables desde la mirada institucional pero no se compadecen con la realidad de las provincias marginales como la de Salta y en consecuencia, hay una falta casi total de ofertas privadas que cumplan con los requisitos establecidos y, por otra parte, es sabido que se paga por el servicio muy por debajo de la media y tardíamente.

El Estado, no tiene agenda política con respecto a la problemática multidimensional de sus adultos mayores y, obviamente, no genera ofertas aceptables para proporcionar servicios adecuados.

Por otra parte, la demanda social y sanitaria de nuestros mayores consigue, a veces, obtener “beneficios” por su cercanía con las oficinas centrales de la seguridad y las obras sociales, por su capacidad de gestión, por sus relaciones sociales, por influencias políticas. Una minoría de los mayores se “apropian del financiamiento social, prestaciones médicas y otros tipos de soportes y auxilios (ej. el 95% de los subsidios económicos son consumidos por aquellos que se domicilian a pocas calles de las sedes institucionales; las prestaciones médicas son consumidas por un 12-15% del universo total de mayores; la obtención de los BCA dependen, en gran parte de la capacidad de gestión y de presión de los dirigentes de los Centros de Jubilados). Los que se “benefician” históricamente quedan cautivos –por propia decisión- de las organizaciones y se tornan dependientes, sobreviven por las instituciones, no resignan esos beneficios en mérito a las necesidades de los otros, se exaltan en los reclamos y la exigencias hacia las instituciones de la seguridad social porque vivencian tales beneficios como derechos adquiridos; las familias –en muchos casos- están deliberadamente “ausentes” y usufructúan indirectamente de tales situaciones (viejos y discapacitados se han transformado a lo largo de los años en fuentes de “rentabilidad” financiados por la seguridad social y algunas obras sociales). Los principios de universalización, equidad, justicia social y accesibilidad no se cumplen acabadamente.

La “reingeniería” de lo que aquí comentamos es difícil, lenta, conflictiva y entre otras cosas, obliga a tomar posición tecnopolítica sociosanitaria por parte de las instituciones y los actores sociales (no es poca cosa convencer a los prestadores, a la industria farmacéutica, a los fabricantes de insumos y materiales, a los transportistas, etc. y a los propios adultos mayores que no comprenden qué de bueno pueden obtener si apoyaran un nuevo modelo sociosanitario válido para su propia generación y las por venir (no hay, aún hoy, solidaridad generacional e intergeneracional).

Creemos, firmemente, que las prestaciones geriátricas integrales están en  
EMERGENCIA.

**INTERVENCION SOCIOSANITARIA  
EN PATOLOGIAS PREVALENTES  
EN ADULTOS MAYORES DE LA REGION DEL NOA  
PREVENCION PRIMARIA DE LA OSTEOPOROSIS,  
LA DESNUTRICION CRONICA Y LOS ACCIDENTES  
CEREBROVASCULARES**

**NECESIDAD DE RELEVAMIENTO  
SOCIOSANITARIO CON ENFOQUE DE RIESGO**

Se hace necesario contar con datos confiables de riesgo en la población de nuestros mayores a los fines de poder accionar racionalmente en términos de prevención primaria y secundaria lo que, obviamente, redundará en beneficio directo en la salud positiva de nuestra gente y en la disminución de acciones diagnósticas y terapéuticas que suelen ser tardías, inoportunas y con una relación costo-beneficio negativa para el mayor y para la inversión en salud de nuestro país.

Todavía, la mirada está siempre puesta en el paradigma médico que, por otra parte, no está explicitado y excluye lo social y lo psicológico; por ejemplo, la desnutrición crónica -a cualquier edad- es una enfermedad grave y terreno abonado para no poder defenderse de cualquier tipo de injuria; el tener un simple cosquilleo en una mano y una ceguera transitoria de un ojo del lado opuesto es una advertencia temible ante la posibilidad cierta de tener un accidente cerebrovascular y secuelas neurológicas graves; etc.

La detección de complicaciones severas implica, previamente, el aspecto inicial del proceso de atención de la salud que tiene que ver con la calidad nosológica y semiológica con que se logre tipificar la enfermedad y el análisis de numerosas variables intervinientes que pueden generar aún más complicaciones y deterioros.

Las prestaciones médicas se dispensan a demanda espontánea, caso por caso, por llegada individual al efector y nunca se racionalizaron a través del conocimiento epidemiológico, con enfoque de riesgo, con base de datos de incidencias y prevalencias, por programas, con vigilancia, seguimiento, monitoreo y valoración de resultados objetivos y mensurables y mucho menos con análisis de costos.

## **LOS PROGRAMAS SOCIALES**

### **ESPECIAL MENCION A LOS PROGRAMAS DE APOYO DE COMPLEMENTO ALIMENTARIO**

Nos parece que es imprescindible que los programas que no pueden universalizar el beneficio debido a la extensa demanda creciente o a razones de índole presupuestaria, aun así, se manejen con los aspectos principistas de la equidad social.

Por otra parte, los beneficiarios deberían comprometerse con esta realidad y desarrollar, simultáneamente, estrategias de autogestión y de cooperación mutua con enfoque de red social.

Los personas mayores, en su inmensa mayoría, no han podido internalizar que el “bolsón de complemento alimentario” ( BCA ) es un apoyo circunstancial y temporario y que las instituciones u organizaciones que los dispensan lo hacen a través de la mirada y las acciones de sus profesionales y técnicos que desarrollan una tarea por demás encomiable no sólo en términos de operación programática sino también desempeñan el rol autoimpuesto de contención psicosocial, de gestores entre la demanda y las instituciones y se deben, en todo caso, al cumplimiento de los objetivos, metas y contralor de gestión y de los aspectos administrativos contables, asegurando la llegada individualizada del beneficio y la lectura del impacto que se pretende producir con una mirada racional costo-beneficio de la acción social.

Pretendemos dejar explicitado con toda claridad, que la biomedicalización de las enfermedades prevalentes en adultos mayores no siempre solucionan los problemas, cuestan más, induce la introyección de un modelo fármacodependiente de la vejez,



aumenta la dependencia psicológica, agreden las pautas culturales de la gente de nuestra región y no satisfacen.

## **PREVENCION E INVERSION BIOPSIICOSOCIAL EN ADULTOS MAYORES**

La “inversión biopsicosocial” implica no sólo un repertorio de prestaciones médicas, programas de ayuda, asistencia, auxilio, cuidados y soportes sino que, previamente y a partir de mucha experiencia acumulada, debemos reformular los programas y las propuestas de actuación con nuevos diseños - aún los no convencionales - con enfoque de la realidad sociosanitaria local.

La realidad sanitaria muestra que el 85 % de los adultos mayores están sanos para su edad desde el punto de vista biológico ó biomédico y que son las carencias sociales y los problemas de adaptación los que prevalecen especialmente en provincias marginales como las nuestras a lo que se suman problemas nutricionales, medioambientales y de hábitat.

La promoción de la “salud biopsicosocial” es el eje de la cuestión y también el tratamiento de los trastornos inherentes al proceso del envejecimiento (trastornos biológicos prevalentes que deben ser contenidos y controlados para evitar enfermar).

El Primer Nivel de Atención de la Salud (vector e instrumento principal para la atención de la salud) al igual que los otros niveles de atención deberán estar subsumidos en los aspectos de la gestión y gerenciamiento social y extenderse por sistemas de redes a familiares, extrafamiliares, organizaciones comunitarias de todo tipo sumando asociativamente esfuerzos y responsabilidades compartidas con efectores sociosanitarios locales presentes, reconocidos y legitimados por la comunidad asignando recursos para su sostén y crecimiento.

El requerimiento de un mayor a un sistema, institución u organización sociosanitaria - explícito o implícito- es integral pero, muchas veces, la respuesta está desintegrada, es disarmónica y de baja capacidad resolutive, con bajo impacto y de alto costo relativo.

Hay que establecer una política de racionalización en materia de asignación de recursos a través de un aumento de la excelencia en el diagnóstico y el tratamiento social, el concepto de riesgo sociosanitario, el impacto esperable, la relación costo-beneficio sobre la base principista de la accesibilidad, la universalización y la equidad social.

A esta altura, no se puede ni se debe continuar atados a procedimientos y asignaciones estancos; hay que lograr cumplimentar los objetivos y las metas en un proceso y gestión transparente, funcionalmente dinámica, veloz y concreta y utilizar estrategias, tácticas y propuestas de actuación aún que no sean convencionales. Por suerte, una de las formas de no envejecer es tener la vida no resuelta, cerrada, acabada; las organizaciones también envejecen y es preciso darse cuenta de ello.

## **ANTEPROYECTO CHARQUI PARA REFORMULACION DEL CONTENIDO DE LOS BOLSONES DE COMPLEMENTO ALIMENTARIO**

Las personas de 60 años y más en razón de su edad poseen características fisiológicas vinculadas a su aparato digestivo (atrofia de la mucosa gástrica con disminución de factor intrínseco lo que trae aparejado estados de anemia crónica subclínica; desinterés por los aspectos culinarios; falta de incentivos y sensorialidad para la selección y elección de los alimentos; etc.),

Las personas mayores de la Provincia de Salta, en su gran mayoría, son criollos acostumbrados por educación y pauta cultural a alimentarse con preparaciones culinarias que no contemplan la más de las veces los aspectos nutricionales para una dieta armónica, completa y adecuada a su edad y necesidades biológicas,

Está demostrado sobradamente que las carencias de ciertos nutrientes provocan severos deterioros orgánicos especialmente en el área neuropsíquica (confusión mental y deterioro cognitivo por anemia, deshidratación subclínica, hipotiroidismo subclínico -en nuestro medio cuasi endémico-, hipotrofia del tejido muscular, osteoporosis, etc.).

La Atención Primaria de la Salud en el campo de la gerontología y la geriatría NO contempla aún hoy la detección, la vigilancia y el seguimiento de la problemática indicada,

Las prestaciones médicas NO son, hasta ahora, un recurso eficiente y eficaz para la solución de los problemas de salud derivados de las carencias nutricionales,

Hay una excesiva medicalización de los pocos casos detectados y, por otra parte, cuando los diagnósticos se realizan son tardíos y las lesiones estructurales son profundas e inmodificables y la refuncionalización se hace imposible.

## **PROPUESTA DE ACTUACION**

1. Reemplazar la leche que hasta hoy es dispensada por medio de los BCA por leche enriquecida con hierro, vitaminas y minerales,
2. Suministrar sal yodada con la recomendación de utilizarla en las preparaciones culinarias y el sazonamiento de las comidas,
3. Agregar al contenido del BCA actual una cantidad calculada sobre la base del aporte proteico para el grupo etario de “charqui”.

El “charqui” -está demostrado científicamente y está implantado en la mayoría de los programas de complemento alimentario de América Latina por la FAO- tiene más valor proteico y mineral que la carne fresca; se adapta, al no necesitar tecnología de conservación, a la realidad socioeconómica de nuestros ancianos y responde a las pautas culturales en términos de alimentación permitiendo agregar un suplemento de alto valor proteico.

Nuestra región no se caracteriza precisamente por la calidad de las carnes para el consumo y comercialización. Estas características, en apariencia desfavorables, para este proyecto son positivas ya que permitiría incentivar la producción local del charqui para el consumo masivo de nuestras personas mayores bajo condiciones de producción, elaboración y distribución con adecuada tecnología de alimentos y sus contralores bromatológicos.

## **ANTEPROYECTO CALCIO**

### **PAN CÁLCICO EN LA DIETA HABITUAL**

No escapa al conocimiento popular que la osteoporosis es una circunstancia biológica normal a partir de cierta edad. Esta entidad es solapada y, lentamente, el sistema óseo va perdiendo el calcio de su estructura cuyas consecuencias habituales son las fracturas óseas a partir de pequeños e irrelevantes impactos producidos en la vida diaria y en el propio hogar de los ancianos.

No se ha estimulado en los adultos mayores la incorporación de este concepto y mucho menos se los ha habilitado a instrumentar medidas preventivas tales como:

1. Consumir por lo menos 3 (tres) vasos de leche enriquecida por día,
2. Consumir no menos de 50 gr. de queso fresco al día,
3. Realizar en forma programada y asistida gimnasia para la tercera edad o por lo menos caminar 20-30 calles al día en una o dos sesiones.

Lo que sí se ha hecho, es incentivar el consumo de fármacos de alto costo y en forma prolongada tales como calcio a altas dosis, calcitonina y en mujeres postmenopáusicas de edad avanzada de “parches” estrogénicos a largo plazo (todavía no se han procesado los datos acerca de, entre otras cosas, la aparición de carcinomas de endometrio, la nefrocalcinosis y la insuficiencia renal concomitante, etc.).

En Salta, existen panificadoras que elaboran bollitos, pan alemán y pan dulce con carbonato de calcio de alta calidad y de acuerdo con lo normatizado por la Farmacopea Nacional Argentina con un contenido por unidad de producto entre 1077,00 mg hasta 1185,08 mg de calcio por 100 gr..

El costo comparativo entre la utilización en la dieta diaria de pan cálcico cuya dosis máxima recomendable es hasta 6 (seis) unidades diarias no supera los 10,00 pesos por persona y por mes; sólo el consumo de calcio y calcitonina supone (+/-) una erogación de 700,00 (setecientos) pesos por persona y por mes (postdevaluación y pesificación del dollar).

La aceptación y la preferencia son del 100 % para los panecillos dulces y 96 % para los salados. Los niveles sanguíneos de calcio se normalizan en pocas semanas. Los panes

fortificados con calcio pueden reemplazar a las pastillas de calcio aún en adultos mayores con insuficiencia renal crónica hemodializados. El consumo de pan cálcico no produce variación en los valores de fósforo sanguíneo.

**ACCIDENTES CEREBROVASCULARES**  
**EN EL GRUPO ETARIO DE 60 AÑOS Y MAS**  
**ALARMA EPIDEMIOLOGICA**  
**PROGRAMA PREVENTIVO A PARTIR DE LA**  
**ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD**

Los accidentes cerebrovasculares en el colectivo de adultos mayores tiene una alta tasa de incidencia y prevalencia. La etiología más frecuente es la isquemia cerebral de causa extracraneana. La falta de detección temprana de síntomas y signos premonitorios y la subestimación del examen clínico general y neurológico ocasionan cuadros graves de injuria cerebral con su correlato de secuelas e invalidez grave.

En nuestra experiencia y a través de relevamientos sanitarios realizados en Salta esta patología instalada con daño neurológico y en una mirada retrospectiva, la patología “atendida” presenta una indefinición diagnóstica y etiológica porcentualmente muy elevada.

Estas apreciaciones tienen numerosas y trascendentes lecturas que abarcan lo médico, lo social y lo financiero.

El recurso inteligente, rápido y económico para contener esta realidad sanitaria es a través de una forzada y adecuada pedagogía médica en el primer nivel de atención, la detección temprana de los pacientes presintomáticos y a los sintomáticos transitorios ANTES, MUCHO ANTES, que se produzca la injuria cerebral invalidante.

**Las estrategias de prevención para estos casos, no pasa sólo por el relevamiento de los factores de riesgo, sino por una indicación insoslayable por parte de las organizaciones financiadoras de la presencia activa de los médicos en la practica de exámenes clínicos exhaustivos y su respectivo contralor. El interrogatorio y la escucha inteligente y paciente suele ser, en el caso de los adultos mayores, el mejor método de investigación clínica seguido de un artesanal examen físico.**

La eficacia médica no es soslayable e intercambiable , por otra parte, cuando se tiene la responsabilidad de gerenciar fondos públicos o sociales que deben ser, en todo caso, oportuna y seriamente asignados no podemos permitirnos que aumenten los guarismos de discapacitados evitables que deterioran al ser individual, a su familia y al espacio social en el que le toca vivir.

## **REFLEXIONES ACERCA DE REFORMAS PREVISIONALES JUBILACIONES Y RETIROS COMPULSIVOS Y VARIAS CUESTIONES MÁS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA REPÚBLICA ARGENTINA VINCULADAS A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES**

Todos estaremos plenamente de acuerdo con la intención de cualquier proyecto que se construya destinado a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores de la Argentina y que contenga principios de equidad, justicia social, accesibilidad, universalización y calidad prestacional de los servicios sociosanitarios que se brinden y, más aún, afirmamos que toda Ley o Decreto Nacional que contemple estos aspectos debe ser, necesariamente, uniforme para todo el país y para todas las personas sin someter a los ciudadanos a perjuicios difícilmente enmendables.

Los adultos mayores no deberían, sin participar activa y organizadamente, compartir la idea y mucho menos su consolidación legislativa de las variables y propuestas de actuación que en materia previsional o de la oferta de servicios sociales y sanitarios se les intente imponer sin previa consulta. Entre otras, hay varias razones ejemplificadoras:

- No se puede ni se debe, por la necesidad de acotar el financiamiento social, conculcar los derechos de los mayores taxativamente enunciados en la Constitución Nacional y Provincial,
- La desvinculación jurisdiccional, administrativa o de otra índole de los regímenes previsionales no pueden violentar los derechos adquiridos de las personas,

- No es admisible que se recurran a maniobras políticas y económicas encubiertas de legitimidad legal para lesionar los intereses reales de los mayores cuya defensa tiene que ver con la proyección en el tiempo de su dignidad y calidad de vida,
- Las personas mayores deben acercarse lo más posible a la edad real de su jubilación,
- Cuando hoy se habla de “jubilación anticipada” ó “prejubilación” se encubre el despido de grandes masas de trabajadores y empleados en la edad previa a la jubilación y ello, no se hace por razones sociosanitarias ó por “beneficiar” a las personas, sino por razones de índole económica,
- La jubilación anticipada al igual que ciertos tipos de retiros, difieren en un plazo más o menos largo y con amortizaciones parciales obladadas en el tiempo que transcurre entre el momento de la extinción laboral y la jubilación,
- Las jubilaciones anticipadas son un instrumento eficaz para ayudar a empresas en crisis y a los propios estados,
- La jubilación anticipada es una condena y una victimización indirecta de trabajadores y empleados encerrada en una concepción antigerontológica,
- Nadie reconoce la utilidad de los trabajadores mayores cuyo papel funcional, muchas veces, es superior al de los jóvenes y no se les ofrecen nuevas oportunidades adaptativas a las tecnologías cambiantes y a las circunstancias de producción,
- Es mejor utilizar el dinero público para alentar la formación y el reciclaje técnico en el Estado y en las Empresas en lugar de utilizarlo en ayudas individuales o para impulsar la regulación económica que nada tiene que ver con el desarrollo humano en el campo social,
- El mercado de trabajo debe ser para todos y no sólo para los jóvenes,
- El Estado y las empresas no deberían emprender el camino del abuso en las jubilaciones anticipadas y en los “retiros voluntarios”,
- **Por su salud biopsicosocial, los mayores deberían trabajar, si así lo desean y para ello se pueden otorgar vía bonificaciones empresariales y/o estatales el estímulo necesario para que ello suceda,**
- La jubilación anticipada genera problemas específicos y graves en lo social y psicológico individual que están a caballo entre la situación del jubilado y el desempleado,



- En un país como el nuestro, en que las jubilaciones no están acordadas, son compulsivas, no tienen tratamiento preparatorio psicosocial y no responden mayoritariamente a las necesidades dinerarias y adquisitivas reales de los mayores, el jubilado no tiene futuro ya que arranca en este status con un porcentaje muy por debajo de lo que le corresponde en justicia y con desajustes adaptativos a la nueva realidad,
- La Seguridad Social, desea y necesita ahorrarse un porcentaje elevado del costo total con las jubilaciones anticipadas (para los países que subsidian el desempleo el costo de un prejubilado y de un desempleado es el mismo); por eso interesa jubilar anticipadamente y mantener a una enorme masa de personas en una actitud resignada y no conflictiva -el mal menor es la jubilación anticipada versus el desempleo a cierta edad-,
- Nadie está dispuesto a contemplar los efectos nocivos para la persona, su familia y la sociedad de las jubilaciones anticipadas,
- Las jubilaciones anticipadas suponen un empobrecimiento real de los trabajadores,
- Las empresas prefieren sacarse de encima a los trabajadores mayores, que son más costosos porque tienen más tiempo de relación laboral.

En conclusión, sería deseable proteger los derechos de las personas mayores y no convalidar, sin un análisis previo participativo y a través de una crítica constructiva, todo lo que se oponga a criterios biológicos, sociales, psicológicos, económicos, políticos y culturales que se aparten de nuestra realidad gerontológica social para hoy y a futuro para las próximas generaciones.

## LA CURACION DE LOS VIEJOS

Los médicos saben que las enfermedades humanas tienen muchas causas y que el cuerpo sólo puede expresar la enfermedad con un repertorio limitado de signos y síntomas. El tratamiento, que sólo se basa en los síntomas, puede ser inconveniente y hasta dañino; lo primero que debemos saber es qué causa produce la enfermedad y ésta debe ser atacada con el tratamiento.

Una buena atención médica significa entender por qué está enferma una persona y, si es posible, curarla, teniendo en cuenta que nos enfermamos por diferentes razones, entre otras, por predisposiciones biológicas, por que no nos cuidamos bien, para utilizarlas defensivamente para alcanzar diferentes propósitos, para obtener un beneficio secundario como atención y cariño.

Es mejor no precipitarse a sacar conclusiones prematuras ante la expresión quejosa de una persona mayor; la atenta escucha nos dará, simplemente, una hipótesis de trabajo que luego la exploración confirmará o no. Aferrarse a un pensamiento especulativo, por más atractivo que sea, no constituye un buen camino; los viejos, como todas las personas, son individuos únicos e irrepetibles, sus historias son únicas, no se parecen a otros, son diversos en su biología y en su vida interior; se enferman como pueden o como quieren, por eso, aunque las generalizaciones y comparaciones son seductoras es mejor renunciar a ellas y ocuparse de lo específico y peculiar de cada uno; son legión los pacientes que se conducen de una manera que no entendemos.

Muchas personas mayores toman toda clase de medicamentos pero, sin embargo, siguen desmejorando. El proceso de envejecimiento tiene sus problemas propios, hay decadencia funcional, puede haber pérdida de las facultades mentales, miedos de todo tipo, situaciones abandonicas de propios y ajenos, pérdida del placer, indefensión socioeconómica...

El intento de curar a ultranza es, a veces, falta de realismo y contribuye a incentivar las hospitalizaciones y someter a los mayores a carísimas pruebas y “tratamientos”; la reminiscencia de los propios fracasos en la historia personal de los mayores sin contención psicoafectiva a edades avanzadas, es más que suficiente para provocar depresión, angustia, miedo y hasta pánico.

La sensación de que uno se ha equivocado, es inútil, que nada puede ya cambiar, la culpa, la aparente falta de sentido del tiempo vivido puede tornar la vida insoportable en una mezcla de desesperanza y desesperación; en estos casos, el infierno psicológico debe ser intervenido y tratado y ayudar al adulto mayor a creer y esperar, a recrear su confianza y a convencerle que “vale la pena” si se camina por el lado positivo de la vida.

Lo que se pueda hacer por las personas dependerá de la forma en que se diagnostique su estado y el grado de importancia que tengan las variables biológica, psicológica y social. A cualquier cosa se le puede dar cualquier nombre tanto que podemos llegar a decir que nuestro perro salchicha es un gran danés, y él no se opondrá; pero no por eso es un gran danés. Estandarizar el diagnóstico muchas veces aparta el tratamiento del individuo concreto que se está tratando y la biomedicalización no alcanza, aún hoy, para mitigar o curar la preocupación de los viejos por el fin, la pérdida de contacto con los que aman, la angustia de la separación precursora de la angustia ante la muerte. Hay que ayudar para que el mayor sienta que deja a sus espaldas algo de sí mismo, que alguien como él continuará la tarea, que la relación positiva con los hijos y la personas -sobre todo con los jóvenes- es buena y conveniente; hay que interesarse por él y admirar sus aciertos y sus realizaciones, asegurar la importancia de su pasado y lo importante que es él en el presente; todo esto permite capear cualquier temporal emocional sabiendo que, con raras excepciones, construir una nueva vida con la esperanza puesta en el futuro no tiene sentido ni utilidad. A cierta edad no trata la persona de reconstruir la casa donde vive; a los 60 y más ya la tiene construída y puede llegar a sentirse muy cómodo viviendo en ella; los años que quedan pueden ser muy interesantes y gratificantes y se puede aprender a vivir de maneras más satisfactorias a pesar de la vejez, los achaques, la enfermedad y el sufrimiento manteniendo la excelencia de los rendimientos.

No se trata de liberar al mayor del síntoma sin tener en cuenta lo que lo provocó; el síntoma puede estar cumpliendo importantes funciones que la persona comunica por mediación de éste; respetar un síntoma significa tratar muy seriamente de entender sus causas y su importancia en la estructura total de la persona. El tratamiento no debería influir sobre los aspectos externos de la vida y, esencialmente, no presionar sobre la toma de decisiones del paciente mayor; si así no fuera, una actitud de este tipo va en detrimento de éste, debilita y ocasiona dependencia hacia el tratamiento y hacia la persona que lo administra; la manipulación debilita el yo.

Con los ancianos, como con los niños, hay que jugarse mucho más y en función de las condiciones que le den ventaja para consolidar la calidad de vida, la autoestima y la dignidad.

Conviene, siempre, aleccionar a la persona mayor para que separe y entienda las reacciones más o menos normales ante el envejecimiento de aquellas otras que son exageraciones patológicas y recomendarles que no pasen su tiempo cavilando en problemas que no merecen que se les dedique tiempo; la salud, entre otras cosas, consiste en seleccionar aquellos problemas que tienen la suficiente importancia y que vale la pena intentar resolverlos; los mayores no necesitan conseguir grandes logros, mantener una tensión ansiosa por destacarse, hacer esfuerzos por escapar de la inseguridad, pagar altos precios por conseguir cosas. Muchos ancianos se encierran en sí mismos porque para ellos el mundo se ha convertido en un lugar que los asusta y les genera ansiedad. Si ese mundo les dijera que tienen mucho para ofrecerle, que su actividad y experiencia es útil, que su presencia nos gusta, agrada y la disfrutamos y que admiramos sus logros, las cosas serían bien distintas para ellos y para nosotros; el mayor, utilizando sus recursos, se demuestra a sí mismo lo que vale y así no hay ánimo que no se levante. Siempre se puede hacer algo interesante y valioso con el tiempo que queda, restablecer la esperanza y obtener placer de la vida.

Los terapeutas no debieran permitirse ser derrotados por los pacientes añosos; el derrotismo es lo más destructivo que puede sucederle a un paciente; si el que trata se siente derrotado, el paciente no puede cultivar la esperanza en sí mismo. Toda persona que inicia un tratamiento ya se siente derrotado por el hecho mismo de tener que

ponerse en tratamiento; la autoestima se ve golpeada y hace que nos sintamos inferiores.

Todo viejo, aún enfermo, tiene esperanzas de que su cuerpo funcione normalmente y quiere utilizar sus poderosas reservas funcionales.

Para tomar decisiones para curar hay que escuchar a la mente y oír al corazón del paciente y del terapeuta; gran parte de los efectos exitosos se deben a la forma en que se hacen las cosas, en todo caso, es mejor ser tranquilizadores, sinceros y convincentes respetando y estimulando el punto de vista del paciente.

**Un anciano debe permitirse redescubrir su propio valor y ayudarlo a ello, restablecer su salud física y emocional y disfrutar, siempre, del tiempo que le queda.**

## **EL DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO**

El DIAGNÓSTICO es un proceso intelectual y no instrumental. Llegar a un diagnóstico es la expresión más elevada del pensamiento clínico.

Hacer un diagnóstico es:

- Pasar de un enfermo concreto a un prototipo que es la enfermedad;
- Pasar de un enfermo a una enfermedad bajo una consideración estructural;
- Pasar de un significante o síndrome sin nominación alguna a un significado o enfermedad con su correspondiente base etiológica.

Cualquier clasificación diagnóstica debería ser:

- Abierta (a la integración con nuevos elementos diagnósticos),
- Basada en presupuestos teóricos no discutibles,
- Fundada en criterios claros y delimitados.

El diagnóstico, en general, es la base de comunicación entre los miembros del equipo de salud, sea cual sea su incumbencia profesional o técnica y, aún más, con los equipos

vinculados al trabajo social si se admite que la realidad, en los adultos mayores, es siempre biopsicosocial.

El diagnóstico es un sistema de “localización-recuperación”. Cuando curamos, rehabilitamos o recuperamos a un enfermo ubicado con un buen diagnóstico no sólo tenemos la información que nos da el enfermo sino, además, el conjunto de sugerencias colaterales que brinda el diagnóstico en el que lo ubicamos.

El diagnóstico tiene que tener “validez descriptiva”, es decir, homogeneidad o semejanza entre los diferentes enfermos ubicados en un mismo diagnóstico.

El diagnóstico tiene que tener “validez predictiva”, es decir, brindar datos precisos para una mejor estrategia terapéutica y, en todo caso, debe proponer un continuum entre situación premórbida, enfermedad actual, pronóstico, prevención y tratamiento. Sólo el beneficio de la predicción compensa el “etiquetado” que comporta el diagnóstico de una “persona”.

El diagnóstico tiene que ser “válido y fiable”. Un diagnóstico puede ser fiable y no ser válido; si es válido siempre es fiable. La validez o la validación se refiere al instrumento elegido y usado para diagnosticar y que debe servir exacta y específicamente para conseguir ese objetivo.

El diagnóstico, es de desear, se mantenga inalterable a lo largo del tiempo.

Casi nunca un instrumento o un sistema clasificatorio es completo; cada uno aporta matices que muchas veces no conviene intercambiar.

**El “criterio diagnóstico” se define por la elección y utilización de los parámetros centrales en función de los cuales se hace el diagnóstico; EL CRITERIO PRIMORDIAL ES EL CLÍNICO.**

El diagnóstico clínico se hace por los llamados síntomas fundamentales (síntomas y signos definitorios, mayores o diana).

Las ESCALAS DE VALORACIÓN sirven para el diagnóstico objetivo, para valorar numéricamente la gravedad; para el control y seguimiento y la evolución de la terapéutica.

El CASO CLÍNICO no sólo es un síndrome somático sino también psicológico y/o psicopatológico subyacente; involucra el conflicto psicológico y social de la persona, su inteligencia, el nivel educativo, la cultura, la cosmovisión, la personalidad, los aspectos económicos, la antigüedad de la enfermedad, los contactos médicos anteriores, la dinámica de la enfermedad, la relación médico-paciente, el manejo que de la enfermedad hace el enfermo, el contexto sociofamiliar, etc.

La buena formación semiológica es la llave para un buen diagnóstico y una prudente terapéutica.

Un ABORDAJE TERAPÉUTICO es mucho más complejo que la simple administración de un fármaco.

El PLACEBO (de = placere; complacer) surte siempre efecto en la tercera parte de los casos.

El efecto beneficioso tanto del fármaco como del placebo, en cualquier caso, dependerá del médico que lo administre (el médico como medicina).

Las respuestas al tratamiento, en ocasiones, son paradójales, inesperadas, atípicas y adversas especialmente en adultos mayores.



Cualquier tratamiento supone un compromiso económico entre lo que se va a lograr y lo que va a costar, por ello, el buen diagnóstico y la buena elección farmacológica es decisiva. Los costos son económicos para el paciente y para las instituciones que le dan cobertura hay, además, contraindicaciones, efectos secundarios, interacciones no beneficiosas, hipersensibilidad, farmacogenética desfavorable, sexo, edad, riesgo.

Siempre es útil comportarse terapéuticamente de una forma única y coherente aunque, algunas veces, habrá que agregar fármacos complementarios al de base. No conviene ensayar experimentos ni probar “a ver qué pasa”, especialmente con los viejos.

El clínico tiene que tener clara la dinámica de la enfermedad ante la que se encuentra; en algún momento, si se puede, tendrá que iniciar la retirada de un tratamiento. En el caso de los viejos, muchas de sus patologías son crónicas y carecen de riesgo vital; en estos casos se pueden retirar los medicamentos sin temores y “darle vacaciones terapéuticas” a los pacientes.

A veces, en algunas enfermedades cíclicas, convendrá una terapéutica de sostén preventiva sin descuidar la educación sanitaria del enfermo y de sus familiares y utilizar los criterios de la prevención primaria, secundaria y terciaria más los cuidados progresivos (sobre todo en mayores).

Las enfermedades bien “recortadas” y de inicio se benefician de tratamientos breves, concisos y contundentes; una vez solucionado el problema se acabó el tratamiento. Salvo excepciones, conviene evitar la terapéutica de mantenimiento.

En otra vertiente de análisis, el paciente perturba, condiciona y “aprieta” al médico para no privarse del tratamiento y de los medicamentos. Esto sucede todo el tiempo (sobre todo en pacientes mayores) porque hay componentes de dependencia, fobia, ansiedad y fármaco-dependencia biológica (caso de los psicofármacos); porque hay enfermos dependientes de la relación con el médico; porque el enfermo deja la medicación “apenas se siente bien” y sin consultar al médico (le mienten); porque hay muchos pacientes que siguen tomando la misma cantidad de medicación antiguamente

recetada por el médico, la toman de forma anárquica o la mezclan con toda suerte de medicamentos ( a veces culpabilizan de esto al médico); porque toman medicamentos por largos años a dosis no terapéuticas como “apoyo psicológico” sui generis y personal.

### **EN CLÍNICA GERIÁTRICA LO ATÍPICO ES LO COTIDIANO**

Lo más atinado es tener una visión histórica, unitaria y holista del enfermar y, subjetivamente, tener en cuenta que “el viejo” tiene miedos vinculados a limitación motriz, la deformación, el dolor, la discapacidad, la pérdida de la inserción y participación sociocultural, la ansiedad frente a la muerte. Muchas veces se refugia en la enfermedad cuanto mayor sea su exclusión del contexto psicosocial.

Los enfoques idiográficos de considerar la enfermedad aislada, perfilada y recortada debería dar paso a un criterio gnomotético donde el enfermar es la combinación de un conjunto de variables biológicas, psicológicas y sociales.

Crear figuras “cerradas” es más una necesidad profesional (para robustecer la potencia de conocimiento y manejo) que una ventaja terapéutica.

Producir un diagnóstico no es elaborar un producto manufacturado que da lugar a más diagnósticos, más pruebas complementarias y más pruebas terapéuticas.

La enfermedad surge del diálogo permanente del hombre con su historia decodificada por el médico y éste, al tratarla, no debe intentar la muerte de la enfermedad sino la búsqueda de la salud.

**EL PACIENTE DEBIERA TENER CONFIANZA EN LA MEDICINA, CONFIANZA EN EL MÉDICO COMO PORTADOR DE SABERES Y TÉCNICAS Y CONFIANZA EN LA PERSONA DEL MÉDICO COMO TAL.** El médico cabal ama su oficio y arte, tiene buena formación técnica, sensibilidad por la vida humana y entusiasmo terapéutico.

La relación médica con el mayor y su familia implica una mayoría de edad emocional y científica del médico para con la persona que trata.

El MÉDICO DE CABECERA, históricamente, cumplía una misión protectora, caritativa, tranquilizadora y salvadora. El MÉDICO DE CABECERA era nuestro hombre de confianza que estuvo al lado de nuestros padres en la hora de la muerte.

El MÉDICO SUPERESPECIALISTA cuya mano, muchas veces, no llega a estrechar la del paciente, está muy avezado, se oculta tras un aparato conectado al cuerpo del paciente y lee el resultado que éste arroja.

El MÉDICO DE CABECERA, aunque a veces no pueda “resolver el caso”, orienta, contiene, consulta, valora, integra, dirige al paciente, hace prevención, anticipa las reagudizaciones y posee por su conocimiento y seguimiento de la persona enferma una global y mesurada lectura y valoración; acude y cura; posee “dos diagnósticos”: el de la enfermedad y el del enfermo y sea cual sea el resultado, el médico de cabecera es un gran procurador de salud.

EL MÉDICO, EL PACIENTE Y LA ENFERMEDAD son tres realidades interactivas, interrelacionadas e integradas que no pueden relacionarse por simple contigüidad.

Los pacientes deberían aceptar que la “curación” no es un estado ideal, absolutamente predecible y asegurado y que los tratamientos no siempre son inocentes, llevaderos y ausentes de toda molestia.

Prohibiciones, regímenes severos, incompatibilidades rigurosas no son recomendables en adultos mayores.

Oír bien y escuchar mucho, es lo más importante en la entrevista.

Una relación excluyente que no integre en el círculo de la enfermedad al médico, al enfermo, a la familia y a las instituciones asistenciales tiene corta vida y sus resultados son magros o nulos para todos los actores.

La HISTORIA CLÍNICA sigue siendo la fuente por excelencia para el conocimiento de la enfermedad; por ella y a través de ella se conoce y se vive al enfermo.

La familia, en el caso de adultos mayores, puede ser el auxiliar terapéutico más eficaz o el más desintegrador.

La rehabilitación y el mantenimiento de las personas en salud es el eslabón más delicado de la asistencia sociosanitaria de un país.

Una gestión político-asistencial deficiente, insuficiente o partidaria influye, para bien o para mal, en la función sanitaria aparentemente más alejada de este contexto como el diagnóstico y la asistencia.

## **TENDENCIAS DE LAS NECESIDADES SOCIOSANITARIAS Y DE CONSUMO DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA SOCIEDAD ACTUAL VINCULADA A LA EXPLOSIÓN DEMOGRÁFICA DE SU CRECIMIENTO EN LA POBLACIÓN GENERAL**

### **LAS PERSONAS MAYORES YA ESTÁN DEMANDANDO A LOS PODERES PÚBLICOS UNA ATENCIÓN Y UNA ASISTENCIA CADA VEZ MAYOR**

En el mundo y en Argentina, por primera vez en la historia, tres o cuatro generaciones coexisten, aunque en pocos casos cohabiten.

La población mayor tiene una tendencia a equipararse en cantidad con la de los jóvenes y a que estos últimos sean superados en número por las personas mayores de 65 años, aún teniendo en cuenta los aportes migratorios.

Hay una franca tendencia a la disminución de los contingentes de población juvenil y un incremento de las personas mayores; dentro de ellas, de quienes llegarán a ser longevas.

Las mujeres sobreviven más a los hombres; las personas longevas son, mayoritariamente, mujeres; hay más viudas que viudos; hay más mujeres en estado de penuria que hombres; hay mayor cantidad de mujeres que viven solas o que han tenido que dejar su hogar para residir en casa de familiares o en residencias para mayores.

Cada vez más, hay que destinar recursos crecientes destinados a atender las necesidades de las personas mayores; la atención de este sector de la población constituye el principal capítulo del gasto de la seguridad social.

A medida que vaya aumentando el número de personas mayores, se irán generando cada vez más necesidades de servicios y bienes relacionados con la salud, sobre todo con el aumento de la población mayor de 80 años.

Las mayores necesidades de las personas mayores, después de la buena atención de su salud, son las necesidades de llenar de contenidos su tiempo libre, de ser útiles, de relacionarse, de transmitir conocimientos y de esparcimiento.

Las necesidades y los requerimientos vinculados a las “dependencias” que ocasiona la vejez, demanda de profesionales y técnicos capacitados, cualificados, de excelencia y de dedicación a tiempo completo a este tipo de tareas, infraestructura, equipamiento, tecnología adecuada, cuidadores de personas mayores destinados a auxiliar y solucionar las actividades diarias, equipamiento doméstico, infraestructuras domiciliarias facilitadoras de la autonomía personal.

En el mundo y en Argentina, los hogares con menor capacidad adquisitiva lo constituyen los que tienen 65 años o más años y los que no han cumplido los 24 años, sin tener en cuenta la masa poblacional en edad activa desocupada que está en franco crecimiento. EXISTE UN VÍNCULO ENTRE POBREZA Y ENVEJECIMIENTO.

El número de hogares en donde el sustentador principal tiene 65 años o más crece en forma ininterrumpida. El porcentaje de dependientes de mayores son hijos o hijas y en menor medida nietos. El aumento de la longevidad supone también que habrá cada vez más personas mayores que deban mantener a sus padres.

Cada vez más, aumentará el apoyo informal a los mayores y habrá más personas mayores que deberán cuidar a otras personas mayores.

EN EL SECTOR DE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS HAY UNA “CONTRACCIÓN EN EL GASTO”. Esto se corresponde con la disminución de los ingresos que se produce a partir del momento en el que el jefe de familia deja de percibir un salario para empezar a cobrar su jubilación o pensión o queda viudo.

Los precios de la canasta suelen ser abusivos y los gobiernos no regulan los precios de determinados productos para proteger la economía de las personas mayores. Los mayores en general, consideran excesivamente caros para su capacidad de compra: los

alimentos, el mantenimiento de la casa (impuestos, teléfono, luz, gas), médicos y salud en general, transporte y servicios.

Proporcionalmente, el gasto total que erogan los mayores destinados a artículos de primera necesidad es mayor que en el resto de la sociedad. En el gasto de las personas jubiladas, las partidas referidas a salud y vivienda (mantenimiento y equipamiento) tiene una importancia relativamente mayor que en el conjunto de la población. El dinero destinado al ocio, la cultura, los espectáculos, hoteles, restaurantes y cafés ha disminuído en términos absolutos y relativos y en la mayoría de los casos es inexistente. LAS PAUTAS DE CONSUMO DE LAS PERSONAS MAYORES TIENEN QUE VER MÁS CON LA CUANTÍA DE SUS INGRESOS QUE CON SU EDAD. La capacidad de ahorro de los mayores es nula (se vive (¿) al día) teniendo en cuenta, además, que la capacidad de ahorro disminuye antes de que llegue la jubilación, concretamente a partir de los 50 años de edad.

En términos de compra, los mayores aprovechan las ofertas, buscan rebaja y tienen mayor fidelidad a las marcas y a los comercios. Prefieren hacer sus compras y demandar servicios en establecimientos próximos a sus domicilios. La causa más importante de insatisfacción, lo constituye el precio.

El “mercado” de los mayores resultará cada vez más grande y moverá una proporción cada vez mayor de los recursos públicos y privados; la oferta tiene que abarcar un repertorio cada vez más variado y especializado de productos y prestaciones.

Los bienes y servicios destinados a preservar la salud o restaurarla, los soportes sociales, rehabilitativos y dinamizadores deberán atenderse, cada vez más, en los hogares y los sistemas prestacionales no están preparados para hacerlo.

**Los cuidados progresivos para adultos mayores requieren una responsabilidad compartida entre las instituciones públicas, la iniciativa privada y los familiares. La oferta de servicios de apoyo doméstico a los mayores deberá, rápidamente, incrementarse y retrasar, todo lo que sea posible su internamiento en residencias.**

EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE CON DIGNIDAD Y CALIDAD DE VIDA ES UN TRIUNFO DE LA ESPECIE Y LA SOCIEDAD HUMANA. TODOS, SIN EXCEPCIÓN, DEBEMOS COMPROMETERNOS A SUSTENTARLO. LA JUVENTUD ES UNA ENFERMEDAD QUE SE CURA CON EL TIEMPO; TODOS

ESTAMOS EN EL MISMO BARCO EN ESTE VAGABUNDO PLANETA  
LLAMADO TIERRA.



## **USO DE MEDICAMENTOS Y DROGAS EN ADULTOS MAYORES**

El estado de salud de los mayores de hoy, a juzgar por lo que se dice en las encuestas, es bastante bueno. No es cierto que envejecer sea sinónimo de enfermar.

De hecho, cuando a las personas mayores se les pregunta qué es lo que más les preocupa siempre sale la salud. La edad introduce cambios en la persona que modifican la manera de comportarse del organismo : hay cambios fisiológicos o normales; hay cambios a partir del padecimiento de enfermedades y, por último, hay cambios que derivan del tipo de vida que uno ha llevado, de los factores ambientales y de los factores de riesgo. Conviene no confundir el proceso normal del envejecimiento con la idea de que todo mayor es un paciente geriátrico.

Qué es, entonces, ser un paciente geriátrico: es ser una persona mayor -cuanto más edad se tenga es más probable-, con problemas funcionales (algún tipo de incapacidad física o psíquica), con pluripatologías crónicas, es decir, con enfermedades acumuladas y, muchas veces, con problemas sociales (pobreza por ingresos) y psicológicos sobre los que se añade un problema agudo.

Ser mayor y enfermo no son términos sinónimos. El envejecimiento sobre todo determina dos cosas: pérdida de los mecanismos de reservas del organismo o reducción de las respuestas defensivas ante la agresión o la injuria biológica. Sí es cierto, que cuando uno va siendo mayor tiene muchas más probabilidades de enfermar y lógicamente de tener más enfermedades.

Hay muy pocas enfermedades que sean específicas de la vejez, pero la manera que tienen de presentarse es muy distinta y esto es lo particular en edades avanzadas, por ello, la mirada médica debe ser sensible, atenta y cauta para detectar estas atipicidades y tener en cuenta el factor edad a la hora de proponer un tratamiento.

La manera de responder a los fármacos en general y a algunos en particular, se modifica con la edad. Los medicamentos revelan toxicidad, promueven efectos

adversos, resultados a veces paradójales, habituación, dependencia, gastos innecesarios y un modelo biomedicalizado con falta de calidad de vida con una excesiva internalización de los aspectos biopatológicos del proceso del envejecimiento.

La administración de fármacos a las personas mayores debe partir de los acertos que acabamos de enunciar. La fisiología de la vejez es distinta: alteraciones en la composición del cuerpo, decremento en las funciones cardiovascular, cerebrovascular y del sistema nervioso simpático, degeneración neuronal, reducción de la sensibilidad de los reflejos baroreceptores, alteraciones en la función renal, hepática y en la composición de la sangre, cambios en la sensibilidad de los tejidos a las drogas.

### **PRUDENTE Y REDUCIDA FARMACOTERAPIA EN LA VEJEZ ES LA MEJOR ESTRATEGIA**

En los mayores la farmacodinamia de muchas drogas está alterada resultando en una reducción y/o retraso en su eliminación; los ancianos suelen tener múltiples enfermedades que suelen ser medicadas sin tener en cuenta la interacción medicamentosa, la potenciación de efectos, etc.. Los viejos tienen una alta probabilidad de tener ciertos desórdenes de la salud que “invitan” a utilizar medicamentos con acción en el sistema nervioso central originando severos efectos adversos en las funciones intelectuales.

La función renal, hepática, sanguínea y tiroidea de los pacientes mayores deben ser valoradas periódicamente; deben tenerse presente las rutas metabólicas de los fármacos y la historia medicamentosa de cada paciente de edad avanzada. Deben eliminarse todos aquellos medicamentos que no son absolutamente necesarios.

Las dosis de medicamentos únicas diarias o a lo sumo dos veces al día constituyen regímenes terapéuticos particularmente deseables indicados con explicaciones claras e instrucciones detalladas por escrito de cómo tomar la medicación y, en muchos casos, sólo la familia, la ayuda doméstica o el personal cuidador será el encargado de la administración de los fármacos.

# VALORACIÓN SANITARIA, A PROPÓSITO DE DOS ESTUDIOS

**ENCUESTA SOCIO SANITARIA EN ADULTOS MAYORES**

**I.N.S.S.J.P. de BUENOS AIRES**

**MUESTRA INDIRECTA SOBRE EXPEDIENTES DE SUBSIDIOS 1.100**

**CASOS DE 22 PROVINCIAS**

**Confiabilidad = 95%;**

**Cobertura Auxiliar Gerontológico = 19%; Cobertura NBI = 77%**

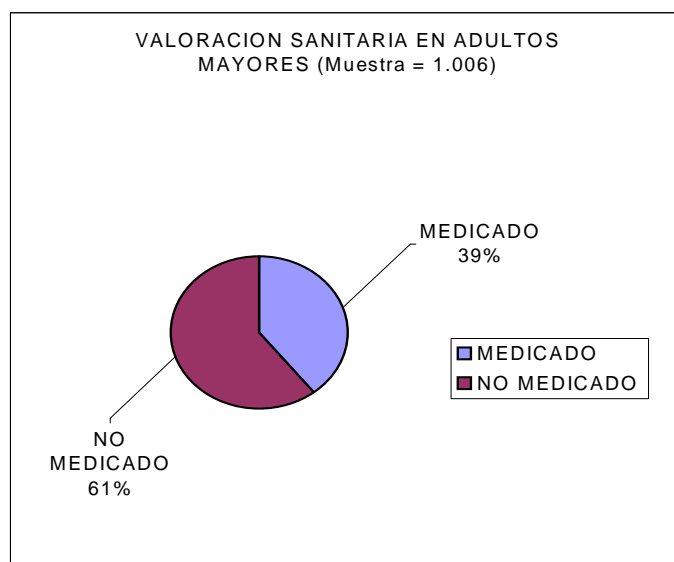
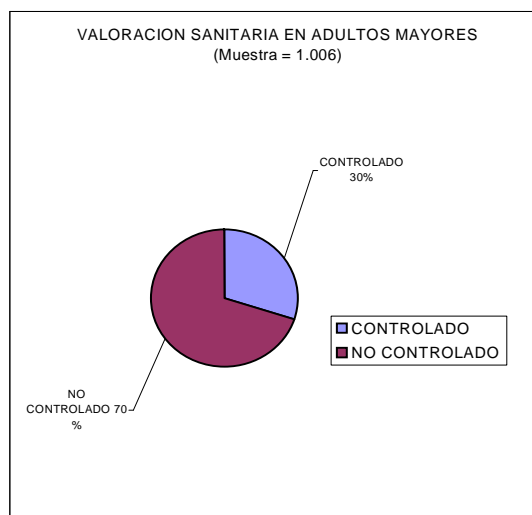
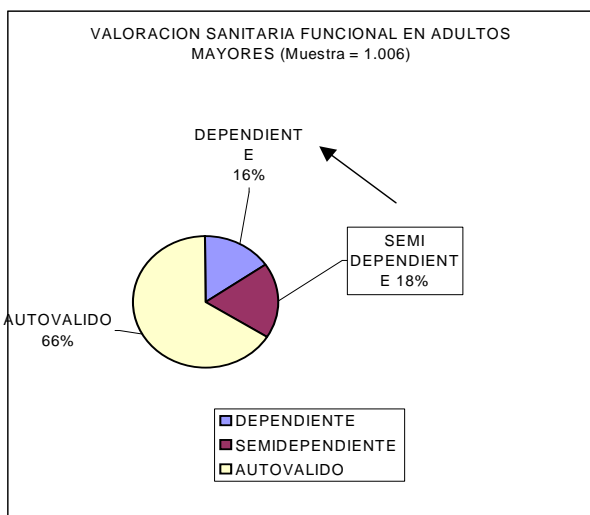
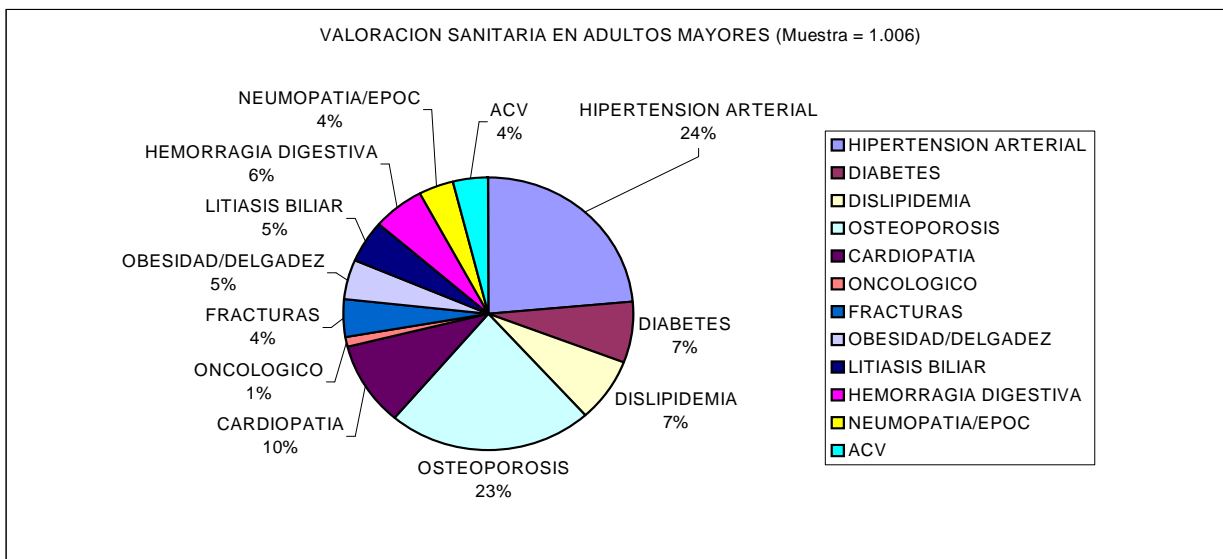
**Año 2002**

SITUACIÓN HABITACIONAL (en %)	NIVEL EDUCATIVO (en %)
<b>CASAS O DEPARTAMENTOS</b> 81,3	<b>No asistió a escuela primaria</b> 15,8
<b>VIVIENDAS INCONVENIENTES</b> 11,6	<b>No alcanzó a completar primario</b> 48,7
<b>INSTITUCIONES</b> 5,4	<b>Completó escuela primaria</b> 24,0
<b>PROPIETARIOS</b> 45,0	<b>Inició sin completar secundario</b> 4,0
<b>ALQUILADAS</b> 25,0	<b>Completó nivel secundario</b> 4,9
<b>CEDIDAS</b> 15,0	<b>Universidad</b> 1,4
<b>INTRUSADAS</b> 4,0	

## CONCLUSIONES

1. LOS MAYORES ESTAN AFECTADOS POR MULTIPATOLOGIAS (67,5%),
2. TIENEN GRAVE DETERIORO NEUROPSICOORGANICO (56,2 %),

3. TIENEN ELEVADA DEPENDENCIA FUNCIONAL (54 %),
4. TIENEN POBREZA POR INGRESOS,
5. LOS CONVIVIENTES DE LOS MAYORES TIENEN POBREZA POR INGRESOS Y LIMITADA O NULA CAPACIDAD ECONOMICA PARA CONTENER LAS NECESIDADES DE SUS MAYORES, AUN JUBILADOS,
6. HAY DEPENDENCIA DE LOS CONVIVIENTES HACIA EL MAYOR QUE SE CONSTITUYE EN PROVEEDOR CRITICO DE INGRESOS,
7. LOS MAYORES TIENEN BAJO NIVEL EDUCATIVO,
8. HAY ALTA VULNERABILIDAD SANITARIA Y SOCIOECONÓMICA CON PATOLOGÍAS SEVERAS (CRÓNICAS O DEGENERATIVAS) CON RESTRICCIONES MUY IMPORTANTES PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA,
9. HAY POBRE O NULA CONTENCIÓN Y SUSTENTO DE LOS MAYORES POR LOS ADULTOS EN EDAD ACTIVA, LO QUE INVIERTE EL ORDEN BIOLÓGICO Y ECONOMICO ESPERABLE EN EL CUAL LOS MAS JÓVENES SE HARIAN CARGO DE LOS MAS VIEJOS,
10. LOS PROGRAMAS SOCIOSANITARIOS DEBERAN SEGUIR SOSTENIÉNDOSE (ATENCIÓN DOMICILIARIA, CUIDADOS PERSONALES, PRESERVACIÓN DE LOS RECURSOS HABITACIONALES, CONTINUIDAD DE LOS TRATAMIENTOS, REHABILITACIÓN, NECESIDADES BÁSICAS, INSERCIÓN EN EL MEDIO SOCIAL, INTERNACIONES GERIÁTRICAS CUANDO SEAN NECESARIAS, CENTROS DE DÍA, ETC.),
11. LA TENDENCIA SERA HACIA EL EMPEORAMIENTO TENIENDO EN CUENTA QUE LA PROYECCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL PARA LA ARGENTINA ES DEL 18 % DE HABITANTES DE 60 AÑOS Y MAS PARA EL AÑO 2.025.





**ATENCIÓN PRIMARIA  
DE LA SALUD**

**PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA SOCIOSANITARIO**

**VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO**

**UNICO EFECTOR DE DERIVACIÓN TRANSITORIA Y EVENTUAL A  
OTROS NIVELES DE ATENCIÓN**

**CONTENEDOR SOCIOSANITARIO DE LA DEMANDA**

**EFECTOR REPARADOR Y PREVENTIVO EN LA ENFERMEDAD Y LA  
SALUD**

**REHABILITACIÓN INTEGRAL**

**EDUCADOR PARA LA SALUD**

**EFECTOR DE ATENCIÓN INTEGRAL**

**VIGILADOR Y CUIDADOR DOMICILIAR**

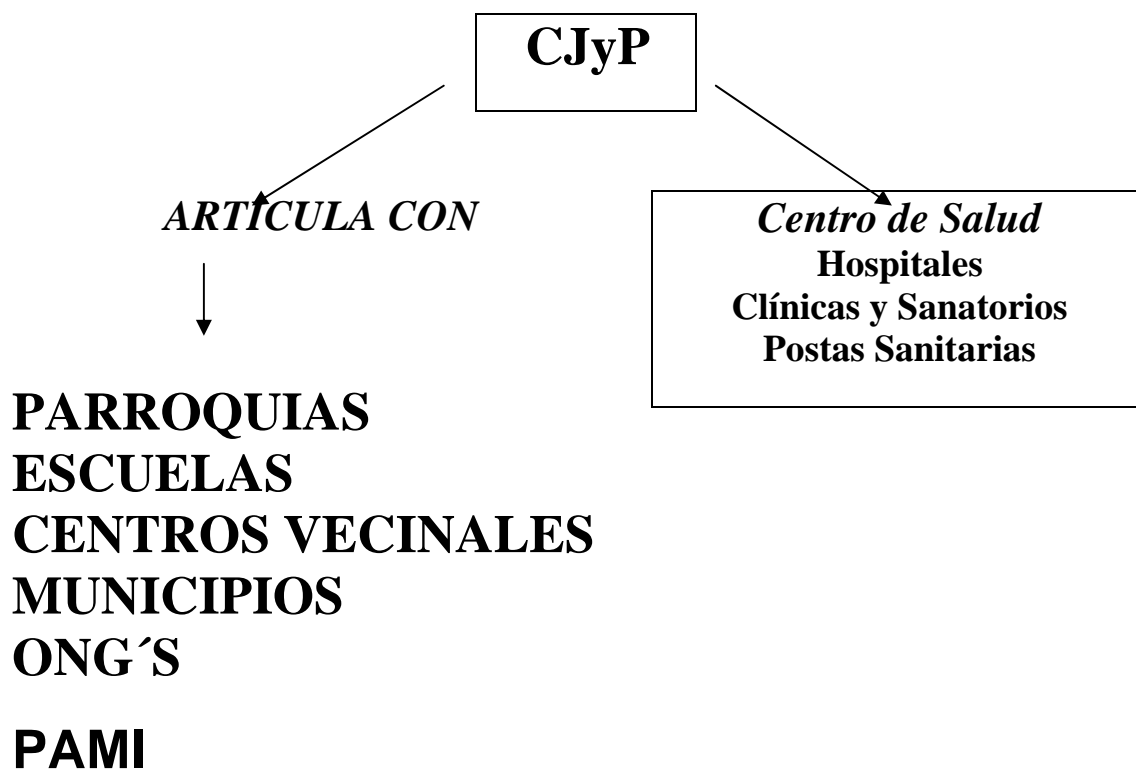
**EJE ARTICULADOR DE LA RED DE ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA**

# SISTEMAS INTEGRALES LOCALES SOCIOSANITARIOS (“SILOS”) GERONTOLÓGICO-GERIÁTRICOS

---

EFFECTORES SOCIOSANITARIOS LOCALES EN LA COMUNIDAD EN  
CENTROS DE JUBILADOS Y PENSIONADOS (CJyP)

---



# **POLÍTICAS PARTICIPATIVAS EN EL MARCO DE UN PLAN GERONTOLÓGICO PROVINCIAL**

**(FEDERACIÓN DE TODOS LOS CJyP)**

## **CENTRO DE SALUD**

- **RELEVAMIENTO SOCIOSANITARIO**
- **PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA**
- **PROMOCION DE LA SALUD**
- **EDUCACIÓN PARA LA SALUD**
- **ATENCIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA**

## **PARROQUIA**

- **CONTENCIÓN SANITARIA Y SOCIAL PREVENTIVA**
- **SERVICIOS ALIMENTARIOS COMPLEMENTARIOS**

## **CENTROS DE JUBILADOS Y PENSIONADOS**

- **SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD**
- **SERVICIOS SOCIALES PRIMARIOS**
- **AUTOGESTION**
- **ACTIVIDADES GRUPALES MULTIPLES TERAPEUTICAS**
- **GESTION**

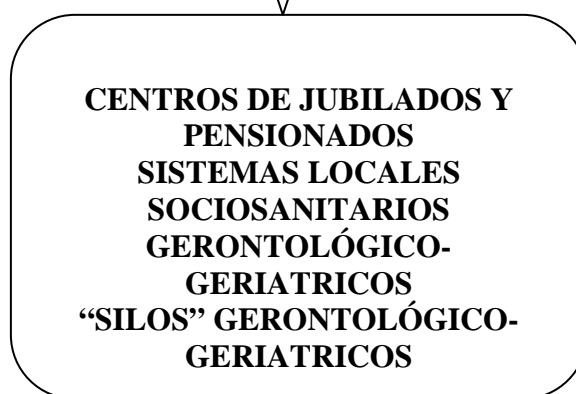
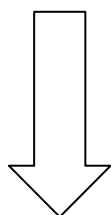


- **SERVICIOS MULTIDIMENSIONALES VENDIBLES A LA COMUNIDAD LOCAL**
- **DINAMIZACION SOCIAL**

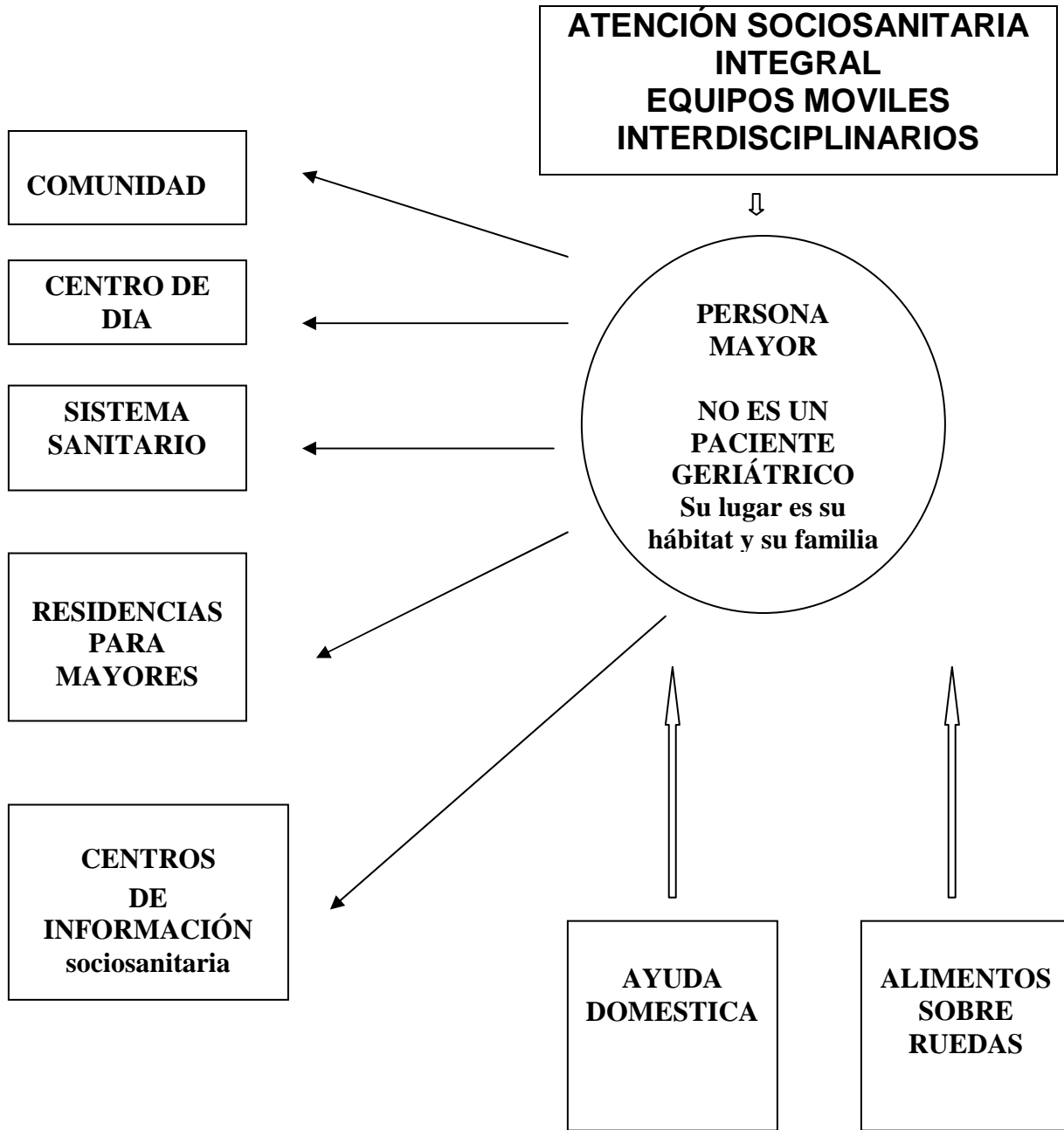
**ESCUELA**

- **ALFABETIZACION DE ADULTOS MAYORES**
- **ACTIVIDADES INTERGENERACIONALES**
- **VOLUNTARIADO SOCIAL**
- **CURRICULA**

**VOLUNTARIADO SOCIAL**  
**\* ARTICULATORIO**



<b>FAMILIA Y HABITAT</b>
<b>IGLESIAS</b>
<b>SEGURIDAD</b>
<b>CENTROS DE SALUD-HOSPITALES-CLINICAS Y SANATORIOS</b>
<b>CENTROS VECINALES</b>
<b>CENTROS POLIDEPORTIVOS</b>
<b>CENTROS CULTURALES</b>
<b>CENTROS COMERCIALES</b>
<b>COOPERATIVAS</b>
<b>ONG'S</b>
<b>TRANSPORTE PUBLICO DE PASAJEROS</b>
<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL</b>
<b>ESPACIOS RECREATIVOS</b>
<b>CLUBES</b>
<b>BIBLIOTECAS POPULARES</b>
<b>SERVICIOS GENERALES</b>
<b>MUNICIPIO</b>



## **ENFERMERIA Y PODOLOGIA EN LOS CENTROS DE JUBILADOS DE LA PROVINCIA DE SALTA**

La oferta de servicios de salud, en su mayoría reparadores de la enfermedad, están concentrados en Salta Capital y en ciudades cabeceras de departamento.

La accesibilidad al sistema oscila entre el 12-14% del total y se produce por demanda espontánea.

Queda claro, entonces, que pese a las deficiencias, son los Centros de Jubilados instalados en el espacio de la comunidad local los que ofrecen permanentemente y sin restricciones acceso a servicios de salud primarios, de seguimiento y contralor no médico, preventivos y de alta continencia sociosanitaria.

La Enfermería, para la realidad brevemente descripta, es el único contacto que tienen miles de viejos salteños con el sistema sanitario. Es imprudente e ilusorio extrapolar la organización de los servicios urbanos y de grandes capitales a las realidades regionales.

La Podología, en nuestro caso, es la única herramienta que tienen nuestros viejos para que, a través del servicio, se detecten tempranamente numerosas situaciones de enfermedad que pasan inadvertidas por propios y ajenos (ej. Flebopatías, isquemias distales, diabetes, filariasis, edemas cardíacos o nefróticos, etc., de no ser así, el sólo hecho del mantenimiento de la normalidad anatómica del pie coadyuva eficazmente en la autonomía personal del viejo y su ambulación sin sufrimiento y complicaciones.

En la realidad social y sanitaria de Salta, la Enfermería y la Podología son instrumentos invaluableles de salud. Es mucho más costoso dejar de brindar servicios de enfermería y podología; la falta de estos servicios acrecentará la demanda de servicios médicos muchas veces complejos, traumáticos, tardíos y onerosos para el déficit financiero que nos aqueja.

Hay que “extender” la cobertura de estos servicios a los nudos de la red social que así lo justifiquen.

## CASOS SOCIOSANITARIOS

En fecha de hoy, se ha concurrido al domicilio de calle Dean Funes .... de Barrio Lamadrid de la Ciudad de Salta.

En el domicilio de referencia NO habita el adulto mayor ni hay residente alguno.

Por información de una vecina colindante se logra ubicar al beneficiario en un domicilio de calle Alvarado y Lavalle en el microcentro de la Ciudad de Salta.

Desde el punto de vista sociosanitario, se ha podido comprobar:

- a. Que don Alejandro, de 91 años de edad, es oriundo de Lules (provincia de Tucumán) y se jubiló en ésa como trabajador autónomo en la década del '80 (tareas rurales como cultivador de frutillas).
- b. En 1980, con promesas de trabajo, arribó a Salta junto con su actual pareja la señora Ercilia (75 años de edad en la actualidad). La esposa de Alejandro falleció en Tucumán y al momento de su separación de hecho dejó todos sus bienes en manos de su esposa.
- c. La pareja de estos mayores NO poseen propiedad alguna, tanto que el domicilio de calle Dean Funes como el actual son prestados voluntariamente por personas de buena voluntad. CARECEN DE FAMILIARES Y NO TIENEN HIJOS.
- d. Desde el punto de vista médico; fue operado con una derivación ventrículooperitoneal en 1995 con colocación de válvula por un Síndrome de Adams-Hakim (demencia hidrocefálica ó hidrocefalia normotensiva) cuyos efectos clínicos fueron favorables durante un lapso corto. Actualmente, tiene signos clínicos y neurológicos de

profundo deterioro con espasticidad universal, hiperreflexia propioceptiva, reflejos involutivos y signos pseudobulbares; la válvula está colapsada; hay incontinencia esfinteriana y automatismos con brotes de excitación psicomotriz (en una persona de fortaleza corporal).

Tiene varias cirugías abdominales en su haber.

El único familiar (de la actual esposa) es una hermana que reside en San Salvador de Jujuy que proporcionaría la contención y el cuidado debido y facilitará el nexo con el mayor una vez que sea institucionalizado.

## **INFORME SOCIOSANITARIO**

### **CON VISTA URGENTE AL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DEL MINISTERIO PUBLICO. VICTIMIZACIÓN DE ADULTOS MAYORES**

**REF: ....., JULIA; 76 años; Barrio Castañares; ....**

#### ***DENUNCIA POR ANTE EL MINISTERIO PUBLICO***

En el día de la fecha, siendo las 10,00 horas y por mediación de denuncia anónima nos apersonamos al domicilio de la adulta mayor del epígrafe constatando lo siguiente:

- 1. Persona mayor de sexo femenino, de aproximadamente 76 años de edad, en estado de abandono crónico.**
- 2. Clínicamente ofrece signos de desnutrición, deshidratación, confusión mental y severos trastornos de la memoria, abandono personal y falta de higiene (a la hora citada ni siquiera había tomado un desayuno), signos flebíticos en ambas piernas, trastornos para la deambulación, soledad y abandono, excoriaciones múltiples y lesión contusa en muñeca y antebrazo izquierdo.**
- 3. Su hábitat muestra signos evidentes de abandono crónico, deterioro y suciedad generalizada; su cocina no evidencia ser utilizada y carece de luz, el baño está deteriorado y con signos de no usarse para la higiene**

**personal; no se encuentra despensa de productos alimentarios en actividad y uso; no se hallan los productos del bolsón de complemento alimentario dispensado ; se dice que no cuenta con dinero.**

- 4. Se supone que el responsable jurídico se llama Roberto.... de calle ... (?) hijo y de 24 años de edad (nieta) (?). Se presume que tiene una hija en Orán.**
- 5. FILIACIÓN: ....; viuda; nacida 00-00-25.**

**SE RECOMIENDA CON CARÁCTER DE URGENTE, DADO EL ALTO RIESGO SOCIOSANITARIO, QUE SE ORDENE POR EL MINISTERIO PÚBLICO SU INSTITUCIONALIZACION EN RESIDENCIA PARA MAYORES DE BIEN PÚBLICO BAJO LA INTERVENCION Y PROTECCION DEL MINISTERIO PÚBLICO**



## **INFORME SOCIOSANITARIO**

**REF.: ....., ROSARIO de; Edad: 87 años**

En el día de la fecha, a horas 10,00, hemos concurrido los abajo firmantes A RECONOCER EN FORMA DIRECTA a la paciente del epígrafe.

Se constata la gravedad del cuadro clínico cuyo informe preliminar a cargo del Director de la Clínica .... y responsable médico del Psicogeriátrico es concordante con la apreciación de los dicentes y que se adjunta a la presente.

Se trata de una mujer adulta mayor de 87 años con evidentes signos de deterioro neurológico estructural de antigua data; actualmente presenta un cuadro de distonía palidal, con lesiones múltiples complicadas por úlceras por presión, emaciación, deshidratación hipertónica, trastornos respiratorios y deglutorios de causa neurológica, estupor. La situación clínica, precedentemente descripta No hacen aconsejable su retorno a la plaza que ocupa en la Residencia Psicogeriátrica. El pronóstico es malo a corto plazo y, necesariamente, su situación biológica deberá sostenerse con una serie de auxilios y soportes médicos con cuidados intensivos y directos a través de un equipo de salud pluridisciplinario.

El nivel de atención integral domiciliaria es impracticable, dadas las circunstancias actuales y a futuro inmediato.

***REF.: BLANCA....***

***Edad: 82 años***

## **INFORME SOCIOSANITARIO**

La señora Blanca, actualmente de 82 años de edad; VIVE SOLA y tiene como compañía estable un pequeño perro envejecido. En forma esporádica recibe ayuda de personal auxiliar. Tiene una familia NO conviviente que demuestra profundo afecto por ella y que, dentro de sus posibilidades - ya que son personas en etapa activa -, la visitan y la llevan a pasear y a comer a sus respectivos domicilios.

Es una jubilada como Directora de Escuela y aún hoy, conserva el perfil psicológico que se le atribuye a las Directoras de su generación. Ha llevado una vida de trabajo intenso; enviudó prematuramente y no tuvo hijos. Coincidentemente, fallece una hermana, madre, por aquellos tiempos, de 2(dos) niños (hoy en día son adultos y profesionales en las áreas de bioquímica y la docencia respectivamente).

Estos últimos, le “deben” a Blanca su supervivencia, el afecto y la educación en la etapa de la niñez y adolescencia y Blanca, a su vez, sustituyó el rol de la madre ausente y se posesionó hasta hoy de dicho rol (tuvo un papel histórico de madre sustituta, ejerció un matriarcado y “dominó” la situación).

Tiene un departamento tipo casa, en buen estado de conservación, sobreabundado en muebles y objetos que, ciertamente, pertenecen a su propia historia y de los que, posesivamente, no se quiere desprender. Es intensa su fe religiosa (católica practicante).

Hace aproximadamente 5 (cinco) años, el que suscribe fue consultado desde la perspectiva biomédica, encontrando:

1. Un estado clínico aceptable para su edad y sus hábitos de vida,
2. Dada la posibilidad de tener acceso a contralores bioquímicos; se pudo comprobar, hasta la fecha, que no tuvo ni tiene riesgos metabólicos,
3. Su sordera era total y manifiesta, derivada en uno de los oídos de un colesteatoma (tumor del oído) que nunca permitió se le extirpara (el tumor siguió creciendo; oradó las estructuras timpánicas y, obviamente, sufrió y sufre complicaciones infecciosas. El otro oído, posiblemente, está cofótico por proceso plástico del estribo y adyacencias.
4. Dado que se trata de una persona mayor de buen nivel cultural, leyó cuanta propuesta médica se encuentra de problemas vinculados al envejecimiento; consultó y consulta a numerosos médicos, se automedica con fármacos prescritos o con medicinas alternativas.
5. Presentó signos evidentes de cerebropatía orgánica, fundamentalmente vinculados a deterioro de la corteza cerebral cuya manifestación más notoria era la disquinesia orofacial (movimientos involuntarios de párpados, boca y lengua) y trastornos motores de las vías córticoespinales ó piramidales.
6. Esta apreciación clínico-neurológica fue objetivada a través de estudios de diagnóstico por imágenes (TAC cerebral) que demostró la concordancia entre las manifestaciones clínicas y las estructuras cerebrales dañadas.
7. Se asesoró a la familia en el sentido que la patología era irreversible y evolutiva y que además, en razón del envejecimiento, la paciente iba a tener – lentamente- problemas de autonomía y autovalimiento y que debía ser cuidada en forma integral a través de una estrategia de cuidados progresivos cuyo ritmo debía ser pautado, naturalmente, por la evolución.

8. Los fármacos utilizados –téngase en cuenta que este tipo de patologías no se curan- estuvieron destinados a mitigar aquellos problemas que implicaban una casi incapacidad para la vida diaria y social.
9. Nunca se logró, por la renuencia de la paciente, a pesar de las reiteradas propuestas y argumentos, brindarle otro tipo de ayudas terapéuticas en lo físico, psicológico y social.
10. Andando el tiempo, lo enunciado previamente se agravó y, en los últimos dos años surge un cuadro depresivo estructural con ideas de muerte e inutilidad; la paciente se va aislando lentamente; rechaza compañía estable profesional y recrudecen las características psicológicas negativas que la caracterizan. El autovalimiento disminuye tanto que come poco, está clínicamente desnutrida; el dominio de su cuerpo está muy disminuido tanto que, hace poco, con compañía en la calle, sufre una caída con traumatismo encéfalocraneano (que, como se sabe, a esta avanzada edad, son de consecuencias imprevisibles y graves).
11. De acuerdo con un criterio no solamente biomédico sino geriátrico-gerontológico integral, podemos afirmar que la señora Blanca está en riesgo sociosanitario; que necesita un equipo interdisciplinario que brinde soportes y ayudas en lo biológico, en lo psicológico y en lo social; que pese a la infrecuente solidaridad y afecto de la familia, ésta –instrumentalmente- no puede brindarle las ayudas permanentes que necesita y, en consecuencia, necesita para disminuir el riesgo señalado, obtener una propuesta terapéutica integral y diaria que le proporcione calidad de vida y un enlentecimiento de las discapacidades funcionales y, en nuestro medio, salvo mejor opinión, sólo se puede obtener en el marco institucional.

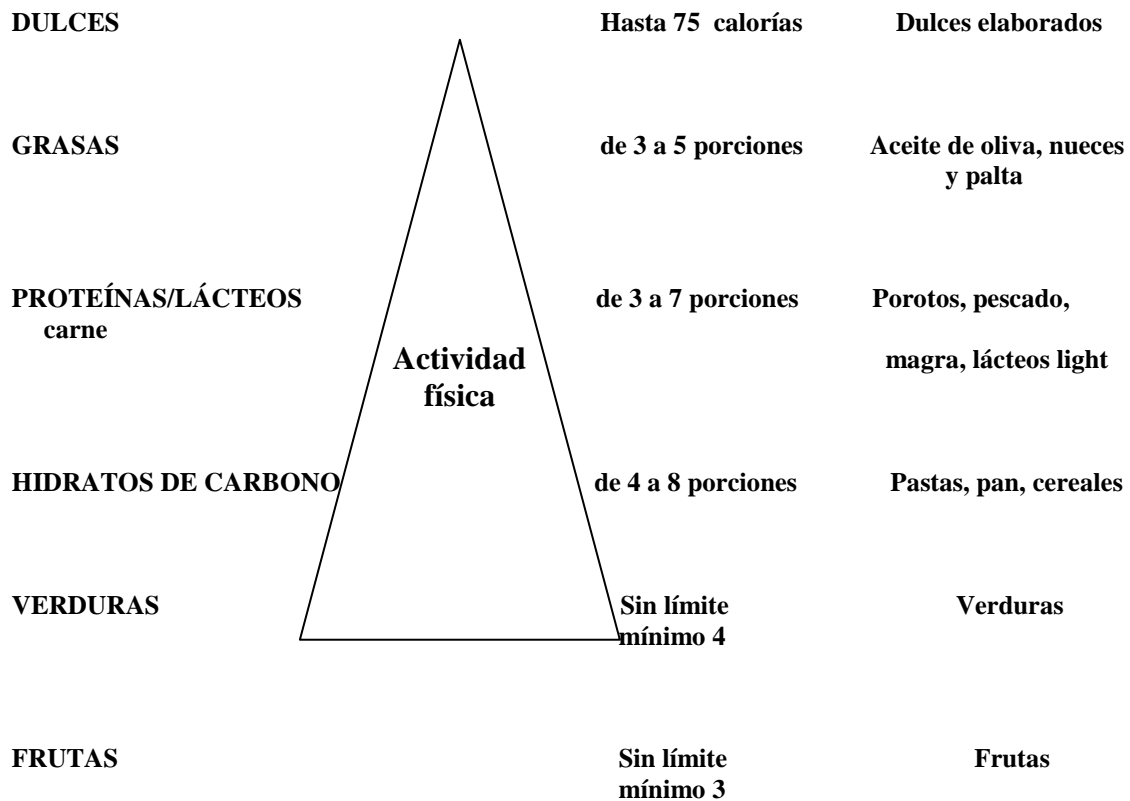
## **CARACTERISTICAS DE LA ALIMENTACION EN ADULTOS MAYORES**

- *BLANDA*, BUCAL Y GASTROINTESTINAL PARA FAVORECER LA MASTICACIÓN, DEGLUCIÓN, DIGESTIÓN Y ABSORCIÓN DANDO EL MENOR TRABAJO POSIBLE AL APARATO DIGESTIVO,
- *HEPATOPROTECTORA*, PARA EVITAR SOBRECARGA DE LA FUNCION HEPÁTICA,
- *RICA EN FIBRAS*, MODIFICADAS POR COCCION Y SUBDIVISIÓN PARA ESTIMULAR EL PERISTALTISMO SIN PROVOCAR IRRITACIÓN ATENDIENDO A QUE, LA MAYORIA DE LOS ADULTOS MAYORES, PADECE DE CONSTIPACIÓN (ESTREÑIMIENTO),
- *LIGERAMENTE HIPOSODICA*, PARA PREVENIR AUMENTOS DE LA TENSIÓN ARTERIAL FRECUENTES EN LAS PERSONAS MAYORES,
- *DISTRIBUCIÓN DE MACRONUTRIENTES NORMAL*, (50% de hidratos de carbono; 15% de proteínas y 35% de grasas) CON SELECCIÓN DE ALIMENTOS DE FACIL DIGESTIÓN, EVITÁNDOSE GRASAS SATURADAS (de origen animal), CON SELECCIÓN DE ACIDOS GRASOS POLIINSATURADOS PROVISTOS POR ACEITES VEGETALES. SE PROVEERA, A TRAVES DE LA ALIMENTACIÓN, UN MINIMO DEL 50% DE PROTEINAS DE ALTO VALOR BIOLÓGICO,
- *LAS PREPARACIONES*, SERAN DE SABOR SUAVE UTILIZÁNDOSE CONDIMENTOS AROMÁTICOS Y NO PICANTES,

- *LA TEMPERATURA*, SERA TEMPLADA, EVITÁNDOSE LOS EXTREMOS,
- *COCIENTE GRAMO – CALORÍA*: 1 para normonutridos,< 1 para desnutridos, > 1 para sobrepeso,
- *DISTRIBUCIÓN DE LAS COMIDAS*: 4 (cuatro) COMIDAS PRINCIPALES Y, SI ES NECESARIO, 1-2 COLACIONES DIARIAS.

# PIRAMIDE ALIMENTARIA O DEL PESO SALUDABLE

(MAYO CLINIC)



## **PROMOCION DE LA SALUD**

### **PROMOTORES DE SALUD**

PROMOCION es, finalmente, moverse hacia algo o hacia alguien. La salud, NO la hacen sólo los que prestan servicios de salud. La salud es un equilibrio inestable en lo que se llama bienestar físico, psicológico y social que al perderse se transforma en “enfermedad de la persona”.

Cuando nos enfermamos, estamos enfermos por entero, estamos enfermos como personas dentro del contexto familiar y social que nos rodea. CUANDO ESTAMOS ENFERMOS, NO LO ESTAMOS DE UN PROBLEMA DEL HÍGADO, DEL CORAZÓN O DEL CEREBRO; ESTAMOS ENFERMOS CON NUESTRO NOMBRE Y APELLIDO, CON NUESTRA EDAD, CON NUESTRO PASADO, CON NUESTRA CULTURA, CON NUESTRA FORMA DE VER EL MUNDO, CON NUESTRA FORMA DE SENTIR Y APRECIAR LA REALIDAD.

“PROMOVER LA SALUD” de las personas, NO es intervenir irrespetuosamente en la vida personal. PROMOVER LA SALUD es movilizar la autoconciencia en las personas del valor salud y dinamizarla a partir de ello para que aumente su capacidad de autovigilancia, para que acuda oportunamente ante una propia sospecha de enfermedad en el plano objetivo o subjetivo (en una mezcla de la realidad personal y de su realidad sentida).

La promocion y los servicios de salud, no PUEDEN NI DEBEN ESTAR DEL OTRO LADO de las necesidades de las personas como seres individuales e irrepetibles y mucho menos ajena al proceso dinámico y cambiante de las comunidades sociales que



tienen, además de los individuos, la capacidades potenciales de estar en salud, de enfermarse o de enfermar a los individuos.

El PROMOTOR DE SALUD, es un agente activo, participante nato y líder emergente de su propia comunidad. Las personas de esa comunidad deben “reconocerse e identificarse” CON ESTOS PROMOTORES. LOS PROMOTORES, DEBEN HACERSE MERECEDORES DE LA CONFIANZA QUE SE DEPOSITA EN ELLOS.

En la realidad social, económica, cultural, étnica, educativa que nos toca vivir en una Argentina enorme y diversa, sumergida actualmente en una crisis multidimensional de difícil solución a corto plazo, necesita del activismo social de los protagonistas comunitarios. NO HAY ESTADO DE BIENESTAR (SALUD) SIN UNA SOCIEDAD DE BIENESTAR.

PROMOVER LA SALUD, NO es evitar la muerte. PROMOVER LA SALUD ES OBTENER RECURSOS PROPIOS Y COMUNITARIOS PARA NO ENFERMAR Y TENER CALIDAD Y DIGNIDAD DE VIDA.

NO tirar la basura por doquier en un barrio; controlar la potabilidad del agua, alimentarse adecuadamente, tener hábitos higiénicos, cepillarse los dientes, lavarse las manos frecuentemente, controlar la salud de los animales domésticos, concurrir periódicamente EN SALUD al control de un buen médico clínico en un Centro de Salud; protestar por intermedio del Centro Vecinal por las condiciones de insalubridad del barrio; vacunar a los niños y mandarlos (llueva o truene) a la escuela para que se eduquen, etc.etc. ES PROMOVER LA SALUD.

LA SALUD LA HACE EL PUEBLO EN SU TOTALIDAD CUANDO TOMA CONCIENCIA, SE COMPROMETE, PARTICIPA, NO DELEGA RESPONSABILIDADES, NO LLEGA TARDE, ESTIMA LA VIDA PROPIA DE LAS PERSONAS Y DE LA COMUNIDAD.

## **PROGRAMAS “GEROS” DE ACTIVIDADES INTEGRALES PARA ADULTOS MAYORES**

Existe la necesidad impostergable de proporcionar a los llamados adultos mayores, instrumentos de bienestar, mejoramiento y conservación de su estado de salud biopsicosocial y calidad de vida a través de PROGRAMAS DE ACTIVIDADES INTEGRALES (PROGRAMAS “GEROS”) para la tercera y cuarta edad.

La palabra jubilación, de la raíz latina “*aiubilum*” (= júbilo) quiere decir, viva alegría que se manifiesta en signos exteriores. Sin embargo, la suma de achaques de los mayores sumados a la peor de las situaciones vitales que es la soledad en una “sociedad de solitarios”, en que el mayor no es reconocido individualmente, puede llevar a la enfermedad -confundiendo vejez con enfermedad- y otras veces, a perder -por desuso y falta de estimulación- las habilidades.

Las personas mayores sanas y más aún las enfermas, necesitan mantener la capacidad funcional, en este sentido, la actividad física, el deporte, la utilización del tiempo de ocio y la terapia por el trabajo creativo son las herramientas válidas para conseguirlo y

también, debemos decirlo, utilizar instrumentos y técnicas alternativas para conseguir los objetivos (*yoga, tai-chi-chuan, reflexología, respiración, relajación, reactivación energética biopsicofísica*).

Disminuye o se pierde con la edad: 1) la función cardiovascular; 2) la movilidad articular; 3) la masa muscular; 4) la flexibilidad; 5) la capacidad para el trabajo; 6) el equilibrio y la coordinación motora; 7) la velocidad de reacción y 8) las pautas de conducta.

El deterioro propio de la edad se va exacerbando por la inactividad que va agravando esta disminución de las capacidades funcionales; esta disminución no es sólo fruto del proceso del envejecimiento propiamente dicho, sino del sedentarismo, la inactividad y la falta de propuesta vital.

La pérdida de las capacidades funcionales, por debajo de ciertos límites, significará -lamentablemente- la pérdida de la independencia, el autovalimiento, la autoestima; aumentará la depresión y los sentimientos negativos ocasionados por la soledad y el aislamiento psicosocial; aumentará la dispensación y el consumo de recursos biomédicos del todo inútiles para estas cuestiones; someterá al mayor y a su familia a la indefensión y al conflicto intrafamiliar, laboral y social.

Resulta obvio, que el conocimiento de las características biopsicosociales de los mayores en general y de cada uno en particular sumado al adecuado manejo de ejercicios, actividades y propuestas dinamizadoras correctamente programadas en su diseño y progresión necesitan de recursos humanos hábiles, acreditados y profesionalizados para este tipo de acciones.

Al realizar actividades biopsicosociales los adultos mayores, entre otras cosas, regulan mejor los niveles de glucosa en sangre; obtienen efectos benéficos sobre las respuestas cardiovasculares; aumentan la actividad de las catecolaminas y en consecuencia mejoran los estados depresivos y los trastornos del sueño; el aparato muscular se

fortalece; mejora la flexibilidad corporal, el equilibrio y la velocidad de los movimientos; se obtienen beneficios en la relajación, la reducción del estrés y la ansiedad, mejora el estado del humor; se producen respuestas globales objetivas y subjetivas en la percepción del bienestar general, la salud mental y los elementos cognitivos; aumenta la integración social; se logran muchos amigos; hay un proceso inclusivo en la red y el espacio social, el mantenimiento del rol y la adquisición de nuevos roles y la posibilidad de tener actividades intergeneracionales e, indudablemente, se reduce el número de servicios sociosanitarios consumidos con el concomitante ahorro del dinero personal.

Como se ve, sólo queda por decidirse a hacer algo por uno mismo.

## **ACTIVIDAD FISICA EN ADULTOS MAYORES**

**Para tener una salud integral en la vejez se necesita:  
“Poco plato, mucho trato y mucha suela de zapato”**

Teniendo en cuenta la necesidad impostergable de proporcionar a nuestros adultos mayores, instrumentos de bienestar, mejoramiento de su estado de salud biopsicosocial y calidad de vida, sometemos a vuestra consideración un bosquejo de lo que hemos dado en llamar PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA PARA LA TERCERA Y CUARTA EDAD.

La palabra jubilación, de raíz latina "*aiubilum*" (= júbilo) quiere decir, viva alegría que se manifiesta en signos exteriores.

Sin embargo, la suma de achaques de los viejos sumados a la peor de las situaciones vitales que es la soledad en una "sociedad de solitarios" los lleva a un estado de "egotrip", es decir, a un individualismo con reconocimiento casi en exclusiva de la experiencia individual.

Las personas mayores sanas y más aún las enfermas (50% de los mayores de 70 años y en incremento en la medida en que aumenta la edad) necesitan mantener la capacidad funcional, en este sentido, la actividad física, el deporte, la utilización del tiempo de ocio y la terapia por el trabajo creativo son las herramientas válidas para conseguirlo.

Disminuye o se pierde con la edad: 1) la función cardiovascular; 2) la movilidad articular; 3) la masa muscular; 4) la flexibilidad; 5) la capacidad para el trabajo; 6) el equilibrio y la coordinación motora; 7) la velocidad de reacción y 8) las pautas de conducta.

El deterioro propio de la edad se va exacerbando por la inactividad que va agravando esta disminución de las capacidades funcionales; esta disminución de las capacidades no es sólo fruto del proceso de envejecimiento propiamente dicho, sino del sedentarismo y la inactividad.

La pérdida de las capacidades funcionales, por debajo de ciertos límites, significará -lamentablemente- la pérdida de la independencia, el autovalimiento, la autoestima; aumentará la depresión y los sentimientos negativos ocasionados por la soledad y el aislamiento psicosocial; aumentará la dispensación biomedicalizada de recursos del todo inútiles; someterá al anciano y a su familia a la indefensión y al conflicto intrafamiliar, laboral y social.

Resulta obvio, que el conocimiento de las características biopsicosociales de los viejos en general y de cada uno en particular y el adecuado manejo de los ejercicios y actividades a proporcionar en materia de programación y progresión necesitan de recursos humanos hábiles, acreditados y profesionalizados para este tipo de propuesta de actuación. SALTA, cuenta con una masa crítica de profesores/as especializados y legitimados, muchos de los cuales el que esto escribe ha contribuido a formar. Estos profesores/as están habilitados profesionalmente para realizar trabajo físico sobre gerontes, actividades recreativas, programas de ejercicio o prácticas deportivas.

Al realizar actividad física los adultos mayores, entre otras cosas, regulan mejor los niveles de glucosa en sangre; obtienen efectos benéficos sobre las respuestas cardiovasculares; aumentan la actividad de las catecolaminas y en consecuencia mejoran los estados depresivos y los trastornos del sueño; el aparato muscular se fortalece; mejoran la flexibilidad corporal, el equilibrio y la velocidad del movimiento; se obtienen beneficios en la relajación, la reducción del estrés y la ansiedad, mejora el estado del humor; se producen respuestas globales objetivas y subjetivas en la percepción del bienestar general, la salud mental y los elementos cognitivos; aumenta la integración social; se logran nuevos amigos; hay un proceso inclusivo en la red social, el mantenimiento del rol y la adquisición de nuevos roles y la posibilidad de tener actividades intergeneracionales e, indudablemente, se reducen el número y el costo de los servicios sociosanitarios.

SALTA, tiene algunas características que les son propias: 1) tiene un número importante de Centros Polideportivos barriales muy bien dotados; 2) posee Centros Vecinales amplios con buena capacidad edilicia; 3) muestra una red de Centros de Jubilados considerable en número; 4) exhibe una pródiga naturaleza con clima benigno accesible a escasos minutos del microcentro capitalino; 5) tiene una impronta social y cultural de aceptación del mayor en la convivencia diaria y en todos los ámbitos.

Como se ve, sólo queda por decidirse a hacer algo en este sentido; los viejos quedarán eternamente agradecidos.

**EDUCACIÓN Y RESPONSABILIDAD  
SOCIAL EN  
PROVINCIAS ARGENTINAS MARGINADAS**



**NOS PARECE QUE QUEDA SUFICIENTEMENTE CLARO, DESPUÉS QUE SE REPASA LA PROBLEMÁTICA DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y SU PROYECCIÓN, QUE HAY QUE DAR RESPUESTAS A LOS ADULTOS MAYORES COMO PROTAGONISTAS EXCLUIDOS DE ESTE FENÓMENO SOCIAL DENTRO DEL CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL EN UNA PROVINCIA DEL NOROESTE ARGENTINO COMO SALTA, DE ASUMIR EL CONTEXTO Y LAS PROYECCIONES DE LAS NECESIDADES SOCIOSANITARIAS Y DE CONSUMO DE LAS PERSONAS MAYORES Y LA PROBLEMÁTICA SOSLAYADA DE LOS MAYORES DENTRO DE SU CULTURA Y LA FORMACIÓN PERMANENTE QUE, NECESARIAMENTE, DEBERÍAN TENER PARA OBTENER MAYOR CALIDAD DE VIDA.**

***UNO DE LOS SEÑALAMIENTOS GRAVES Y VERGONZANTES ACERCA DE LA REALIDAD DE SALTA SON “LAS ALTAS TASAS DE ANALFABETISMO Y SU PREDOMINIO ENTRE LAS MUJERES”, EN EL GRUPO ETARIO DE LAS PERSONAS MAYORES***

### ***QUÉ HACER ENTONCES?***

**INCLUIRNOS EN UNA PROPUESTA EDUCATIVA, ALFABETIZADORA Y CULTURAL EN EL MARCO DE LA SOCIEDAD QUE HEMOS DESCRIPTO.**

**FELIZMENTE, LA TERCERA Y EN ALGUNOS CASOS LA CUARTA EDAD SORPRENDE SANAS A LAS PERSONAS MAYORES; ESTAN VIVOS, SON AUTÓNOMOS Y AUTOVÁLIDOS; SUS EXPECTATIVAS ESTAN CENTRADAS EN LAS PRÓXIMAS GENERACIONES - SUS HIJOS Y SUS NIETOS PARA LOS QUE NO ESTAN EN SOLEDAD - Y ESTÁN VIVIENDO, DRAMÁTICAMENTE EN ESTA EPOCA, UNA SERIE DE CARENCIAS Y NECESIDADES DERIVADAS DEL MARCO DE LA POBREZA, LA MARGINACIÓN, LA EXCLUSIÓN SOCIAL Y LA FALTA DE EDUCACIÓN.**

LAS OPORTUNIDADES, EN LA SOCIEDAD ACTUAL, SE BASAN FUNDAMENTALMENTE EN LAS CAPACIDADES ADQUIRIDAS A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN Y DEL CONOCIMIENTO EN GENERAL. CONSEGUIR ESTO SIGNIFICA, NADA MÁS Y NADA MENOS, QUE SER LIBRES, INDEPENDIENTES, PROTAGONISTAS DE LA HISTORIA Y SALIR DE LA POBREZA.

LA POBREZA CULTURAL DERIVADA DE LA FALTA DE EDUCACIÓN ES UNO DE LOS FACTORES DECISIVOS QUE TORNAN IMPOSIBLE ESTAR SALUDABLE Y TENER CALIDAD DE VIDA.

LA MISIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES DE ESTA GENERACIÓN ES CONTRIBUIR PERSONAL Y GRUPALMENTE A TRAVÉS DE GRUPOS Y ORGANIZACIONES A BRINDAR SERVICIOS DOCENTES A LA GENERACION DE ADULTOS MAYORES QUE NO TUVIERON OPORTUNIDADES A SU DEBIDO TIEMPO Y MOMENTO Y PROPENDER A LA EDUCACIÓN PERMANENTE DE NUESTROS VIEJOS EN FORMA TAL VEZ ASISTEMÁTICA, INFORMAL Y ANTINORMATIVA PARA TODOS AQUELLOS QUE MEREcen DIGNIDAD, AUTOESTIMA, RESPETO E INCLUSIÓN SOCIAL. SE TRATA, ENTONCES, DE GENERAR A PARTIR DE ESTA INSTANCIA, UN VOLUNTARIADO DOCENTE EN BENEFICIO DEL DESARROLLO HUMANO DE LAS PERSONAS MAYORES Y DE NUESTRA COMUNIDAD,

APROVECHANDO SUS PROPIOS ESPACIOS SOCIALES Y LAS ORGANIZACIONES QUE LES SON PROPIAS CON LAS QUE SE IDENTIFICAN Y EN LAS QUE PARTICIPAN ACTIVAMENTE (CENTROS DE JUBILADOS Y PENSIONADOS DE LA RED SOCIO SANITARIA) .

## **LOS MAYORES Y LA CULTURA**

El siglo veinte, ya concluído, descubre la existencia y la presencia de los adultos mayores en las sociedades humanas; el siglo veintiuno deberá ser el de la reinserción de estos mismos mayores y los que vendrán en el sentido más integral de la palabra.

Actualmente y cada vez más, los mayores son una fuerza en crecimiento que miran con interés los políticos, los economistas y los agentes sociales.

Se trata, entre otras cosas, de mirar a los mayores no como “mayores-viejos” sino como “mayores-jóvenes” con derecho a brindarse una vida digna y buscar oportunidades de actuación en la sociedad que les toca vivir.

Los mayores no deberían compartir nostalgias entre los miembros de su propia generación, sino ejercitar actividades espiritualmente connotadas en la sociedad plural e intergeneracional. Para ello, debemos abrir puertas, abrir caminos nuevos sin ensanchar el único camino transitado, evitar dirigismos, sostener a los mayores para que sigan entre los suyos y en lo suyo no sólo entreteniéndose, sino enriqueciéndose. Es un estereotipo más, creer que no se puede transformar verdaderamente a una persona mayor sin preparación y sin altas excelencias intelectuales.

En una sociedad como la actual, fragmentada, de cambios acelerados, de puntos de referencia desdibujados, con coordenadas de sentido específico y acotado en términos de especialización en el campo científico, tecnológico y cultural que erosionan y confunden la cosmovisión de la globalización; la presencia de los mayores es un antídoto.

Los eméritos de la vida, del trabajo, de la inteligencia, de la sabiduría de la vida, suelen hablar desde una visión del mundo que, por lo general, conserva una estructura que puede servir, en un momento dado, para no perder el rumbo.

No se trata de que los mayores, por el sólo hecho de serlo, posean el monopolio de la sabiduría de la vida; es cierto que su situación, los libera del engranaje tecnológico que aprisiona más y más al mundo más joven; el tráfigo de la vida actual, el enervante activismo, no ayuda a percibir; la realidad reposada y profunda de los mayores y su protagonismo en la “intrahistoria” permiten una visión de conjunto de las cosas y el hallazgo de su sentido.

La presencia de estos eméritos de la vida en los espacios socioculturales contribuye a su expansión y crecimiento y permite rescatar a los adultos mayores de nuestra tierra para que puedan continuar con su actividad cultural y científica o incursionar en ellas, más allá de los límites que imponen inconsultas decisiones administrativas; favorecerá la aproximación de la inteligencia y la experiencia de los mayores a la gente joven y

estimulará en los mayores su participación, la actividad, el protagonismo y la sensación que hasta ahora tienen de ser extraños al mundo de hoy, de no ser necesarios y útiles, de ser marginados y excluidos.

## **EDUCACIÓN, CANTO Y TEATRO COMO TERAPEUTICA Y ACCION DINAMIZADORA SOCIOCULTURAL EN LA VEJEZ**

En una sociedad “viejista”, intensamente gerontofóbica, en la que se discrimina, excluye, aísla y hasta se victimiza a las personas mayores,

En un modelo prestacional esencialmente biomédico, con excesiva medicalización, que “patologiza” la vejez considerándola una enfermedad y no un proceso normal y característico de las personas que logran alcanzar la mayor edad,

En el contexto actual del envejecimiento poblacional de nuestras comunidades, especialmente las pobres y marginadas, hay que mirar, criticar y autoimponerse un cambio ideológico, estratégico y operativo de un nuevo modelo biopsicosocial,

En las actuales circunstancias de crisis globalizada y multidimensional que, entre otras cosas, involucra a una enorme población altamente envejecida parte importante de la cual es miembro de nuestra comunidad, una alta proporción de adultos mayores – por varias razones – carecen de un instrumento básico para la vida que es la alfabetización,

Así las cosas, hay que tomar la sabia decisión de apostar por la calidad de vida de nuestros viejos y no sólo intentar “reparar” enfermedades,

Los servicios sociosanitarios acotados que se brindan a las personas mayores y en que, la hegemonía biomédica ha descuidado y sigue soslayando las propuestas de actuación psicosociales, culturales, educativas y del tiempo de ocio en sus aplicaciones y efectos terapéuticos y dinamizadores,

En la realidad de los viejos, distintos y especiales, pertenecientes e identificados con una historia sociocultural multiétnica, diferente en cada región del país, sanos o enfermos, viven aislados, inmersos en su vejez llena de necesidades complejas no resueltas por ellos mismos – por que no pueden -, por sus familiares, por las obras sociales, el Estado y la sociedad misma,

Nuestros viejos se han quedado “sin lenguaje” expresivo y receptivo, no se comunican, no comparten, no se asocian, no participan, no se dinamizan, no son activos, sufren el ostracismo generacional que nadie escucha y mitiga; esto se torna peor y más grave cuando hay enfermedades y pobreza, falta de educación y carencia de un instrumento básico de comunicación y pertenencia social como es una adecuada alfabetización,

La expresión corporal, el lenguaje gestual, el movimiento, el ritmo, el canto, la simulación de la lucha por la vida a través de la actividad teatral (escenificación de la propia vida y la de los actores sociales) son, efectivamente, propuestas terapéuticas basadas en la refuncionalización de las aptitudes adormecidas de los viejos.

El canto coral y el teatro es un vehículo inapreciable de cultura y expresión comunitaria; integra, asocia, identifica, activa y aglutina el esfuerzo común.

Estas actividades, sobre todo en mayores, proporciona aprendizajes que intervienen en la regulación de la relajación, vocalización, respiración, dicción, cognición.

También, son un “producto cultural” que se exhibe y que dinamiza socialmente “hacia fuera”, que recrea y señala posibilidades hacia los viejos de las diversas comunidades.

La actividad músico-coral y el teatro crea y recrea espacios sociales de participación, recreación, integración, contención psicosocial y es manifestación expresiva; es disfrute y logro.

Está demostrado, biomédicamente hablando, que las personas mayores pueden aprender siempre y cuando no medien procesos de enfermedad neurológica desestructurante que afecten especialmente la memoria , la ideación, la representación simbólica, el esquema corporal, es decir, la cognición en general.

### **ALFABETIZAR, A LAS PERSONAS MAYORES ES:**

- Dotarlas de un instrumento de comunicación social,
- Brindarles la posibilidad del autovalimiento a más largo plazo,
- Estimular su autoestima y su inserción social y comunitaria,
- Dejar atrás y para siempre la vergüenza “de no ser” que lleva a la soledad y la exclusión familiar y social,
- Cultivarse, disfrutar, discriminar y elegir,
- Utilizar un instrumento operacional para la vida cotidiana aboliendo la “ceguera intelectual”,
- Abrir el panorama al disfrute, el gozo, la pertenencia, la opinión y recuperar la individualidad sin dependencia,
- Es proporcionar calidad de vida.



## **DISEÑO Y AYUDAS TÉCNICAS para personas mayores y discapacitados**

*DEBEMOS PROPONERNOS DISEÑAR, FABRICAR Y DISPENSAR TECNOLOGÍAS, AYUDAS TÉCNICAS, INSTRUMENTOS, APARATOS, MOBILIARIO PARA PERSONAS MAYORES Y PERSONAS DISCAPACITADAS.*

*EL CONCEPTO DE “TÉCNICA”, NO ES NI MÁS NI MENOS QUE LA UTILIZACIÓN –EL BUEN USO- DE LAS CAPACIDADES HUMANAS EN FUNCIÓN DE SU CALIDAD DE VIDA EVITANDO, AL MISMO TIEMPO, LA EXCLUSIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS DIFERENTES.*

*MUCHAS VECES, SE DISEÑAN Y SE PROPONEN TODO TIPO DE COSAS DESDE EDIFICIOS, MOBILIARIOS, UTENSILIOS, HERRAMIENTAS, APARATOS QUE SUELEN SER ATRACTIVOS, DE BAJO COSTO, PERO QUE SÓLO MUESTRAN UN CONCEPTO ESTÉTICO, DE BELLEZA, PERO NO FUNCIONALES EN SU UTILIZACIÓN.*

SE DISEÑAN HOSPITALES, TEATROS, VIVIENDAS, BAÑOS, TRANSPORTE PÚBLICO Y PRIVADO DE PASAJEROS, ETC. QUE NO PODRÁN SER UTILIZADOS POR LAS PERSONAS MAYORES O POR PERSONAS CON DISCAPACIDADES CRÓNICAS O TEMPORALES.

LA “ACCESIBILIDAD” A LOS OBJETOS DE LA VIDA DIARIA ESTÁ DETERMINADA POR EL DISEÑO DE LO QUE SE FABRIQUE Y ESTO ESTÁ, A SU VEZ, CONDICIONADO POR LAS NECESIDADES FUNCIONALES PERSONALIZADAS DEL USUARIO.

SI UN SER HUMANO NO PUEDE USAR LO QUE LE RODEA, QUEDA EXCLUIDO DE LA VIDA PROPIA Y DEL ENTORNO SOCIAL; SE EXPONE A RIESGOS AL NO CONTAR CON LOS MEDIOS PROPIOS Y ÚTILES PARA SU VIDA (CAÍDAS, TRAUMATISMOS, QUEMADURAS, FALTA DE AUTONOMÍA, EXACERBACIÓN DE LA DISCAPACIDAD, AISLAMIENTO, DEPRESIÓN PSÍQUICA, DESVALIMIENTO Y PÉRDIDA DE LA AUTOESTIMA).

UN BUEN DISEÑO Y UNA BUENA FABRICACIÓN DE UN PRODUCTO SE CONVIERTE EN UN “BUEN OBJETO DE USO”, MEJORA LAS CONDICIONES

DE VIDA DE LAS PERSONAS, LA HACE MENOS COSTOSA, MENOS RIESGOSA, MÁS SOSTENIBLE Y MÁS INDEPENDIENTE.

LOS DISEÑOS DEBEN BASARSE EN:

LA SIMPLIFICACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO, EVITANDO LA COMPLEJIDAD DE SU USO,

EL DISEÑO DEBE AJUSTARSE A LAS CAPACIDADES DE INTERACCIÓN DEL USUARIO EN SU MEDIO HABITUAL,

LA ELECCIÓN DEBE SER “PRESELECCIONADA”, EN FORMA CLARA Y PERSONALIZADA, A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO DE LAS NECESIDADES INDIVIDUALES DEL USUARIO,

ES NECESARIO EDUCAR Y ENTRENAR PARA LA UTILIZACIÓN DEL PRODUCTO,

ES NECESARIO CONDICIONAR Y AJUSTAR LOS MODELOS EN FUNCION DE LA EXPERIENCIA PREVIA Y LAS EXPECTATIVAS DEL USUARIO,

CONVIENE, NECESARIAMENTE, FACILITAR LA CORRECCIÓN DE ERRORES QUE SE COMETAN, HASTA TANTO CONCLUYA EL PERÍODO DE ADAPTACIÓN Y UTILIZACIÓN DEL PRODUCTO.

## **LOS CENTROS DE JUBILADOS Y**

## LA RED SOCIAL

**Se ve con intensa preocupación lo siguiente:**

- QUE HAY UNA BAJA PARTICIPACIÓN DE LOS ASOCIADOS A LOS CENTROS DE JUBILADOS AUN LOS QUE ESTÁN SIENDO APOYADOS Y SOSTENIDOS POR INSTITUCIONES,
- QUE LOS CENTROS DE JUBILADOS NO ESTAN SOLAMENTE PARA ENTREGAR BOLSONES DE COMPLEMENTO ALIMENTARIO O SERVIR DE VINCULO CON LA SEGURIDAD SOCIAL Y LAS OBRAS SOCIALES,
- QUE LOS CENTROS DE JUBILADOS, QUE CUESTAN BASTANTE DINERO PARA SU MANUTENCIÓN, DEBERIAN ESTAR ABIERTOS TODOS LOS DIAS Y CADA DIA PARA QUE LOS MAYORES SE ENCUENTREN EN UN ESPACIO SOCIAL DE CONVIVENCIA Y RECIBAN LOS APOYOS QUE MERECEAN,
- QUE LOS CENTROS DE JUBILADOS QUE TIENEN “PERSONERÍA JURÍDICA”, SON RESPONSABLES ANTE SÍ MISMOS Y ANTE LA LEY DE LO QUE HAGAN PARA BIEN O PARA MAL,
- QUE LOS CENTROS DE JUBILADOS NO SON “SUCURSALES” DE LAS INSTITUCIONES AUSPICIANTES,
- QUE LOS CENTROS DE JUBILADOS DEBEN DESARROLLARSE POR SÍ MISMOS, GENERAR SUS PROPIOS PROYECTOS Y ACCIONES Y NO DEPENDER EXCLUSIVAMENTE DE INSTITUCIONES U ORGANIZACIONES QUE ACTUALMENTE Y POR MUCHO TIEMPO, NO TIENEN LOS RECURSOS SUFICIENTES PARA ATENDER LAS NECESIDADES CRECIENTES,
- QUE LOS CENTROS DE JUBILADOS ESTAN FORMADOS POR PERSONAS JUBILADAS Y QUE SUS NECESIDADES, PROYECTOS, RECLAMOS DEBEN SER CANALIZADOS DIRECTAMENTE A LAS

ORGANIZACIONES DE MAYORES QUE LOS REPRESENTAN Y TAMBIEN INTENDENTES DE CADA COMUNIDAD, REDES SOCIALES DE CARITAS PARROQUIAL, ETC. Y NO SOLA Y EXCLUSIVAMENTE A LAS INSTITUCIONES U ORGANIZACIONES QUE LOS AUSPICIAN,

- QUE LOS MIEMBROS DE LOS CENTROS DE JUBILADOS SOLO PODRAN REIVINDICAR SUS DERECHOS AMPARADOS POR LA CONSTITUCIÓN NACIONAL ARGENTINA Y LAS CONSTITUCIONES PROVINCIALES, EN LA MEDIDA QUE SE ORGANIZEN Y TOMEN CONCIENCIA QUE DEBEN PARTICIPAR,
- QUE CUBRIR EL ESPECTRO TAN AMPLIO DE LAS NECESIDADES DE LOS MAYORES ES, EN TODO CASO, DIFÍCIL Y COSTOSO Y HAY OTRAS INSTITUCIONES, ORGANIZACIONES Y ACTORES SOCIALES A LOS QUE SE PUEDE SOLICITAR APOYOS.

## **ACERCA DE LA MUERTE**

*“Recuerde el alma dormida,  
avive el seso y despierte,  
contemplando  
cómo se pasa la vida,  
cómo se viene la muerte  
tan callando”*

**Jorge Manrique**

*“Cómo de entre mis manos te resbalas,  
oh cómo te deslizas edad mía;  
qué mudos pasos traes, oh muerte fría,  
que con callado pie todo lo igualas”*

**Quevedo**

LOS ANIMALES SE MUEREN Y LOS HOMBRES “SABEMOS” QUE NOS  
VAMOS A MORIR.

LOS HOMBRES VIVIMOS LUCHANDO POR NO MORIR Y A LA VEZ  
PENDIENTES DE QUE EN CUALQUIER MOMENTO TENDREMOS QUE  
MORIR.

EL HOMBRE TIENE EXPERIENCIA, MEMORIA Y PREMONICIÓN CIERTA DE  
LA MUERTE.

LOS HUMANOS NO SÓLO TRATAMOS DE PROLONGAR LA VIDA, SINO  
QUE NOS REBELAMOS CONTRA LA MUERTE, NOS SUBLEVAMOS CONTRA  
SU NECESIDAD, INVENTAMOS COSAS PARA CONTRARRESTAR EL PESO  
DE SU SOMBRA.

NOSOTROS PRETENDEMOS...LA INMORTALIDAD.

NUNCA LOS HOMBRES SE LIMITAN A DEJARSE VIVIR.

MORIR NO ES SIMPLEMENTE UN INCIDENTE BIOLÓGICO MÁS SINO EL SÍMBOLO DECISIVO DE NUESTRO DESTINO, A LA SOMBRA DEL CUAL Y CONTRA EL CUAL EDIFICAMOS LA COMPLEJIDAD SOÑADORA DE NUESTRA VIDA.

REMEDIOS REALES Y EFICACES CONTRA LA MUERTE PARECE QUE NO HAY NINGUNO, SÓLO REMEDIOS SIMBÓLICOS COMO LOS RELIGIOSOS Y LOS SOCIALES.

LAS SOCIEDADES HUMANAS FUNCIONAN SIEMPRE COMO MÁQUINAS DE INMORTALIDAD.

EL GRUPO SOCIAL SE PRESENTA COMO LO QUE NO PUEDE MORIR, A DIFERENCIA DE LOS INDIVIDUOS, Y SUS INSTITUCIONES SIRVEN PARA CONTRARRESTAR LO QUE CADA CUAL TEME DE LA FATALIDAD MORTAL.

LA MUERTE ES OLVIDO, BORRA TODA DIFERENCIA PERSONAL Y TODO LO IGUALA.

LA MUERTE ES INSENSIBILIDAD Y MONOTONÍA; ES SILENCIO; NOS DESPOJA DE TODO.

SIEMPRE ESTAMOS INVENTANDO COSAS NUEVAS Y GESTOS INÉDITOS CONTRA LAS ABORRECIDAS POMPAS FÚNEBRES DE LA MUERTE.

LOS HOMBRES LLEGAN A MORIR CONTENTOS EN DEFENSA Y BENEFICIO DE LAS SOCIEDADES EN LAS QUE VIVEN; ENTONCES, LA MUERTE YA NO ES UN ACCIDENTE SIN SENTIDO.

LA SOCIEDAD REPRESENTA, COLECTIVAMENTE, LA NEGACIÓN DE LA MUERTE.

LA VIDA TIENE SENTIDO Y SENTIDO ÚNICO; VA HACIA DELANTE, NO HAY MOVIOLA, NO SE REPITEN LAS JUGADAS NI SUELEN PODER CORREGIRSE. POR ESO HAY QUE REFLEXIONAR SOBRE LO QUE UNO QUIERE Y FIJARSE EN LO QUE SE HACE.

¡MÁS RAZONABLE SERÍA PREGUNTARNOS SI “TIENE SENTIDO LA MUERTE”, SI LA MUERTE “VALE LA PENA”, PORQUE DE ÉSA SÍ QUE NO SABEMOS NADA, YA QUE TODO NUESTRO SABER Y TODO LO QUE PARA NOSOTROS VALE PROVIENE DE LA VIDA! (Samuel Butler).

SÓLO ES BUENO EL QUE SIENTE UNA ANTIPATÍA (NO MIEDO) ACTIVA POR LA MUERTE.

DESCONFÍO DE TODO LO QUE DEBE CONSEGUIRSE GRACIAS A LA MUERTE.

LO QUE INTERESA NO ES SI HAY VIDA “DESPUÉS” DE LA MUERTE, SINO QUE HAYA VIDA “ANTES” Y QUE ESA VIDA SEA BUENA, NO SIMPLE SUPERVIVENCIA O MIEDO CONSTANTE A MORIR.

VIVIR NO ES UNA CIENCIA SINO UN ARTE.

**Fernando Savater**

**LA MUERTE Y LA VEJEZ**



*“La inmortalidad es incapaz de consolarnos de la muerte,  
cuando se ama tanto la vida”*

*Simone de Beauvoir*

“Ya tiene edad de morir”; triste estereotipo acuñado nadie sabe por quién ni dónde. Ningún anciano es lo suficientemente viejo para convertirse en un muerto; ni ellos mismos piensan que han llegado a una edad avanzada para morir. Este es un estereotipo más; un prejuicio no menor de la sociedad humana que en gerontología social se denomina “vejismo o edadismo”.

Esta actitud psicosocial determina un desgarrador exilio anticipado de la vida generado por todos aquellos que todavía no han tenido el privilegio de envejecer.

Se muere siempre de algo; pero no se muere por haber vivido, ni de vejez. La muerte es, en todo caso, el precio final de haber nacido y sobreviene “a cualquier edad”.

La muerte es un accidente que debiera ser aceptado por más que se la considere una “violencia indebida” que no sólo le sucede a los demás sino a uno mismo, en forma ineluctable e intransferible; morir es un acto solitario. Si internalizáramos solamente esto, nos permitiría rescatar el alto significado de la vida, de cada instante de felicidad, de la compañía de nuestros seres queridos, de compartir soslayando la superficialidad de la vida cotidiana y las contingencias propias de la lucha por la vida.

El tiempo se desvanece tras la muerte; mientras la edad aumenta, el pasado se contrae y las pérdidas sucesivas dentro de una misma generación se acumulan y entran en el olvido.

#### AFERRADOS A LA VIDA

La mayoría de los seres humanos no somos especiales, no tenemos notoriedad y fama, no somos personajes; tenemos –y no es poco- el inmenso privilegio de haber vivido y con suerte, esfuerzo y creatividad, el de trascender después de la muerte; por ello los antiguos decían “obras son amores”.

La vida es una aventura compartida común a todos; la muerte se la vive solo. Es inútil, desgarrador y angustiante integrar la muerte con la vida y tratar de conducirse de modo

racional frente a la primera. Acepto la muerte pero no la acepto; esto es una verdadera confusión de sentimientos. Tiene razón nuestro cantautor argentino cuando dice “La mitad de mi muerte empezaré a morir a partir de mañana. La mitad de mi vida empezaré a vivir...a partir de mañana” (Alberto Cortez).

A pesar de la edad, de los achaques, de los malestares –normalmente- todos estamos aferrados a la vida. La acumulación de los años y de las enfermedades parece que son visualizadas, sentidas e interpretadas por las personas más jóvenes como que el adulto mayor tiene una “pequeña vida”, acotada, inútil, inconducente; el estereotipo se transforma en una actitud gerontofóbica y tanatofóbica ante la insoportable proyección de uno mismo frente a la vejez y a la muerte: es la imagen de uno mismo a futuro.

Todo envejece con el paso de los años: las paredes de las casas, los muebles, los objetos queridos a los que estamos apegados, los amigos, la pareja...acercándonos a la punta del ovillo.

Para algunos, con la muerte termina el calvario. Otros, memoriosos y agradecidos a la vida, asumen dulcemente el final anunciado.

Es buena la obstinación en amar la vida, considerarse joven a perpetuidad y tener la preocupación y la ocupación de no tener nunca la vida resuelta, cerrada, pasiva; no conviene ni es agradable carecer de mañana.

Nada tiene que ver y no es beneficioso, contrastar asiduamente la verdad del cuerpo sufriente o lastimado con el júbilo de vivir.

## RENOVADA EXPECTATIVA

La vida del viejo no es una estúpida inercia para sí mismo y para la sociedad en la que debe vivir, participar, compartir y no simplemente “estar”. No se puede vivir en una carrera entre la vida y la muerte; no se vive y sí se muere un poco todos los días.

La vejez es un pacífico acuerdo con uno mismo. La mirada se hace complaciente, las pasiones fútiles disminuyen o desaparecen, el equilibrio reina, lo importante prevalece por sobre lo pretendidamente urgente, las pequeñas cosas –que generalmente no se venden ni se compran- alcanzan niveles de satisfacción y placer inusuales para otras edades; el instante entusiasmo, la reparación de las culpas no tiene significación, el

miedo a la palabra condenable pronunciada desaparece, el silencio es administrado por uno; el absoluto es uno mismo.

La vejez no debería estar agazapada en habitaciones cerradas, en el secreto científico de las clínicas y los hospitales, en el ostracismo de un mundo arrogante y lujoso, en la implacable rutina de no ser y no ser reconocido, en la inmersión solitaria en la sociedad y sus instituciones tratado como objeto indefenso a merced de soluciones impuestas por los aparatos y sistemas sociosanitarios. Hay que hacer el esfuerzo de apartar el biombo que separa a la vejez de la vida, aún en la cama del moribundo.

La vejez no es un proceso de resurrecciones sucesivas de las enfermedades, ni una apuesta para sobrevivir entre el sufrimiento y la muerte, ni en ser víctimas eternas de nuestras propias contradicciones históricas irresueltas; es vivir con una equilibrada, sosegada y satisfecha expectativa de renovados amaneceres.

## **REFLEXIONES ACERCA DE LA MUERTE**

***“...lo específicamente humano es  
creer en la muerte.”***

***Antonio Machado***

En otras páginas, nos referimos a “La Muerte y la Vejez”, parece oportuno, continuar haciéndolo a través de reflexiones propias y tomando aspectos que se refieren a ella, parafraseando libremente a uno de los grandes escritores en nuestra lengua como Antonio Machado.

El temor por el futuro o el de carecer de él, genera el temor a seguir viviendo; a cualquier edad, la autopercepción de las condiciones del estado y el grado de operatividad de la actividad de la voluntad es un recurso útil y conveniente para autoimpulsarse a caminar por la vida aunque se esté esperando la muerte.

Las experiencias afectivas de amor, odio, culpa, simpatía o antipatía con, aversión, amistad, duelo, preocupación, forman parte inseparable de la constelación emocional de los seres humanos; el interés permanente por las cosas y por la relación con el prójimo es el vector central de la predisposición por la vida pese al hecho cierto de nuestra finitud.

En todo caso, es bueno intentar seguir siendo lo que uno es, respetando la esencia de uno mismo pese a las razones exteriores que aparentemente nos lo impiden.

*“Vivir es devorar tiempo: esperar; y por muy trascendente que quiera ser nuestra espera, siempre será espera de seguir esperando.”*

*La muerte, es un fenómeno frecuente y, al parecer, natural. La muerte no es tema para jóvenes, que viven hacia el mañana, imaginándose vivos indefinidamente más allá del momento en que viven y saltándose a la torera el gran barranco en que pensamos los viejos.*

De la muerte decía Epicuro que es algo que no debemos temer, porque mientras somos, la muerte no es, y cuando la muerte es, nosotros no somos. La muerte va con nosotros, nos acompaña en vida; ella es, por de pronto, cosa de nuestro cuerpo. No

hemos de negar, mientras vivimos, nuestro trato con la muerte y mucho menos faltarle el respeto a tan fiel compañera; por eso Jorge Manrique decía:

... *Buen caballero,*  
*dejad el mundo afanoso*  
*y su halago;*  
*muestre su esfuerzo famoso*  
*vuestro corazón de acero*  
*en este trago.*

¡Hay que vivir! Debe ser el grito de bandera, aunque siempre hay hombres que se deciden a matarse.

Sin el tiempo, el hombre y el mundo perdería la angustia de la espera y el consuelo de la esperanza. Cuando pensamos en el tiempo, nos damos cuenta de la pura sucesión irreversible de nuestra vida.

Hay duelos con llanto y otros sin él; de cualquier modo, con llanto o con un memorioso recuerdo, evocamos a nuestros muertos procurando recordarlos bien. Tal vez, lo más importante sería oponerse aún con una estoica resignación a un fallecer oscuro e insignificante. Antes que esto ocurra, sería bueno repensar lo pensado, desaber lo sabido y dudar de la propia duda, que es el único modo de renovarse y creer en algo.

Lo irremediable del pasado, de un pasado que permanece intacto, inactivo e inmodificable, es un concepto demasiado firme para que pueda ser desarraigado de la mente humana y, en todo caso, es la atadura que nos vincula a nuestra propia historia antes de convertirnos en parte de ella si nos hemos justificado en vida.

La vida es una tarea inacabable que termina con la muerte; estamos totalmente zambullidos en el tiempo y obligados a vivirlo minuto a minuto. El tiempo psíquico coincide con nuestra impaciencia, esa impaciencia mal definida que algunos llaman angustia y en la cual, peligrosamente, comenzamos a ver un signo revelador de la gran nostalgia del no ser. El hombre es el animal que mide su tiempo y que pelea con la razón; el hombre no hubiera inventado el reloj si no creyera en la muerte. El reloj es, en efecto, una prueba indirecta de la creencia del hombre en su mortalidad; sólo un

tiempo finito puede medirse. Nuestros relojes nada tienen que ver con nuestro tiempo, realidad última de carácter psíquico, que tampoco se cuenta ni se mide.

Muchos envejecemos cerrando el grifo de nuestros entusiasmos; solemos ser injustos con nuestro tiempo y en la última etapa, recordamos las primeras como las mejores; la juventud y la vejez son etapas y papeles que reparte la vida y que no siempre coinciden con nuestra vocación.

“Convencido el hombre de la brevedad de sus días piensa que podría alargarlos por la vía infinitesimal, y que la infinita divisibilidad del espacio, aplicada al tiempo, abriría una brecha por donde vislumbrar la eternidad”.

El hombre es el único animal que quiere salvarse, sin confiar para ello en el curso de la naturaleza. El hombre tiene una proverbial desconfianza de su propio destino y adolece de una permanente incertidumbre de su pensamiento pero tiene voluntad de vivir no como deseo de perseverar en su propio ser, sino más bien de mejorarlo.

Shakespeare decía por boca de Macbeth: la vida es un cuento dicho por un idiota; un cuento lleno de estruendo y furia, que nada significa. Lo insignificante no es el hombre, sino el mundo; pese a lo efímero de la vida humana, la suprema importancia la tiene el hombre.

*“¿ Tan seguros estamos de la muerte, que hemos acabado por no pensar en ella? Pensamos en la muerte. La muerte es en nosotros lo pensado por excelencia y el tema más frecuente de nuestro pensar. La llevamos en el pensamiento, en esa zona inocua de nuestras almas en la cual nada se teme ni nada se espera. La verdad es que hemos logrado pensarla y hemos acabado por no creer en ella.”*

El hombre no ha llegado a la idea de la muerte por la vía de la observación y de la experiencia; es una idea apriorística que la encontramos en nuestro pensamiento y es objeto de creencia y no de conocimiento.

El mundo como ilusión y el mundo como realidad son igualmente indemostrables; lo inquietante no es poder pensar lo uno y lo otro, merced a un empleo inmoderado de la razón, sino agitarse entre creencias contradictorias.

Finalmente, si hemos de navegar en los altos mares de la vida, necesitamos anchura de velas pues, de última, somos genio y figura hasta la sepultura.

**SOBRE LA MUERTE, LA TAREA DE MORIR  
Y LA VEJEZ**

Los aspectos que deberíamos plantear al hablar de este tema, nos parecen los siguientes:

- Hay muchas dificultades para hablar del tema,
- Todos tenemos fantasías persecutorias frente a la muerte y mecanismos defensivos de negación y evitación,
- La muerte tiene una presencia inexorable y cercana en la vejez,
- El trabajador gerontológico-geriátrico, debe tener una clara y profunda comprensión del tema ya que se ve, permanentemente, en contacto con la tarea de morir y la muerte (debe aceptar su propia condición de mortal y estar lo suficientemente maduro personalmente), DEBE INTERVENIR SIN INTERFERIR, ACOMPAÑAR SIN INVADIR, CONTENER SIN RETENER, SOLTAR SIN EMPUJAR,
- La muerte tiene contenidos y representaciones diferentes según la cultura,
- La muerte es un hecho individual y solitario que supera la omnipotencia de la ciencia y la tecnología,
- La muerte en casa y en el hospital,
- El lugar para morir, su escenario y sus protagonistas,
- Dónde y como enterrar a los muertos,
- La importancia del duelo,
- La buena y la mala muerte,
- El proceso de morir y la importancia de protagonizar la propia muerte,
- El proceso de morir: negación-aceptación,
- Los miedos a la muerte: al sufrimiento, a lo desconocido, al vacío, al destino del cuerpo, a lo que se pierde, a lo que se afronta.



Toda persona y especialmente todo viejo se enfrenta con la tarea de morir y con la muerte misma. Esta cuestión es compleja y confusa y forma parte inexcusable de la tarea de la “gerontología de intervención”.

Hay viejos que hablan de su muerte próxima, la anuncian y se preparan; otros la niegan sistemáticamente. Están los que mueren sorpresivamente y los que mueren lentamente. Hay quienes luchan desesperadamente y se aferran a la vida y hay quienes se entregan mansamente. Hay quienes deciden morirse y otros que mueren a pesar de ellos. Están los que temen morir; están los que consideran la muerte como un hecho natural, necesario, y otros que no le encuentran sentido alguno. Para algunos es el final, para otros un tránsito. Puede ser esperanza, resignación, liberación o sufrimiento.

El morir adquiere un modo personal, con contenidos propios que tienen mucho que ver con los modos de haber vivido; pero también es un hecho social que acontece en un contexto socio-cultural (el hombre actual enfrenta la muerte como un destino individual cargado de contenidos de soledad, vacío y pérdida). En las sociedades antiguas la muerte era aceptada; actualmente es temida y negada; por eso, se rechaza y aísla al viejo a quien se asocia con la muerte y sus fantasmas.

La muerte natural no está incorporada a la vista cotidiana, abandonó el escenario natural de la propia casa, ocurre mayormente en un hospital, a espaldas y a escondidas. La muerte es considerada como un fracaso de los recursos técnico-científicos que como el natural final de una vida humana. La negación de la muerte lleva al “encarnizamiento terapéutico”.

La tarea de morir, supone cinco fases:

1. Negación (no, yo no, no puede ser); se intenta rechazar una realidad que, generalmente, aparece como un diagnóstico médico,
2. Ira, rabia, envidia, resentimiento (por qué a mí?),

3. Regateo (implorar a Dios, al médico, promesas...),
4. Depresión (duelo por el pasado y por la inminente pérdida de la vida),
5. Aceptación (actitud pacífica de entrega y decatexis –gradual incomunicación con el entorno-).

Cada uno debe tener el derecho de morir con su propio estilo: “...quiero morir de mi propia muerte, no de la muerte de los médicos...” (R. M. Rilke).

La muerte de nuestros propios padres marca un momento crítico en la relación con nuestra propia muerte; cuando esto sucede avanzamos hacia la primera línea de fuego, empujados, al mismo tiempo, por el crecimiento de nuestros propios hijos.

Definir el lugar que nos corresponde después de la muerte, influye enormemente en el proceso de morir. Muchos viejos se tranquilizan una vez que han decidido el destino de sus restos y sus pertenencias. Sin embargo, en otros, estas preocupaciones adquieren un carácter obsesivo-compulsivo que, en el fondo, es una defensa frente al miedo a la muerte. El modo de encarar la muerte puede ser un acto de amor o de hostilidad y venganza hacia los deudos.

Los viejos que logran hacer un trabajo de integración de lo vivido a través de las reminiscencias son, por lo general, los que mejor aceptan la muerte.

La aceptación de la muerte no significa la ausencia total del miedo a la muerte; cuanto más acompañado se siente el viejo mejor podrá afrontar el inevitable miedo a la muerte (los familiares y los amigos del viejo son irremplazables en este sentido).

El trabajador gerontológico, va acumulando con los años una importante cantidad de muertes (llevan un cementerio a cuestas) por ello hay que preservar su salud mental, ayudarles a elaborar su propia condición de mortales y garantizar una mayor comprensión para su trabajo con los viejos.

## **LA MUERTE O LA SUPREMACIA DE LA VIDA**

Ante la explosión sociodemográfica de las personas mayores en el mundo y ante la mirada acotada casi exclusivamente a los aspectos biológicos del proceso de envejecimiento (mirada que, lentamente, está cambiando) cabe la reflexión acerca de la conveniencia de evitar la organización del planeta en términos de un inmenso hospital, una gigantesca clínica o en inconmensurables ghettos periurbanos para depositar y contener a los viejos.

Todos queremos, a cualquier costo, vivir y no nos resignamos a reconocer en la muerte el atributo más esencial, definitivo, inevitable y absoluto de la vida.

El fenómeno del morir se va produciendo desde el momento de la concepción; la vida es un móvil en trayectoria; la vida está lanzada en una dimensión temporal y se gasta, incluye riesgo, esfuerzo, peligros. “El valor supremo de la vida - como el valor de la moneda consiste en gastarla - está en perderla a tiempo y con gracia. De otro modo, la vida que no se pone a carta ninguna y meramente se arrastra y prolonga en el vacío de sí misma, ¿qué puede valer?” (José Ortega y Gasset).

La moral de la vida no es la de la vida larga sino la de la vida digna, gratificante, trascendente, expuesta con sentido. Innumerables elementos de tecnología médica, hospitales de alta complejidad, seguros de vida individuales y colectivos, etc., etc. han hecho que, entre otras cosas, trasloquemos la idea de la curación de las enfermedades por la idea de huir o combatir la muerte a ultranza.

La inevitabilidad del fin parece no querer reconocerse; más que huir de la muerte vale la pena fomentar el arte de morir y acompañar debidamente al moribundo.

La inmortalidad es sobrehumana e inexistente, por ello conviene humanizar la muerte; mientras la muerte llega, seamos poetas (creadores, artífices) de la existencia y demos nuestro permiso para usar la muerte, aprovecharla, emplearla.

Frente a una cultura de utilidades y utilitarismos, de medios y mediática; esbozemos y confirmemos una mirada de postrimerías, dure lo que dure la vida, planteada desde la “levedad del ser”. Este acerto de por sí, una vez internalizado, nos llevará a la conciencia la supremacía de la vida sobre la muerte.

El afán casi adictivo de divinizar la tarea o el trabajo que realizamos sobre esta tierra, la enfermedad de no contentarnos jamás con lo que cada cual es, la falta de sosiego y las detenciones necesarias en la loca carrera por vivir para mirar, contemplar y reflexionar hacen de la vida, muchas veces, un tormento de intrincado tejido que aprisiona y asfixia.

La vida suele no ser el imperio de la piedra, la geometría, el orden y la norma. El decurso de la vida y su perspectiva es complicada y, sin querer, entramos en la contradicción seductora de cambiar realidad por puntos de vista, opinión por argumento y entramos en colisión con o sin culpa.

La vida mejor sazonada depende de nosotros mismos, del aporte de nuestra generación y de lo rescatable del pasado.

El hombre no puede ni debe, llevar “a costas” su vida como un esclavo en pos de su liberación; cuando la alegría de vivir se esfuma el alma se achica y se esconde en un rincón de la cárcel de nuestro propio cuerpo.

Se puede cambiar y descubrir la supremacía de la vida por medio del dolor propio o ajeno y habitualmente en soledad.

Lo mejor que podemos hacer con nuestro pasado es congratularnos de que efectivamente haya pasado; del pasado sólo nos quedará lo que realmente interesa por su calidad íntima y propia y por las resonancias afectivas que nos provoquen.

La vida no es un conjunto de catedrales románicas sino un permanente balbuceo, a veces heroico, de trayectoria larga o corta, de caminos la más de las veces serpenteantes con costas y pendientes que andamos a tientas, a locas o con racionalidad, de a pasos firmes y a marcha constante o a tropezones; dejamos en el camino el cuero y el alma. De todos modos es nuestra vida y vale la pena vivirla.

La vida cobra sentido cuando se hace de ella una aspiración sublime.

Esta época, que nos marca la necesidad de ser eficaces y de triunfar en la sociedad nos despoja tiránicamente de nuestra imperiosa necesidad de formular nuestra propia vida; parece ser que debemos “flotar” para vivir y sobrevivir y para ello “es imprescindible tener mal corazón, buen estómago y un cheque en el bolsillo”.

Frente a la muerte está el espíritu de la vida que consiste en esfuerzo, ímpetu y dinamicidad; es mejor preferir ser fieles al destino individual aun que cueste renunciar al triunfo en la sociedad.

Cuando llegamos a viejos y dejamos de ser lo que nos han enseñado, conviene evitar el frío moral y la congelación del alma por más que la nieve nos halla blanqueado la cabellera.

## DE LA ENFERMEDAD

La naturaleza del hombre es constitutivamente vulnerable y por ello hay una disposición física, psíquica y social al padecimiento de enfermedad.

“La enfermedad humana es un modo aflictivo y anómalo del vivir personal, reactivo a una alteración del cuerpo, en el cual padecen las funciones y acciones vitales y por el cual el individuo afecto vuelve al estado de salud (enfermedad curable), muere (enfermedad mortal) o queda en deficiencia vital (enfermedad cicatrizal) “ (P. Laín Entralgo).

El fenómeno de la enfermedad no sólo traduce la agresión, la injuria, la lesión o el deterioro de la condición corpórea de la existencia humana, sino también la “vivencia” de estar enfermo y las consecuencias –hacia adentro y hacia fuera- a partir de esta vivencia en lo psicológico y social.

Estar enfermo es sentirse vulnerable, es decir, darse cuenta de un modo exacerbado y penoso de la fragilidad de la existencia humana, de la susceptibilidad ante la agresión y de la posibilidad cierta de la destrucción y la muerte.

La experiencia de estar enfermo no sólo hace que el hombre padezca y se apropie de la enfermedad en términos de vida personal sino que, además, este mismo ser humano “hace” e interpreta la enfermedad colocándola en la trama de su vida; por ello, la enfermedad tiene un carácter individual y personal; se enferma la persona de manera unívoca e integral.

La experiencia de enfermar no sólo demuestra la vulnerabilidad y lo dolorible de padecerla sino que revela, dramáticamente, que la existencia, la vida, vale.

La enfermedad es una alteración a la vez de hecho y eventual y, en todo caso, muestra la inestabilidad constitutiva del ser humano.

La enfermedad altera la consistencia endeble de la estructura, de modo desordenado, en lo biológico, psicológico y social. La integralidad funcional, con suerte, será reparada o compensada para reencontrarnos con la salud, con “la estabilidad inestable”.

La enfermedad desquicia la seudoperfección de la realidad sustantiva, perturba la expresión , degrada físicamente y, ante esto, la persona enferma tiene pocas alternativas: acepta y se apropia de la enfermedad incorporándola a su vida; la aborrece o se niega a poseerla como suya.

La enfermedad es individual (como la muerte) porque tiene que serlo, porque no puede no serlo pero, también, crea la condición y el sentido de “hombre sanable” que es, finalmente, lo que justifica y legitima la posibilidad de curar y a lo que llamamos medicina.

# **SUBJETIVIDAD POSMODERNA**

## **SUSTITUCIÓN DE LA SUBJETIVIDAD POSTMODERNA**

### **EJES DEL CAMBIO**

#### **SALUD MENTAL**

- **DSM**
- **Psicofármacos**
- **Neurociencias y química cerebral**
- **Rechazo de la subjetividad**

#### **PROGRESO DE LA CIENCIA**

- **Uniformidad**
- **Deber**
- **Anulación de la subjetividad**

#### **CONSUMOS**

- **Toxicomanías**
- **Alcoholismo**
- **Anorexia –Bulimia**
- **Etc.**

#### **FAMILIA**

- **Cambios**
- **Disolución**
- **Reformulación**



## NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA

Muchas de las conductas anormales de las personas y muchos de sus síntomas pueden residir y explicarse, en forma parcial o total, por una disfunción o un daño neurológico, en particular de la corteza cerebral (una cantidad significativa de personas que sufren de tumores cerebrales buscan asistencia psiquiátrica).

Cuanto más graves son los síntomas funcionales de la conducta alterada, tanto más grande es el peligro que se pase por alto una causa orgánica.

En la población que acude en busca de psicoterapia, los trastornos neurológicos crónicos moderados se presentan con más frecuencia que los estados neurológicos agudos. Muchas veces, las repercusiones de estos problemas sobre la conducta son interpretados, erróneamente, como síntomas psicogénicos. De este modo, se produce una zona ambigua en términos de diagnóstico y tratamiento del problema que la “separación” por incumbencia profesional, conocimientos, metodología y mirada entre la neurología, la psiquiatría y la psicología agravan al paciente o lo transforman en un peregrino que transita de profesional en profesional, de tratamiento en tratamiento sin encontrar, a veces durante largos años, alivio para sus penosos e incomprensibles síntomas.

Las tres disciplinas, la neurología, la psiquiatría y la psicología, tienen posibilidades de llegar a un diagnóstico incompleto o erróneo con las consecuencias que de ello se acarrearán y, a veces, rigurosamente se afirma y se administra una terapéutica a la que el paciente es refractario, no mejora, no responde, que fracasa y pese a ello se persiste

tenazmente en ello porque no hay flexibilidad para buscar otros factores o encontrar nuevas alternativas: esto revela una falta de mirada autocrítica acerca del conocimiento que se cree poseer; de la infalibilidad de la “ciencia” que se administra; de la incumbencia profesional “fundamentalista” y excluyente de otras disciplinas y profesiones; de la necesidad de no desprenderse del paciente-cliente...

Al no esclarecer las “ambigüedades” no se beneficia al paciente y se inicia el camino del suicidio intelectual del profesional.

Muchas conductas y síntomas tienen un “dejo” o un “matiz” orgánico y, aunque su filiación neurológica no sea del todo evidente hay que tratar de reconocerla; muchas veces los síntomas psicológicos tienen semejanza con los síntomas orgánicos. Deberían evaluarse y tratar de encontrar la causa de los síntomas “de lo ya visto”, de los procesos de despersonalización, de las alteraciones sensoriales, de las alucinaciones, de las conductas excéntricas, del pensamiento concreto o incoherente, de la depresión, de la angustia intensa. Cada una de estas manifestaciones puede tener una causa neurológica o funcional tanto como un origen psíquico o además de esto. Todo ello exige de los profesionales y de los terapeutas en general un elevado grado de humildad, de flexibilidad y una gran tolerancia a la incertidumbre, posponiendo todo juicio si se carece de datos ciertos.

Hay muchos síntomas y síndromes en los que parecen superponerse las causas neurológicas y psicológicas; estas ambigüedades deben ser despejadas y verificadas en forma rigurosa y definida; no conviene, entre otras cosas, minimizar o subestimar los signos equívocos o menores tanto neurológicos, como psiquiátricos o psicológicos. Los tratamientos fracasan, muchas veces, porque en realidad no se ha reconocido la verdadera razón de la afección.

La enfermedad neurológica, también produce el surgimiento y el desarrollo de problemas emocionales en el individuo; una situación oculta pone en riesgo el éxito de un tratamiento y a menudo exige modificar los procedimientos terapéuticos corrientes.

Como regla general, en nuestro medio y en nuestra realidad, es más útil, eficiente y eficaz utilizar procedimientos fácilmente accesibles y poco costosos; aplicar técnicas sencillas de exploración diagnóstica y acabar por valorar de la manera más realista las probabilidades etiológicas ofrecidas por los datos clínicos.

Neurólogos, psiquiatras y psicólogos deberían valorar con mayor interacción los aportes de cada una de las disciplinas; no basarse exclusivamente en los propios aspectos formativos profesionales; tener una confianza razonable en la tarea y en la terapéutica que se va a administrar; no impacientarse con respecto al diagnóstico; no desesperarse por implantar una terapéutica o terapia; retardar la medicación psicotrópica en los casos leves y no agudos; considerar alternativas diagnósticas cuando los signos son leves o equívocos.

Se puede tener deterioro en las funciones intelectual y cognitiva, sin ser psicótico o por razones idiosincrásicas a los medicamentos.

Las causas de los cambios conductuales muchas veces permanecen oscuras, ocultas y no pueden ser explicadas en términos psicodinámicos.

Los trastornos neurológicos severos o groseros, rara vez tienen interés diagnóstico o terapéutico para el psicólogo. Los trastornos neurológicos leves, difíciles de interpretar, son más habituales de lo que se cree, se los pasa por alto fácilmente pero, cuando existen, influyen en forma significativa, entre otras cosas, en el aprendizaje, el ajuste general y en la psicoterapia misma.

Así como la exploración neurológica clínica y los estudios complementarios especializados no siempre son capaces de detectar trastornos mínimos, los tests psicológicos no diferencian claramente las lesiones neurológicas de las psicogénicas.

Una anomalía en el sistema nervioso central, aumenta el riesgo de desarrollar enfermedad psiquiátrica.

Un 10% de los pacientes clínicos, tienen algún tipo de desorganización crítica que puede ser asimilada a patología cerebral o intracraneana.

Signos de significación neurológica incierta aparecen en todos los tipos de exámenes utilizados en psicodiagnóstico; se los encuentra en el examen neurológico, en los tests psicológicos, en la sintomatología de los problemas de conducta y de los estados de ánimo.

Los trastornos neurológicos leves pero significativos se encuentran en el 36,9% de los casos en la consulta psicológica y psiquiátrica.

Una alta proporción de trastornos psiquiátricos (34%), se encuentran en aquellos que tienen patología cerebral.

**Hay SIGNOS EQUÍVOCOS O MENORES Y SIGNOS MAYORES QUE PUEDEN SUGERIR PATOLOGÍA NEUROLÓGICA.**

**SIGNOS MAYORES.**

1. Signos de alteración de la lateralidad,
2. Reflejos patológicos,
3. Trastornos motores unilaterales,
4. Hallazgos anormales en los estudios complementarios especializados.

**SIGNOS MENORES.**

1. Falta de persistencia en la actividad motora,
2. Aestereognosia (incapacidad de percibir objetos o formas mediante el tacto),
3. Agrafiestesia (incapacidad de percibir el trazado de símbolos en la piel),
4. Extinción de la estimulación bilateral simultánea,
5. Marcada hiper o hiporreflexia bilateral,

6. Déficit de coordinación (discronometría),
7. Trastornos del equilibrio o la marcha,
8. Trastornos sensoriales,
9. Trastornos de la motilidad,
10. Trastornos del lenguaje,
11. Actividad anormal,
12. Puntaje inferior a 10 en Test de Integración Audiovisual,
13. Movimientos coreiformes,
14. Anormalidades en los pares craneanos: anisocoria (diámetro pupilar desigual), esotropía (estrabismo convergente), déficit del VIII par o estato-acústico, la retina o el campo visual.

#### CONCLUSIONES:

- A) Las anormalidades neurológicas prevalecen en la población psiquiátrica y tienen significativa incidencia en la psicológica,
- B) La incidencia de trastornos psiquiátricos es más alta en la población con anormalidades neurológicas,
- C) Muchos trastornos psicológicos y psiquiátricos pueden ser causados o exacerbados por un daño, injuria o disfunción cerebral,
- D) Una proporción significativa de trastornos psiquiátricos puede ser atribuída a causas neurológicas más bien que a causas primariamente psicológicas,
- E) Es probable que muchos problemas psicológicos no sean primarios sino secundarios a daño neurológico,
- F) Los efectos del daño cerebral dependen de su localización, de su extensión, de la edad del paciente, del momento en que se produjo y en la etapa del desarrollo que tuvo lugar; todo ello determina un amplio espectro de trastornos neurológicos que van del retardo mental a la psicosis,
- G) La valoración psicológica puede estar distorsionada por la insuficiencia del examen neurológico,

- H) En la población psicológica o psiquiátrica, se suelen encontrar signos neurológicos menores que se evidencian cuando se buscan,
- I) Muchos pacientes con signos sugestivos de patología neurológica, pueden tener estudios específicos normales,
- J) HAY QUE ABSTENERSE DE CREER QUE SE HA ALCANZADO UN DIAGNÓSTICO INTEGRAL CONFIANDO SÓLO EN UN CONCEPTO TEÓRICO PARA INTERPRETAR UN CUADRO CLÍNICO; HACER LO CONTRARIO ES UN ACTO GRAVE DE IRRESPONSABILIDAD.

## **DIAGNÓSTICO Y CAUSALIDAD CONTROVERSIAL EN PSICOLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA**

El diagnóstico en psicología, psiquiatría y neurología varía según el método utilizado para tomar la historia clínica. El modo en que se aplica el método determina muchas veces su resultado y también, muchas veces, el exceso del procedimiento intelectual analítico-inferencial-deductivo hacer perder “contacto” con el paciente y deshumaniza la tarea.

Muchos psicoterapeutas están predispuestos en contra del diagnóstico; otros aceptan que se trata de una buena y necesaria idea; algunos sostienen que es imprescindible, para evitar una psicoterapia inútil en un paciente dañado cerebral o en un paciente psicótico. El diagnóstico, pese a la abundancia de métodos y procedimientos sigue sin estar muy valorizado y no ha seguido el ritmo del desarrollo de la información, reconociendo las limitaciones de la nosología pura.

Cuando algo es designado con un nombre, la búsqueda de su significado se vuelve menos compulsiva y acuden a la mente “significados generales” y cada vez menos individuales y particulares. El diagnóstico o la “etiqueta” de una entidad nosológica aquietan a los profesionales, mitigan su ansiedad y calman o anulan el espíritu indagador. Los criterios de clasificación “ordenan” algunos aspectos de la realidad y permiten una comunicación codificada de manera homogénea entre profesionales de cualquier lugar pero, las más de las veces, no contribuyen al proceso terapéutico y son una “carga” que impide cambiar, revisar, reevaluar y considerar a la enfermedad como un proceso de destrucción, adaptación y reconstrucción dinámicos.

Algunos tratamientos son ineficaces, inefectivos e interminables porque se indicaron a partir de un diagnóstico erróneo o incompleto y fueron administrados sin un plan

determinado con exigencias propias e intrínsecas de valoración del mismo en cortes sucesivos a lo largo del tiempo.

El método aplicado por cada profesional, es “el profesional mismo”; construirá un diagnóstico vacío e inconsistente si él también lo es. El diagnóstico es a lo sumo una hipótesis y debe estar desposeído de prejuicios y de actitudes personales (algunos profesionales insistirán sobre los aspectos afectivos, otros sobre los cognitivos, etc.) sin descuidar otras alternativas de tipo física, social o cultural.

El psicoanálisis no es la única aplicación terapéutica de la teoría psicoanalítica; la teoría conductista no es la única que recurre al empleo de una técnica escalonada para enfrentar un problema. Una única teoría de la personalidad podrá dar lugar a una amplia gama de enfoques terapéuticos. Jerarquizar suficientemente un diagnóstico refuerza la terapia, cualquiera sea su fundamento teórico.

ES NECESARIO OTORGAR AL DIAGNÓSTICO UN LUGAR FUNDAMENTAL EN LA PRÁCTICA ADOPTANDO, AL MISMO TIEMPO, UNA ACTITUD ESCÉPTICA CON RESPECTO A LAS CAUSAS DE UN SÍNTOMA, CONSIDERAR TODAS Y CADA UNA DE LAS ETIOLOGÍAS POSIBLES PARA SU JUSTA VALORACIÓN Y ASÍ PODER DESCARTARLAS O BIEN ELEVARLAS AL RANGO DE PROBABLES. Hay que formular un diagnóstico y no establecer un rótulo diagnóstico.

UN INDIVIDUO DEMANDA TRATAMIENTO PORQUE TIENE UN PROBLEMA. El malestar o aquello que provoca el malestar, motiva a los pacientes a gastar tiempo y dinero, a consentir la intrusión en su intimidad para buscar alivio o curación. La cuestión parte por averiguar si el malestar del paciente es el problema real o es manifestación secundaria de algo enmascarado, oculto, negado, utilizado.

Los factores desencadenantes o las circunstancias con las cuales el paciente relaciona el comienzo de su problema, deben ser aclarados.

No es menor la importancia que revisten los antecedentes de la situación actual (si entre la situación actual y los factores desencadenantes no existe relación dinámica y lógica, puede suponerse que la causa del problema no es psicogénica).



Los síntomas expresan siempre algo más que el síntoma mismo; los síntomas tienen un significado universal, un significado genérico y tienen variaciones individuales en la dinámica general de los síntomas. Diferentes patologías causales, de índole neurológica, psiquiátrica o psicológica, pueden producir déficit funcionales semejantes o parecidos.

El profesional, no debe basar la selección de un tratamiento a partir de su propia formación u orientación teórica, sino en las conclusiones a que llegue por medio de la reflexión y la ponderación acerca de los desequilibrios comprobados y comprendidos y plantearse, en todo caso, si es necesario el tratamiento.

Los tratamientos deberían indicarse estableciendo, previamente, las prioridades, tomar en cuenta las metas que deben alcanzarse, sus efectos sobre la calidad de vida y el futuro del paciente, el punto de razonabilidad de las expectativas puestos en él, el costo económico.

Si el problema es neurológico, el pronóstico puede depender de la eficacia probada de una medicación que se agregue al programa terapéutico y asumir que la localización, la extensión, el tiempo de evolución o factores biológicos de otra índole pueden impedir la mejoría o la curación.

Frecuentemente aparecen perturbaciones neurológicas equívocas en la práctica psiquiátrica y psicológica con alta posibilidad que los trastornos neurológicos y psicológicos puedan imitarse entre sí (en psicología-psiquiatría debe considerarse siempre la forma en que actúan los factores neurológicos en cada paciente y viceversa).

Hay una tendencia a atribuir un origen neurológico a los problemas motores y una causa psíquica a los trastornos del pensamiento. En general, “las impresiones clínicas” pueden tener una importancia fundamental para construir un diagnóstico y debe considerárselas como significativas; todo ello depende, obviamente, de la experiencia del profesional actuante. Si el examen clínico sugiere una lesión orgánica debe tratarse de objetivar los datos. En psicología, los tests psicológicos, configuran la fuente principal de la objetivación (reducen aunque no eliminan la subjetividad mediante la aplicación de tareas estandarizadas de una manera estandarizada).

El valor de los tests de psicodiagnóstico depende de la aptitud y sensibilidad del profesional que los aplica. La información resultante de un test puede carecer de significado cuando el profesional sustenta un prejuicio teórico o no tiene experiencia suficiente; una interrelación apenas sugerida entre los datos recogidos o las respuestas aparentemente vacías del paciente puede sugerir una pista valiosa para el diagnóstico en un clínico sagaz.

Se requiere un complejo método deductivo para interpretar la patología psiquiátrica, psicológica y neurológica acertadamente; es necesario adoptar una actitud abierta y flexible, estar dispuesto a admitir y utilizar lo mejor de cada procedimiento y evitar las limitaciones de los sistemas rígidos. La conducta profesional y científica está muy influenciada por actitudes y tendencias preestablecidas; en el imaginario profesional, se consideran los trastornos neurológicos como irreversibles que condenan al paciente a una incapacidad definitiva y suele pensarse que los trastornos de origen psíquico son mucho más susceptibles de mejorar o que son siempre modificables. Por ello, es conveniente para profesionales y pacientes construir una “alianza terapéutica” basada en el conocimiento científico y en la esperanza mutua de que el paciente mejorará.

Un diagnóstico preciso puede evitar exploraciones e incursiones inútiles y limitar los tanteos al azar. Cuando se comprueba que una despersonalización, una depresión, un problema de aprendizaje tienen una base neurológica, los tratamientos, incluyendo la psicoterapia, adquieren objetivos más realistas que cuando el profesional está falsamente esperanzado en que la causa sea puramente psíquica.

Siempre es conveniente no emitir juicios que trasciendan el ámbito de nuestros conocimientos y salvaguardar, al mismo tiempo, el bienestar del paciente y de sus familiares sin provocar alarma injustificada. La consulta con neurólogos, psiquiatras y otros especialistas debería formar parte de los recursos del psicólogo y viceversa; el paciente, al proceder así, sentirá seguridad, alivio, continencia y protección y abandonará la tendencia a fabricar mecanismos protectores o defensivos para negar la enfermedad, la angustia, la catástrofe, el fracaso, la pérdida de la autoestima, la regresión.

Sea cual sea la conceptualización teórica: asociacionista, holista o conexionista, son muy raros en neurología, psiquiatría y psicología los síndromes puros, en los cuales

está comprometida una función aislada; la mayoría de los problemas resultan de la interacción de dos o más trastornos básicos, que pueden estar o no, acompañados de una o varias perturbaciones generales; esta interacción depende de la localización de la lesión, daño o injuria y de la disrupción o interrupción de las vías nerviosas que interconectan el sistema.

En ningún caso existe tanta ambigüedad como en la valoración de la relación entre sistema nervioso y conducta. El trastorno psicológico que presenta un paciente rara vez es atribuible a una sola causa. La base causal de los problemas observados por la clínica puede ser una lesión cerebral más una concatenación de efectos derivados de la lesión primaria con cambios de conducta, de las aptitudes y de la personalidad que influyen sobre el paciente y en quienes le rodean.

Un síntoma puede ser el resultado de la desorganización fisiológica del resto del cerebro no lesionado, más que de la lesión localizada en sí misma. La interacción de las células nerviosas es mucho más compleja que lo indicado por los estudios anatómicos. Las células nerviosas transmiten, modulan e integran mucho más que impulsos bioeléctricos y cambios químicos. En suma, los efectos funcionales de una lesión pueden ser más marcados que lo sugerido al comienzo por sus límites anatómicos.

Una población de pacientes con lesión cerebral comprobada está lejos de ser homogénea y deben, para su análisis y diagnóstico correctos, tenerse en cuenta un conjunto de variables: etiología, edad en que se produjo la lesión, naturaleza de la lesión, lugar en que se localiza y extensión del tejido cerebral afectado, tiempo transcurrido desde que se produjo la lesión, edad del paciente en el momento del examen, sexo, factores previos a la lesión tales como inteligencia, educación y capacitación. Los hallazgos neurológicos pueden no corroborar los psicológicos y viceversa.

Es erróneo creer que la neurología es una ciencia fuerte y dura y que la psicología es débil o blanda; también es equivocado suponer que la exploración diagnóstica en neurología es exacta, siempre objetiva, válida y que tiene una relación unívoca entre síntomas, cuadro clínico y pronóstico versus los hallazgos de la exploración psicológica. Frecuentemente, es imposible verificar anatomopatológicamente una

lesión histológica en pacientes que tienen evidente incapacidad neurológica. Los procedimientos de neurodiagnóstico varían mucho en cuanto a su efectividad y su grado de precisión.

No parece justificado aceptar que una población psiquiátrica o psicológica no sea, al mismo tiempo, neurológica, por lo menos hasta que los pacientes no hayan sido cuidadosamente examinados. Hay una evidente falta de uniformidad en cuanto a las exploraciones diagnósticas; personas emocionalmente perturbadas pueden tener lesión cerebral; a la inversa, personas con lesión cerebral pueden presentar perturbaciones emocionales, subnormalidad mental y daño cerebral. Una lesión puede ser “muda”, no responder a la exploración por algún método o a ninguno, o quizá responder más a un método que a otros.

La relación profesional interpersonal, inter o pluridisciplinaria procura incrementar la confiabilidad. El examen neurológico estándar es, en sí mismo, demasiado grosero y limitado para precisar la localización de una lesión cerebral y la negatividad de los estudios electrofisiológicos, bioquímicos, anatómicos, los scanning y los tests de psicodiagnóstico parciales, globales y acotados a lo que se supone que presenta el paciente como padecimiento en general, cuando son negativos, carecen de valor acertivo y predictivo para excluir procesos neuropsicológicos patológicos.

# **NEURODIAGNÓSTICO**

## **TÉCNICAS PSICOLÓGICAS**

Los dos enfoques principales para el neurodiagnóstico son el neurológico y el psicológico.

Las técnicas psicológicas contribuyen a determinar la presencia o la ausencia de daño cerebral, a identificar la o las funciones afectadas por este daño, su naturaleza, severidad y localización y las capacidades funcionales remanentes o residuales.

Como consecuencia de una lesión cerebral, sea esta localizada o no, puede observarse:

- Un resultado final común, independiente de la localización de la lesión,
- Resultados específicos, característicos de las lesiones de localización específica.

En este campo, los criterios son ambiguos y por ello debe aprovecharse el valor de todos los métodos de exploración disponibles. Hay siempre limitaciones inherentes a todos los métodos, hay numerosas variables independientes a menudo indetectables, que intervienen en la compleja relación entre el cerebro y la conducta.

Es necesaria la intervención de varias funciones distintas para realizar correctamente una tarea compleja, de modo que, si una lesión afecta a cualquiera de esas funciones, podemos suponer que resulta afectada la realización de la tarea misma.

Por lo tanto, un buen procedimiento de exploración neuropsicológica comprenderá:

- Todas las modalidades sensoriales significativas,
- Las funciones motoras,
- Las tareas manuales,
- Las tareas visoespaciales,
- La formación de conceptos,
- El lenguaje y la comunicación,
- La atención,
- La memoria,
- ADEMÁS, se deberá verificar cada uno de los ítems., mediante la utilización de niveles crecientes de dificultad y complejidad, con requerimientos de integración intersensorial, introducción de exigencias desacostumbradas en las tareas visomotoras, comparación en ambos lados del cuerpo y doble estimulación sensorial bilateral.

En CLÍNICA, las fuentes fundamentales de validez y confiabilidad de un diagnóstico son: A) la claridad y el poder de convicción de un signo único; B) los signos que se refuerzan mutuamente.

En NEUROPSICOLOGÍA, las fuentes de validación del diagnóstico son más amplias y abarcativas, teniendo en cuenta que:

1. En neuropsicodiagnóstico, la resolución de una prueba-problema por parte del paciente no es un dato importante; lo fundamental es determinar *cómo* lo resolvió,
2. Los tests psicométricos, tienen una capacidad limitada para determinar los aspectos cualitativos de una disfunción cerebral,

3. La investigación debe estar basada en la comprensión de los tipos de perturbación *posibles* que pueden ser producto de determinada lesión cerebral y surgir durante el examen,
4. Se deben conocer los síndromes y perturbaciones de la conducta producidos por lesiones de diversa localización en el cerebro,
5. Contar con una gama suficientemente amplia de tests preliminares para clasificar la gran variedad de perturbaciones que pueden derivar de diferentes tipos de lesiones cerebrales, de diversa localización,
6. Una vez identificado un déficit, este debe ser analizado cualitativamente para determinar si corresponde a una actividad mental relativamente elemental o a una más compleja,
7. Establecer si el déficit observado es consecuencia primaria de un compromiso determinado del sistema funcional estudiado, o un resultado secundario a otro déficit primario,
8. La exploración debe incluir tests de actividad integrada que valoren formas de comportamiento complejas (lenguaje espontáneo y repetitivo, escritura y lectura, habilidad para comprender el contenido de un texto, resolución de problemas),
9. Análisis exhaustivo de la actividad del paciente, de las dificultades con las que tropezó y de los errores por él cometidos,
10. Los tests deben estudiar todos y cada uno de los analizadores individuales (visual, auditivo, motor, kinestésico, etc.),
11. Los tests deben tener niveles progresivos de complejidad y dificultad y ajustarse al nivel del paciente previo a su enfermedad o lesión,
12. Los tests deben concordar con el contexto cultural y educativo del individuo,
13. Deben contarse con un gran número de tests, cuya aplicación debe demandar poco tiempo de ejecución en razón de la fatigabilidad de la mayoría de los lesionados cerebrales (la fatiga exagerada en un paciente es, por sí misma, un dato clínico significativo, que sugiere organicidad; debe ser diferenciada de la resistencia, la pasividad, la regresión, el ayuno, la falta de sueño, etc.),
14. Deben identificarse la mayor cantidad posible de déficit en la actividad mental del paciente y también aquellas funciones que parecen intactas,

15. Deben conocerse y mencionarse las funciones sanas, determinar qué habilidades y procesos analítico-sintéticos utiliza el paciente para superar su déficit, resolver problemas y orientar la actividad mental movilizando los analizadores aprovechables para llevar a un nivel más elevado el intento de encontrar una solución,
16. El DIAGNÓSTICO DEFINITIVO o CONCLUSIÓN debe permitir identificar el déficit básico, su modo de manifestarse en las diversas formas de la actividad mental y las influencias que ejerce sobre estas, junto con los factores orgánicos que fundamenten ese déficit,
17. NO conviene actuar en “condiciones de laboratorio” exclusivamente a través de tests creados, diseñados y controlados y seleccionar un solo proceso de entrada, salida e integración; hay que establecer la interrelación cerebro-conducta y, en este sentido, el psicólogo deberá poseer casi las mismas aptitudes y conocimientos que el neurólogo.

UN TEST PSICOLÓGICO ES UN INSTRUMENTO EFICAZ DE DIAGNÓSTICO SIEMPRE Y CUANDO:

1. LA ALTERACIÓN DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE ESTÉ CONDICIONADA POR EL FACTOR QUE SE EXAMINA,
2. EL TEST PSICOLÓGICO QUE SE APLICA SEA APTO PARA VALORAR ESE CAMBIO DE CONDUCTA,
3. EL CAMBIO DE CONDUCTA SEA EL MISMO CUANDO SE DAN LAS MISMAS CONDICIONES,
4. EL CAMBIO DE CONDUCTA SEA EXCLUSIVO DE LA CONDICIÓN QUE SE ESTUDIA,
5. LA MAGNITUD DEL CAMBIO PERMITA DIFERENCIARLO DE LA VARIABILIDAD NORMAL PREVISTA PARA EL ÁREA DE LA CONDUCTA QUE SE EXAMINA.

PARA INFERIR UN DAÑO CEREBRAL, HAY QUE TENER EN CUENTA:



1. **NIVEL DE RENDIMIENTO.** El nivel de rendimiento de los tests psicológicos está influenciado por muchas variables ajenas al daño cerebral: factores genéticos, déficit culturales y educacionales, perturbaciones emocionales, por el proceso de maduración fisiológica. **EL PUNTAJE DE UN TEST PSICOLÓGICO BASADO EN UN PATRÓN ESTÁNDAR PUEDE OBEDECER A RAZONES QUE NADA TIENEN QUE VER CON LA LESIÓN CEREBRAL.** Los déficits producidos por una lesión cerebral pueden variar considerablemente a través del tiempo, aun cuando el diagnóstico neurológico esencial siga siendo el mismo. Existe la posibilidad de obtener “resultados positivos falsos” con el uso de cualquier instrumento que brinda distribuciones de puntajes continuos y ponderados del rendimiento psicológico.
2. **DEFICIENCIAS CUALITATIVAS.** Tener en cuenta que los efectos de una lesión cerebral no representan diferencias cualitativas sino desviaciones cuantitativas con respecto a los niveles normales (un paciente puede razonar en términos abstractos en tanto que, en otras áreas puede presentar déficits muy marcados).
3. **SIGNOS PATOGNOMÓNICOS DE LESIÓN CEREBRAL.** Se suelen tomar como evidencia de lesión cerebral algunos elementos de juicio como los Signos de Piotrowski del Rorschach, la Impotencia, la Perplejidad, etc.; son sólo pautas para identificar una lesión cerebral; muchas veces hay resultados negativos falsos; muchos pacientes con déficit cerebral establecido no presentan estos signos.
4. **COMPARACIÓN ENTRE LAS CONDICIONES PREVIAS Y POSTERIORES AL DAÑO CEREBRAL (de difícil aplicación) Y COMPARACIÓN ENTRE PUNTAJES DIFERENCIALES.** La aplicación de los subtests de la Escala de Wechsler, Construcción de Cubos, etc. supone aceptar que una lesión cerebral influye rápidamente deteriorando algunas funciones, pero no otras de aparición o adquisición reciente. El método del puntaje diferencial pasa por alto el problema representado por la diferenciación entre los déficit globales y específicos.
5. **MÉTODOS ESTADÍSTICOS Y DE COMPARACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS CORRESPONDIENTES A LAS PRUEBAS DE LATERALIDAD CORPORAL** Las variaciones individuales son muy altas y por ello no se pueden hacer generalizaciones..

6. Es conveniente utilizar una BATERÍA NEUROPSICOLÓGICA DE TESTS que incluya una gama de pruebas psicológicas con capacidad para explorar diversas funciones. Los tests deben ser seleccionados y deben ser válidos para revelar un deterioro de la integridad cerebral y que esta validez pueda ser confirmada por estudios de control.

## NEUROPSICOPSIQUIATRÍA DE LOS MAYORES

Los trastornos *gerontopsiquiátricos*, *psicogeriátricos*, *psicopatológicos*, *neuropsicológicos* u otro tipo de denominación que se les quiera dar tienen, en nuestro país, insuficiente atención y se destinan escasos medios a su cuidado.

Un +/- 68% de los ancianos padecen trastornos mentales; el 40% tiene un síndrome cerebral orgánico deteriorante y el 30% manifiestan trastornos psíquicos de otras causas.

Muchas personas mayores tienen, en consecuencia, patología orgánica asociada a la manifestación psiquiátrica; patología orgánica de otra índole que explica la apariencia psiquiátrica y, en muchos casos, se puede hacer diagnóstico psiquiátrico preciso de causa conocida y, por lo tanto, curable.

Entre los 20 y 50 años, la cuarta parte de la población no se queja de ningún trastorno físico o de enfermedad establecida; más allá de los 50 años, la proporción de gente sana sólo alcanza el 7,5%. El aumento y el consumo de la asistencia se eleva en forma exponencial a partir de los 50 años (por encima de los 80 años, un tercio de este grupo etario tiene seis enfermedades o más).

De los mayores de 65 años:

- el 45% tiene afecciones reumáticas dolorosas y crónicas que limitan la movilidad y la autonomía,
- el 13% sufre afecciones cardíacas,
- el 12% hipertensión arterial,
- el 3% tiene deterioro intelectual (proporción que crece con la edad y alcanza a más del 13% a partir de los 80 años),

- el 30-40% tiene trastornos visuales y auditivos después de los 80 años.

En consecuencia, se incrementan los gastos en sanidad paralelamente con la edad; aumentan los días de hospitalización, de atención ambulatoria, de cuidados progresivos (médicos y paramédicos), de consumo de medicamentos y tecnología y las estadías en instituciones.

El contenido de esta parte de la presentación se referirá a: DEMENCIAS; DEPRESIONES; DELIRIOS; CONFUSIÓN MENTAL; TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS (Conducta terapéutica; Secundarismo; Efectos adversos; Iatrogenia medicamentosa) y TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO.

## SUEÑO EN ADULTOS MAYORES

El *sueño*, es la suspensión normal y periódica de la conciencia y vida de relación durante la cual el organismo se repara de la fatiga tanto en el aspecto físico como en el mental.

El ser humano puede resistir sin comer nada durante tres a cuatro semanas y seguir viviendo a expensas de sus reservas orgánicas; puede dejar de beber durante una semana, pero no puede sobrevivir más de dos-tres días sin dormir.

La carencia total de sueño lleva al ser humano irremisiblemente a la muerte precedida por trastornos visuales, alucinaciones y desorientación espacial y mental.

Es necesario dormir para “estar despiertos” y estar despiertos para poder dormir; tenemos un ciclo de vigilia-sueño (biorritmo del sueño) de unas 24 horas de duración, ligado al día-noche.

El *insomnio*, es el trastorno del sueño más frecuente y se expresa como:

- dificultad para conciliar el sueño,
- falta de sueño,
- desvelo anormal,
- dificultad para retomar el sueño al despertarse por la noche,
- despertar precoz con disminución involuntaria de la duración del sueño.

El insomnio entre las personas mayores es uno de los problemas médicos más extendidos y se incrementa con la edad sobre todo en las mujeres.

El insomnio puede ser *transitorio* cuando tiene una duración limitada de días a semanas y alcanza una frecuencia del 95% y puede ser *crónico*, cuando se duermen menos de 5 horas diarias durante dos o más meses consecutivos; lo padecen más del 60%.

EL INSOMNIO NO ES UNA ENFERMEDAD SINO SOLO UN SÍNTOMA. ANTES DE TRATAR EL INSOMNIO ES IMPRESCINDIBLE HACER UN DIAGNOSTICO CAUSAL.

- A MEDIDA QUE SE ENVEJECE SE DUERMEN MENOS HORAS.
- A LOS 60 AÑOS Y MAS SE SUELEN DORMIR SOLO 6 HORAS REALES DURANTE LA NOCHE CON UN SUEÑO SUPERFICIAL Y CON MULTIPLES DESPERTARES.
  
- IMPORTA MAS LA CALIDAD DEL SUEÑO (PROFUNDO Y SIN INTERRUPCIONES), QUE LA CANTIDAD DE HORAS EN LA CAMA CON SUEÑO NO REPARADOR SUPERFICIAL Y ENTRECORTADO.

**CAUSAS MAS FRECUENTES DE INSOMNIO EN ADULTOS MAYORES:**

Prostatismo; jubilación; pérdida de un ser querido; cambio de casa o de cama; falta de actividad; aburrimiento; falta de salud por enfermedades agudas o crónicas; abuso de alcohol y tabaco; mala alimentación; mala higiene; habitación fría o calurosa; dolor; uso indebido o efectos adversos de medicamentos; depresión psíquica.

## CONFUSIÓN MENTAL

Es un cuadro frecuente en el anciano y se caracteriza por una obnubilación de la conciencia vigil que dificulta en forma difusa la actividad psíquica, marca una agravación neta del estado anterior del sujeto y es susceptible de variar en intensidad.

La calidad de la vigilancia es lo que permite detectar un síndrome confusional en su inicio.

El paciente parece alelado, ausente; reacciona con dificultad a las órdenes simples; farfulla y su voz es casi inaudible; no precisa lo que desea expresar; sus gestos son torpes, inadaptados, lentos; NO tiene parálisis ; puede mostrarse brusco, amenazante y agitado, otras veces, se hunde en la inconsciencia y poco después aparenta casi normal.

ES MUY IMPORTANTE PROCEDER A UN EXAMEN CLÍNICO Y BIOLÓGICO COMPLETO Y CUIDADOSO (glucemia, ionograma –plasmático y urinario-, balance fosfocálcico, tóxicos en orina, medicamentos). SE TRATA, ANTE TODO, DE UN DIAGNÓSTICO DE MEDICINA GENERAL YA QUE, DE HECHO, EL ESTADO CONFUSIONAL ES MULTIFACTORIAL.

SE DEBEN BUSCAR ENFERMEDADES GENERALES AUNQUE ÉSTAS NO SE MANIFIESTEN: encefalopatía respiratoria; cardiopatía de bajo gasto (insuficiencia cardíaca, arritmia, estado de shock, infarto agudo de miocardio); metabolopatías (hipercalcemia, hiperhidratación celular con hiponatremia (síndrome de Schwartz-Bartter), deshidratación celular, trastornos de la glucemia); errores en la toma de medicamentos; enfermedades infecciosas (meningitis, infección urinaria, septicemia); accidente cerebrovascular; hematoma subdural; etc..

### MEDICAMENTOS QUE PUEDEN ORIGINAR CONFUSIÓN MENTAL

- **CARDIOVASCULARES:** alfa-metildopa, diuréticos, hipotensores reserpínicos, digitálicos, beta-bloqueantes.

- PSICOTROPOS: antidepresivos, neurolépticos, ansiolíticos, fenobarbital, difenilhidantoína.
- ANTIPARKINSONIANOS: L-dopa, anticolinérgicos, amantadina.
- GASTROENTÉRICOS: cimetidina, ranitidina, anticolinérgicos, antiespasmódicos.
- ANTIINFECCIOSOS-ANTIINFLAMATORIOS: corticoides, isoniacida, metronidazol, ciclinas, nitrofurantoínas.
- ANTIMITÓTICOS (ONCOLÓGICOS): metotrexato, fluorouracilo, vincristina, procarbina.



## **DEMENCIAS**

La demencia es la principal patología de base biológica con graves repercusiones cognitivas, funcionales y sociales asociada con la edad.

Incidencia de 5 a 15% a los 65 años y más; 30 % a los 80 años y más. De carácter reversible 10%; 50% Enfermedad de Alzheimer; 25% vasculares; 25% mixtas y otras causas.

**DEBE ESTABLECERSE CLARAMENTE SU DIAGNOSTICO, GRAVEDAD Y CURSO.**

**EL TRATAMIENTO ES MEDICO, PSICOSOCIAL Y EDUCATIVO.**

### **INSTRUMENTOS DE DIAGNOSTICO NO MEDICOS**

- Mini-Mental State Examination (MMSE; Folstein)
  
- Global Deterioration Scale (GDS; Reisberg)
  
- Indice de Katz
  
- Clifton Assessment Procedures for the Elderly (Pattie y Gilleard)
  
- The Cambridge Examination for Mental Disorders of the Ederly (Roth)

## **INSTRUMENTOS DE TRATAMIENTO E INTERVENCION NO MEDICOS**

- Programa de Psicoestimulación Integral
  
- Taller de Psicoestimulación Cognoscitiva
  
- Terapias Físicas (cinesiterapia,músicoterapia,relajación,masaje podal, juegos más actividades físicas).
  
- Taller ocupacional
  
- Terapia de Orientación a la Realidad
  
- Terapia de Reminiscencia
  
- Estrategias de intervención para mejorar ambulación, incontinencia fecal y urinaria, conductas sexuales inapropiadas, autocuidado (aseo, alimentación).
  
- Reunión con familiares (transferencia, cuidados, pautas a seguir, compromiso, apoyo).
  
- Asistencia Diaria a un centro de día especializado.
  
- Fomento Permanente de Actividades Multidimensionales extra e intramurales.
  
- Seguimiento del curso de la enfermedad planificado.

# CLUB ALZHEIMER

## EJES PARA LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROYECTO

- **El “CLUB ALZHEIMER”, es un recurso terapéutico integral alternativo a la institucionalización y a llenar, en nuestro medio, el “vacío terapéutico” sociosanitario existente.**
- Es un modelo de intervención biopsicosocial con el fin de apoyar y mantener las capacidades y habilidades del sujeto y alejar los riesgos de la dependencia.
- Se basa en la filosofía de la eficiencia en la atención y cuidado de las personas mayores afectadas, en estructuras pequeñas con profesionales distintos integrados en un equipo pluri e interdisciplinar que prestan sus servicios ajustándolos a las necesidades concretas de la persona mayor individualmente.
- Sólo incluye entre los usuarios a adultos mayores con enfermedad de Alzheimer u otras demencias en:
  - Grado leve,
  - Bajo nivel de dependencia,
  - Con deterioro cognitivo sin trastornos psiquiátricos profundos u otros problemas de conducta que impidan la convivencia o el trabajo grupal,
  - Con capacidad funcional para desenvolverse en las actividades básicas de la vida diaria o aún con supervisión ligera y puntual.

- Este servicio deberá evitar que se transforme en un obstáculo en la integración personal de los usuarios y que sirva, en todo caso, como vehículo integrador de la vida social y afectiva familiar y comunitaria; NO sustituye el rol de la familia y la comunidad organizada alrededor de la persona mayor.
- Debe tener un carácter limitado de plazas.
- Debe proponerse evitar el “proceso actitudinal institucionalizador” de pacientes y familiares.
- Debe contemplar, desde la “fase de ingreso”, el proceso de adaptación e integración.
- Los posibles usuarios y sus familiares deben conocer previamente el recurso ofrecido, sus alcances, sus limitaciones y participar activamente en el emprendimiento al igual que los Auxiliares Gerontológicos y el Voluntariado Social.
- Debe crear y construir una unidad con entorno agradable y facilitador de la autonomía, de la implicancia en un grupo y del desarrollo de las competencias individuales y grupales.
- Los usuarios y sus familiares, dentro de sus posibilidades, deben participar en la toma de decisiones y del contralor del entorno.
- Las intervenciones terapéuticas comprenden:
  - Capacidad funcional,
  - Funciones cognitivas,
  - Funciones psicoafectivas,
  - Funcionamiento social,

- Fomento de la relación familiar y la integración comunitaria,
  - Contralor de la toma de medicamentos,
  - Valoraciones realizadas a través de instrumentos establecidos previamente, con baremos al ingreso y “en cortes” del proceso de tratamiento y seguimiento.
- La intervención terapéutica es permanente; su plan se elabora en forma consensuada entre los diferentes profesionales, implicando en el mismo al Auxiliar Gerontológico y al Voluntario Social. Los planes de intervención son de aplicación individual y se revisan periódicamente.
  - Este tipo de proyectos deben ser validados científica y técnicamente; sólo así ameritará, seriamente, el convertirse en un recurso real y permanente.
  - El proyecto y el modelo debe ser flexible y versátil (al igual que los recursos humanos que lo integran) y ser capaz de adaptarse a diferentes tipos de pacientes y familiares, en poco tiempo y con costos reducidos; acomodarse a la evolución de las diferentes necesidades de las personas y sus familiares; atender hasta las preferencias personales de las personas mayores e involucrarse en un proceso de mejoramiento continuo de la calidad prestacional.

La mirada y la acción prestacional dentro de un modelo biomedicalizado a ultranza, no contempló, de manera extensiva, hasta ahora, este tipo de propuestas de actuación con respecto a los pacientes y a sus familiares.

1. Es un proyecto y propuesta de actuación sociosanitaria “directa” de atención integral a pacientes y familiares,
2. Es un proyecto que intenta concitar la asociación entre pacientes, familiares e instituciones efectoras de salud pública y/o privada,
3. Es un proyecto que intenta, a través de su elaboración y construcción, una mirada y una acción sociosanitaria integrada e integral,
4. Es un proyecto que pretende asociar inteligencia, dedicación y voluntad de hacer de grupos de trabajo institucionales y extrainstitucionales,

5. Es un proyecto que incentiva la asociación y articulación de bienes, insumos, materiales y recursos humanos altamente profesionalizados de alta relevancia sanitaria en el ámbito público y privado,
6. Es un proyecto en que los prestadores , no reciben beneficios dinerarios en concepto de rentabilidad al asociarse o prestar servicios.

Todos y cada uno de nosotros, deberíamos corresponder con nuestro esfuerzo y dedicación a la concreción de este tipo de acciones que, por otra parte demuestra, una vez más, que la salud de los adultos mayores necesita irrenunciablemente del soporte social que es, definitivamente, un instrumento infalible de salud y calidad de vida.

## DELIRIOS

Sorprende, más de lo que se cree, la frecuencia con que el anciano no es escuchado por quienes le rodean y, muchas veces, lo censuran por que dice “tonterías” y, generalmente, no nos preguntamos el porqué de los trastornos.

En los mayores, son frecuentes las manifestaciones psicológicas de persecución, los celos, los componentes alucinatorios e hipocondríacos.

Las *alucinaciones* pueden ser auditivas (ruidos, palabras, voces); cenestésicas (difíciles de diferenciar de las quejas somáticas); olfativas; visuales (las más raras).

Los *delirios*, pueden presentarse bajo formas *de negación* (síndrome de Cotard); *melancólica*; *paranoica*, *histeriforme e hipocondríaca*.

FORMA HIPOCONDRIÁCA. Puede ser sistematizada o no. Son ancianos ansiosos, preocupados por su estado de salud; multiplican las ocasiones de las consultas y exámenes médicos, los regímenes, las curas; someten a la sintomatología a la “inflación”. Se quejan de dolores corporales difusos, de trastornos del funcionalismo digestivo; dolores y quemazón linguales; dificultades en la masticación y en la utilización de prótesis dentarias; mal funcionamiento cardíaco; disfunción urinaria y “bloqueo” de las funciones excretoras.

El *Síndrome de Cotard* (J. Cotard; 1880) es un delirio específico que se asocia a un trastorno hipocondríaco de las funciones digestivas; hay una “negación” del propio cuerpo en sus funciones y en sus órganos. Afecta específicamente a las funciones de nutrición y digestión: preocupaciones por el estreñimiento; sensación de bloqueo del esófago; sensación de que el estómago está encogido y no funciona. En consecuencia, el paciente rechaza los alimentos. Las exploraciones médicas son negativas. El contexto psicológico es depresivo con sensación de imposibilidad de mejoría y/o muerte inminente.

PSICOSIS ALUCINATORIA CRÓNICA (G. Ballet; 1911). De desarrollo progresivo sin deterioro de la personalidad y del comportamiento social. El delirio se organiza con elementos de persecución, celos, megalomanía e hipocondría.

PARAFRENIAS (Kraepelin; 1899). Son delirios sistematizados crónicos endógenos accidentales con disociación limitada (no son esquizofrenias residuales). El estado intelectual es bueno; no hay elementos depresivos; la actitud cotidiana está bien adaptada (estas personas pasan, durante mucho tiempo, más por originales que por enfermos mentales).

PARANOIAS (Kalhbaum; 1818). Aparecen en forma brusca; evolucionan a largo plazo sin debilitamiento demencial. Los ancianos se sienten perseguidos, acusan a su entorno de robos, perjuicios, desaparición de objetos, celos, conflictos de vecindad.

Los DELIRIOS CRÓNICOS EN LOS MAYORES se inician progresivamente, duran varios meses, tienen fases de sedación y accesos delirantes, resisten al tratamiento farmacológico, recidivan, pueden tener evolución cíclica y eventual resolución provisional o definitiva. Las *causas* pueden deberse a acontecimientos afectivos significativos (ruptura, defunción, enfermedad, querellas, dificultades domésticas, etc.). En la práctica, la causa habitual es el fallo cerebral intelectual con perturbaciones afectivas (demencias).



## **LAS DEPRESIONES EN LA VEJEZ**

**La psicopatología del período de la adultez mayor, prácticamente, tiene que ver con las neurosis, las depresiones y los síndromes paranoides.**

**Estos cuadros, muchas veces, se asocian con síndromes físicos más o menos funcionales o incluso orgánicos.**

**La depresión en la persona mayor no tiene una lectura unívoca; su realidad no se somete a una clasificación o a un orden preestablecido; es indócil, polimorfa y cambiante a lo largo del proceso del envejecimiento.**

**El anciano es frágil; causas mínimas lo desestabilizan en su equilibrio parcial.**

**Al envejecer, aparecen dificultades crecientes para satisfacer el ideal del yo y el riesgo depresivo aumenta.**

**La depresión se expresa por el descenso de la autoestima, por la presencia de un sentimiento doloroso de inferioridad asociado al de culpabilidad; la agresividad puede despertarse y comportar un gesto suicida.**

**Los trastornos del sueño, los dolores y los disfuncionalismos digestivos con o sin tristeza y ansiedad puede hablarnos de una “depresión enmascarada”.**

**El sujeto se siente incapaz, inútil, vacío; tiene dolor moral con pesimismo y autodevaluación; el sistema mental no rinde; hay anestesia afectiva, hundimiento interior y enlentecimiento psicomotor.**

**La depresión puede manifestarse en *formas reactivas* (las más frecuentes); *endógenas* (más raras pero más temibles –riesgo de suicidio-); *asociadas a otros trastornos psiquiátricos o a patología somática* (antes de descubrirse un cáncer o una afección sistémica o un tumor cerebral o una enfermedad de Parkinson, etc.) o *vincularse a polimedición y/o intoxicación* (tratamientos para la hipertensión arterial, uso indebido de tranquilizantes, neurolépticos, hipnóticos, corticoides y antitiroideos).**

**EN 8 DE CADA 10 CASOS, EN UNA DEPRESIÓN DE INICIO TARDÍO SIN ANTECEDENTES PERSONALES O HEREDOFAMILIARES, SE DESCUBRE UNA AFECCIÓN SOMÁTICA GRAVE E IGNORADA.**

En los adultos mayores con depresión, sobre todo en la región NOA y centro del país, se asocia con estados hipotiroideos y existe una cierta relación, también, entre depresión y cáncer (el cuadro psiquiátrico antecede en mucho a la detección clínica de la neoformación).

En los mayores hay un incremento de muertes por suicidio (20-80% por 100.000) y vínculos con enfermedades cardiovasculares y respiratorias.

Es conocida la acción depresiva de las drogas antihipertensivas y el hecho de que cuanto más sedativo es un neuroléptico más hipotensor suele ser.

Los cuadros depresivos que comienzan antes de los 65 años casi en un tercio desaparecen cuando se alcanza la edad de los 70 años y más pero puede quedar un síndrome monótono y difuso al que se le suma una pérdida de intereses y actividades sociales.

En los viejos, entre el 8-10% de aparentes demencias se ocultan en realidad depresiones y, por otro lado, el 2-3% de las depresiones en los viejos evolucionan a la demencia.

En la depresión de los mayores, con el incremento de la edad, aumentan la ansiedad, las ideas delirantes, la hipocondría, la inquietud y las ideas de pobreza.

NO conviene olvidar que la depresión y los sentimientos depresivos en los mayores son ingredientes habituales de ese período de la vida al margen de la enfermedad depresiva propiamente dicha y se deben a la soledad, la viudedad, las restricciones económicas.

En los mayores, los niveles plasmáticos de los fármacos específicos administrados son más altos a igual dosis que en adultos, el ritmo metabólico está reducido, la capacidad de

depuración es más lenta, aumenta la sensibilidad de los receptores a los depresores, disminuye la sensibilidad del sistema reticular activador ascendente y aumenta la sensibilidad extrapiramidal.

Todo ello explica las reacciones hipertrofiadas a los fármacos de tipo extrapiramidal, la hipotensión arterial (sobre todo la postural), las reacciones disquinéticas tardías, la confusión mental.

Por todo ello es conveniente iniciar los tratamientos con dosis muy bajas; ser tacaño en la administración de depresores del sistema nervioso central (salvo que exista agitación) e interpretar –en principio- el insomnio como síntoma de otra enfermedad (enfermedad orgánica general; deterioro orgánico cerebral; hecho traumático psicosocial, psicótico y especialmente depresivo (mejorará espectacularmente con la terapia específica).

La vejez, estadísticamente, es la época de la vida en la cual es más probable la aparición de depresiones.

El diagnóstico de la existencia o no de depresión debe hacerse correctamente, a tiempo y en forma dada la trascendencia del cuadro clínico.

Es peligroso que pasen desapercibidas “depresiones” donde parece no haberlas pero, al mismo tiempo, hay que descartar “depresiones” en todos aquellos casos en que parecen existir.

En resumen, la DEPRESIÓN es un estado donde se pierde la relación objetal, se torna imposible realizar actividades, el estado de ánimo es profunda y dolorosamente triste, hay cesación de interés por el mundo exterior, se pierde la capacidad de amar, se inhiben las funciones, disminuye la autoestima, se padecen trastornos del sueño y del apetito, hay abulia (tengo ganas pero no puedo; no me llama la atención); puede haber síntomas psicóticos francos, pensamientos de muerte, ideación suicida y tentativas de suicidio.

En gerontología, el reconocimiento de la depresión se hace difícil; este estado tiende en los viejos a amplificar los síntomas físicos o las dolencias del cuerpo ocultando así los problemas psíquicos.

La incidencia de la depresión en los viejos mayores de 60 años que viven en la comunidad es del 4-6% (esta cifra se duplica en los viejos institucionalizados).

En los viejos, el curso de la depresión tiende a ser más crónico; los episodios recurrentes son más largos y las remisiones más cortas.

El 90% de las depresiones entran a la consulta por el médico generalista en el nivel de atención primaria de la salud.

NO todas las depresiones en los viejos son de origen cerebral, estructural, endógena o bioquímica, por ello, NO deben ser tratadas con psicofármacos incisivos a largo plazo.

Los viejos, cuanto más lo son, sufren “pérdidas” sucesivas y acumulativas y pueden reaccionar en forma desmedida ante ellas. La más frecuente de estas pérdidas es el DUELO (de dolus = dolor; duellum = relacionado con duo (dos)); es la rotura de un vínculo que es conflictivo y cuya resolución es dolorosa (ej.: pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente). De lo que se trata, es aceptar la pérdida y lograr la adecuada supervivencia del sujeto. Los duelos, que en su mayoría son normales; NO se tratan con medicamentos, sólo hay que acompañarlos. Estos duelos NO son depresiones en el sentido psicológico o psiquiátrico.

El “DUELO PATOLÓGICO”, en el que la tercera fase o de readaptación fracasa puede contener, frecuentemente, ideas suicidas, síntomas melancólicos (36%) y delirios (23%).

NO existe un tipo de depresión que aparece exclusivamente en la vejez y que es específica de ella, como tampoco existe relación significativa entre lesiones cerebrales y las manifestaciones clínicas.

En los viejos, los estados prodrómicos, anticipatorios, larvados o enmascarados de la depresión son: pérdida de interés, abulia e insomnio y pueden estar acompañados de sentimientos de culpa (autoreproche), nihilismo, ruina, hipocondría.

A veces, el peligro de suicidio es grande. Su máxima incidencia se presenta cuando el cuadro depresivo comienza a ceder (cuando la inhibición deja paso a la posibilidad de acción motriz).

Recordemos, por fin, que hay en la vejez trastornos depresivos debidos a enfermedad o al consumo de medicamentos: enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, accidente cerebrovascular, deficiencia de vitamina B12, hipotiroidismo, lupus eritematoso diseminado, infecciones virósicas, algunos tipos de cáncer, dosis altas de hipotensores, corticoides y esteroides anabolizantes.

## CUESTIONARIO DE ESCALA DE DEPRESIÓN EN GERIATRIA

PREGUNTAS		SI	NO
1	Está satisfecho con su vida ?		
2	Hace sus actividades a cuentagotas y tiene poco interés en ellas?		
3	Siente que su vida está vacía?		
4	Está entusiasmado acerca de su futuro?		
5	Está incómodo con sus pensamientos y quiere quitárselos de su cabeza?		
6	Está con buen ánimo la mayor parte del tiempo?		
7	Está temeroso de que algo malo le vaya a pasar?		
8	Siente que necesita ayuda?		
9	Se siente inquieto y triste?		
10	Prefiere estar en su casa y no hacer cosas nuevas?		
11	Está preocupado por su futuro?		
12	Siente que su memoria le falla?		
13	Siente lo bueno que es estar activo ahora?		
14	Está preocupado por su pasado?		
15	Encuentra su vida interesante y que vale la pena vivirla?		
16	Tiene nuevos proyectos para realizar?		
17	Se siente con fuerzas y energía?		
18	Siente que su problema tiene salida y solución?		
19	Siente que la mayoría de la gente está mejor que Ud.?		
20	Se hace problema o malasangre por pequeñas cosas?		
21	Tiene ganas de llorar con frecuencia?		
22	Tiene problemas para concentrarse?		
23	Prefiere participar de reuniones sociales?		
24	Disfruta con su vida y sus cosas por la mañana?		
25	Es fácil para Ud. tomar decisiones?		
26	Su mente está clara todo el tiempo?		
27	Duerme bien?		
28	Cuando se levanta se siente descansado?		
29	Le interesan las relaciones o los contactos sexuales?		
30	Tiene buen apetito?		
31	Tuvo alguna vez la idea de quitarse la vida?		

**SCORE: Normal = 0-9; Moderada = 10-19; Grave = 20-30**

## ESCALA DE DEPRESION

---

(Se da un punto por cada ítem)

- Se siente solo
- Está inquieto
- Está preocupado
- Se preocupa por cualquier cosa
- Está triste o deprimido
- Lloro
- La depresión dura varias horas
- La depresión varía durante el día
- Piensa que la vida no merece la pena vivirla
- Se preocupa por el futuro
- El futuro parece negro
- Desearía morir
- Tiene pensamientos suicidas
- Duerme mal
- Tiene sueños o meditaciones tristes
- Tiene dolor de cabeza
- Está insatisfecho
- Se despierta tempranamente o cansado

## **ACCIDENTES CEREBROVASCULARES (ACV)**

La ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR predomina en la vejez; entre el 77% al 81% ocurre en personas de 65 años y más. Es la tercera causa de muerte en las personas de 65 a 84 años y la segunda a los 85 años y más.

La discapacidad de los sobrevivientes y las consecuencias sociales y financieras de ello son enormes (le costaron 14 BILLONES DE DOLARES a USA en 1989).

Básicamente, los ACCIDENTES CEREBROVASCULARES (ACV) pueden ser ISQUEMICOS (falta de aporte sanguíneo a un territorio cerebral) ó HEMORRAGICOS (derrame de sangre dentro del tejido cerebral por efracción -rotura- de un vaso sanguíneo).

Queda dicho que el riesgo de padecer un ACV aumenta con la edad y sobre todo, si la persona además de la edad avanzada, tiene uno ó más factores de riesgo acumulados: HIPERTENSION ARTERIAL (el más importante, prevalente y de más fácil modificación o solución), TRASTORNOS CARDIACOS o CORONARIOS, HABITOS TOXICOS (fumadores), DIABETES, OBESIDAD, SEDENTARISMO, DISLIPIDEMIA, la situación se torna altamente peligrosa.

En general, los ACV-ISQUEMICOS “avisan” al enfermo varias veces antes que se produzca el daño cerebral (hormigueo en una mano y falta de visión transitoria en el ojo del lado opuesto, amnesia transitoria, trastornos fugaces en la articulación de la palabra, etc.); ante esto, el adulto mayor debe concurrir URGENTEMENTE al médico y éste sabrá interpretar de qué se trata. Un 11% de estos problemas circulatorios cerebrales son “silenciosos”, esto no exime de responsabilidad al adulto mayor y al médico del seguimiento y contralor clínico general y neurológico para hacer la detección temprana de una “causa silenciosa” que presagia un ACV.

La más común de las causas de una mala irrigación cerebral en el adulto mayor es el estrechamiento de la luz vascular de las arterias carótidas en el cuello. El “soplo” (ó ruido) de las carótidas en el cuello, fácilmente audible con el estetoscopio del médico -que sistemáticamente debe examinar en cada entrevista clínica a un anciano- indica una reducción de por lo menos el 50% de la luz vascular y el consiguiente peligro de obstrucción de la arteria que si se “tapa” no podrá aportar la suficiente sangre al cerebro.

Los ACV-HEMORRAGICOS, “no avisan” al paciente; SUBITAMENTE se produce un dolor de cabeza muy fuerte (localizado en una parte de la cabeza, difuso ó en la nuca), con o sin pérdida de conocimiento, acompañado ó no de un vómito o de náuseas. La sangre se ha derramado dentro del cerebro, ó en los ventrículos cerebrales ó fuera del cerebro (en los espacios subaracnoideos) constituyendo procesos diversos tales como: hemorragia subaracnoidea, hematoma intracerebral, etc.) de suma importancia y gravedad que necesitan institucionalización urgente y diagnóstico rápido desde el punto de vista neurológico-neuroquirúrgico.

Los ACV matan súbitamente o plantean secuelas permanentes o a largo plazo con rehabilitaciones muy largas y de resultados inciertos. Cuando se sobrevive, la morbilidad es devastadora: hemiplejías, trastornos sensoriales, lenguaje y comunicación deficiente o nula, demencia, epilepsia tardía, etc.

Como siempre, ES MEJOR PREVENIR QUE CURAR. Si el adulto mayor no se previene se autocondena a la incapacidad o la muerte y si el sistema sanitario no lo impulsa a la prevención no cuida debidamente de su salud, no interviene adecuada y oportunamente y por omisión también lo condena.



## ICTUS

# UN GOLPE AL CEREBRO

El “ICTUS” es una palabra latina que significa “golpe”. Médicamente hablando, *es un trastorno brusco de la circulación sanguínea cerebral que altera, súbitamente, la función de una zona del cerebro.*

Suele presentarse, las más de la veces, en personas mayores y su incidencia será cada vez más elevada por el aumento de la esperanza de vida.

Es la primera causa de muerte en la mujer y la segunda en el hombre; es la primera causa de discapacidad grave y la segunda de demencia después de la enfermedad de Alzheimer.

Un tercio de los afectados muere, otro tercio sobrevive con incapacidades graves y el tercio restante se recupera aunque con muchas posibilidades de que le vuelva a ocurrir.

La calidad de vida del paciente y de sus familiares más cercanos se ve alterada de manera radical; las personas que eran autónomas o autoválidas pasan a necesitar ayuda y cuidados en muchas de sus actividades diarias.

EL 8,5% DE LOS MAYORES DE 65 AÑOS HA PADECIDO UN ICTUS. EN EL 85% DE LOS CASOS EL ICTUS SE ORIGINA POR UNA DISMINUCIÓN DEL FLUJO SANGUÍNEO QUE RECIBE UNA PARTE DEL CEREBRO (*es el ictus isquémico*) Y SU CONSECUENCIA FINAL ES EL INFARTO CEREBRAL, IRREVERSIBLE, QUE CAUSA LA MUERTE DE LAS CELULAS CEREBRALES AFECTADAS. EL 15% RESTANTE CORRESPONDE AL ICTUS HEMORRÁGICO (*o hemorragia cerebral*)

PROVOCADO POR LA ROTURA DE UNA ARTERIA QUE SANGRA EN EL ESPESOR DEL CEREBRO.

Estas situaciones originan elevados costos sanitarios y sociales, servicios de rehabilitación y de cuidados, residencias especializadas, centros de apoyo y deterioro creciente del grupo familiar que es el primer cuidador natural y primario de esta problemática.

ES MUY IMPORTANTE RECONOCER PRONTO LAS MANIFESTACIONES INICIALES DE UN ICTUS; SUS CONSECUENCIAS SERAN MENORES CUANTO ANTES PUEDA SER VISTO EL ENFERMO POR UN NEURÓLOGO. RESULTA INOPERANTE Y HASTA PERJUDICIAL PARA LA SITUACIÓN FUNCIONAL FUTURA DEL PACIENTE DEMORAR EN PASOS INTERMEDIOS (consultas con el médico de cabecera, estudios y traslados, etc.); DEBE IRSE DE INMEDIATO A UN CENTRO HOSPITALARIO SOBRE TODO A AQUELLOS QUE TIENEN “UNIDADES DE ICTUS”. *SI SE RECIBEN A LOS ENFERMOS EN ESTA UNIDADES DURANTE LAS PRIMERAS HORAS SE PUEDE REDUCIR EN GRAN MEDIDA LAS CONSECUENCIAS DE ESTA GRAVE ENFERMEDAD.*

SÍNTOMAS DE ALARMA. El ictus cursa, las más de la veces, sin dolor. Los síntomas son muy variados y dependen del sitio y de la función cerebral que está afectada (motora, sensitiva, mental, etc.):

1. Pérdida de fuerza de la cara, brazo o pierna de un lado del cuerpo, de inicio brusco,
2. Sensación de “acartonamiento” u hormigueo de la cara, brazo o pierna de un lado del cuerpo, de inicio brusco,
3. Pérdida súbita de la visión, parcial o total, de uno de los ojos,
4. Dolor de cabeza súbito, intenso y sin causa aparente,
5. Sensación de vértigo intenso, inestabilidad, incapacidad para caminar o caídas bruscas.

SI SE OBSERVA ALGUNA DE ESTA CONDICIONES SE DEBE ACUDIR INMEDIATAMENTE AL HOSPITAL.

EN EL HOSPITAL:

- a) Harán el diagnóstico y demostrarán la causa de la enfermedad,

- b) Aplicarán el tratamiento médico o en ocasiones quirúrgico,
- c) Vigilarán la nutrición y la hidratación,
- d) Atenderán a la prevención y al tratamiento de las complicaciones médicas,
- e) Empezarán, lo antes posible, un programa de rehabilitación,
- f) Iniciarán una estrategia para el largo plazo y darán los consejos adecuados para cambiar los factores de riesgo (hipertensión arterial, arritmias cardíacas, diabetes mellitus, obesidad, colesterol alto, consumo de tabaco, consumo excesivo de alcohol, dietas inapropiadas, inactividad física - lo que no se puede cambiar es la edad que cada uno tiene -) con lo que se evitará que se vuelva a sufrir un nuevo ictus,
- g) La estancia en el hospital no debería prolongarse (hasta quince días como máximo en la mayoría de los casos es suficiente).

#### EN LA CASA:

- a) Corregir los factores de riesgo con asesoramiento profesional,
- b) Controlarse periódicamente,
- c) Medicarse con antiagregantes plaquetarios en forma permanente si el ictus fue isquémico,
- d) Hacer rehabilitación permanente con terapia física y ocupacional,
- e) Obtener asistencia y soporte psicosocial para el enfermo y su familia.

## TABLA DE VALORACION SANITARIA RAPIDA

<b>APELLIDO Y NOMBRE</b>		
<b>EDAD</b>		
<b>OBSERVACIONES</b>		
<i>No. DE ORDEN</i>	<i>PREVALENCIAS</i>	<i>SI / NO</i>
<b>1</b>	<b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL</b>	
<b>2</b>	<b>DIABETES</b>	
<b>3</b>	<b>DISLIPIDEMIA</b>	
<b>4</b>	<b>OBESIDAD/DELGADEZ</b>	
<b>5</b>	<b>OSTEOPOROSIS</b>	
<b>6</b>	<b>FRACTURAS</b>	
<b>7</b>	<b>ONCOLÓGICO</b>	
<b>8</b>	<b>LITIASIS BILIAR</b>	
<b>9</b>	<b>CARDIOPATIA</b>	
<b>10</b>	<b>ACV</b>	
<b>11</b>	<b>DEMENCIA</b>	
<b>12</b>	<b>AUTOVALIDO</b>	
<b>13</b>	<b>SEMIDEPENDIENTE</b>	
<b>14</b>	<b>DEPENDIENTE</b>	
<b>15</b>	<b>DEPRESIÓN</b>	
<b>16</b>	<b>POBREZA (ABAJO \$ 150)</b>	

## VALORACION SANITARIA ADULTOS MAYORES EN LA RED SOCIAL

**APELLIDO Y NOMBRE**

**EDAD**

**IDENTIFICACIÓN No.**

FECHA :		CONTROLADO		MEDICADO	
		SI	NO	SI	NO
<b>PATOLOGÍAS PREVALENTES</b>					
<b>1</b>	<b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL</b>				
<b>2</b>	<b>DIABETES</b>				
	<b>TIPO I</b>				
	<b>TIPO II</b>				
<b>3</b>	<b>OSTEOPOROSIS</b>				
<b>4</b>	<b>CARDIOPATIA</b>				
<b>5</b>	<b>ONCOLÓGICO</b>				
<b>6</b>	<b>FRACTURAS</b>				
<b>7</b>	<b>OBESIDAD / DELGADEZ</b>				
<b>8</b>	<b>LITIASIS BILIAR</b>				
<b>9</b>	<b>HEMORRAGIAS DIGESTIVAS</b>				
<b>10</b>	<b>NEUMOPATIAS / EPOC</b>				
<b>11</b>	<b>ACCIDENTES CEREBROVASCULARES</b>				
<b>12</b>	<b>AUTOVALIDO</b>				
<b>13</b>	<b>SEMIDPENDIENTE</b>				
<b>14</b>	<b>DEPENDIENTE</b>				
<b>15</b>	<b>POSTRACIÓN</b>				

**ENCUESTADOR:**

**FECHA DE LA ENCUESTA:**

**LUGAR DE LA ENCUESTA:**

# **TABLA DE RIESGOS EN ADULTOS MAYORES**

## **ACCIDENTES EN EL HOGAR**

### **1. AL LEVANTARSE DE LA CAMA.**

- Si está oscuro tiene que ponerse de pie y dar unos cuantos pasos para poder encender la luz
- Cree que se maneja bien a oscuras
- Pasa rápidamente de estar acostado a ponerse de pie
- Tiene una cama muy alta o muy baja
- Acostumbra a caminar descalzo, en calcetines, ojotas, chinelas
- Con frecuencia hay ropa caída en el suelo de su habitación
- Hay alfombras que no están fijadas en el suelo
- Mientras se viste permanece de pie y se pone las medias o los zapatos estando de pie

### **2. EN EL CUARTO DE BAÑO.**

- Tiene dificultad para sentarse o levantarse del inodoro
- Con frecuencia hay un líquido derramado en el suelo
- Aún con la luz encendida tiene dificultad para ver
- Hay alfombras que no están fijadas en el suelo
- Tiene dificultad para entrar o salir de la bañera
- Su bañera no es antideslizante en su interior
- Cuando se ducha lo hace estando de pie a pesar de tener dificultades para lavarse algunas partes de su cuerpo
- Le resulta difícil alcanzar las toallas, el jabón, el papel higiénico o llegar a los interruptores y enchufes

### **3. EN LA COCINA.**

- Para alcanzar algunos productos tiene que estirar al máximo los brazos o subirse a una banquita
- Para alcanzar algunos objetos tiene que agacharse casi hasta el suelo porque están muy bajos
- Con frecuencia se derraman líquidos por el suelo

- Maneja ollas o cacerolas muy pesadas
- Su cocina es de carbón o de gas

#### **4. EN EL RESTO DE LA CASA.**

- Tiene la costumbre de ir de un lado a otro con las luces apagadas aunque esté oscuro
- Su casa tiene escalones interiores
- Usa zapatillas de suela o cualquier calzado que no le sujeta bien el pie
- Hay alfombras que no estén fijadas al suelo
- Hay objetos situados en el suelo (cables, vasijas)
- El suelo está encerado, es resbaladizo o irregular
- Tiene la costumbre de sentarse en sillas muy bajas, con asiento muy blando o que no tienen apoya-brazos
- Para levantarse se ayuda a veces agarrándose a una mesita o mueble cercano
- Si estando sentado, si suena el teléfono o la puerta, se levanta rápidamente y sale corriendo
- Si para salir de la casa o al balcón o terraza tiene que pasar por encima de un pequeño marco o escalón que sobresale del suelo
- Para poner a secar la ropa la coloca en un tendedero que queda por encima de su cabeza

#### **5. EN LA CALLE.**

- Tiene escalera en su casa en mal estado, poco iluminada o no tiene pasamanos para poder agarrarse
- Llueve o hay agua con frecuencia en el suelo
- La suela de sus zapatos resbala con facilidad
- No distingue bien los bordes de las veredas y no puede calcular su altura
- Suele cruzar la calzada por cualquier sitio aunque haya un semáforo o un cruce para peatones
- No le importa cruzar aunque vea que se acerca un vehículo y cree que si corre un poco le da tiempo
- Tiene la costumbre de dejar el bastón en casa porque le estorba, se olvida o le parece que al usarlo le hace más viejo
- Entra solo en edificios que no conoce, que no están bien iluminados, que tienen muchas escaleras o puertas giratorias o automáticas
- Se sube o baja solo de los medios de transporte y lo hace de prisa y sin agarrarse bien
- Frecuenta calles y lugares con aglomeraciones
- No oye y/o ve bien
- Hace mucho que no hace una consulta porque cree que lo que le pasa es algo natural debido a su edad y que no tiene solución

Marque con una cruz. Cada cruz marcada supone un riesgo de accidente o caída

## ENCUESTA SANITARIA

<b>INSTITUCIÓN:</b>	
<b>Apellido y Nombre</b>	<b>Edad</b>
<b>Fecha</b>	
<p>1. <b>EN ÚLTIMO AÑO SU SALUD HA SIDO:</b> Muy buena, Buena, Regular, Mala, Muy mala, NS/NC</p> <p>2. <b>SI COMPARA SU SALUD CON LA DE OTRAS PERSONAS DE SU EDAD ES:</b> mejor, peor, igual, NS/NC.</p> <p>3. <b>EN LOS ÚLTIMOS MESES RECUERDA HABER PADECIDO:</b> insomnio; problemas en el corazón o circulación; reumatismo; artrosis; problemas de la boca o encías; várices; problemas en los pies; tensión arterial alta, dolor de cabeza, estreñimiento, bronquitis o asma.</p> <p>4. <b>EN EL ÚLTIMO MES HA TENIDO DOLORES O LOS SÍNTOMAS SIGUIENTES:</b> dolor de huesos, tos, catarro, gripe, mareos, pies o tobillos hinchados, dificultad para respirar, problemas en los pies, flojedad, manos o pies fríos, dolor de oídos, falta de apetito.</p> <p>5. <b>EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS HA TOMADO MEDICAMENTOS PARA:</b> reumatismo, catarro, gripe, el dolor, antitérmicos, vitaminas, tónicos, corazón y circulación, antihipertensivos, laxantes, digestivos, tranquilizantes, antidepresivos, antibióticos, alergia.</p> <p>6. <b>USA USTED ANTEOJOS:</b> siempre, sólo para leer, sólo para lejos, no usa, NS/NC</p> <p>7. <b>OYE UD. BIEN:</b> perfectamente, bastante bien, regular, mal, nada, NS/NC</p> <p>8. <b>CUÁNTAS VECES CONSULTÓ AL MÉDICO EL ÚLTIMO AÑO:</b></p> <p>9. <b>CUÁNTAS VECES CONSULTÓ AL DENTISTA EL ÚLTIMO AÑO:</b></p> <p>10. <b>CUÁNTAS VECES CONSULTÓ AL URÓLOGO/GINECÓLOGO EL ÚLTIMO AÑO:</b></p> <p>11. <b>CUÁNTAS VECES INGRESÓ A UNA CLÍNICA EL ÚLTIMO AÑO Y PORQUÉ:</b></p> <p>12. <b>EN EL ÚLTIMO MES, CUÁNTOS DÍAS GUARDÓ CAMA:</b></p> <p>13. <b>SE HA HECHO ALGUNA VEZ UN EXAMEN CLÍNICO COMPLETO Y CHEQUEO:</b></p>	

**ENCUESTADOR:**

**OBSERVACIONES:**



<b>ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN</b>	
<b>1</b>	<b>Puede acceder fácilmente y cada vez que lo necesita a los servicios y consultorios ?</b>
<b>2</b>	<b>El trato que recibe en los servicios y consultorios es bueno, cordial y respetuoso ?</b>
<b>3</b>	<b>Su médico es eficaz y le resuelve sus problemas de salud ?</b>
<b>4</b>	<b>Su médico le dedica todo el tiempo que usted considera necesario y lo escucha con paciencia ?</b>
<b>5</b>	<b>Su médico le deja hablar ?</b>
<b>6</b>	<b>Su médico le explica todas sus dudas y todo lo que quiera saber acerca de su salud ?</b>
<b>7</b>	<b>Su médico le explica porqué y para qué le receta medicamentos y cuáles son los efectos buenos y malos que se pueden producir ?</b>
<b>8</b>	<b>Su médico lo toca y lo revisa físicamente cada vez que es necesario ?</b>
<b>9</b>	<b>Su médico le explica porqué le manda a hacer exámenes especiales o complementarios ?</b>
<b>10</b>	<b>Recomendaría a otros pacientes al médico que lo atiende a Ud. ?</b>
<i>Se contesta por SI/NO y se extrae un score del 1 al 10</i>	

**ENCUESTADOR:**

**FECHA:**

**LUGAR:**

## ENCUESTA DE SATISFACCION EN TALLERES TERAPÉUTICOS OCUPACIONALES

<b>PREGUNTAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Se encontraba a gusto en su casa, antes de comenzar este taller?		
Creía, antes de este taller, que usted puede ser útil?		
Pensaba que usted era capaz de aprender, pese a su edad?		
El compartir una tarea con personas más jóvenes lo hace sentir más feliz?		
El participar en un grupo de personas mayores le proporcionó más amigos?		
Se siente mejor, física o espiritualmente, al realizar tareas manuales?		
Cree usted que juntos y solidarios podemos más?		
Trabajar en algo fuera de su casa, lo alivia de la rutina del hogar?		
Sabe usted que con su tarea se beneficiarán otras personas mayores?		

## Valoración geriátrica gerontológica

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ Nivel \_\_\_\_\_ Fe \_\_\_\_\_

	PREVIO	INGRESO	ALTA	
<b>I - ESCALA</b>				
II - ESCALA VALORACIÓN MENTAL				
III - KATZ				
IV - PFEIFFER				
V - RIESGOS				
VI - NEUROPSICOLÓGICA				
VII - ISQUEMIA				
VIII - DEMENCIA				
IX - DEPRESIÓN				
X - SOCIAL				

(\*) NIVEL:

1. Domiciliar
2. Centro de Jubilados
3. Consultorio Público
4. Consultorio Privado
5. Centro de Salud
6. Posta Sanitaria
7. Hospital (I, II, III)
8. Clínica y/o Sanatorio
9. Residencia para Mayores
10. Centro de Día
11. Hospital de Día

## I – ESCALA DE VALORACIÓN FÍSICA

GRADO	CONCEPTO
0	Se vale totalmente por sí mismo
1	Realiza los actos de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad
2	Alguna dificultad para los actos de la vida diaria. Deambula con ayuda de bastón o similar.
3	Grave dificultad para los actos de la vida diaria. Deambula con dificultad ayudado por una persona. Incontinente ocasional.
4	Necesita ayuda para casi todas las actividades de la vida diaria. Incontinencia habitual
5	Inmovilizado en cama o sillón. Dependiente total. Necesita cuidados continuados de enfermería.

Marcar con una sola cruz sobre el casillero correspondiente.

## II – ESCALA DE VALORACIÓN MENTAL

GRADO	CONCEPTO
0	Totalmente normal.
1	Ligera desorientación en el tiempo. Se puede mantener correctamente una conversación.
2	Desorientación en tiempo. Olvidos ocasionales. Trastornos de carácter. Incontinencia ocasional.
3	Desorientación. No puede mantener una conversación lógica. Confunde a las personas. Trastornos del humor. Frecuente incontinencia.
4	Desorientación. Clara alteraciones mentales. Incontinencia habitual.
5	Vida vegetativa con o sin agresividad. Incontinencia total.

Marcar con una sola cruz sobre el casillero correspondiente.

### III – ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (KATZ)

	INDEPENDIENTE		DEPENDIENTE	
<b>1. LAVARSE</b>	<input type="checkbox"/> No necesita ayuda. Entra y sale sólo de la bañera (cuando la bañera es su lugar habitual de bañarse)	<input type="checkbox"/> Recibe ayuda para sólo una parte del cuerpo (espalda, piernas).	<input type="checkbox"/> Recibe ayuda para más de una parte del cuerpo (o no se baña). Recibe ayuda para entrar ó salir del baño.	
<b>2. VESTIRSE</b>	<input type="checkbox"/> Coge la ropa y se viste del todo sin ayuda.	<input type="checkbox"/> Sólo necesitan que le aten los cordones del calzado.	<input type="checkbox"/> Recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela, o permanece sin vestirse del todo.	
<b>3. IR AL RETRETE</b>	<input type="checkbox"/> Va al retrete, se limpia y se coloca la ropa solo (aunque use bastón, andador o silla de ruedas). Si usa orinal de noche, lo vacía por la mañana.		<input type="checkbox"/> Necesita ayuda para ir al retrete o limpiarse o para colocarse la ropa o para usar orinal por la noche	<input type="checkbox"/> No va al retrete
<b>4. MOVILIZARSE</b>	<input type="checkbox"/> Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda (aunque use bastón o andador)		<input type="checkbox"/> Necesita ayuda para levantarse y acostarse o para sentarse y levantarse.	<input type="checkbox"/> No se levanta de la cama.
<b>5. CONTINENCIA</b>	<input type="checkbox"/> Controla completamente ambos esfínteres.		<input type="checkbox"/> Incontinencia ocasional	<input type="checkbox"/> Necesita supervisión, sonda vesical o es incontinente.
<b>6. ALIMENTARSE</b>	<input type="checkbox"/> Come sin ayuda	<input type="checkbox"/> Sólo necesita ayuda para cortar o untar el pan.	<input type="checkbox"/> Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente por SNG o vía i.v.	

GRADO	CONCEPTO
1	Independiente en todas las actividades.
2	Independiente en todas menos en una de ellas.
3	Independiente en todas menos "1" y otra cualquiera.
4	Independiente en todas menos "1", "2" y otra cualquiera.
5	Independiente en todas menos "1", "2", "3" y otra cualquiera.
6	Independiente en todas menos "1", "2", "3", "4" y otra cualquiera.
7	Dependiente en todas las actividades.
<b>OTROS</b>	Dependiente en dos o más funciones pero no clasificable.

<b>DEAMBULACIÓN</b>	<input type="checkbox"/> Sin problemas dentro y fuera de su vivienda, aunque necesite aparatos (bastón o andador).	<input type="checkbox"/> Con dificultad a pesar de aparatos, o necesita ayuda de otras personas.	<input type="checkbox"/> No camina
<b>VISIÓN</b>	<input type="checkbox"/> Sin problemas en la visión próxima y lejana.	<input type="checkbox"/> Tiene dificultades que se corrigen con lentes.	<input type="checkbox"/> Déficit que no se corrige con lentes o ceguera de uno o los dos ojos.
<b>AUDICIÓN</b>	<input type="checkbox"/> Sin problemas para una conversación al volumen normal.	<input type="checkbox"/> Tiene déficit que se corrige con aparato.	<input type="checkbox"/> Déficit que no se corrige con aparato o sordera de uno o los dos oídos.

## IV – CUESTIONARIO ABREVIADO SOBRE EL ESTADO MENTAL (SPMSQ) (Pfeiffer)

1.	¿Cuál es la fecha de hoy?		
	(día)	(mes)	(año)
2.	¿Qué día de la semana es hoy?		
3.	¿Cuál es el nombre de este sitio?		
4.	¿Cuál es su número de teléfono?		
4.a	(sólo si no tiene teléfono) ¿Cuál es su domicilio?		
5.	¿Qué edad tiene?		
6.	¿Dónde ha nacido?		
7.	¿Cómo se llama el Presidente de la República?		
8.	¿Cómo se llama el anterior Presidente de la República?		
9.	Dígame el primer apellido de su madre		
10.	Restar de 3 en 3 desde 20		
<b>Total de errores :</b>			

## V – TABLA DE RIESGOS. ACCIDENTES Y CAÍDAS EN EL HOGAR DE LOS ADULTOS MAYORES

<b>1.</b>	<b>AL LEVANTARSE DE LA CAMA</b>
<input type="checkbox"/>	Si está oscuro tiene que ponerse de pie y dar unos cuantos pasos para poder encender la luz.
<input type="checkbox"/>	Cree que se maneja bien a oscuras.
<input type="checkbox"/>	Pasa rápidamente de estar acostado a ponerse de pie.
<input type="checkbox"/>	Tiene una cama alta o muy baja.
<input type="checkbox"/>	Acostumbra a caminar descalzo, en calcetines, ojetas, chinelas.
<input type="checkbox"/>	Con frecuencia hay ropa caída en el suelo de su habitación.
<input type="checkbox"/>	Hay alfombras que no están fijadas al suelo.
<input type="checkbox"/>	Mientras se viste permanece de pie y se pone las medias o los zapatos estando de pie.
<b>2.</b>	<b>EN EL CUARTO DE BAÑO</b>
<input type="checkbox"/>	Tiene dificultades para sentarse o levantarse del inodoro.
<input type="checkbox"/>	Con frecuencia hay algún líquido derramado en el piso.
<input type="checkbox"/>	Aun con la luz encendida tiene dificultades para ver.
<input type="checkbox"/>	Hay alfombras que no están fijadas en el suelo.
<input type="checkbox"/>	Tiene dificultades para entrar y salir de la bañera.
<input type="checkbox"/>	Su bañera no es autodeslizante en su interior.
<input type="checkbox"/>	Cuando se ducha, lo hace estando de pie, a pesar de tener dificultades para lavarse algunas partes de su cuerpo.
<input type="checkbox"/>	Le resulta difícil alcanzar las toallas, el jabón, el papel higiénico o llegar a los interruptores y enchufes.
<b>3.</b>	<b>EN LA COCINA</b>
<input type="checkbox"/>	Para alcanzar algunos productos tiene que estirar al máximo los brazos o subirse a una banquita.
<input type="checkbox"/>	Para alcanzar algunos objetos tiene que agacharse casi hasta el suelo porque están muy bajos.
<input type="checkbox"/>	Con frecuencia se derraman líquidos por el suelo.
<input type="checkbox"/>	Maneja ollas o cacerolas muy pesadas.
<input type="checkbox"/>	Su cocina es de carbón o de gas.
<b>4.</b>	<b>EN EL RESTO DE LA CASA</b>
<input type="checkbox"/>	Tiene la costumbre de ir de un lado a otro con las luces apagadas aunque esté oscuro.
<input type="checkbox"/>	Su casa tiene escalones interiores.
<input type="checkbox"/>	Usa zapatillas de suela o cualquier calzado que no le sujeta bien el pie.
<input type="checkbox"/>	Hay alfombras que no están fijadas al suelo.
<input type="checkbox"/>	Hay objetos situados en el suelo (cables, vasijas).
<input type="checkbox"/>	El suelo está encerado, es resbaladizo o irregular.
<input type="checkbox"/>	Tiene la costumbre de sentarse en sillas muy bajas, con asientos muy blandos o que no tienen apoyabrazos.
<input type="checkbox"/>	Para levantarse se ayuda a veces agarrándose a una mesita o mueble cercano.
<input type="checkbox"/>	Estando sentado, si suena el teléfono o la puerta, se levanta rápidamente y sale corriendo.
<input type="checkbox"/>	Si para salir de la casa o al balcón o terraza tiene que pasar por encima de un pequeño marco o escalón que sobresale del suelo.
<input type="checkbox"/>	Para poner a secar la ropa la coloca en un tendedero que queda por encima de su cabeza.
<b>5.</b>	<b>EN LA CALLE</b>
<input type="checkbox"/>	Tiene escalera en su casa en mal estado, poco iluminada o no tiene pasamanos para poder agarrarse.
<input type="checkbox"/>	Llueve o hay agua con frecuencia en el suelo.
<input type="checkbox"/>	La suela de sus zapatos resbala con facilidad.
<input type="checkbox"/>	No distingue bien los bordes de las veredas y no puede calcular su altura.
<input type="checkbox"/>	Suele cruzar la calzada por cualquier sitio aunque haya un semáforo o cruce para peatones.
<input type="checkbox"/>	No le importa cruzar aunque vea que se acerca un vehículo y cree que si corre un poco le da tiempo.
<input type="checkbox"/>	Tiene la costumbre de dejar el bastón en casa porque le estorba, se olvida o le parece que al usarlo le hace más viejo.
<input type="checkbox"/>	Entra solo en edificios que no conoce, que no están bien iluminados, que tienen muchas escaleras o puertas giratorias o automáticas.
<input type="checkbox"/>	Se sube o baja solo de los medios de transporte y lo hace de prisa y sin agarrarse bien.
<input type="checkbox"/>	Frecuenta calles y lugares con aglomeraciones.
<input type="checkbox"/>	No oye y/o ve bien.
<input type="checkbox"/>	Hace mucho que no hace una consulta porque cree que lo que le pasa es algo natural debido a su edad y que no tiene solución.

Marque con una cruz. Cada cruz marcada supone un riesgo de accidente o caída. Estas situaciones deben ser evitadas. Consulte y será asesorado.

## VI – NEUROPSICOLÓGICA

	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
<b>1. DESEMPEÑOS DIARIOS. MEMORIA</b>			
¿Tiene dificultades en las tareas domésticas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se pierde en la calle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se pierde en su propia casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Olvida noticias recientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Olvida programas de TV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Siempre está hablando de cosas del pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Confunde los horarios, por ejemplo de las comidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. HÁBITOS</b>			
¿Se ha tornado desprolijo para comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Come a toda hora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene dificultades para vestirse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se orina en la cama o en la ropa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ensucia el baño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay que indicarle que se higienice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha perdido el pudor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene sueño de día e insomnio de noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. ACTIVIDAD</b>			
¿Tiene indecisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene apatía creciente o falta de interés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene disminución de iniciativas para actuar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene actividad exagerada sin finalidad clara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está impaciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se muestra inquieto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Abandona hobbies o entretenimientos preferidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha perdido destrezas que lo distinguieron?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. AFECTIVIDAD. RELACIÓN FAMILIAR</b>			
¿Está poco afectuoso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se muestra indiferente con los sentimientos ajenos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ríe en situaciones inadecuadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Descontrola sus emociones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene deseos sexuales exagerados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está triste, llora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está alegre de manera exagerada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está desconfiado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Recela de familiares o vecinos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Oye cosas que otros no oyen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ve cosas que otros no ven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marcar con una cruz lo que considere correcto como consecuencia de su observación.



## VII – ESCALA DE ISQUEMIA

PUNTAJE	
2	Comienzo repentino
1	Deterioro en brotes
2	Curso fluctuante
1	Confusión nocturna
1	Preservación relativa de la personalidad
1	Depresión
1	Labilidad emocional
1	Síndromes somáticos
1	Antecedentes de hipertensión arterial
1	Antecedentes de accidentes cerebrovasculares
1	Arteriosclerosis asociada
2	Déficits neurológicos focales
2	Síntomas neurológicos focales

Si el paciente consigue sumar más de 6 puntos se considera que su demencia es de origen vascular; entre 4 y 5 puntos la demencia es mixta; si es menos de 4 la demencia puede ser degenerativa.

## VIII – ESCALA DE DEMENCIA

<input type="checkbox"/>	No conoce su edad
<input type="checkbox"/>	No conoce su año de nacimiento
<input type="checkbox"/>	No sabe el tiempo que está viviendo en su hogar actual
<input type="checkbox"/>	No conoce su domicilio
<input type="checkbox"/>	No sabe el nombre del Presidente de la República
<input type="checkbox"/>	No sabe el mes
<input type="checkbox"/>	No sabe el año
<input type="checkbox"/>	Se equivoca en la prueba mano-rodilla-oreja
<input type="checkbox"/>	No puede preparar su propia comida
<input type="checkbox"/>	Tiene dificultades en manejar los asuntos personales
<input type="checkbox"/>	Tiene dificultad en realizar las tareas hogareñas
<input type="checkbox"/>	No puede ir de compras
<input type="checkbox"/>	Tiene muchos olvidos
<input type="checkbox"/>	No recuerda su número de teléfono

Se da un punto por cada ítem.

## IX – ESCALA DE DEPRESIÓN

<input type="checkbox"/>	Se siente solo
<input type="checkbox"/>	Está inquieto
<input type="checkbox"/>	Está preocupado
<input type="checkbox"/>	Se preocupa por cualquier cosa
<input type="checkbox"/>	Está triste o deprimido
<input type="checkbox"/>	Llora
<input type="checkbox"/>	La depresión dura varias horas
<input type="checkbox"/>	La depresión varía durante el día
<input type="checkbox"/>	Piensa que la vida no merece la pena vivirla
<input type="checkbox"/>	Se preocupa por el futuro
<input type="checkbox"/>	El futuro parece negro
<input type="checkbox"/>	Desearía morir
<input type="checkbox"/>	Tiene pensamientos suicidas
<input type="checkbox"/>	Duerme mal
<input type="checkbox"/>	Tiene sueños o meditaciones tristes
<input type="checkbox"/>	Tiene dolor de cabeza
<input type="checkbox"/>	Está insatisfecho
<input type="checkbox"/>	Se despierta tempranamente o cansado

Se da un punto por cada ítem.

## X – SOCIAL (RIESGOS)

	<b>BAJO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>ALTO</b>
<b>1. ECONÓMICO (JUBILACIÓN O PENSIÓN)</b>	<input type="checkbox"/> Más de \$ 500.-	<input type="checkbox"/> Entre \$ 250 y \$ 500.-	<input type="checkbox"/> Menos de \$ 250 o Ninguna
<b>2.1 VIVIENDA</b>	<input type="checkbox"/> Buen Estado	<input type="checkbox"/> Regular Estado	<input type="checkbox"/> Precaria / Mal Estado
	<input type="checkbox"/> Buen Estado	<input type="checkbox"/> Regular Estado	<input type="checkbox"/> Precaria / Mal Estado
<b>2.2 HABITACIÓN /HOTEL / INQUILINATO</b>	<input type="checkbox"/> Con Servicios Individuales	<input type="checkbox"/> Con Servicios Compartidos	<input type="checkbox"/> Sin Servicios
<b>3. SALUD</b>	<input type="checkbox"/> Sano	<input type="checkbox"/> Enfermo	
<b>4. ALIMENTACIÓN</b>	<input type="checkbox"/> Suficiente	<input type="checkbox"/> Insuficiente	
<b>5. NIVEL EDUCATIVO</b>	<input type="checkbox"/> Secundario o Superior	<input type="checkbox"/> Primario Completo	<input type="checkbox"/> Primario Incompleto o Analfabeto
<b>6. CONVIVIENTES</b>	<input type="checkbox"/> 2 personas o más	<input type="checkbox"/> Sólo 1 persona	<input type="checkbox"/> Ninguna
<b>7. SERVICIOS SOCIO SANITARIOS COMUNITARIOS</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
<b>8. CONTENCIÓN FAMILIAR (NO CONVIVIENTES)</b>	<input type="checkbox"/> 2 familiares o más	<input type="checkbox"/> Sólo 1 familiar	<input type="checkbox"/> Ningún Familiar
<b>9. INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR OBLIGADO</b>	<input type="checkbox"/> Más de \$ 500.-	<input type="checkbox"/> Entre \$ 250 y \$ 500.-	<input type="checkbox"/> Menos de \$ 250.-
<b>10. SUBSIDIOS Y/O APOYO ALIMENTARIO</b>	<input type="checkbox"/> Subsidio y BCA	<input type="checkbox"/> Sólo Subsidio o BCA	<input type="checkbox"/> Ninguno

Marcar con una cruz según corresponda. A igual cantidad en alguna de los tres niveles tomar el de más alto riesgo.

## **LA ANCIANIDAD, LA VULNERABILIDAD Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL**

Se están generalizando en el grupo de edad de 60 y más, situaciones de segregación, inhabilitación y exclusión con severas situaciones individuales de vulnerabilidad grave y muchas veces irreversible.

La fragilidad de la contención familiar, la falta de redes sociales de contención, solidaridad, reciprocidad y protección; la crisis de las instituciones del Estado responsables de la provisión de servicios sociales; los costosos y muchas veces ineficientes e ineficaces servicios de salud destinados, fundamentalmente, a la reparación de enfermedades tornan más aguda, crítica y difícilmente manejable la realidad sociosanitaria de los mayores.

La pobreza por ingresos es sólo una de las dimensiones de la privación social; la mayoría de los ancianos están sometidos a carencias de todo tipo y la falta de solución a sus problemas trae como consecuencia marginación, aislamiento, pérdida de la autonomía, desmejoramiento de la calidad de vida, vulnerabilidad, riesgo y exclusión social.

Los mayores vulnerables están fuera del espacio social, viven en forma inestable, precaria y en un grado de fragilidad máxima en su entorno familiar y social.

A esto debemos sumar la edad avanzada, el padecimiento de un repertorio de enfermedades crónicas, condiciones de partida en la vida y necesidades diferenciales en un contexto geográfico, jurisdiccional y cultural en un país tan vasto y diverso como la Argentina.

Si nuestro país tiene la decisión política de generar una sociedad más integrada y más equitativa, debe manifestar interés en evitar la persistencia de condiciones de pobreza, exclusión y vulnerabilidad mediante una adecuada y eficiente asignación de recursos públicos y privados aumentando la eficiencia de la capacidad político - instrumental del Estado (Nacional, Provincial y Municipal) para proponer, diseñar y ejecutar las políticas y programas sociales demandados por la población teniendo en cuenta la disponibilidad financiera que es relativamente alta en términos de gasto o inversión social pública.

Sería deseable que la Argentina busque establecer un sistema integrado de políticas sociales con pluralismo y participación; los propios mayores deben autoconvocarse, organizarse y comprometerse recreando un gran organismo de la sociedad civil para reivindicar sus derechos, establecer sus necesidades, hacerse escuchar y desarrollar una gran capacidad de negociación para proponer planes y programas que los puedan beneficiar realmente en las dos vertientes fundamentales de su problemática actual, la social y la sanitaria.

## VIOLENCIA CONTRA LOS MAYORES

Violencia, es la palabra que debe ser empleada en lugar de agresividad. Es un trastorno de conducta en que se liberan, exponen y se direccionan hacia un objeto (hacia fuera o hacia adentro de la persona), componentes agresivos por fallo en los mecanismos de contralor neuropsicológico o social o por psicorreactividad condicionada.

Violento, es aquel que actúa en el sentido de provocar dolor, lesión o destrucción; ataca, sin que medie provocación alguna.

Fuera del campo médico específico, los desbordes agresivos surgen como consecuencia de vivencias ordinarias que se estiman como extraordinarias y que provocan reacciones anormales de agresividad por falta de capacidad de reflexión, por incapacidad de amar, por impulsividad posesiva, por vivir sin finalidad, por incapacidad de hacer experiencia, por tendencia compulsiva instintivo-afectiva, por incapacidad de independencia responsable, por incapacidad cultural.

Las condiciones que más frecuentemente, hechas las reservas anteriores, producen reacciones violentas de familiares y cuidadores de viejos son los cuadros de delirium, amencia, síndrome disquinético-confusional, estados crepusculares, demencias, variados tipos de déficit físico y funcional.

Es un tema inexplorado, oculto y soterrado (en la Unión Europea se calcula que afecta al 5% de la población).

*La violencia contra los mayores, el maltrato a los mayores y el tratamiento inadecuado a personas mayores*, se inscribe en el concepto amplio de violencia familiar.

Es un tema nebuloso, del que se habla poco y que pareciera que no existe; es una realidad que no se denuncia y también pensamos que denunciar no es adecuado.

Los abusos no sólo se producen en el seno de la propia familia del mayor sino también en las residencias y en la sociedad misma.

Estas situaciones están destinadas a crecer por el mayor envejecimiento de la población, el incremento de las demencias y la modificación de la estructura familiar.

Los abusos, en general, son de tres tipos:

1. ABUSO FÍSICO: pegar, golpear, apalear, pellizcar, empujar, forzar la alimentación, posición incorrecta, uso inadecuado de sujeciones mecánicas o medicamentos, contacto o exhibición sexual sin el consentimiento del mayor.
2. ABUSO EMOCIONAL: gritos, amenazas, rechazo, aislamiento, culpabilización.
3. ABUSO ECONÓMICO: robos directos, mal uso o abuso del dinero, explotación ilegal de fondos.

Estos abusos pueden ser intencionados (dolo) o por negligencia. La dependencia, el aislamiento, la historia de violencia familiar y las alteraciones psicológicas de los cuidadores (familiares o profesionales) son factores de riesgo para que el mayor sufra un posible maltrato.

Las claves para el diagnóstico y el tratamiento de esta situación son la intervención multidisciplinaria, el establecimiento de protocolos, la homogeneización de las medidas de actuación.

Es difícil que el mayor denuncie este tipo de situaciones por desconocimiento y miedo. Muchos mayores no se sienten y no saben que son personas, que tienen capacidad jurídica y que poseen derechos. El maltrato puede y debe ser denunciado por cualquier persona y de comprobarse, son imputables civil o penalmente.

El viejo No es ni debe ser agente de salud familiar sino al revés. Hay una tendencia a idealizar la familia y considerarla pieza clave en la direccionalidad o sentido de la propia existencia y, entre otras cosas, se niega y oculta la existencia de la violencia intrafamiliar.

LA HISTORIA OFICIAL DICE:

1. Que la familia es la célula básica de la sociedad,
2. Que la familia es el mejor ámbito para ser concebido, para nacer, para crecer, para envejecer y para morir con dignidad propia de la persona humana,
3. Que la familia es una escuela de amor,
4. Que es en la familia donde el niño adquiere la capacidad de amar y establecer vínculos afectivos sin miedos ni conflictos,
5. Que en la familia se recibe cuidado y protección, se atemperan las inclemencias de la vida, de la sociedad y del estrés,
6. Que la familia tiene el rol formativo de los valores,

7. Que los hijos necesitan un padre y una madre que se quieran y que los quieran y se lo hagan saber,
8. Que la familia es una gran escuela donde se aprende a vivir en comunidad, a tolerar y a aceptar la diversidad.

#### LA REALIDAD COTIDIANA DEMUESTRA:

1. Que entre un 30-40% de los homicidios que se cometen ocurren entre personas que tienen vínculos de parentesco o afectivos,
2. Que el 20% de las mujeres y el 10% de los hombres han sufrido abusos sexuales durante su infancia y casi siempre han sido cometidos por un miembro de la familia,
3. Que los padres biológicos son los principales responsables de los abusos (42,5%), parientes cercanos (23,7%), conocidos no familiares (17,5%, padrastros (13,8%),
4. Que mueren de 3 a 5 niños por día por maltrato recibido dentro de sus familias (supera la tasa general de homicidios),
5. Que más del 90% de los padres aplican castigos corporales a sus hijos aún hasta bien entrada la adolescencia,
6. Que el 85% de los niños adoptados provenientes de europa oriental presentan trastornos físicos o mentales por abuso,
7. Que 15.000.000 de mujeres han sido reiteradamente golpeadas por sus maridos (el 88% en presencia de los hijos),
8. El 40% de las mujeres sufren maltratos físicos o psicológicos de sus parejas masculinas

A veces, es mucho más peligroso estar dentro de la casa que en la calle; los viejos suelen convertirse en blanco preferencial de las conductas agresivas de sus propios familiares.

Estas conductas victimizadoras se producen por:

1. ACCION: abusar, engañar, profanar, violar, robar, hurtar, denostar, insultar, injuriar, ultrajar, maltratar.

2. OMISIÓN: negligencia, descuidar, desatender, olvidar, dejar de, abandonar, despreciar, arrinconar, indiferencia, desuso, desdeñar.

El maltrato, de índole física o emocional es sufrido tanto dentro de la familia como por la acción de fuerzas sociales (casi el 50% de los 650.000 viejos de la Ciudad de Buenos Aires sufre maltrato emocional y físico teniendo como causante la familia).

También existe el abuso por parte de las personas encargadas del cuidado de viejos en las instituciones geriátricas.

Los abusos, directos o indirectos, pueden ser: físicos, psicológicos, financieros, violación de derechos básicos y abandono.

Las víctimas están, en general, sujetas a más de un tipo de abuso y con varios y frecuentes incidentes.

El viejo suele desempeñar el papel de chivo emisario o ser la parte más delgada del hilo dentro de la estructura familiar y por ello se le adjudica muy fácilmente el rol de enfermo.

Por estas y otras razones, la tasa de suicidios tiende a aumentar con la edad. La sociedad y la familia no valoriza a los viejos y le cierra todos los caminos. En Argentina la tasa anual de suicidios es de 6,7 por 100.000 habitantes (en primer lugar en América Latina y 11º. en el mundo). El suicidio es una de las 10 principales causas de muerte entre los viejos (12 por 100.000 en la población en general – por encima de los 65 años asciende a 17 por 100.000).

De los viejos que amenazan con suicidarse, el 80% lo hace y la mayoría no ha tenido tentativas previas.

## CIFRAS DE VIOLENCIA

No hay país ni comunidad a salvo de la violencia (OMS). En el mundo, cada año, 1,6 millón de personas pierde la vida violentamente.

La violencia es una de las principales causas de muerte en la población de edad comprendida entre los 15 y 44 años; es responsable del 14 % de las defunciones en la población masculina y del 7 % en la femenina.

Sólo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los hechos delictivos crecieron en un 252 % en la última década ( 70 % contra la propiedad).

La violencia es multicausal y se destacan las desigualdades sociales por las grandes diferencias en la distribución y acceso a los recursos y el declive económico, empujan al delito y se pone en riesgo la convivencia social por la cantidad de conflictos violentos.

En Argentina, los últimos quince años se duplicó la tasa de homicidios intencionales (4-8 crímenes cada 100.000 habitantes); se triplicaron los delitos contra la propiedad; la cifra de civiles y policías muertos de 42:1 respectivamente trepó, en 1999, a 71:10. En tan sólo cuatro años, en la Provincia de Buenos Aires se alcanzó la cifra de 202 civiles y 66 policías muertos.

En la década del '80, la tasa de delincuencia era de 83 delitos cada 10.000 habitantes; en los '90, 200 delitos y en el '98, 560.

Los robos seguidos de homicidio son el 92 % de los casos; los delitos de violación son el 4 % (6.000 casos de violaciones por año; sólo 500 reciben condena por parte de la justicia); la edad de los imputados, en un 48 %, va de los 18 a los 29 años.

En el año 2000, el 55 % de los delitos contra personas se produjo en la vía pública y el 25 % en el lugar de trabajo o en la vivienda.

En 2002, la policía bonaerense secuestró 10.647 armas de fuego, entre el año 2.000 y 2.002 el secuestro de armas fue del 40 %.

En el mundo, en el año 2000, 520.000 personas murieron como consecuencia de la violencia familiar (57.000 homicidios de niños). Las víctimas de maltrato no mortal y de abandono son más numerosas.

Entre las mujeres el 20% y entre los hombres 5-10% han sufrido abuso sexual en la infancia.



La tasa de homicidios de jóvenes entre 10-29 años es mayor al 12:100.000. El 45% de los homicidios (2002; Prov. De Bs. As.), se originó en violencia familiar.

El 67% de las denuncias hechas por mujeres son motivadas por maltrato en el hogar. El 54% de estas mujeres están casadas y llevan muchos años soportando tal situación.

*El incremento de la violencia, la indefensión, la criminalidad y la impunidad son proporcionales al deterioro socioeconómico, a la baja calidad de las instituciones, a la ausencia de legislación adecuada, al colapso del sistema judicial y policial.*

#### **TRATAMIENTOS POSIBLES:**

**Programas de educación. Programas de desarrollo social. Programas terapéuticos. Campañas de educación pública. Modificaciones del medio físico. Actividades extraescolares para jóvenes. Formación de policías. Programas de policía comunitaria.**

#### **LEY 24.417 (1994) de PROTECCIÓN CONTRA LA VIOLENCIA FAMILIAR.**

### ***Referencias donde recurrir:***

\* Instituto Social y Político de la Mujer: Av. Callao 741, 1er. Piso 1; Tel/Fax: 4813-2654. e-mail: [ispm@netizen.com](mailto:ispm@netizen.com) internet: [www.ispm.org.ar](http://www.ispm.org.ar)

- Lugar de Mujer; Avda. Corrientes 2621, 8° piso, 38; 4961-8081
- Dirección General de la Mujer (Gob. De la Ciudad de Bs. As.); Carlos Pellegrini 211, 7° Piso; 4393-6464.
- Servicio telefónico para la mujer: 0800-666-8537.
- Mujer Líder; [servicios@mujerlider.com.ar](mailto:servicios@mujerlider.com.ar) internet: [www.mujerlider.com.ar](http://www.mujerlider.com.ar)
- Lic. Adriana Silva: 4756-5548.
- [www.violfliar.com.ar](http://www.violfliar.com.ar)
- Plan Nacional de Prevención del Delito; Ministerio de Justicia de la Nación. Tel. 4328-3015/4638. [www.pnpd.gov.ar](http://www.pnpd.gov.ar)
- Centro de Orientación a la Víctima. Policía Federal Argentina. Tel: 4981-6882/4958/4291. [orientaciónvíctima@policíafederal.org.ar](mailto:orientaciónvíctima@policíafederal.org.ar)  
[www.policíafederal.gov.ar/salc/centrodela Víctima/Violencia.html](http://www.policíafederal.gov.ar/salc/centrodela Víctima/Violencia.html)
- Organización Panamericana de la Salud: [www.paho.org](http://www.paho.org)  
Tel.: 4312-5301/Fax: 4311-9151.

\*Secretaría de Descentralización, Mediación Comunitaria y Métodos Alternativos de Resolución de Conflictos, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

[www.mediadoresenred.org.ar](http://www.mediadoresenred.org.ar) E-mail: [mediación@buenosaires.gov.ar](mailto:mediación@buenosaires.gov.ar)

\*Fundación Crecer sin Violencia: [crecersinviolenciaopd@infovia.com.ar](mailto:crecersinviolenciaopd@infovia.com.ar)

\*Nueva Alejandría – El Portal de los Educadores: [www.nuevaalejandria.com.ar](http://www.nuevaalejandria.com.ar)  
[info@alejandria.com](mailto:info@alejandria.com)

\*Fundación Centro de Actividades Psicológicas Asistenciales Comunitarias (Capac): [www.funcapac.org.ar](http://www.funcapac.org.ar)

## **VIOLENCIA, MALTRATO Y TRATAMIENTO INADECUADO A LOS ADULTOS MAYORES**

**VIOLENCIA:** trastorno de conducta en el que se liberan, exponen y se direccionan hacia un objeto (hacia fuera o hacia adentro de la persona), componentes agresivos por fallo en los mecanismos de control neuropsicológico, social o por psicorreactividad condicionada.

Violento/a: es aquel/lla que ataca o actúa, sin que medie provocación alguna, en el sentido de generar dolor, lesión o destrucción.

LA VIOLENCIA CONTRA LOS MAYORES ES PARTE DE LA VIOLENCIA FAMILIAR, SOCIAL E INSTITUCIONAL. SUS CONDICIONANTES SOCIOSANITARIOS MAS FRECUENTES SON: delirium, amnesia, síndrome disquinético-confusional, estados crepusculares, demencia, variados tipos de déficit físico y funcional, pobreza por ingresos, exceso de bienes y riqueza.

<b><i>CONDUCTAS VICTIMIZADORAS</i></b>	
<b><i>ACCION</i></b>	<b><i>OMISION</i></b>
<b>Abusar</b>	<b>Negligencia</b>
<b>Engañar</b>	<b>Descuidar</b>
<b>Profanar</b>	<b>Desatender</b>
<b>Violar</b>	<b>Olvidar</b>
<b>Robar</b>	<b>Dejar de</b>
<b>Hurtar</b>	<b>Abandonar</b>
<b>Denostar</b>	<b>Despreciar</b>
<b>Insultar</b>	<b>Arrinconar</b>
<b>Injuriar</b>	<b>Indiferencia</b>
<b>Ultrajar</b>	<b>Desuso</b>
<b>Maltratar</b>	<b>Desdeñar</b>

<b>Intencionado</b>
---------------------



<b>No intencionados (negligencia)</b>
---

<b><i>ABUSOS</i></b>		
<b><i>FISICO</i></b>	<b>EMOCIONAL</b>	<b>ECONOMICO</b>
<b>Pegar</b>	<b>Gritos</b>	<b>Robos directos</b>
<b>Golpear</b>	<b>Amenazas</b>	<b>Hurtos</b>
<b>Apalear</b>	<b>Rechazo</b>	<b>Mal uso del dinero</b>
<b>Pellizcar</b>	<b>Aislamiento</b>	<b>Abuso del dinero</b>
<b>Empujar</b>	<b>Culpabilización</b>	<b>Explotación ilegal fondos</b>
<b>Forzar alimentación</b>		<b>Explotación ilegal de bienes</b>
<b>Posición incorrecta</b>		
<b>Uso inadecuado de sujeciones</b>		
<b>Uso inadecuado medicamentos</b>		
<b>Contacto indebido / exhibición sexual</b>		

<b>INDICADORES DE MALTRATO</b>			
<b>MALTRATO FISICO</b>	<b>MALTRATO PSICOLOGICO</b>	<b>ABUSO ECONOMICO</b>	<b>SIGNOS SOSPECHOSOS PARA IDENTIFICAR ABUSADOR</b>
Lesiones poco frecuentes o de difícil explicación <i>Contusiones, hematomas o marcas de sujeción</i>	Trastorno o agitación emocional  <b>Pasividad</b>	Modificaciones inusuales en las cuentas bancarias <i>Inclusión de nombres en las tarjetas de crédito</i>	Agresiones verbales con amenazas e insultos  <b>Privación emocional</b>
<b>Fracturas óseas</b>	<b>Depresión</b>	<i>Cambios repentinos de voluntad en documentos financieros, títulos de propiedad o en declaraciones de herederos</i>	<i>Coacción que impide que el mayor hable por sí mismo</i>
<i>Sobredosis o infradosis de medicamentos</i>	<b>Ansiedad</b>	<i>Transferencias apresuradas de activos bancarios a otras personas</i>	<i>Culpabilización, humillación o infantilización del mayor</i>
<i>Cambios físicos y de comportamiento repentinos</i>	<i>Evasivas y vacilación al hablar directamente</i>	<i>Falta de una adecuada aplicación de los recursos económicos disponibles a las necesidades del titular</i>	<i>Descuido de la salud y el bienestar y preocupación por el manejo de los recursos económicos de la persona mayor</i>
<i>Explicaciones extrañas o contradictorias sobre lesiones</i>	<b>Eludir el contacto visual</b>		
<i>Retraso en la demanda de asistencia sanitaria tras una lesión</i>	<b>Hipervigilancia</b>		
<b>Síntomas de abuso sexual</b>			

## FACTORES DE RIESGO EN ADULTOS MAYORES

<b><i>EDAD AVANZADA</i></b>
<b><i>DIFICULTAD DE ACCESO A RECURSOS</i></b>
<b><i>AISLAMIENTO SOCIAL</i></b>
<b><i>NIVEL CULTURAL BAJO</i></b>
<b><i>SITUACIÓN DE DEPENDENCIA FÍSICA Y EMOCIONAL</i></b>
<b><i>PLURIMEDICACION DEL MAYOR O DEL CUIDADOR</i></b>
<b><i>TRASTORNOS PSÍQUICOS</i></b>
<b><i>ANTECEDENTES DE MALTRATO FAMILIAR</i></b>
<b><i>SOBRECARGA FÍSICA Y PSÍQUICA DEL CUIDADOR</i></b>
<b><i>TRASTORNO COGNITIVO</i></b>

### ***DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS (ONU)***

*Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en la Declaración, sin distinción de raza, color, sexo, religión o cualquier otra distinción. El derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad, el derecho a la igualdad ante la ley y a la protección de la ley. Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.*

# **VOLUNTARIADO SOCIAL**

## **UNA OPORTUNIDAD PARA LA SOLIDARIDAD Y LA JUSTICIA**

**VOLUNTARIO SOCIAL:** Es una persona que, además de sus propias obligaciones, dedica parte de su tiempo libre y altruistamente y con otros, de manera continuada, a actividades a favor de los demás y de intereses sociales colectivos.

Esto supone que el VOLUNTARIO debe ser generoso, responsable, altruista, tolerante, imaginativo y solidario si bien, no existe un perfil ideal para ser voluntario.

**ORGANIZACIONES DE VOLUNTARIADO:** Son aquellas de iniciativa social y de carácter privado sin ánimo de lucro, legítimamente constituídas, que desarrollan su actividad prioritariamente en el ámbito de la acción social, a favor de los demás y de intereses sociales colectivos. Llevan a cabo sus actividades fundamentalmente con voluntarios aunque pueden contar con profesionales remunerados.

Las **CAUSAS** que llevan a una persona a desarrollar una acción voluntaria son variadas: deseo humanitario de proporcionar ayuda; convicción de participar en tareas colectivas; interés en involucrarse en tareas grupales; detectar acontecimientos concretos o desencadenantes de la problemática de la gente; ocupar el tiempo libre; necesidad de pertenencia a un grupo; autogratificación personal; aprendizaje de nuevos conocimientos o técnicas; descubrir necesidades; aprender a mirar y realizar tareas concretas con un enfoque estructural de los problemas (señalar problemas para resolverlos e incidir en las instituciones, entidades u organizaciones para que los atiendan resolutivamente).

La **FUNCION del VOLUNTARIO SOCIAL** es la de prestar servicio directo a personas o comunidades necesitados de ayuda. En este sentido, el voluntario social no compite o supe los servicios de la administración pública, ni el trabajo de profesionales; se enfrenta con las necesidades producidas por la inexistencia, ineficacia



o incumplimiento de las instituciones responsables y actúa en forma inmediata vinculando la necesidad con quien debe solucionarla. También, en forma complementaria, el voluntario se ocupa de forma estable y permanente de brindar ayudas al margen de las que corresponde otorgar a los organismos y servicios públicos. Estas funciones, dan siempre mejores resultados cuando los objetivos son claros y la actividad o las acciones son organizadas.

**DOCTRINARIAMENTE, el VOLUNTARIADO SOCIAL** es un compromiso compartido; es un valor en sí mismo; la capacitación que se adquiere en el proceso formativo y en el desempeño de las actividades se incorpora al modo de ser y de pensar de las personas. El trabajo del voluntariado social no se agota en la intervención misma sino que debe tender a modificar o erradicar las causas de la necesidad o de la marginación y exclusión social. La acción social se desempeña sin esperar nada a cambio.

**LAS ORGANIZACIONES DEL VOLUNTARIADO SOCIAL CONSTITUYEN, CADA VEZ MÁS, UN MOVIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN AQUELLOS CAMPOS EN DONDE NO LLEGAN NI SIQUIERA LAS INSTITUCIONES, LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y LOS PARTIDOS POLÍTICOS.**

## **PERFIL PRESTACIONAL DE VOLUNTARIOS SOCIALES PARA ADULTOS MAYORES**

\*APOYO DE CASOS INDIVIDUALES EN DOMICILIO Y EN EL NIVEL II.

\*COLABORACIÓN EN LOS PROGRAMAS SOCIOSANITARIOS DE APOYO A CENTROS DE JUBILADOS Y PENSIONADOS.

\*APOYO EN PROGRAMAS DE TRANSPLANTE (INCUCAI).

\*APOYO EN CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN E INMUNIZACIÓN.

\*APOYO EN LOS PROGRAMAS DE HUERTAS FAMILIARES E INSTITUCIONALES.

\*ARTICULACIÓN ENTRE EL DIAGNOSTICO DE NECESIDADES HALLADAS EN TERRENO Y LAS INSTITUCIONES (gestiones, denuncias, vinculación con profesionales y técnicos, etc.).

\*GESTIONES INDIVIDUALIZADAS Y PERSONALIZADAS PARA ADULTOS MAYORES DISCAPACITADOS Y DEPENDIENTES.

\*TAREAS DE ARTICULACIÓN ENTRE LOS NUDOS DE LA RED SOCIAL (centros de jubilados y pensionados, parroquias, municipios, efectores de servicios, etc.).

\*ASISTENCIA PLENARIA CON AGENDA PREVIA A REUNIONES DE ANÁLISIS, DEBATE, PROGRAMATICAS CON PROFESIONALES Y TÉCNICOS DE INSTITUCIONES EN NIVELES LOCALES Y EN ORGANIZACIONES DE MAYORES (jubilados o no).

\*PARTICIPACIÓN EN LA VALORACIÓN DE LA ACCIONES  
SOCIOSANITARIAS EN DESARROLLO, PROYECTOS, PLANES,  
PROGRAMAS Y PROPUESTAS DE ACTUACIÓN.

## ¿QUÉ ES CUIDAR A UNA PERSONA MAYOR?

*Cuidar a una persona mayor, implica encargarse de su cuidado personal y de su salud hasta realizar las tareas domésticas y darle cariño.*

*La función sociosanitaria de los auxiliares gerontológicos es de vital importancia frente al progresivo aumento de la población envejeciente y de sus crecientes necesidades. Constituye un mercado laboral de servicios incommensurable que será extensivo, insustituible y de creciente demanda.*

Los auxiliares gerontológicos necesitan capacitación previa, ayuda y apoyo económico (salario social), apoyo psicológico (consejo profesional) y apoyos técnicos prácticos para la tarea; apoyos para mantener su propia salud y, en consecuencia, mantener la calidad de los servicios que estos proporcionan a las personas mayores en sus hogares o en otros ámbitos y de esta manera minimizar las situaciones de riesgo del binomio persona mayor-cuidador.

El papel del auxiliar gerontológico es multidimensional y complejo: administración y supervisión de medicación y demás cuidados de la salud; preparación y administración de las comidas; cuidado de la higiene personal; acompañamiento; dinamización psicosocial; intervención rehabilitativa sobre programa prefijado por profesionales; etc..

Los “costos laborales” para el auxiliar gerontológico son enormes y variados: físicos (fatiga física); psicológicos (estrés emocional y depresión); sociales (aislamiento); económicos (gastos de traslados y pérdida de oportunidades laborales mejor remuneradas).

## **CUIDADORES DOMICILIARIOS**

Es cada vez mayor el número y el peso absoluto y relativo de adultos mayores que una vez “dados de alta” por el gerenciador de las prestaciones médicas y sus efectores o prestadores, retornar a sus casas y al seno de sus familias, en estados lamentables de indefensión sanitaria y social que tienen que ver: con edad avanzada, polipatología crónica, grados variables de falta de autonomía y autovalimiento, impotencia operativa y continente del grupo familiar en una población añosa con pobreza estructural y marginación social en términos generales.

Los aspectos procedurales del aparato biomédico, cuya apreciación de la realidad de las personas mayores no es, en nuestra realidad, abarcativa y holística en la forma de contener biológica, psicológica y socialmente a nuestros adultos mayores, “decreta” el alta médica de un hospital, sanatorio o clínica y los problemas “son otros problemas” (son problemas de otros) y por ello se dice y se afirma que esos son casos sociales” y, por ende, no son de incumbencia de aquellos que prestan servicios de salud.

El externado debe volver a su hábitat, generalmente con más carga negativa, más deteriorado, más enfermo y más viejo. La familia no puede, no sabe qué hacer y cómo contener a este anciano; la familia se angustia, se deprime, se torna impotente y demanda, obviamente, ayudas, auxilios, soportes, asistencia in situ. La familia es aniquilada por esta realidad y ya tenemos dos enfermos: el adulto mayor y su familia.

Esta realidad “no cierra”, nadie se hace cargo, inexorablemente el mayor reingresa y reingresa a hospitales, clínicas y sanatorios para encontrar soluciones y continencia que las estructuras y el modelo operativo actual no brinda. Esto empeora la situación biopsicosocial e insume mucho más gasto con bajo o nulo impacto en la salud y calidad de vida del mayor y su familia.

En nuestro medio, los efectores comunitarios sociosanitarios para la atención de mayores no se han desarrollado.

Al mismo tiempo, en el hipotético caso que este tipo de servicios existieran y validaran su presencia activa en terreno y en acción directa persona a persona, este hecho ocasionaría una demanda tal de servicios que, actualmente, no puede ser brindada en forma integral, oportuna y extensiva como es realmente necesario.

Se hace imprescindible, con urgencia, tomar la decisión de crear, capacitar y organizar cuerpos de cuidadores formales profesionales para adultos mayores que tendrán que operar varias horas al día en la propia casa de los mayores con servicios multidimensionales de acuerdo con la tipología de “cada persona mayor”, con servicios integrales, de alta cualificación técnica, intensivos, prolongados a largo plazo, progresivos. Deberán ser supervisados, capacitados permanentemente, cuidados ellos mismos para velar por su salud teniendo en cuenta que el trabajo directo sobre las personas mayores es, desde todo punto de vista, insalubre para el recurso humano.

Hay abundante experiencia gerontológica y geriátrica que demuestra que el adulto mayor, mantenido, cuidado, contenido en el seno de su propia familia y en la comunidad con apoyo de servicios, obtienen mayor calidad de vida y además de estar mejor y a más largo plazo es mucho más barato.

# **CUIDADORES FORMALES PROFESIONALES DE ADULTOS MAYORES (AUXILIARES GERONTOLOGICOS)**

## ***INTRODUCCIÓN***

1. HAY NECESIDAD IMPOSTERGABLE DE PROPORCIONAR A LOS ADULTOS MAYORES INSTRUMENTOS DE BIENESTAR, CUIDADOS, MEJORAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE SU ESTADO DE SALUD BIOPSICOSOCIAL Y CALIDAD DE VIDA,
2. EN SU INMENSA MAYORÍA (MAS DEL 85%), LOS ADULTOS MAYORES ESTÁN SANOS – DESDE EL PUNTO DE VISTA BIOMÉDICO – PARA SU EDAD PERO HAY TAMBIÉN UN INCREMENTO DE MAYORES ENFERMOS (ADULTOS MAYORES QUE SE TRANSFORMAN EN PACIENTES GERIÁTRICOS); ESTOS MAYORES ENFERMOS INCREMENTAN SU CANTIDAD A MEDIDA QUE ENVEJECEN (50% DE LOS MAYORES DE 70 AÑOS),
3. PARA LA FRANJA DE MAYORES ENFERMOS Y DISFUNCIONALES, ES NECESARIO PROPORCIONAR SERVICIOS NO CUBIERTOS POR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS SOCIO SANITARIOS TRADICIONALES, PARA CONSERVAR Y MANTENER A ULTRANZA LAS CAPACIDADES FUNCIONALES TRATANDO DE RETARDAR LO MÁS POSIBLE LA INSTITUCIONALIZACIÓN, PROPORCIONAR CALIDAD DE VIDA, AUTOVALIMIENTO, INDEPENDENCIA Y AUTOESTIMA, MITIGAR EL AISLAMIENTO PSICOSOCIAL, BRINDAR ACTIVIDAD FÍSICA

PROGRAMADA, UTILIZACIÓN DEL TIEMPO DE OCIO Y ESTIMULAR LAS TAREAS CREATIVAS,

4. EN TÉRMINOS ECONÓMICO-FINANCIEROS Y GERONTOLÓGICOS ES MUCHO MEJOR Y MÁS BARATO MANTENER AL ADULTO MAYOR EN SU CASA, EN CONTACTO CON LA FAMILIA, VINCULADO A SU COMUNIDAD Y BRINDARLE LA POSIBILIDAD – CON AYUDAS Y CUIDADOS – DE INTERACTUAR CON LAS PERSONAS DE SU GENERACIÓN Y LAS INTERGENERACIONALES,
5. LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES ES LA PEOR DE LAS ALTERNATIVAS PARA ELLOS MISMOS Y PARA LAS INSTITUCIONES FINANCIADORAS.

**AUXILIARES GERONTOLÓGICOS EN EL CONTEXTO DEL  
ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y DE LA REALIDAD  
SOCIOSANITARIA DE LOS ADULTOS MAYORES**

Actualmente y a la vuelta de muy pocos años más, la presencia y el peso absoluto y relativo de los mayores en la pirámide poblacional y social será cada vez más numerosa y también aumentarán sus necesidades sanitarias, sociales y espirituales.

Hoy, la Argentina tiene, del total de su población, el 13,3% de personas mayores de 60 años y más (la proyección para el año 2025 es del 17%).

Las características de la población mayor, en términos generales, presenta un perfil especial vinculado a su realidad geográfica, socioeconómica, cultural y étnica en consonancia con los aspectos peculiares de cada región de este extenso y diverso país que es la República Argentina.

Hay provincias argentinas de alto riesgo social; de geografía extensa, diversa y difícil; con concentración urbana de sus pobladores mayores en las capitales y cabeceras de departamento; con bolsones de personas mayores residentes en extensas y aisladas zonas rurales y semirurales que no están debidamente articuladas entre sí; con importantes problemas medioambientales, sanitarios, de vivienda y de educación básica; con familias extensas, empobrecidas en términos de necesidades básicas insatisfechas y,



la mayoría, por debajo de la línea de pobreza; poderosa fuerza migrante de sus pobladores con hogares abandonados para las personas mayores y los niños de corta edad; con decreciente continencia familiar y social.

Los prestadores de salud, en términos generales, tienen su oferta de servicios (clínicas, sanatorios, hospitales, etc.) concentradas en un alto porcentaje en las capitales y no han instrumentado propuestas de actuación de intervención, cuidados integrales – intensivos, prolongados, permanentes y progresivos – y rehabilitación domiciliaria.

No hay atención, internación, rehabilitación integral domiciliaria; el sistema es acotado y restrictivo y deja a los mayores y a sus familias, una vez externados del segundo nivel de atención y aún luego de las consultas esporádicas al primer nivel de atención, en situación de indefensión casi total frente al problema del cuidado del mayor; cada vez más, la familia se torna impotente, abandona al anciano, hace crisis a través del “síndrome del estrés del cuidador” y “reclama imperativamente” la internación urgente en un geriátrico.

Por otra parte, en nuestra realidad, las personas mayores y aún sus familiares (cuidadores informales, naturales y obligados legalmente) no consideran a sus propios mayores y a los mayores en general como personas útiles, son una carga, no se les orienta ni ayuda, no son parte integrante en el desarrollo de la comunidad. Las personas mayores, generalmente, no se hacen escuchar y son reticentes a asociarse en organizaciones; no actúan en sus profesiones u oficios, intervienen y participan muy poco en tareas solidarias o de voluntariado social; no asesoran ni se interrelacionan con los más jóvenes; no demuestran su presencia en la sociedad en la que viven; no reclaman con “propuestas” las ayudas que necesitan en su favor; no inciden, autogestionariamente, en el mejoramiento de sus condiciones y calidad de vida; no advierten ni reclaman acerca de la calidad de las prestaciones sociosanitarias que reciben; no huyen de la dependencia institucional.

Las necesidades de las personas mayores van siempre por delante de muchos programas y planes que se elaboran para ellos.

Las personas mayores, no actúan en forma fructífera en la sociedad civil, los gobiernos y las instituciones. Las personas mayores no solicitan los apoyos institucionales que merecen a través de propuestas concretas de las organizaciones

que los nuclean y esto sucede no sólo por ante las obras sociales sino también ante las administraciones municipales, ONG´S, universidades, asociaciones civiles, empresas privadas que deberían tener responsabilidad social corporativa y toda otra entidad implicada en la promoción, acción social y desarrollo humano.

*No hay sensibilidad y “conciencia gerontológica” en la población en general y por ello, entre otras cosas, la situación de los mayores no se contempla, sus derechos no son reivindicados y no hay acercamiento intergeneracional.*

Las personas mayores no saben o no pueden estimular el apoyo de sus propias familias para sus cuidados y atención. Si bien, ninguna institución reemplaza o sustituye el amor, la consideración, la comprensión y el respeto por los mayores; se debe llenar el vacío prestacional de los cuidados que le compete y obliga a las instituciones y a todos y cada uno de los actores sociales.

## **OBJETIVOS EN MATERIA DE DISPENSACION DE SERVICIOS SANITARIOS, SOCIALES Y DE CUIDADOS A LOS ADULTOS MAYORES**

- BRINDAR CUIDADOS INTEGRALES, PERSONALIZADOS, OPORTUNOS, CONTINUOS, PROLONGADOS, PROGRESIVOS, DE BAJO COSTO Y DE ALTO IMPACTO SOCIOSANITARIO A LOS ADULTOS MAYORES, DE ACUERDO CON LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO INDIVIDUAL,
- CAPACITAR Y PROFESIONALIZAR AUXILIARES GERONTOLÓGICOS DE ACUERDO CON LA REALIDAD SOCIOSANITARIA QUE DEBE ASISTIRSE,

- COLOCAR AUXILIARES GERONTOLÓGICOS EN SERVICIO DIRECTO EN DOMICILIO, RESIDENCIAS PARA MAYORES, CENTROS DE DÍA, UNIDADES GERIÁTRICAS DE HOSPITALES Y AUDITARLOS EN FORMA DIRECTA,
- CONSTRUIR UNA RED ARTICULADA E INTERACTIVA ENTRE AUXILIARES GERONTOLÓGICO Y EL VOLUNTARIADO SOCIAL.

## **REALIDAD DE LA AUXILIATURA GERONTOLÓGICA**

- Argentina, carece de una masa crítica de auxiliares gerontológicos debidamente capacitados, entrenados, legitimados, acreditados, es decir, “profesionales”,
- Argentina, no tiene agenda tecnicopolítica gerontológica y por ello no tiene dentro del marco institucional una masa crítica de auxiliares gerontológicos profesionales en número y calidad necesarias,
- Argentina, fuera del marco restrictivo institucional, tiene escasos cuadros de profesionales y técnicos del área social con formación gerontológica y los programas son acotados, parcializados e inarticulados,
- Los escasos recursos humanos especializados no son incorporados formalmente a las instituciones y servicios,
- Estos escasos recursos humanos profesionalizados, dentro del mercado de servicios gerontológicos y geriátricos, están librados a su propia suerte y no son supervisados y capacitados en forma permanente,
- No hay, en general, criterios programáticos al respecto y, en consecuencia, las acciones sociosanitarias no llegan debidamente a los adultos mayores,
- Esta omisión, revierte negativamente sobre la calidad de vida del adulto mayor y de su familia; el deterioro y las discapacidades funcionales aumentan en forma

rápida e irreversible; los “gastos sanitarios” aumentan indebidamente sin producir impacto sobre el mayor.

El objetivo de los precedentes señalamientos es enunciar las falencias y señalar responsables. En todo caso, los responsables somos todos nosotros, los profesionales, técnicos, trabajadores y decisores políticos ya que los adultos mayores – para los que poseen cobertura sociosanitaria – han depositado su confianza para su protección integral en las instituciones y sistemas y éstas deben cumplir con sus deberes indelegables.

El adulto mayor con deterioro, disautonomía, escaso autovalimiento, falta de contención y cuidado integral no constituye un hecho aislado de la realidad sino una constante derivada de un modelo prestacional que es parcial y no sociosanitario integral.

Hasta tanto, las redes prestacionales no agenden, internalicen y se comprometan a brindar servicios de cuidados, son las instituciones líderes en el campo de la geriatría y de la gerontología quienes deben brindar este tipo de servicios en forma directa al adulto mayor con el concurso de los familiares a quienes debe transferirse conocimientos, destrezas, aptitudes y actitudes estimulando en forma convincente el compromiso ineludible que tienen con sus personas mayores.

No es posible tampoco, admitir la exclusión del tratamiento sociosanitario integral que corresponde brindar a los adultos mayores que los sistemas atienden.

No es posible, al mismo tiempo, admitir que los prestadores médicos no incorporen a la tarea el diagnóstico y el tratamiento social para conseguir una atención integral de los mayores se encuentren en sus domicilios o en cualquier efector social y sanitario presente en el seno de la comunidad a la que pertenecen.

## **REPARACIÓN DE LA ENFERMEDAD VERSUS SANITARISMO GERIÁTRICO**

### **LOS PARADIGMAS DE LA ATENCIÓN INTEGRAL SOCIOSANITARIA DE LOS ADULTOS MAYORES, DEBERÍAN SER:**

- Atención integral de la salud y la enfermedad de los adultos mayores con estrategia y acción preventiva primaria y secundaria,
- Accesibilidad plena a los sistemas sea cual sea su ubicación geográfica, las condiciones socioeconómicas personales y sociocomunitarias y sus pautas culturales,
- Cuidados permanentes y progresivos en el lugar de la residencia habitual,
- Mejoramiento de la calidad de vida en términos biopsicosociales,
- Obtención de un estándar mínimo de calidad en las prestaciones de servicios con identidad gerontológico,
- Fijación de un perfil de los recursos humanos necesarios a los fines de lograr eficiencia, eficacia y efectividad en las acciones,
- Validación científica y técnica por producto o resultados de las acciones concretas.

DE NO IMPLANTAR ESTOS PARADIGMAS DE MÍNIMA Y PROCURAR ESTABLECER UNA UNIDAD DE CONCEPCIÓN Y UNIDAD DE ACCIÓN, NUESTROS ADULTOS MAYORES SEGUIRÁN OBTENIENDO, COMO HASTA AHORA, LOS RESULTADOS SIGUIENTES:

- Que aumente el índice de morbilidad y mortalidad de la persona mayor,
- Que el subsector privado y el subsector público de los efectores de salud no cuente, en número y calidad adecuados, servicios de geriatría clínica,
- Que la mayoría de los pacientes añosos no cuenten con profesionales, técnicos, cuidadores y rehabilitadores especializados,
- Que el 90% o más de los actos médicos dirigidos a los adultos mayores no contemplen un trabajo interdisciplinario,
- Que no existan programas de atención integral para ancianos altamente cronificados,
- Que no existan Unidades de Estadía Prolongada en Hospitales, Clínicas y Sanatorios ni Unidades para Crónicos,
- Que no se reconozca internación prolongada y/o atención prolongada, permanente y personalizada,
- Que no se logre contemplar y conciliar la patología preventiva, la aguda, la rehabilitación y la atención adecuada de la cronicidad,
- Que se instalen “geriátricos” clandestinos, verdaderos “cronicarios” o depósitos sin supervisión y auditoría sociosanitaria,
- Que el sistema de salud siga afirmando que la cronicidad no es un problema de salud sino un problema social,
- Que sigan aumentando los ingresos tardíos a hospitales, clínicas y sanatorios por causas médicas (desnutrición primaria y secundaria con pérdida ponderal muy importante, albúmina baja, colesterol muy bajo, anemia severa, escaras complicadas, cánceres ulcerados, vasculopatías severas complicadas, deshidrataciones crónicas, hiponatremias, trastornos cognitivos y demencias, síndrome confusional agudo, complicaciones por iatrogenia por polifarmacia, problemas en la boca, pacientes judiciales en aumento),
- Que no haya en el medio público y privado lugares para derivar pacientes que no deambulan y que no pueden realizar las actividades básicas de la vida diaria; tampoco hay para mayores ciegos o dementes,
- Que las unidades geriátricas de los hospitales generales, en el caso de que las hubiera en número suficiente, se transformen en “geriátricos” insertos como unidad aislada en un hospital,

- Que siga manteniéndose en forma equívoca e inconsistente los aspectos procedurales del aparato biomédico, cuya apreciación de la realidad de las personas mayores no es holística , abarcativa e integral,
- Que el externado, cuando vuelve a su hábitat, lo haga, cada vez más, con carga negativa, con más deterioro, más enfermo y más viejo,
- Que la familia no pueda o no sepa qué hacer y cómo contener al anciano,
- Que la familia quede aniquilada por la realidad y que, en consecuencia, se angustie, deprima, se torne y declare impotente y demande, obviamente, ayudas, auxilios, soportes, cuidados y asistencia integral in situ (a estas alturas, ya tenemos dos enfermos: el adulto mayor y la familia),Que el adulto mayor ingrese y “reingrese” varias veces y cada vez en períodos más cortos a hospitales, clínicas y sanatorios para encontrar soluciones y continencia con alivio circunstancial y temporaria de familiares y allegados,
- Que siga empeorando la situación biopsicosocial de la de la persona mayor ocasionando, cada vez, más gasto con bajo o nulo impacto en términos de salud positiva y calidad de vida,
- Que los efectores comunitarios no se desarrollen,
- Que el “mercado laboral” en un país con alta tasa de desocupación y desempleo no tenga en cuenta esta posibilidad de trabajo cierta y a largo plazo.

En consecuencia, es conveniente y necesario, entre otras cosas, proponerse aumentar vigorosamente la atención integral y los cuidados de las personas mayores y, al mismo tiempo, construir una “red gerontológico” para articular y coordinar todas las acciones sanitarias y sociales, sean estas cuales fueren, a los fines de “llegar” sociosanitariamente a los adultos mayores oportunamente, a tiempo y en forma.

Hay que establecer y señalar que no es conveniente ni recomendable excluir de los servicios sociosanitarios destinados a los adultos mayores a los CUIDADORES FORMALES PROFESIONALES o AUXILIARES GERONTOLÓGICOS. Si no cuidamos e intervenimos en forma directa, el deterioro propio de la edad se exacerbará; las capacidades funcionales disminuirán; la independencia, el autovalimiento se perderán; aumentará la dispensación biomedicalizada de recursos

del todo inútiles; someterá al anciano y a su familia a la indefensión y al conflicto intrafamiliar, laboral y social.

## **DISEÑO PRELIMINAR DE UN PROGRAMA Y UN SERVICIO DE AUXILIARES GERONTOLÓGICOS PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE ADULTOS MAYORES**

1. Reclutamiento de recursos humanos con perfil previamente establecido,
2. Cursos teórico-prácticos de capacitación a cargo de profesionales y técnicos debidamente acreditados,
3. Asignar un financiamiento desagregado en los presupuestos al rubro con asignación directa del recurso económico al Auxiliar Gerontológico,
4. No establecer ninguna relación de dependencia laboral entre el Auxiliar Gerontológico y las instituciones o empresas que brinden este tipo de servicio (contratos por locación de servicios temporarios cuyos montos se corresponderán con las asignaciones del mercado laboral en este rubro o pago por modalidad de prestación de servicios subsidiada),
5. Las instituciones o empresas deberán capacitar sus recursos humanos propios; legitimarlos, acreditarlos, colocarlos en servicio, controlarlos y supervisarlos, capacitarlos en forma permanente, atender a su salud integral y hacerse corresponsables de la calidad de los servicios que se prestan.



## HOSPITALISMO Y VEJEZ

*“Al contemplar el modo que se emplea con los enfermos en los hospitales, se diría que los hombres han imaginado esos tristes asilos, no para cuidar a los enfermos, sino para sustraerlos a las miradas de los dichosos, de quienes esos infelices pueden perturbar los placeres”*

**CHAMFORT; Máximas y pensamientos (escrito hace 209 años)**

El nombre técnico de *hospitalismo* ha sido planteado específicamente para los niños en 1945 por el médico alemán René Spitz.

En los hospitales, sanatorios, clínicas y residencias para mayores, siempre falta algo y que abunda en el hogar y en el seno de la familia; ese “algo” es la suma de estímulos psicoafectivos que resultan del todo imprescindibles para la salud biopsicosocial a cualquier edad.

La ausencia de ese “algo”, es decir, la “carencia afectiva”, determina severos trastornos en los adultos mayores al igual que en los niños.

Las instituciones señaladas pueden tener una fuerte y poderosa fuerza patogénica y considerarse graves focos de la prolongación y sumatoria de enfermedades, de involuciones y de deterioros profundos e irreversibles.

Cuando el anciano se ve privado de los cuidados afectivos “regresa” física, intelectual y socialmente, pierde su autovalimiento y pueden aparecer síntomas de enfermedades mentales.

La carencia de cuidados integrales no sólo producen los trastornos comentados sino también alteraciones motrices que se suponen de origen orgánico, mayor fragilidad, agravaciones súbitas de enfermedades crónicas, infecciones arrastradas difíciles de combatir, desnutrición.

Las internaciones de ancianos, aunque sean por breve tiempo, constituyen un hecho gravemente lesivo para la salud física y psíquica de los mayores. Las instituciones pueden convertirse en inmensos focos iatrogénicos.

Los mayores internados suelen estar privados del contacto continuo con sus seres queridos, sometidos a visitas breves y reglamentadas que carecen de sentido psicológico.

El mayor internado “pertenece” a la institución y está desgajado de toda conexión activa con su medio social; así pierde su identidad normal y pasa a ser denominado por el número de cama que ocupa o por el nombre genérico de la enfermedad que lo afecta.

Las exploraciones médicas invasivas son practicadas sin una preparación anímica cuidadosa y previa y sin intervención de la familia.

Las instituciones deberían cambiar y dejar de considerar al mayor como un “niño arrugado”, solitario, aislado y lejos de toda presencia afectiva.

# **SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (SAD)**

## **PARA ADULTOS MAYORES**

El modelo prestacional actual es básicamente médico – reparador y la mirada sociosanitaria integral está ausente. Una vez externadas de hospitales, clínicas o sanatorios, las personas mayores no tienen, en nuestro medio y en nuestra realidad, contención y asistencia integral.

Las condiciones socioeconómicas de los mayores en general no son favorables y no ayudan a soportar una calidad de vida necesaria y esperable y menos aún “comprar” los servicios directos que les son necesarios.

Por otra parte, a los prestadores de salud no les es conveniente en lo económico la permanencia cuasi indefinida de los mayores en sus camas o los reingresos por agravamiento de alguna/s de sus polipatologías crónicas.

No hay todavía en Argentina una red de servicios integrales domiciliarios y comunitarios y tampoco hay alguien desde el punto de vista institucional que se haga cargo de esta realidad.

Gran Bretaña, Holanda, Israel y los países nórdicos tienen servicios de ayuda a domicilio (SAD) desde los años ´60.

El SAD, tiene por objetivo mantener en el hogar y en la comunidad al adulto mayor toda la vida o retrasar el traslado a una Residencia para Mayores o a la casa de los hijos. Cumplir este objetivo es más satisfactorio para la persona mayor y muchísimo más barato para las familias, el Estado o las instituciones sociales.

El SAD, consiste en ofrecer ayuda personal y servicios en el domicilio a ciertos adultos mayores para incrementar su autonomía personal en su medio habitual de vida.

## **PERFIL**

- Individualizada (perfil y menú de servicios para cada persona mayor),

- Debe prever prevención y rehabilitación,
- Debe ofrecer servicios y técnicas de intervención variadas, convergentes e integrales,
- Debe ser programado, supervisado y evaluado por profesionales,
- DEBE TENER LOS SERVICIOS BÁSICOS SIGUIENTES:
- Atención personal (aseo personal diario, comida, compra, lavado de ropa, etc.),
- Atención doméstica (limpieza de hábitat, etc.),
- Relaciones con la comunidad,
- Adaptaciones geriátricas de la vivienda, etc.,
- TODO EN EL DOMICILIO DEL MAYOR INCLUYENDO LA ASISTENCIA MÉDICA,
- *FRECUENCIA DE LOS SERVICIOS:*
- 24 horas/mes para mayores autoválidos,
- 40 horas/mes para mayores con dificultades para la ambulación,
- 60 horas/mes para mayores en cama.
- No deberá ser “gratuito”. El pago dependerá de los ingresos previsionales y personales del mayor, de los ingresos dinerarios de los convivientes y no convivientes en todo grado de parentesco como responsables jurídicos de la protección del mayor. Podrán recibir otras prestaciones por otros actores sociales o instituciones.
- RECURSOS HUMANOS: Cuidadores Formales Profesionales para Adultos Mayores acreditados, con profesionalidad y calidad de servicio.
- GERENCIAMIENTO: por instituciones estatales, paraestatales o privadas monitoreadas y auditadas.

## BIOÉTICA Y ADULTOS MAYORES

**Bioética** (bios = vida; ethos = ética) significa, en términos generales ética de la vida. Es la reflexión y la acción ética sobre la vida en sus diversas manifestaciones.

La bioética es la búsqueda ética aplicada a las cuestiones planteadas por el progreso biomédico. Es un estudio interdisciplinar del conjunto de condiciones que exige una gestión responsable de la persona o de la vida humana, en el marco de los rápidos y complejos progresos del saber y de las tecnologías biomédicas.

*“Es el estudio sistemático de la conducta humana, en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que dicha conducta es examinada a la luz de valores y de los principios morales”* (Warren Thomas Reich; Enciclopedia of bioethics; 1978).

En resumen, es el estudio interdisciplinar de los problemas suscitados por el progreso biológico y médico, tanto a nivel micro-social como a nivel de la sociedad global, y sus repercusiones sobre la sociedad misma y su sistema de valores, presentes y futuros.

La bioética, como disciplina global sobre la vida biológica, se enfrenta con numerosos problemas: ingeniería genética, técnicas de reproducción médicamente asistidas, eugenesia, aborto, suicidio, eutanasia, cuidado en las enfermedades incurables, experimentación en seres humanos, trasplantes de órganos, relación personal sanitario-paciente, derechos de los enfermos y de los pacientes, confidencialidad, derechos de las próximas generaciones por el reto ecológico.

La bioética se ha ido introduciendo en diferentes profesiones y disciplinas; medicina, enfermería, trabajo social, psicología, biología, derecho, filosofía, teología, política, etc.

El término bioética surge por primera vez en 1970, en el libro “Bioethics, the science of survival) (Bioética, la ciencia de la supervivencia) del oncólogo estadounidense

Rensselaer van Potter cuyo contexto es ampliado por el mismo autor en su libro “Bioethics,: bridge to the future” (Bioética: un puente hacia el futuro).

Contemporáneamente, el médico holandés André Hellegers que trabaja en la Universidad de Georgetown crea un centro de investigación con este nombre (Instituto Joseph & Rose Kennedy para el estudio de la Reproducción humana y la bioética).

Frente al politeísmo axiológico de la postmodernidad donde todavía se encuentran posiciones totalitaristas, tanto etnocéntricas (verdad única y superior a las demás) como

fundamentalistas (la verdad es una para todos); posiciones relativistas (la verdad depende del momento, circunstancias o costumbres); subjetivistas (cada uno tiene su propia verdad); universalistas (la verdad que todos podrían querer y que todos podrían desear), surge la bioética como una disciplina que tiene que ver con la ética de la vida y para la vida; aspira a dotar de mayor calidad de vida y bienestar a todos los seres vivos y consolidar un modelo ético universalizable consensuando una ética de mínimos para una sociedad pluralista y cuyas claves morales son la dignidad, la libertad, la igualdad, la solidaridad, la tolerancia y la actitud dialógica. Sus máximos morales tienen que ver con la vida buena estableciendo un marco deliberativo que le permita validar razones éticas, de cara a la toma de decisiones ante problemas o hechos conflictivos a nivel de ética asistencial socio sanitaria (microbioética), como a nivel de ética universal o global (macrobioética).

## **BIOÉTICA APLICADA A LOS ADULTOS MAYORES**

- Ser mayor equivale a ser persona,
- Toda persona mayor tiene valía y merece el respeto por el simple hecho de ser,
- Una persona mayor tiene una dignidad fundamental y básica que nadie tiene el derecho de arrebatar, dañar o vulnerar,
- La vida del mayor, tanto biológica como biográficamente, tiene un sentido existencial y una dimensión ética de calidad vital en diferentes órdenes,
- Los principios bioéticos aplicables al adulto mayor son:
  - no-maleficencia,
  - beneficencia (obliga a hacer el bien al enfermo, respetando sus derechos y su dignidad),
  - autonomía (obliga a respetar a la persona, su libertad y su capacidad de decisión),
  - justicia (obliga a no discriminar, a tener igual consideración y respeto por todos y distribuir equitativamente los recursos disponibles),

- compasión (situarse en el lugar del que sufre, comprendiendo, sintiendo y atendiendo a sus necesidades),
- actitud vocacionada (no dejarse impactar por el bien interno de la propia profesión; brindar servicio y ayuda),
- responsabilidad,
- capacidad de comunicación,
- competencia técnica y autoestima profesional,
- ética asistencial en la atención o en el cuidado tanto en lo personal como en lo social,
- dotación de más calidad de vida,
- evitación, en el final de la vida biológica: eutanasia, encarnizamiento terapéutico, futilidad de tratamientos, ensayos clínicos con fármacos, consentimiento informado, incapacitación, competencia / incompetencia para decidir, ingreso involuntario en residencia, responsabilidad de los cuidados, visión y apoyo de la muerte y del morir, percepción y respeto por los valores y creencias, consideración de las personas mayores como personas (bioética existencial = dignidad humana, valor de la vida, valor de la persona, derechos de los pacientes geriátricos)) y como pacientes (bioética asistencial).

## CICERON Y “DE SENECTUTE”

MARCO TULIO CICERÓN (106-43 a.C.), “príncipe de los oradores de Roma”, filósofo, historiador, retórico, maestro de la prosa y la poesía, artífice del idioma, de elevada conciencia republicana -vivió enfrentándose continuamente a los poderosos de turno-, hombre de gobierno llevó una vida digna en medio de un mundo corrompido social y políticamente; permaneció erguido y fiel a sus ideales. Cayó bajo el cuchillo de los soldados de Antonio el 7 de diciembre del año 43 antes de Cristo, tenía 63 años; su cabeza y su mano derecha se expusieron en el foro encima de la tribuna de las arengas; Fulvia, mujer de Antonio, le atravesó la lengua con un alfiler; la lengua que había hecho temblar a Roma para salvarla.

Cicerón es el primer escritor que consagra al elogio de la vejez un libro íntegro. Hoy, la ancianidad está de moda y pese al tiempo transcurrido, Cicerón sigue enseñando que envejecer no es una antigua desgracia, sino una nueva aventura.

El *Cato Maior* o diálogo De Senectute es una obra filosófica y didáctico-oratoria. A la zaga de Platón, finge reproducir una conversación habida en 150 a.C. entre Catón el Censor ya viejo y los jóvenes Escipión Emiliano y Lelio. Presenta una galería de antiguos personajes que supieron envejecer como Fabio, Ennio, Apio Claudio, Curio, Fabricio, Decio, Bruto, Duelio, Metelo, Craso, Galo, Plauto y Livio. Utiliza como argumentos la vida misma, la ejemplaridad de la historia, la elocuencia de los hechos.

Para Cicerón, el valor de la existencia no se mide por su duración sino por su calidad; los defectos y no los años son la verdadera causa de los achaques que se atribuyen a la vejez; las enfermedades de la ancianidad suelen ser el resultado de los desórdenes juveniles.

El libro fluye como un río; su lectura es fácil y atractiva; su mensaje inmortal; su enseñanza más actual que nunca.

La vejez, es una carga común a todos, puede oprimirnos o amenazarnos pero, en todo caso, conviene llevarla con moderación y prudencia tratando de que sea dulce y agradable.

Cuando el ser humano no tiene auxilios dentro de sí mismo para vivir contento y feliz, todas las edades le son pesadas y se desconcierta con necedad cuando lo sorprende la



vejez. Todos los frutos se marchitan, se tornan caducos y finalmente mueren y nosotros también.

Los viejos moderados, tratables y no impertinentes, pasan suavemente la vejez. La vejez es tolerable -obviamente- si hay riquezas, abundancia y dignidad pero, aún en la pobreza, el ejercicio de las virtudes no nos desampara, da gozo y seguridad de haber vivido bien; siempre da mucho gozo el haber vivido bien y la memoria de haber realizado buenas obras.

Son cuatro los motivos por los que la vejez aparece, para algunos, triste y decepcionante: porque aparta del manejo de los negocios; porque debilita y enferma el cuerpo; porque priva de los deleites; porque no está muy lejos la muerte.

Sin embargo, aunque el cuerpo esté débil, hay algunos oficios y tareas que pueden administrarse con buen ánimo y disposición. Los asuntos importantes no se manejan con prontitud y movimientos acelerados sino con autoridad, prudencia y consejo; estas últimas cualidades no se pierden en la vejez sino que se acrecientan y perfeccionan.

En la vejez disminuye la memoria, si no se ejercita.

Ninguno hay tan viejo que no piense en vivir un poco más; conviene trabajar en cosas aunque con certeza no se habrán de disfrutar; hacer cosas que tienen que ver con las inclinaciones anteriores de cada uno; se puede, siempre, aprender algo.

Se hace viejo quien así lo quiere; la edad del viejo no interesa salvo que quiera hacerse viejo antes de serlo realmente.

Se dice que sólo los viejos no pueden escapar a la debilidad, la enfermedad y la muerte; esto no es cierto para nada. Los problemas de la vejez se pueden combatir con trabajo y buena predisposición, cuidar la salud, hacer ejercicios moderados, comer y beber frugalmente para que se rehagan las fuerzas y obtener estímulos para el espíritu y el entendimiento (“el que vive en estudios y trabajos, no siente cuando le llega la vejez”).

“No sirve de pena lo que no se desea”; la edad avanzada aparta a la persona de las liviandades, la ambición, las enemistades, los vicios y las pasiones.

“No pueden las canas y las arrugas dar de repente autoridad: la vida pasada, si ha sido honesta, es la que logra los más copiosos frutos de ella”.

Los vicios atribuidos a la vejez: ser pesado, tímido, iracundo, impertinente, avaro se deben más a las costumbres que a ella misma.

El entendimiento, la razón y el consejo residen en los viejos.

Lo mejor, es contentarse con el espacio de tiempo que se nos ha concedido para vivir.

“Sabemos que hemos de morir, y lo que no sabemos es si será este mismo día. Nadie en mi muerte me honre con su llanto, que andaré vivo en boca de los hombres”.

“Tampoco nos debe pesar de haber vivido, porque he vivido de modo que no me parece haber nacido en balde, y salgo de esta vida como de una posada, no como de una casa: porque no nos ha dado la naturaleza casa donde habitemos, sino posada donde paremos poco”.

“Por estas cosas, Escipión y Lelio, me parece tolerable la vejez...

La vejez es en la vida como la última jornada de la comedia; cuyo cansancio debemos huir, particularmente si se añade el estar hartos y satisfechos de vivir”.

VEJEZ: ¡ojalá lleguéis vosotros a ella!

## ELOGIO DE LA VEJEZ

**PABLO MANTEGAZZA,**  
**la pluma optimista o el abogado de los mayores**

*“...que a los viejos se los aparta,  
 después de habernos servido bien”.*

**Joan Manuel Serrat**

*“Vivo mi vida en anillos crecientes  
 que se extienden sobre las cosas.  
 Acaso no terminaré el último  
 pero quiero intentarlo”*

**Rainer María Rilke**

**Pablo Mantegazza** escribió “Elogio de la vejez” en 1894. Pude obtener una traducción directa del italiano de Clara Chiappe, editada en Buenos Aires en 1946.

Mantegazza navega a través de una prosa poética dulce, armoniosa y convincente por todos los temas que hoy se estudian con rigor científico en el campo de la gerontología. Sin duda, se adelanta en el tiempo al construir paradigmas acerca de la ancianidad, anuncia su inexorable presencia en la sociedad y destruye sistemáticamente los estereotipos negativos que se edificaron acerca de ella.

Dice Mantegazza que la “vejez no es una enfermedad” y la rescata como parte del proceso de la vida y como un estado de feliz serenidad. El viejo es un antiguo gladiador de la vida que, después de larga lucha, descansa y vive real y plenamente el protagonismo de la existencia y no el de la agonía.

Si el viejo no se siente tal por más que tenga sesenta años o muchos más, posea una buena renta mensual y buena salud para su edad, no tiene pretextos para sentirse infeliz, salvo que haya acumulado demasiados errores en su vida y les haya sumado los propios de la última edad; es mucho más difícil ser feliz de viejo.

Es más importante y necesario saber envejecer. No es importante lo que la ancianidad nos quita sino lo que nos deja.

Desde siempre y actualmente –cada vez menos- la sociedad olvida a los viejos, los consideran un estorbo; qué trabajoso y arduo es sostenerlos, cuidarlos, alimentarlos, socorrerlos, defenderlos, aceptarlos y compartir con ellos; qué difícil es modificar la actitud hacia ellos cambiando piedad y compasión por amor y estima.

La gran masa humana, a un mismo tiempo, desea y teme a la vejez; es un sentimiento ambivalente entre el amor a la vida y el temor a la muerte.

“El hombre de edad no tiene todavía su puesto bajo el sol, pese a que el Evangelio tiene casi veinte siglos de antigüedad y esto, más que a causa del anciano, es de la sociedad en que vive”.

Es el mayor quien debe conquistar y mantener su puesto en el organismo social, así podrán legitimarse, lograr su espacio y reivindicar sus derechos para no ser objeto de piedad, compasión o ser beneficiario de una dádiva o una limosna en la distribución injusta de una riqueza que, pocos se acuerdan, construyeron con su esfuerzo, a lo largo de mucho tiempo.

### **EL AMOR Y LA ANCIANIDAD**

Mantegazza, prácticamente, abre su libro con el tema del amor y la ancianidad. Nos resulta elocuente y aleccionador que así sea. El amor humano en la pareja que logra el envejecimiento “a dos” y que lo acepta, se gratifica en la evocación memoriosa de los dulces recuerdos, las borrascas superadas, la solidaridad, el perdón recíproco, las voluptuosidades compartidas, los hijos y los nietos presentes, la complicidad, la compañía tierna y sincera, el amor sensual válido ya lejos del ardiente y volcánico del joven, la indulgencia y las concesiones mutuas, las mentirillas y las tiernas hipocresías crean, siempre, ese clima insustituible de tibieza mórbida.

El anciano no debe abdicar de las dulzuras del amor así como debe asirse al timón de la vida con una brújula delante de los ojos hasta el final.

### **LA AMISTAD ENTRE LOS VIEJOS**

Es mérito de los mayores mismos sin han sabido tener buen corazón y mejor talante. La intensidad de la amistad, a edades avanzadas, es mejor que su extensión ya que la

muerte la restringe inexorablemente en número. La elección de los amigos y el mantener esa “cosanguinidad” en el afecto, la inteligencia y los intereses crean el espacio contenedor que es insustituible para vivir, así como la presencia viva de la familia.

El ser de una misma edad y viejo significa tener un parentesco común con las cosas, con la naturaleza y con los hombres, esto es, se forma parte constitutiva de una generación. El problema es reducir las brechas generacionales y cómo lograr el intercambio, la interacción, el reconocimiento y la aceptación mutua intergeneracional.

### **PÉRDIDAS Y GANANCIAS**

La actividad física y espiritual no se interrumpe en los mayores, si bien tienen lugar pérdidas, hay también transformaciones y conquistas; el resultado es que la vejez puede ganar más de lo que pierde.

Uno de los estereotipos más comunes es creer que los viejos son inválidos de la inteligencia y del quehacer. Aún en el nivel medio y bajo de la educación se encuentra enorme cantidad de ancianos que se desempeñan maravillosamente bien en la vida cotidiana, la industria, el comercio, el arte, la cultura, la ciencia, la técnica y la política. Los mayores tienen una perspectiva serena del pasado, mayor sensibilidad estética, convicciones profundas y seguras, mayor capacidad de síntesis, facilidad en la técnica del pensamiento, mayor elasticidad en el manejo del lenguaje, mayor elocuencia y capacidad de convicción, grandes aptitudes políticas, asociaciones de ideas más numerosas y más fáciles, aptitud de abarcar a un mismo tiempo todos los aspectos de un problema (mirada global) si bien adolecen de menor memoria de hechos y datos recientes, poca paciencia para el análisis y la observación, menor resistencia para el trabajo continuo y el esfuerzo, merma de la creatividad.

El anciano es más justo y ecuánime, no odia el pasado, no teme al porvenir, tiene serenidad y calma, tiene una larga historia de evolución social y personal, tiene pocas e indubitables convicciones, no se atormenta en búsquedas o conquistas, tiene seguridad de propósitos.

## **VIRTUDES Y DEFECTOS**

Se es como se ha sido. De tal modo, que atribuir al anciano virtudes o defectos inherentes a su edad es un error mayúsculo, sobre todo si se generaliza la apreciación.

El mayor no resigna, ni debería hacerlo, su dignidad. No tiene por qué envilecerse, inspirar compasión y depender de la generosidad del prójimo. La persona mayor tiene una “avaricia benigna o fisiológica”; si procura mantener su independencia económica aumentando sus ingresos siendo austero y racionalizando el gasto a lo necesario, es para no depender y mantener su dignidad.

Para gastar dinero hay que empezar por tenerlo y los ancianos, por qué no, tienen derecho a satisfacer sus deseos. Entre otras cosas, el dinero es un símbolo de intercambio con la vida y las cosas, es un “quiero” luego “puedo”.

Por lo general, los ancianos son prudentes, pacientes, indulgentes, tolerantes y modestos; carecen de ciegos fanatismos y de ardientes pasiones; suelen ser conservadores pero no por ello retrógrados; son rutinarios y ordenados.

Los mayores aman el mundo propio que han podido crear y las cosas, muebles y objetos que los rodean en un microcosmos particular y personalísimo, que rescatan una y otra vez y que les recuerda su propia historia y le ayudan a mantener su identidad.

El hombre de edad suele ser un gran narrador y se complace en compartir largas historias de aventuras, accidentes e incidentes.

El ocio, el uso debido del tiempo libre, la relación humana, la actividad propia o compartida alegran al mayor y transmutan las desdichas de sus achaques en resignación procurándose sensaciones placenteras en el presente. Administrando la multitud de recuerdos, se puede obtener una sana esperanza de un tiempo mayor de vida satisfactoria y gratificante.

## **MEMORIA Y REMINISCENCIA**

El anciano tiene un entrañable parentesco con todas aquellas cosas y sucesos sobre las que soplado el hálito del tiempo y se regocija, ya sin dolor, en los recuerdos tanto más cuanto más haya cultivado su vida y se haya unido al mundo.

“No puede afirmar que ha vivido plenamente quien no ha podido alcanzar la edad de los largos recuerdos...quien no ha bebido el amargo y al mismo tiempo dulce néctar de la melancolía”.

“La vida no es más que el sueño de una sombra” pero, en el anciano, el temor a la muerte es más grave e insistente; para muchos es el mayor tormento. La moral del dolor debería ser cambiada por la moral del placer y de la vida, así alejamos el fantasma de la idea de la muerte y los pensamientos atormentadores cuya imagen evoca.

Los que piensan de continuo en la muerte antes de que esta llegue ya han muerto una y mil veces. Bienvenida sea la muerte, porque al morir me constituyo en hermano de toda cosa viva y comparto su finitud.

### **EL CÓDIGO DE LA ANCIANIDAD**

- . Valorar las energías que se tienen, entrenarlas y sostenerlas para gozar de la vida lo más posible, lo mejor posible y durante el mayor tiempo que se pueda.
- . Saber ser viejos y conocerse a sí mismos.
- . Regular los hábitos.
- . Combatir las enfermedades desde sus comienzos.
- . Trabajar siempre un poco, sin esfuerzo y sin llegar a la fatiga.
- . Cambiar de casa, de clima y de hábitos no es conveniente.
- . Cuidarse del frío. Comer y beber con moderación sin nunca ayunar.
- . No tomar medicinas por que sí.
- . Saldar todas las cuentas y no abrir otras nuevas.
- . No pensar en el porvenir, revivir el pasado gratificante y considerar cada día como un regalo.
- . Hacer de la alegría de los demás la propia y ser solidario con el prójimo.
- . Conservar el espacio y el lugar; no resignarse a perderlos.
- . A la gran obra de la civilización concurren jóvenes y viejos. Conviene recordarles a los jóvenes este aserto.

**¡GRACIAS, PABLO MANTEGAZZA, POR VUESTRA LECCIÓN!**

## **EL DESASOSIEGO EN “DE SENECTUTE”**

**de NORBERTO BOBBIO**

“De senectute” y otros escritos son parte de la gran obra publicada del hoy anciano intelectual y profesor italiano Norberto Bobbio.

Al margen de una prosa de excelencia y de cálido impacto sobre el lector, cuyos contenidos culturales y filosóficos son de difícil emulación, sobrenada a lo largo del discurso una impronta que, para definirla de algún modo, es el desasosiego.

El desasosiego es la falta de quietud, de tranquilidad, de serenidad. Es la imposibilidad de descansar después de una larga faena, de una tarea larga – tan larga como la vida misma – que nos llevó todo el tiempo vital y todas nuestras energías.

“De senectute” de Norberto Bobbio, es una expresión estructurada de su propio desasosiego frente a su envejecimiento y por momentos desasosiega al lector. Su desasosiego reverberante frente al análisis de su propia vejez revierte, aún aceptando sus propios argumentos, en una desazón que nos invade lenta e inexorablemente. Esta desazón puede llevarnos, después de una despaciosa y comprometida lectura del texto, a una percepción que puede convertirse en disgusto, pesadumbre, molestia, inquietud o dolor interior y a una mala disposición del ánimo frente al proceso del envejecimiento personal y generacional y cuya visión es rígidamente negativa.

Norberto Bobbio es un anciano especial; su participación activa a lo largo de su fecunda vida en ámbitos de alta excelencia y de cultura elevada, los claustros universitarios, la filosofía, el derecho, la política que, por suerte en su caso, tiene el reconocimiento dentro y fuera de la intelectualidad de Europa, en apariencia no sirvió para crear los suficientes soportes para rescatar las enormes posibilidades que la vejez tiene, en términos generales, para la mayoría de los ancianos de este mundo y de aquel.

Será que la excesiva dedicación y la apuesta única a la formación intelectual continua no compensada con una interrelación con la afectividad de propios y ajenos y la



inclusión personal en la dinámica social aísla, deprime y crea, finalmente, un nihilismo sin salida y ese desasosiego que parece ineluctable.

Bobbio descrea, entre otros, de la versión “romántica” que acerca de la vejez tenía Platón, Cicerón y Mantegazza; parece adscribirse a la versión cruel y negativa que tuvo la francesa Simone de Beauvoir (“La vejez”) o a la del argentino Adolfo Bioy Casares (“Diario de la guerra del cerdo”).

La memoria es un instrumento valiosísimo a cualquier edad especialmente en la vejez y permite aferrarse a la vida, conservar el dominio sobre sí mismo, tener autonomía, autovalimiento y conservar la identidad o la mismidad.

La remembranza, el recuerdo nostálgico planteado por Bobbio, puede ocasionar un permanente dolor terebrante vinculado al propio pasado, a los propósitos no realizados ni resueltos que, sumado al aislamiento y la exclusión de la vejez en nuestro tiempo no tiene, las más de las veces, espacio social para participar e integrarse. El viejo no tiene status ni prestigio social en Iberoamérica – el caso de Norberto Bobbio es una de las excepciones; es venerado en la antigua y culta Italia – y la memoria histórica de la cual los viejos son depositarios, la memoria colectiva y la generacional pretenden ser reemplazadas por la informática.

La vejez, para Bobbio, es una espera de nada; la vejez cronológica, la biológica, la burocrática y la psicológica enumeradas por él no pueden ser desagregadas, éstas se entrecruzan e interactúan. La vejez psicológica en el mundo occidental es más difícil de soportar que la biológica (la mayoría de los ancianos están biológicamente sanos para su edad).

El señalamiento, el viejo está “inmóvil entre dos extrañamientos” habla claramente de la baja capacidad de adaptación a la velocidad de los cambios, pero también dice algo acerca de la falta de inclusión de los mayores como participantes intergeneracionales de esos mismos cambios.

Claramente Bobbio destaca el problema sociodemográfico de la expansión de la vejez en el mundo pero no insinúa soluciones programáticas al respecto; hay mucho camino andado en estas cuestiones y agenda política y técnica para acercar soluciones a los problemas de los mayores, especialmente en Europa.

Para don Norberto, los viejos son seres desesperados; la vejez es una suspirada espera de la muerte; la muerte es una meta no temible sino deseable ante la insoportable fatiga de vivir.

La extinción, el final sin recomienzo, es una realidad implacable en la que Bobbio sólo reconoce el hecho, lo magnifica y lo absolutiza sin encontrar los medios para prepararse para el final y descrea del aporte de una generación a otra para la construcción de un continuo histórico, cultural y social (la propia materia de su conocimiento, la filosofía política, parece no haberle servido para resolver su abismal contradicción existencial). El envejecimiento, para este autor, siempre tiene un significado negativo.

Sin embargo, hay algo para rescatar. Afirma que las satisfacciones más duraderas provinieron de su vida de relación, de los maestros que lo educaron, de las personas que amó y que lo amaron, de cuantos siempre han estado a su lado y ahora lo acompañan en la última vuelta del camino.

Finalmente, se advierte que es el mundo de la afectividad, la intersubjetividad entre las personas de cualquier generación e índole y la inclusión participativa en la realidad social de la propia comunidad la que favorece, justifica y brinda mayor calidad de vida a los mayores por encima de cualquier otra razón.

\*Norberto Bobbio: *De Senectute*; Taurus; Madrid; 1997

“De Senectute”, es el discurso pronunciado el 5 de mayo de 1994 en la Universidad de Sassari por Norberto Bobbio al recibir el Doctorado Honoris Causa en Ciencias Políticas a los 87 años.

## HOMENAJE A DOS ANCIANOS

### ¿THAT'S ALL ?

Murió mi padre Samuel José Strejilevich (Carlos Zol, artísticamente); marzo de 2000.

¿That's all? (¿Esto es todo?), me dijo mi padre el 13 de febrero de 2000 con 90 años y más, conversando conmigo - su único hijo -, mi mujer y mi anciana madre, ese domingo por la tarde en el Hogar Israelita Argentino para Ancianos en Burzaco, Provincia de Buenos Aires.

Cumplía consigo mismo y con nosotros en resumir su vida (y la de casi todos) con ese sentimiento trágico pero no patético, que hace que la muerte siempre sea nimia e inconsistente si no se ha sabido establecer, en el proceso de la vida, valores esenciales en los que apoyarse, defender y jugarse por ellos sin vacilación y sin renunciamentos.

Mi padre, el viernes 3 de marzo de 2000 moría en plena lucidez, en absoluta soledad en una clínica de las inmediaciones perdiendo la oportunidad, que seguramente hubiera querido tener, de morir acompañado con los pocos que quedan a las alturas de tamaña edad y en la comunidad de ancianos que convivió con él en estos últimos años.

Ese domingo, mi padre sabía (todos lo sabemos), prescindiendo de médicos, diagnósticos, estudios y pronósticos que a poco andar iba a morir; no se expresó en este sentido en forma directa pero buscó entre sus cosas los manuscritos del libro que escribiera como residente en el hogar para ancianos durante los últimos cinco años; escribió en las noches hasta las madrugadas, sin tabaco, sin importarle el deterioro y la enfermedad que le corroía y al lado de mi madre, velando creativamente su sueño nocturno accidentado y tormentoso.

El libro no se concretó como producto; fue escrito con sacrificio y pasión; sirvió para justificarse y proyectarse; miró desde adentro su propia ancianidad y miró y dibujó las imágenes sugeridas por los otros mayores y los actores institucionales que los cuidan. Dios sabrá por qué lo hizo; no era muy biólogo, tan práctico al uso, tan eficaz y eficiente como se pretende que sea la gente hoy en día; era románticamente trascendente.

Los ancianos que están o viven en una residencia para mayores, tienen allí su última morada. Es difícil asumir esa realidad pero conviene adaptarse a ella, se sufre menos y se convive mejor; al descartar la timidez se rescata lo que puede haber de trascendente y se es más feliz compartiendo. Cuando el ambiente es protésico y continente, ayuda a envejecer, a aceptar la enfermedad, el deterioro y hasta la muerte.

¿That´s all?, me dijo mi padre al realizar el balance antes del fin.

El fue conocido y admirado, querido y odiado, amigo de los amigos y de sus enemigos; escribió libros, plantó árboles, construyó un hijo, amó a su mujer por setenta y dos años; le dio trabajo a la humilde y pobre Eva Duarte (más tarde de Perón); fue amigo y compinche de Enrique Santos Discépolo, Libertad Lamarque, Elsa O'Connor, Tita Merello y tantos otros.

Transmitió el sepelio de Carlos Gardel por la "broadcasting" de LR3 Radio Belgrano al país, parado sobre una mesita de café en Corrientes y Río de Janeiro; silenciaba a las multitudes alocadas de aquella época en los festivales del Luna Park; alternaba con multitudes y con encumbrados sin perder sus comunes rasgos; impulsó la olivicultura en Argentina; escribió toneladas de papel para la radiotelefonía, la TV, el teatro y para actos públicos de todo tipo; fue maestro de locución, en la época de los Thorry, Font Saravia, D'Agostino, la Revista Dislocada, los Cinco Grandes del Buen Humor, Troilo, D'Arienzo, Laurenz y Mafia; era Emelco en los cines y la prensa escrita y radial.

Fue la época de oro de la radio; luego vino la televisión; fue una época comunicada y comunicativa pero no mediática. Se le adjudicaron romances novelescos promocionados por revistas y diarios del ambiente, mientras mi madre guardaba el anillo de casamiento y le arreglaba el moño del cuello de la camisa antes de ponerse el smoking (en aquella época, no "convenía" que los animadores fueran casados porque perdían su "atractivo"). Renunció muchas veces a la "guita" fácil; murió con lo puesto; heredé solamente los manuscritos de un libro posible.

El entierro fue como las normas lo indican y exigen, como él no lo hubiera querido. Un estuche austero lo cobijó hasta su sepultura en tierra; el cortejo también fue austero, mi anciana madre, el hijo, dos ancianas de la residencia para mayores en un remise pobretón que se alquila para todo servicio hacia el cementerio de Berazategui, en la lejana provincia de Buenos Aires.

El tránsito y los transeúntes ausentes y atareados bajo la canícula del mediodía, el largo camino pavimentado desde Burzaco al cementerio de Berazategui bordeado de mugre, desperdicios, chatarra, villeros, oportunistas y desocupados.

Es lo que hubiera querido; no le gustaba el prestigio malhabido, el dinero y el status simbólico que se le suele dar a la gente cuando muere. Obras son amores – me decía -; estoy orgulloso de él; no sé si lo he merecido.

**CARLOS ZOL (Samuel José Strejilevich; 17-01-1910 / 03-03-2000).** *Escribió (entre otras muchas cosas) los libros “Adán, jugó y perdió. Relatos de tierra adentro”; “365 días locutor. La radio por dentro y por fuera”; “Transmite XYZ. Sintoniza el hombre de la calle”; “Repertorio para 7 domingos. Jornadas del campo y la ciudad”; “Crónica sentimental de un viaje”; “La hechicera de Castilla” de Schalom Asch (traducción y prólogo directamente del idioma original con Abraham Maler); “Cháchara” (entre los 85 y 90 años; inédito). Fue Miembro Titular de Argentores (Sociedad General de Autores de la Argentina); fundador de la Sociedad Argentina de Locutores; Primer Locutor Nacional (con Juan Carlos Thorry); Director Artístico de LR3 Radio Belgrano (época de Jaime Yankelevich) y autor de la Ley Nacional de Olivicultura.*

## **CARTA A MI MADRE**

### **en el HOGAR ISRAELITA – ARGENTINO**

### **PARA ANCIANOS**

Hoy, día 2 de octubre de 2002, Rosita, mi mamá, cumple 90 años de edad. Ruego, con toda la insistencia de que soy capaz, que alguno de los inefables amigos del Hogar para Ancianos, se acerca a ella y que haga de vocero de mi persona. Se que lo que estoy pidiendo es difícil y comprometido y, siempre, se traiciona buenamente o no se traduce acabadamente el sentimiento estructural de amor que siento por ella desde siempre como hijo y como persona.

A estas alturas, después de tanto andar, ella y yo, no puedo percibir, tampoco importa, si la relación con mamá tiene su raíz en lo biológico que, muchas veces, suele ser un accidente.

Se, absolutamente lo sé, que mi condición de hijo es insospechablemente deseada y querida por Rosita y por José, en otro tiempo, en que se creía y se cantaba al amor en términos mucho mas líricos que hoy.

A mamá, persona, le debo su cariño, la rigidez de su conducta, la insobornable honestidad, el estilo racionalista y socializante de su visión del mundo, las batallas por la dignidad, la autoestima y el servicio a los demás, las ansias incontenibles de justicia, la defraudación de la existencia ante lo horrible de la realidad, la noción de libertad responsable, el aprecio por el arte, la cultura y el pensamiento, el amor por la patria y el reconocimiento de nuestros orígenes, el querer arreglar el mundo casi solo, el pesimismo constructivo de sus acciones..., tantas cosas.

Mamá, si puedes entenderme, concíliate con la vida; tira por la borda tanta tarea; resígnate a las pérdidas; confía sin distraerte; acepta que has elegido; abandona la culpa ya que no cargas con ninguna; discúlpame de no estar a tu lado físicamente.

Hemos debatido casi todo; la más de las veces hemos coincidido, lo que es una maravilla; afortunadamente, siempre nos ha quedado algo en el tintero...

Celebro, jubilosamente, que hayas entrado en la mayoría de edad pero, te ruego, que si se te ocurre hacer balance, des por descontando que te será favorable.

*Tu hijo, que te ama; Leonardo*

# LO QUE FUI Y LO QUE SOY

## Soliloquios de una persona mayor

¡Qué contraste entre lo que fui y lo que soy ! Siendo lo que ahora soy, conservo todavía algunos rasgos significativos, útiles y funcionales –aunque andrajosos- de lo que fui.

Nada soy, a esta edad, que no provenga directa, fatal y consecuentemente de lo que ya antes era.

Me quedan dos opciones: resignarme, sin poder despejar de mi la bronca y la desesperanza al asco de la degradación o proponerme no descartar la posibilidad de vivir cuanto y como sea posible, mitigando mi corrupción, con algún tipo de renacimiento inventado en el que todo lo que se ha ido pueda volver aunque de otro modo.

La inquietud y la zozobra son un veneno que literalmente mata. A esta edad, me conviene tener una cierta indulgencia para conmigo mismo, tratar de armonizar las cosas, las certezas y las incertidumbres de la vida con mi pensamiento y mis posibilidades de acción; resguardarme de lo que no me conviene y me hace daño inútilmente.

Existir no es fácil ni cualquier cosa; me niego a ser desplazado de la vida mientras no esté formalmente muerto. Si existo por dentro, que es existir de veras, sólo así puedo decir que estoy aún vivo.

Si he merecido la vida y la he justificado, merezco tener una salida honrosa hasta en la muerte; como siempre y pese a todo, allá vamos...

He metido muchas veces las manos en la pasta del mundo y con frecuencia cometí el error de querer moldearlo a imagen y semejanza del proyecto racional que ilusoriamente forjé pero, al mismo tiempo, fui moldeado por ese mismo mundo al que todavía pertenezco.

Muchas veces, consideré válidos mis derechos pero no tuve respaldos y la fuerza personal para reivindicarlos.

Me di cuenta de mi fatal metamorfosis según pasaban los años; tuve innecesarios enfrentamientos de consecuencias imprevisibles y me di cuenta que las crisis no respetan casi nada.

Ha llegado el momento en que es preciso aceptar y pagar el precio de lo que amé y odié y asumir la desconfianza que siempre me produjo la idea de que los demás apechugaran por mí.

A estas alturas, estoy perfectamente diagnosticado: proceso de desánimo esperanzado y generalizado ante la veracidad de lo real.

Me fui curando del palabrerío apocalíptico con que coqueteaba y trataba de convencer a otros; mi pesimismo me transformó y me llevó a ser lúcido y activo; no dejé que me fascinara el imperio de la nada y lo irremediable incentivó mi espíritu creador.

A esta edad, también me di cuenta que partí y viví de lo que sé y no contra lo que sé; viví al servicio de mi querer y me até a lo que merecía ser verdad; me aparté, a tiempo, de cierta elite amarga e inteligente; me adelanté al enemigo para que no invadiera mi propio territorio.

He perdido el júbilo de dictaminar; conservo bastantes de mis ideas y mis criterios, aunque no haya tenido muchas oportunidades de que se revelaran como aciertos.

Soy viejo, y no por eso mi voz es más digna de ser escuchada que antes, pero tampoco menos. Las batallas las viví a fondo, la mayoría no las gané pero salí vivo y cambiado, salí otro.

No me acaloré por el imbécil, el fanático o el dogmático convencidos y obnubilados por lo que creen; me fastidió siempre la miserabilidad de los enfoques, la maliciosa deformación de la realidad, el desdén por las evidencias irrefutables.

No me negué a escuchar pero rechazé por irrelevantes los argumentos esgrimidos como hábitos del pensamiento; disculpé los actos malformados y deliberados aunque fueran odiosos y vi, con perplejidad, que las deficiencias afincadas en los demás sustituían con ventaja al talento y a la capacitación.

Carezco de gracia y sin embargo soy un ser risible; acepté las bromas sobre mí cuando no eran estridentes, acusadoras o vulgares y me he regocijado con los bromistas.

Denuncié con razones lo que me parecía mal y no utilicé la amistad propicia para fabricar tapaderas para mis errores.

Alejandro, el Magno, decía “lo hemos conquistado todo y no conservamos nada”; así es hasta el final aún si se tiene la razón, toda la razón, pero nada más que la razón y, por eso, admitir que casi siempre nos equivocamos.

Me queda claro que no necesité enemigos para ser yo mismo y que yo, finalmente, era el peor enemigo de mí mismo.



Mi largo entrenamiento para tratar la carne y el alma humana, me destrozaron y me dejaron exhausto pero comprendí y me reconcilié con el sufrimiento; abandoné el combate contra la muerte y rescaté la vida.

Hoy, que he perdido mi ocasional y evanescente atractivo por la edad que tengo y las enfermedades que padecí, sin embargo no han hecho disminuir la belleza de mis desperdicios aunque los demás no coincidan con esta afirmación.

Traté de gestionar en lo que me tocó, sin pactar con vileza con nadie; no fingí la más de las veces pero me mostré hipócritamente benevolente de acuerdo con la rispidez de las circunstancias.

Me propuse no intimidar ni imponerme; decidí, cuando pude, por lo mejor para otros y fracasé y me desilusioné incontables veces. Opté por no ser censor de los demás y no aliarme con los que más pudieran beneficiarme. Me propuse, también, no dejar víctimas a lo largo de mi camino porque, además, las hubiera llevado cargando sobre mi espalda como un criminal hasta el final.

Procuré considerar el horror del sufrimiento y del ejercicio de la medicina siempre con rostro humano; muchas veces tuve miedo pero esto reforzó mi respeto por el uso de la libertad responsable y la de los seres humanos.

Soy amigo de la sociedad pero descreo de la institucionalización de sus problemas y necesidades; las relaciones entre todos se basa en la cuota disponible de la capacidad de amar que se tenga y de la manía de salvarse junto a, con los demás.

Recordé, siempre, que la vida nos necesita a todos y que servicio es el vicio de ser y de dar.

Hice un nido en un alto risco y volé desde allí tan lejos como pude; de lo imposible no guardo nostalgia; amo las causas perdidas pero no deseo perderme con ellas.

Me esforcé para no dejar que la parte terrible de mi experiencia, se convirtiera en mí en agotamiento y vejez.

Presumí de tolerante y nunca decreté por derecho propio que alguien o algo no tiene cura ni solución y aprendí que las personas deben decidir por sí mismas el momento de decir que sí o que no, de ser deshauciados, de decidir morir. Me insuflé dosis crecientes de humildad para contrarrestar el exceso de soberbia de mi formación.

Aspiré a no violar la necesidad de mi ser y entendí a Santo Tomás cuando decía “que lo necesario es lo que no puede no ser” y esto se consigue con la voluntad y la pasión. Mi necesidad, mi cadena en el cuello, mi grillete, mi yugo, fue autoimpuesto.

He llegado a viejo y el lazo o la atadura a mi propia historia, a la de mi generación y a la de mi vapuleada Patria no se ha desatado ni roto.

Al ser mayor, ya no me interesa donde radica el poder, la fama y las fórmulas usuales del bienestar de nuestra civilización...

Renuncié, hace mucho, a las ritualizaciones burocráticas de la militancia política, pero me acuerdo todavía de cuatro o cinco consignas gastadas que usaba en mi juventud; la pasión por enmendar la realidad en que vivo son sólo briznas y rescoldo; no pude ser un redentor; con la edad, mi capacidad de lucha está embotada pero sigo siendo rebelde e inconformista, víctima al fin de un Estado indefendible, parsimonioso, que monopoliza el poder y que me mantiene, a esta edad y junto a tantos millones de viejos como yo, con falsas justificaciones, que utiliza un cinismo histórico y un pragmatismo asocial; vivo en una estructura desigual, explotada, adocenada; los trucos de la imaginación estatal no me ayudan a vivir.

La tenebrosa prótesis de esta estructura social no ha permitido superar las frustraciones a mis padres y yo acumulé con las de ellos las mías; esto me convirtió en un ser obsesivo y fóbico, pero no guardo rencor ni resentimiento.

Me dí cuenta, hace mucho, que estaba excluido de cualquier supuesta tierra prometida y ahora, que soy viejo, por fin pude, en parte, sacudirme la normativa universal, la ley, mi timorata rutina, mi vergonzosa adhesión y aceptación sin protesta de normas y más normas, la vigilancia, la censura, el sometimiento, la coacción, el manipuleo, el castigo y, no se cómo, llegué hasta aquí sin ser ejecutado. Por fin, ahora, puedo rechazar el lastre que me abrumó durante tantos años.

Ahora, soy un viejo afable, doy la impresión de tener cierta cordura y ya no tengo una razón esclavizada; soy mucho más libre gracias a la edad y estoy dispuesto más veces a decir “no”.

No deseo ser un viejo demasiado normal, demasiado sensato, demasiado sumiso y agradecido aunque me condenen a la soledad y finalmente a ser el gran perdedor del tiempo que pude vivir –como todo hombre-, que es una trama “de polvo, tiempo, sueño y agonía”. Ya no tengo piedad morbosa por mis propios males, ni tengo ganas de jugarme una carta para quedarme si, de todos modos, no me voy a quedar...

La vanidad, que es la última forma de optimismo, la perdí; el porte, el pelo, los dientes también; el diamante de mi interior, si lo tuve, ya no es puro, traslúcido y perfecto; tiene varios carbones, está desfacetado y lo clivó y redujo la vida vivida; ya no vale casi nada.

Nada ahora es para mí urgente, inminente, importante, impostergable; salvo este hermoso sol de esta tierra y una rica comida que me espera en casa. La única injusticia que me preocupa es la que no me deja ser como yo quiero y me den menos de la mitad de lo que necesito “ahora” para vivir.

Mi ola ya pasó. “Sólo hay un momento para cada ola, no más, y quizá una sola ola para cada uno”; todo es preferible a lo inacabable; por lo menos estoy seguro que habrá un final: lo que se da, se acaba.

Ya no soy peligroso para nadie salvo para mí mismo; todo el daño que me correspondía hacer ya está cumplido y el haberlo hecho, aún sin intención, me desmoraliza.

Estoy al borde de ser definitivamente olvidado y también olvidarme yo también de mí; de esto, nada podré contar al nadie que me escucha; lo que conviene es reunirme conmigo mismo y no renunciar a seguir la búsqueda, aunque al final, esté el silencio.

Al final de esta historia, no sabré nunca si me salvaré; tal vez no lo merezca.

## BIBLIOGRAFÍA

**Arechederra, J. J. y otros:** Bioética, psiquiatría y derechos humanos; Edit. International Marketing and Communications, S.A.; Madrid; 1995.

**Barcia Salorio, D.:** Antropología y vejez; Imp. Gráficas del Llobregat, S.A.; Madrid; 1992.

**Barclay, L.:** Clinical Geriatric Neurology; Lea & Febiger; USA; 1993.

**Bazo, M. T.:** La ancianidad del futuro; Fundación Caja de Madrid; Barcelona; 1992.

**Beauvoir, S. de:** La vejez; Edit. Sudamericana; Buenos Aires; 1970.

**Bermejo, F.:** Nivel de salud y deterioro cognitivo en los ancianos; Fundación Caja de Madrid; Barcelona; 1993.

**Bioy Casares, A.:** Diario de la guerra del cerdo; Edic. Altaya, S.A.; Barcelona; 1969.

**Blanco, R. A.:** Seguridad social y tercera edad; Rev. Escenarios para un nuevo contrato social; Número 2; pág. 18-40; Buenos Aires; octubre; 2002.

**Bobbio, N.:** De senectute y otros escritos biográficos; Edic. Santillana, S.A. Taurus; Madrid; 1997.

**Bronfman, M. Y Tuiran, R.:** La desigualdad social ante la muerte; Cuadernos Médicos-sociales; 29-30; Rosario; 1984.

**Cacabelos, R.:** Enfermedad de Alzheimer. Etiopatogenia, neurobiología y genética molecular, diagnóstico y terapéutica; J. R. Prous Editores; Barcelona; 1991.

**Ciceron, M. T.:** De la vejez; Edit. Porrúa, S.A.; México; 1993.

**Conferencia Mundial sobre el Envejecimiento 5ª.:** Mar del Plata; Argentina; Libro de Resúmenes; 2000.

**Diagnóstico socioeconómico Provincia de Salta:** Centro de Investigaciones y Estudios Económicos; Fundación Salta; Salta; 1999.

**Díez Nicolás, J.:** Los mayores en la comunidad de Madrid. Estudio sobre las necesidades y recursos para la tercera edad; Fundación Caja de Madrid; Madrid; 1996.

**Documentos Técnicos No. 40/1986 :** Proyección y contenido de un centro residencial para la tercera edad; Ministerio de Asuntos Sociales; INSERSO; Madrid; 1986.

**Estatuto básico de los centros de la tercera edad del INSERSO;** Ministerio de Asuntos Sociales; INSERSO; Madrid; 1993.

**Fernández-Ballesteros, R.:** Mitos y realidades sobre la vejez y la salud; Fundación Caja de Madrid; Barcelona; 1992.

**Fernández-Ballesteros, R. y otros:** Qué es la psicología de la vejez; Edit. Biblioteca Nueva, S.L.; Madrid; 1999.

**Ferrey, G., Le Goues, G. y Bobes, J.:** Psicopatología del anciano; Edit. Masson, S.A.; Barcelona; 1994.

**García Más, M-P.:** Consumo de sustancias tóxicas en la tercera edad. Estudio sociológico; Instituto Nacional de Estudios Sociales; Madrid; 1988.

**Giurgea, C.E.:** Envejecimiento cerebral; Edit. Masson, S.A.; Barcelona; 1995.

**Goda, G. y Junod, J.P.:** La psicología del paciente anciano; Folia Psychopractica Roche; Buenos Aires; 1981.

**González García, G. y Tobar, F.:** Más salud por el mismo dinero. La reforma del sistema de salud en Argentina; Buenos Aires; Grupo Editor Latinoamericano – ISALUD; 1997.

**Guiu, J. M, Culebras, A. y Román, G.:** Nuevos conceptos en demencia vascular; J. R. Prous Editores; Barcelona; 1993.

**Heumann, L. F. y Boldy, D. P.:** Envejecer dignamente en la comunidad. Soluciones internacionales destinadas a la protección de ancianos dependientes; Fundación Caja de Madrid; Barcelona; 1995.

**Identificación de condiciones de riesgo en adultos mayores a partir de datos de ingreso y cobertura de salud por provincias;** Presidencia de la Nación; Secretaría de la Tercera Edad; Dirección de Gestión Estadística; Buenos Aires; 1999.

**INSERSO '93:** Ministerio de Asuntos Sociales; INSERSO; Madrid; 1993.

**INSERSO '95:** Ministerio de Asuntos Sociales; INSERSO; Madrid; 1995.

**Jorm, A. F.:** La epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines; Fundación Caja de Madrid; Barcelona; 1994.

**Kane, R. A. y Kane, R. L.:** Evaluación de las necesidades en los ancianos; Fundación Caja de Madrid; Barcelona; 1993.

**Katz, I. F.:** La tercera edad; Edit. Planeta Argentina SAIC; Buenos Aires; 1992.

**Kliksberg, B.:** Pobreza. Un tema impostergable. Nuevas respuestas a nivel mundial; Fondo de Cultura Económica, S.A.DEC.V.; México; 1993.

**Kusch, R.:** Esbozo de una antropología filosófica americana; Ediciones Castañeda; Pcia. de Buenos Aires; 1978.

**Lain Entralgo, P.:** La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico; Salvat Editores; S.A.; Barcelona; 1961.

**Mantegazza, P.:** Elogio de la vejez; Edit. Orientación Integral Humana; Buenos Aires; 1946.

**Moragas Moragas, R.:** Gerontología Social; Edit. Herder; Barcelona; 1991.

**Müller, M. S.:** Mortalidad infantil y desigualdades en Misiones; Cenep; Buenos Aires; 1984.

**Najman, J.:** Health and poverty: past, present and prospects for the future; Social Science & Medicine; vol. 36; No. 2; Gran Bretaña; 1993.

**Ortiz Alonso, T.:** La enfermedad de Parkinson. Ejercicios de rehabilitación psicomotriz; Fundación Caja de Madrid; Madrid; 1995.

**Paillat, P.:** Sociología de la vejez; Edit. Oikos-Tau; S.A. Ediciones; Barcelona; 1971.

**Parreño, J. R. y otros:** Tercera edad sana. Ejercicios preventivos y terapéuticos; Ministerio de Asuntos Sociales; INSERSO; Madrid; 1990.

**Peirats, B. y Llopis Goig, D.:** Informe técnico 2. Jubilación. Expectativas y tiempo de ocio; Fundación Caja de Madrid; Barcelona; 1996.

**Pérez Díaz, J.:** Informe técnico 3. La situación social de la vejez en España a partir de una perspectiva demográfica; Fundación Caja de Madrid; Barcelona; 1996.

**Plan Gerontológico.** Ministerio de Asuntos Sociales. INSERSO; Madrid; 1993.

**Primeras Jornadas Internacionales para una mejor conciencia gerontológica;** Buenos Aires (Argentina) (18-20 de mayo 1998); Edit. A.M.A.O.T.E.; Buenos Aires; 1999.

**Redondo, N.:** Ancianidad y pobreza; Edit. Hvmantas; Buenos Aires; 1990.

**Revista Argentina de Gerontología y Geriátría:** Año 17; 18; 1998.

**Rolla, E. H.:** Senescencia. Ensayos psicoanalíticos sobre la tercera edad; Edit. Galerna; Buenos Aires; 1991.

**Sacchi, M.:** Mortalidad infantil. Un nombre, un rostro, una familia; FLACSO; Buenos Aires; 1997.

**Salvarezza, L.:** Psicogeriatría. Teoría y clínica; Edit. Paidós; Buenos Aires; 2002.

**Strejilevich, L. y Eurnekian, A. A.:** Demencia hidrocefálica. Demencia progresiva y reversible del adulto; Rev. Neurol. Arg. 2:289-290; 1976.

**Strejilevich, L.:** Síndromes lobares. Cerebro interno; Curso Intensivo de Neurología, 1:29-46; Edit. Sociedad Neurológica Argentina y Departamento de Relaciones con Profesionales de Johnson & Johnson de Argentina S.A.C. e I.; Buenos Aires; 1978.

**Strejilevich, L.:** Cerebro, lenguaje y comunicación; La Nación; Buenos Aires; Sección 3ª.; domingo 05 de noviembre; 1978.

**Strejilevich, L. y Quiroga, L. F.:** Neurocibernética o el cerebro dinámico; El Tribuno; Salta; pág. XVI; jueves 22 de marzo; 1979.

**Strejilevich, L. y Quiroga, L. F.:** Informe sobre ciegos. A Corina Lona In Memoriam; El Intransigente; Salta; pág. VI y VII; domingo 03 de febrero; 1980.

**Strejilevich, L.:** Iatrogenia; El Intransigente; Salta; pág. VI y VII; Suplemento Dominical; domingo 08 de junio; 1980.

**Strejilevich, L. y Quiroga, L. F.:** Sueño, ensueño, conciencia y vigilia; El Intransigente; Salta; pág. VI y VII; Suplemento Dominical; domingo 15 de junio; 1980.

**Strejilevich, L.:** Salud. Un compromiso de y para todos; Guía Informativa de la salud; Año I; No. 1; págs. 1 y 2; octubre; 1981.

**Strejilevich, L.:** Tercera edad. Un mundo propio para viejos; El Tribuno; Salta; pág. 18; domingo 07 de marzo; 1982.

**Strejilevich, L.:** Formación de postgrado; Rev. Neurol. Arg.; 11:133-143; 1985.

**Strejilevich, L.:** El cerebro senil y el mundo de los viejos; Editorial Departamento de Educación Médica Continuada. División Neurocirugía de IOA; Buenos Aires; fascículo de 8 págs.; 1985.

**Strejilevich, L.:** Medicamentos. Mito y realidad; El Tribuno; Salta; págs. 4 y 5; 02 de febrero; 1986.

**Strejilevich, L.:** Política educativa en el área de la salud; Editorial Secretaría de Estado de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Salta; fascículo de 13 págs.; Salta; 1987.

**Strejilevich, L.:** Carta abierta de un jubilado a los jóvenes; El Tribuno Revista; Salta; domingo 23 de septiembre; págs. 4-5; 1990.

**Strejilevich, L.:** Bienestar social. Acordarse de la gente; El Tribuno Revista; Salta; pág. 10; 10 de febrero; 1991.

**Strejilevich, L.:** Fundamentos de neurología; Edición COBAS; Comisión Bicameral Examinadora de Obras de Autores Salteños; Salta; 1994.

**Strejilevich, L., Cino, R. C. y Zea, E.:** La seguridad social en Latinoamérica; Sesenta y más; Publicación del IMSERSO; Ministerio de Asuntos Sociales de España; No. 117, enero, pág. 35-36; Madrid; 1995.

**Strejilevich, L.:** Estudio sociodemográfico, epidemiológico y de recursos humanos en servicios sociosanitarios de los mayores de 65 años en la Provincia de Salta y propuesta de actuación especialmente en el campo de la estrategia de la atención primaria de la salud; Tesis de graduación para el Master en Gerontología Social de la Universidad Autónoma de Madrid; págs. 231 (inédito); Biblioteca de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid y Biblioteca del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales de España (IMSERSO); Madrid; 1995.

**Strejilevich, L.:** Carta abierta a los jóvenes; Mayores en marcha; Revista Bimestral; Año I; No. 3; pág. 2 y 3; Salta; 1995.

**Strejilevich, L.:** Viejismo. Discriminación, segregación y aislamiento de las personas mayores; Crónica del NOA, Semanario Independiente; Año 6; No. 1115; 19 al 25 de agosto; Salta; 1995.

**Strejilevich, L.:** Vejez y calidad de vida; La Página Hoy; Suplemento del Domingo del diario El Tribuno; domingo 15 de septiembre; págs. 8 y 9; Salta; 1996.

**Strejilevich, L.:** De vejez y políticas sociales; La Página Hoy; Suplemento del Domingo del diario El Tribuno; domingo 06 de octubre; págs. 10 y 11; Salta; 1996.

**Strejilevich, L.:** Vejez y discriminación; La Página Hoy; Suplemento del Domingo del diario El Tribuno; domingo 01 de diciembre; págs. 10 y 11; Salta; 1996.

**Strejilevich, L.:** Como se tratan las nanas de la vejez; La Página Hoy; Suplemento del Domingo del diario El Tribuno; domingo 05 de enero; págs. 10 y 11; Salta; 1997.

**Strejilevich, L.:** El gerontólogo Platón; Agenda Cultural; Suplemento del Domingo del diario El Tribuno; domingo 18 de enero; págs. 4 y 5; Salta; 1998.

**Strejilevich, L.:** Gerontología y sociedad. La ancianidad, la vulnerabilidad, la exclusión social; Agenda Cultural; Suplemento del Domingo del diario El Tribuno; domingo 15 de marzo; pág. 3; Salta; 1998.

**Strejilevich, L.:** La vejez en Salta. Aspectos sociodemográficos y biopsicosociales; Agenda Cultural; Suplemento del Domingo del diario El Tribuno; domingo 05 de julio; pág. 3; Salta; 1998.

**Strejilevich, L.:** La muerte y la vejez; Agenda cultural; Suplemento del Domingo del diario El Tribuno; domingo 29 de noviembre; pág. 3; Salta; 1998.

**Strejilevich, L.:** La vejez. Aspectos biopsicosociales y tecnicopolíticos; Editorial V. M. Hanne; Salta; 1998.



**Strejilevich, L.:** El desasosiego en De Senectute de Norberto Bobbio; Agenda Cultural; Suplemento del Domingo del diario El Tribuno; domingo 21 de marzo; pág. 6; Salta; 1999.

**Strejilevich, L.:** Elogio de la vejez. Pablo Mantegazza; la pluma optimista o el abogado de los mayores; Agenda Cultural; Suplemento del Domingo del diario El Tribuno; domingo 25 de abril; pág. 3; Salta; 1999.

**Strejilevich, L.:** Un salteño viejo y su realidad; Agenda Cultural; Suplemento del Domingo del diario El Tribuno; domingo 23 de mayo; pág. 7; Salta; 1999.

**Strejilevich, L.:** Vejez y globalización; Agenda Cultural; Suplemento del Domingo del diario El Tribuno; domingo 03 de octubre; pág. 7; Salta; 1999.

**Strejilevich, L.:** Reflexiones acerca de la muerte; Agenda Cultural; Suplemento del Domingo del diario El Tribuno; domingo 31 de octubre; pág. 7; Salta; 1999.

**Strejilevich, L.:** La vejez y un nuevo contrato social; Agenda Cultural; Suplemento del Domingo del diario El Tribuno; domingo 30 de enero; pág. 6; Salta; 2000.

**Strejilevich, L.:** La medicina social entre dos siglos; Agenda Cultural; Suplemento del Domingo del diario El Tribuno; domingo 20 de febrero; pág. 6; Salta; 2000.

**Strejilevich, L.:** Ante la muerte ¿that´s all?; Agenda Cultural, Suplemento del Domingo del diario El Tribuno; domingo 09 de abril; pág. 7; Salta; 2000.

**Strejilevich, L.:** Sociología de la vejez; Agenda Cultural; Suplemento del Domingo del diario El Tribuno; domingo 04 de junio; pág. 7; Salta; 2000.

**Strejilevich, L.:** Políticas sociales para la tercera y cuarta edad en la Argentina del tercer milenio; Actas 5ª. Conferencia Mundial sobre el Envejecimiento; Mar del Plata (Argentina); 17 al 21 de septiembre; pág. 20 (RT 44); 2000.

**Strejilevich, L.:** Vejez y discapacidad; Diario El Tribuno; jueves 21 de marzo; pág. 14; Salta; 2002.

**Strejilevich, L.:** Hospitalismo y vejez; Diario El Tribuno; martes 23 de abril; pág. 14; Salta; 2002.

**Strejilevich, L.:** El porvenir de los ancianos; Diario El Tribuno; viernes 17 de mayo; pág. 2; Salta; 2002.

**Strejilevich, L., Valdiviezo, J. R. y Larrán, N. S.:** Programa de apoyo nutricional con prevención de salud sociosanitaria para adultos mayores de la Provincia de Salta y el voluntariado social; Centro de Estudios de Salud Pública (CESAP) de la Universidad Nacional de Salta; 2002.

**Strejilevich, L., Valdiviezo, J. R. y Larrán, N. S.:** Valoración sanitaria de adultos mayores de la Ciudad de Salta (Argentina), sobre una muestra de 1.006 personas; I.N.S.S.J.P. UGL XII – Salta; (inédito); 2002.

**Strejilevich, S. M.:** Temas de psicogeriatría; Ediciones 1919; Buenos Aires; 1990.

**Strejilevich, S. M.:** La vejez no es una enfermedad; I.N.S.S.J.P. Los grandes hombres y los grandes temas – No. 4 Comunicación social – I.N.S.S.J.P.; mayo; Buenos Aires; 1993.

**Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España, U.D.P.:** Sociología de la vejez; Colección Caminar; Madrid; 1992.

**Woods, R. T.:** La enfermedad de Alzheimer; Ministerio de Asuntos Sociales; INSERSO; Madrid; 1991.

**Zayas, I. y Pérez Caballero, L.:** Informe Técnico 1. Jornadas por una vejez activa. Grupos de ayuda mutua. Familia y vejez: mitos y realidades. Cultura, tradiciones y arte. Voluntariado; Fundación Caja de Madrid; Barcelona; 1995.









